

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**KRONİK HASTALIĞA SAHİP BİREYLERDE SÜREKLİ
KAYGININ BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE
BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ İLE
İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Furkan GÖK

İstanbul
Haziran-2022

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**KRONİK HASTALIĞA SAHİP BİREYLERDE SÜREKLİ
KAYGININ BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE
BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Furkan GÖK

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi. F. Elif ERGÜNEY OKUMUŞ

İstanbul
Haziran-2022

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi F. Elif ERGÜNEY OKUMUŞ

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Nur Funda BAŞER BAYKAL

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Metin TOPRAK

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Kronik Hastalığa Sahip Bireylerde Sürekli Kaygının Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ile İlişkisi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Furkan GÖK

ÖN SÖZ

Tez aşamamın ilk gününden itibaren gösterdiği destek, akademik bilgisi, sakinliği ve sabırlı tutumuyla bu süreci benim için çok daha katlanılabilir hale getiren değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi F. Elif ERGÜNEY OKUMUŞ'a,

Mesleki yaşantımda yetersizlik hissetmeme sebep olan öğretilerin aksine yaptığım her işi benim gözümden görerek takdir eden, bu süreçte beni cesaretlendiren, işin insani boyutunun her zaman öncelikli olduğunu fark etmemi sağlayan ve mesleki gelişimime çok önemli katkılar sağlayan süpervizörüm Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ'a,

Nispeten zorlu geçeceğini düşünsem de ayırdıkları değerleri zamanları ve gösterdikleri özverili tutumları sayesinde araştırma verilerimi kısa sürede toplamamı sağlayan değerli katılımcılarıma,

Özellikle eğitim hayatımın en başlarında kar-kış dinlemeden sürekli yanımda olup her anlamda bana destek çıkarak öğrencilik sürecine adapte olmamı çok kolaylaştıran, hayatı boyunca dualarını eksik etmeyerek saf ve karşılıksız sevgisini her zaman hissettiğim çok kıymetli anneannem Ayşe KURNAZOĞLU'na,

Çok erken yaşlarda tanışmış olsak bile güzel kişiliği ve hayat görüşüyle keşke daha da önce tanışsaymışız dedirten, hayatta attığım her adımda yanımda olduğunu hissettirerek sonsuz desteğini ve sevgisini esirgemeyen Müşerref KOCABAY'a,

Hayat basamaklarını her zaman benden önce adımlayarak hiçbir zaman yaş tahtaya basmamamı sağlayan, akademik anlamda yükselttiği çita sayesinde bugünleri görebilmemi mümkün hale getiren ve kardeş kelimesini tam anlamıyla tezahürü olan sevgili abim Oğuzhan GÖK'e,

Ben daha dünyaya bile gelmeden okudukları psikoloji kitapları sayesinde psikolojinin ne denli önemli olduğunu birinci elden hissetmemi sağlayan, hayatları boyunca gösterdikleri özgecil tutumlarına dair en az bu tez kadar teşekkür etsem bile yeterli olmayacağını bildiğim ve evlatları olmaktan her zaman gurur duyacağım sevgili annem Gülnihal GÖK ve sevgili babam Mesut GÖK'e sonsuz teşekkürler.

Furkan GÖK

İstanbul-2022

ÖZET

**KRONİK HASTALIĞA SAHİP BİREYLERDE SÜREKLİ
KAYGININ BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE
BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Furkan GÖK

Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi F. Elif ERGÜNEY OKUMUŞ

Haziran, 2022 - 131 Sayfa

Bu araştırma kronik hasta bireylerde sürekli kaygı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yürütülmüştür. Çalışmaya Türkiye'nin farklı vilayetlerinde yaşayan 156 kronik hasta ile 159 sağlıklı birey olmak üzere toplam 315 kişi katılım sağlamıştır. Katılımcılara bilgilendirilmiş onam ve demografik bilgi formu ile birlikte Koronavirüs Kaygı Ölçeği, SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği verilmiştir. Yapılan karşılaştırmalı analizler sonucu kronik hastalığa sahip bireylerin sağlıklı bireylere kıyasla yalnızca fiziksel yaşam kalitesi açısından farklılaştığı görülmüştür. Diğer verilerde gözlenen ve literatür bilgisiyle tam olarak örtüşmeyen farklılaşmama sonucunun, tüm kronik hastaların hastalık türünün ayırt edilmeden tek bir grupta ele alınmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kronik grup içerisindeki ilişki analizlerine bakıldığında bu analizlerde yaşın artmasıyla birlikte mental yaşam kalitesinin de arttığı ve sürekli kaygının azaldığı görülmektedir. Sürekli kaygının belirsizliğe tahammülsüzlük ile güçlü pozitif bir ilişkide olduğuna, uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin bu iki değişkenle beraber paralel bir artış gösterdiğine ve felaketleştirme sürekli kaygı ile pozitif güçlü bir ilişki içerisinde olduğuna ulaşılmıştır. Uyumlu duygu düzenleme stratejilerinden olan pozitif yeniden odaklanma ve pozitif yeniden değerlendirmedeki artış ile sürekli kaygının azaldığı; kabullenme ve bakış açısına yerleştirmedeki artışın ise belirsizliğe tahammülsüzlüğü azaltabildiği elde edilen ilişki analiz sonuçlarıdır. Bulgular, belirsizliğe tahammülsüzlük ve uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri olan kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve başkalarını suçlamanın sürekli kaygı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcılığa sahip olduğunu göstermektedir. Son bölümde ise araştırma

bulguları literatür kapsamında tartışılmış, çalışmanın eksikliklerine değinilmiş ve gelecek çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık, Sürekli Kaygı, Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Bilişsel Duygu Düzenleme, Yaşam Kalitesi



ABSTRACT

**THE RELATIONSHIP OF TRAIT ANXIETY WITH
INTOLERANCE OF UNCERTAINTY AND COGNITIVE
EMOTION REGULATION STRATEGIES IN INDIVIDUALS
WITH CHRONIC DISEASE**

Furkan GÖK

Master, Clinical Psychology

Thesis Advisor: Asst. Prof. Dr. F. Elif ERGÜNEY OKUMUŞ

June, 2022 – 131 Pages

This research was conducted to reveal the relationship between trait anxiety, intolerance of uncertainty and cognitive emotion regulation strategies in individuals with chronic disease. A total of 315 people, including 156 chronic patients and 159 healthy individuals living in different provinces of Turkey, participated in the study. Informed consent form, demographic information form, Coronavirus Anxiety Scale, SF-12 Quality of Life Scale, Trait Anxiety Scale, Intolerance of Uncertainty Scale and Cognitive Emotion Regulation Scale were given to all participants. As a result of the comparative analyzes, it was seen that individuals with chronic diseases differ only in terms of physical quality of life compared to healthy individuals. It is thought that the result of non-differentiation observed in other data, which does not fully consistent with the literature, is due to the fact that all chronic patients are considered in a single group without distinguishing the disease type. When the correlational analyzes within the chronic group are examined, it is seen that the quality of mental life increases and the trait anxiety decreases with the increase in age. It has been found that trait anxiety has a strong positive relationship with intolerance of uncertainty and maladaptive cognitive emotion regulation strategies and especially catastrophizing has a strong positive relationship with trait anxiety. In the adaptive emotion regulation strategies, trait anxiety decreased with the increase in positive refocusing and positive reappraisal; intolerance of uncertainty decreased with the increase in acceptance and putting into perspective. Findings show that intolerance of uncertainty and maladaptive cognitive emotion regulation strategies such as self-blame, rumination, catastrophizing and blaming others have statistically significant predictors on trait anxiety. In the last part, the research findings were discussed within the scope of the

literature, the deficiencies of the study were mentioned and suggestions were made for future studies.

Keywords: Chronic Disease, Trait Anxiety, Intolerance of Uncertainty, Cognitive Emotion Regulation, Quality of Life



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖN SÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TABLolar LİSTESİ	xi
KISALTMALAR LİSTESİ	xii

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1. Problem	2
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Önemi ve Özgün Değeri	4
1.4. Araştırma Soruları ve Hipotezleri.....	5
1.5. Varsayımlar	6
1.6. Sınırlılıklar.....	6
1.7. Tanımlar	7

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER	8
2.1. Kronik Hastalık Kavramı.....	8
2.2. Dört Büyük Kronik Hastalık	11
2.2.1. Kalp ve Damar Hastalıkları	11
2.2.2. Kanser Hastalıkları	12
2.2.3. Kronik Solunum Yolu Hastalıkları.....	14
2.2.4. Diyabet	16
2.3. Kronik Hastalıklarda Risk Faktörleri	18
2.3.1. Kalp ve Damar Hastalıklarında Risk Faktörleri	19
2.3.2. Kanser Hastalıklarında Risk Faktörleri	22

2.3.3. Kronik Solunum Yolu Hastalıklarında Risk Faktörleri.....	25
2.3.4. Diyabet Hastalığı Risk Faktörleri.....	29
2.4. Kronik Hastalık Tanısının Psikolojik Sonuçları.....	30
2.4.1. Yaşam Kalitesi	31
2.4.1.1 Kronik Hastalarda Yaşam Kalitesi	32
2.4.2. Sürekli Kaygı.....	34
2.4.2.1. Kronik Hastalarda Sürekli Kaygı.....	35
2.4.3. COVID-19 Pandemisinde Kronik Hastalıklarda Koronavirüs Kaygısı.....	37
2.4.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük.....	39
2.4.4.1. Kronik Hastalarda Belirsizliğe Tahammülsüzlük.....	40
2.4.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri	42
2.4.5.1. Kronik Hastalarda Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Rolü	44

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	49
3.1. Araştırma Modeli.....	49
3.2. Evren ve Örneklem.....	49
3.3. Veri Toplama Araçları	50
3.3.1. Demografik Bilgi Formu (bkz. Ek 2)	50
3.3.2. Koronavirüs Kaygı Ölçeği (bkz. Ek 4).....	51
3.3.3. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği (bkz. Ek 5)	51
3.3.4. Sürekli Kaygı Ölçeği (bkz. Ek 6)	52
3.3.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (bkz. Ek 7)	52
3.3.6. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (bkz. Ek 8)	53
3.4. Verilerin Toplanması ve Analizi	54

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR	55
4.1. Örneklemin Demografik Özellikleri	55
4.2. Sürekli Değişkenlerin Normallik Varsayımının İncelenmesi	57

4.3. Sağlıklı ve Kronik Hasta Grubunun Araştırma Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması.....	59
4.4. Kronik Hasta Grubunda Değişkenler Arasındaki İlişkiler	61
4.5. Kronik Hasta Grubundaki Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Uyumsuz Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Sürekli Kaygı Üzerindeki Yordayıcı Etkisi	63

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA	65
5.1. Değerlendirme ve Tartışma	65
5.1.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Yönelik Değerlendirilmesi..	65
5.1.2. Kronik Hasta Grubu ile Kontrol Grubunun Koronavirüs Kaygısı, Yaşam Kalitesi, Sürekli Kaygı, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Açısından Karşılaştırılmasına Yönelik Değerlendirme	68
5.1.3. Kronik Hasta Grubunda Değişkenler Arasındaki İlişkilere Yönelik Değerlendirme	71
5.1.4. Kronik Hasta Grubundaki Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Uyumsuz Duygu Düzenleme Stratejilerinin Sürekli Kaygı Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Yönelik Değerlendirme	72
5.2. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	74
5.3. Sonuç ve Öneriler	75
KAYNAKÇA	77
EKLER	104
ÖZGEÇMİŞ	119

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1.: Katılımcıların Demografik Bilgilerinin Frekans ve Yüzde Değerleri	55
Tablo 4.2.: Kronik Hastalık Grubuna Ait Ek Bilgiler	56
Tablo 4.3.: Kronik Hasta Grubundaki Hastalık Türleri	57
Tablo 4.4.: Sürekli Değişkenlerin Normallik Varsayımının İncelenmesi	58
Tablo 4.5.: Grupların Değişken Puanlarının Karşılaştırılması	60
Tablo 4.6.: Kronik Hasta Grubu için Değişkenler Arasındaki İlişkisel Analizler	62
Tablo 4.7.: Kronik Hasta Grubundaki Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Uyumsuz Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Sürekli Kaygı Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Yönelik Basit Regresyon Analizi	64

KISALTMALAR LİSTESİ

A.g.e.: Adı Geçen Eser

akt.: Aktaran

BDDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BTÖ: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ed.: Editör

IHME: Institute for Health Metrics and Evaluation

KHG: Kronik Hastalık Grubu

KKÖ: Koronavirüs Kaygı Ölçeği

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

SF-12 YKÖ: Short Form-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

vd.: Ve Diğerleri

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Günümüzde her on yetişkinin altısında kronik hastalık olduğu ve bu kişilerden dördünün iki veya daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu bilinmektedir (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). Yaygın görülen bu tür hastalıkların radikal tedavi yöntemlerinin olmaması dolayısıyla uygulanan yöntemler semptomatik olarak hastalığın kendisini değil oluşturduğu olumsuz belirtileri azaltmaya yöneliktir. Böylelikle hastalık ile birlikte yaşanan deneyimlerin hastalar için daha baş edilebilir hale getirilmesi hedeflenmektedir (Sprangers ve Aaronson, 1992: 744). Ancak yine de hastalık tipi ne olursa olsun kişilerin yaşam kaliteleri bozulmakta ve sağlığa yönelik önemli belirsizlikler ortaya çıkmaktadır (Brown, vd., 2020: 2). T.C. Sağlık Bakanlığı (2013: 45) tarafından yayınlanan bir rapora göre 65 yaş üzerinde sık görülen kronik hastalıklar, her on kadının dokuzunun ve her üç erkeğin ise ikisinin yaşam kalitesinde bir sorun oluşturmaktadır. Toplum içerisindeki bu yaygınlık dolayısıyla kronik hastalık faktörünün kişiler için biyopsikososyal açıdan ele alınması gerekli olduğu düşünülmektedir.

Sürekli kaygı, kronik hastalıklar içerisinde çok büyük bir bölümünü kapsayan kalp ve damar hastalıkları, kanser, solunum yolu hastalıkları ve diyabette oldukça sık görülen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Bratek, vd., 2015: 87; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2021; Rechenberg, vd., 2019: 6; Ristvedt ve Trinkaus, 2009: 711-712; Şahan, vd., 2018: 144; Uysal ve Aslan, 2018: 68). Sürekli kaygısı olan kişiler, tehdit edici durumları genelleştirme eğilimine sahip olup özellikle belirsizlik içeren uyarılara karşı da tepkisel yanıtlar göstermektedir (Gazendam, Kamphuis ve Kindt, 2013: 343). Bu bağlamda sürekli kaygı ile güçlü bir pozitif ilişki gösterdiği bilinen ve kavramsal olarak belirsizliğe verilen tepkiler ile ilişkilendirilerek ortaya çıkarılan belirsizliğe tahammülsüzlük dikkat çeken bir unsur haline gelmektedir (Jensen, vd., 2016: 438). Bilinmeyene yönelik korku, kaygı eğilimi olarak özetlenebilen belirsizliğe tahammülsüzlük, kişilerin geleceğe yönelik negatif beklentilere sahip olmasına, güvenlik algısının bozulmasına, psikopatolojik seviyeye varan kaygı problemleri yaşamasına yol açmaktadır (Bauer, vd., 2020: 17; Boswell, vd., 2013: 1-3; Carleton, 2016: 39). Belirsizliğe tahammülsüzlükte görülen artışların sağlığa yönelik kaygı, duygusal stres ve depresif semptomlar gibi psikolojik faktörlerde artışa sebep olduğu

bilinmektedir (Kurita, vd., 2013: 1399; Lally ve Cantillon, 2014: 343; O'Bryan ve McLeish, 2017: 716). Dolayısıyla yalnızca psikolojik zorluklardan ziyade kronik hastalarda ölümcül sonuçlara yol açabilen belirsizliğin çalışılması klinik açıdan önem kazanmaktadır (Čulić, Eterović ve Mirić, 2005: 6).

Kişilerin kaygı hissetleri durumlarda kullandıkları baş etme mekanizmaları da değişmekle birlikte bu süreçte kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejileri de kişiden kişiye değişim göstermektedir. Uygun olmayan baş etme stratejilerine başvurulması kişilerin işlevselliğini bozmakla birlikte var olan negatif semptomları da arttırabilmektedir (Leahy, Tirsch ve Napolitano, 2011: 3-6). Bu sebeple sürekli kaygıyla baş ederken kronik hastaların hangi stratejileri kullanma eğiliminde olduğu ve bu stratejilerin sürekli kaygı üzerinde nasıl bir yordayıcılığa sahip olduğunun belirlenmesinin de literatür açısından önemli bir kazanım olacağı düşünülmektedir.

Bu bağlamda önemli bir belirsizlik ve ölümcül bir tehdit unsuru olarak her yıl milyonlarca kişinin hayatını kaybetmesine sebep olan kronik hastalıkların sürekli kaygı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri çerçevesinde incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir (DSÖ, 2020). Buna paralel olarak bu bölümde, araştırmanın problemi, amacı, önemi, soru ve hipotezleri, varsayımları, sınırlılıkları ile değişkenlere ilişkin tanımlar yer almaktadır.

1.1. Problem

Türkiye’de kronik hastalar ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında genel olarak iki eğilimin yaygınlık gösterdiğini söylemek mümkündür. Bunlardan birincisi, glokom, fibromiyalji, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), tip 2 diyabet, böbrek yetmezliği gibi özgül kronik hastalıkların kişiler üzerinde oluşturduğu depresyon, kaygı, stres, bunaltı düzeyi, strese başa çıkma farklılığı ve yaşam kalitesi değişikliği gibi değişkenlerden bir veya birkaçının çalışıldığı araştırmalardır (Çetinkaya, vd., 2013: 39; Erşan, vd., 2014: 32; Jiang ve He, 2012: 5; Kumcağız, vd., 2009: 122; Yıldırım ve Fadıloğlu, 2005: 40). İkincisi, kronik hastalıkların herhangi bir kronik hastalığa sahip olduğunu raporlayan kişiler üzerinde yarattığı yaşam doyumu değişiklikleri, sosyal katılım sorunları, umutsuzluk düzeyi, belirsizlik yönetimi, yaşam kalitesine etkisi, sağlık inancı değişiklikleri, depresyon ve psikososyal etkiler gibi değişkenlerden bir veya birkaçının çalışıldığı araştırmalardır (Acar, 2011: 57-61;

Altuntaş, Akı ve Huri, 2015: 79; Bahar, 2008: 38; Brown, vd., 2020: 7-11; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014: 62; Mete, 2008: 4-8).

Şüphesiz yukarıdaki çalışmaların her biri kronik hastaların hastalık süresince yaşadığı biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlara dair önemli ipucular vermektedir. Ancak bu çalışmaların çoğu kronik hastalıkları kapsamlı bir şekilde ele almamış, kapsamlı olarak ele alınan çalışmalarda ise sürekli kaygı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilişkisel bir çalışma yapılmamıştır. Buna rağmen sürekli kaygı ile belirsizliğe tahammülsüzlüğün kronik hastalığa sahip bireylerde yaygın bir şekilde görülebildiği ve ayrıca hastaların uyumsuz başa çıkma tekniklerinin ise tedavi uyumlarını bozarak hastalık sürecini olumsuz etkileyebildiği bilinmektedir (Austenfild ve Stanton, 2004: 1350-1355; DeJean, vd., 2013: 20; Jiang ve He, 2012: 8-9; Uysal ve Aslan, 2018: 68).

Kaygı ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilgili yapılan bir çalışmada, katılımcıların sürekli kaygısı ile belirsizliğin rahatsız ediciliği, eyleme geçmeyi engelleyiciliği ve üzüntü vericiliği arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Göç, 2017: 79-84). Jensen ve diğerleri (2016: 438) tarafından yapılan bir başka çalışmada da bu durum desteklenmiş, sürekli kaygı ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün birbirini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordadığı sonucu bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde olumsuz yaşam olayları ve belirsizlik durumlarının sürekli kaygıyla sıklıkla ilişkide olduğunu ve işlevsel bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ise bu noktada kişiler için iyileştirici bir faktöre dönüşebildiği görülmektedir (Garnefski ve Kraaji, 2007: 141; Göç, 2017: 79-84; Jensen, vd., 2016: 438; Jiang ve He, 2012: 5-6; Zardoshtian Moghadam ve Mansouri, 2017: 348). Ancak yapılan literatür taramasında olumsuz yaşam olaylarından olan kronik hastalıkların genel bir kapsam dahilinde pek incelenmediği veya incelendiği çalışmalarda ise sürekli kaygı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri değişkenlerinden yalnızca bir veya ikisinin denkleme dahil edildiğini görmekteyiz. Dolayısıyla bu değişkenlerin tümünün ele alınarak kronik hastalıkların genel bir kapsam dahilinde çalışılmış olmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Geleceğe dair belirsizlik ile hasta olmanın oluşturduğu korku ve kaygı, kronik hastalar için yaşamı zor hale getirebilmektedir (Jiang ve He, 2012: 2; Sarı ve Dağ, 2009: 261-

262). Bireylerin mevcut koşullarını kaygılı ve tehdit edici olarak tanımlaması olarak özetlenen sürekli kaygı seviyesi, kronik hastalar için %95'e varan yaygınlık oranıyla anlamlı seviyede yüksektir ve bu kaygı kronik hastalıkla paralel olarak yaşam boyu sürmektedir (Öner ve LeCompte, 1985: 2-3; Uğrak, vd., 2016: 403; Uysal ve Aslan, 2018: 68). Dünyadaki toplam ölümlerin %71'inin kronik hastalıklar ile ilişkili sebeplerle gerçekleşmesi, ortaya çıkan sürekli kaygı durumunu gerçekçi bir zemine oturtmaktadır (DSÖ, 2021).

Yapılan bir araştırmada belirsizliğe tahammülsüzlük seviyesi fazla olan kişilerin gelecekte meydana gelebilecek olaylara dair beklentilerinin olumsuz olduğu ve belirsiz durumlara da olumsuz bir tutumla yaklaştıkları bulunmuştur (Buhr ve Dugas, 2002: 933). Kronik hastalarda da durum pek farklı değildir. Tanı konması ile birlikte gelişen ani değişim herkes için aynı adaptasyon düzeyi ile sonuçlanmamakta ve kişilerin geri kalan hayatlarında çeşitli seviyelerde psikolojik zorlanmalar yaşamalarına sebep olmaktadır (Jiang ve He, 2012: 2). Kişilerin olumsuz yaşantılarda kullanma eğilimi gösterdiği farklı bilişsel ve duygusal stratejiler, bu gibi durumlarda kişiler arası farklılıkların temelini oluşturmaktadır (Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2001: 1311-1312). Örneğin hipertansiyon tanısı almış kronik hasta örneklemini ile yapılan bir çalışmada kişilerin baş etme yöntemlerinin din, kabullenme, dikkati yöneltme ve kendini suçlama olmak üzere kişiden kişiye farklılaştığı tespit edilmiştir (Uysal ve Aslan, 2018: 68).

Yukarıda belirtilen sebeplerle kronik hastalar ile yapılan psikoterapiler için önemli bilgi kaynaklarından olan medikal öykünün yanı sıra, hastalık sürecinde kullanılan baş etme stratejileri ve belirsizliğe tahammülsüzlük seviyelerinin psikolojik süreçler ile ilişkisinin bilinmesi de bilimsel açıdan önem kazanmaktadır. Bu sebeple bu tez çalışmasının temel amacı kronik hastaların sahip olduğu sürekli kaygı düzeylerinin, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilişkisinin incelenmesidir.

1.3. Araştırmanın Önemi ve Özgün Değeri

Çalışmaya özgünlük kazandıran en önemli husus, geçmiş çalışmalarca da desteklenen kronik hastaların sahip olduğu sürekli kaygı seviyelerinin belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri ve kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilişkisinin incelenmesidir. Bugüne kadar ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında ya özgül

kronik hastalıklarda sürekli kaygı ve diğer değişkenler ile ilişkilere bakılmış (Çetinkaya, vd., 2013: 42-46; Erşan, vd., 2014: 35-36; Kumcağız, vd., 2009: 125-126; Ökten, 2017: 55-56; Türk, 2018: 24-26; Uysal ve Aslan, 2018: 73-75; Yıldırım ve Fadıloğlu, 2005: 42-43); ya da ilgili değişkenlerin sürekli kaygı ile ilişkisi kronik hastalık bağlamının tamamen dışında incelenmiştir (Çardak, 2012: 97-115; İlikçi İygün, 2018: 21-32; Tantan Ulu ve Yaka, 2020: 95-96; Uzun ve Karataş, 2018: 1272-1274).

Kronik hastalıklar ve psikolojik etkileri üzerine Türkiye’de yapılan çalışmalara dair mevcut literatür tarandığında belirsizliğe tahammülsüzlük, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve sürekli kaygı değişkenlerinin birlikte kullanıldığı bir çalışmanın olmadığı görülmüştür. Kronik hastalıklar bağlamında değişkenleri içeren çalışmalar incelendiğinde ise kronik hastalıklar özgül olarak incelenmiş ve genel bir kapsam olarak ele alınmamıştır. Bu sebeple hem değişkenlerin bir arada incelenmesi hem de belirli hastalıklardan ziyade genel bir kapsayıcılığının olması sebebiyle araştırma özgün bir değer kazanmaktadır. Ayrıca Türkiye’de böyle bir çalışmanın daha önceden yapılmaması sebebiyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. Araştırma Soruları ve Hipotezleri

Tez, kronik hastaların belirsizliklere nasıl tepki verdiğine, psikolojik baş etme açısından ne gibi stratejileri kullanma eğiliminde olduğuna ve tüm bunların kaygı ile nasıl bir ilişkide olduğuna odaklanarak hastaların psikolojilerinin daha iyi anlaşılabilmesini hedeflemektedir. Bu bağlamda şu sorulara cevap aranmıştır:

- Kronik hastalığa sahip olan yetişkin bireyler ile kronik hastalığa sahip olmayan yetişkin bireyler karşılaştırıldığında bilişsel duygu düzenleme stratejileri, belirsizliğe tahammülsüzlük puanları ve sürekli kaygı puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- Kronik hastalığa sahip olan yetişkin bireylerde belirsizliğe tahammülsüzlük, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve sürekli kaygı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Kronik hastalığa sahip olan yetişkin bireylerin sürekli kaygı düzeyleri, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri tarafından yordanmakta mıdır?

Bu sorulara cevap bulmak amacıyla kronik hastalar ve kronik hastalığa sahip olmayan bireylere anket yöntemiyle çeşitli sorular sorulmuş, elde edilen verilerin hangi düzeyde ilişkili olduğu araştırılmıştır. Bu ilişkiler bağlamında aşağıda bulunan hipotezler test edilmiştir:

- H1. Kronik hastalığa sahip olan yetişkin bireyler ile kronik hastalığa sahip olmayan yetişkin bireylerin kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejileri, belirsizliğe tahammülsüzlük puanları ve sürekli kaygı puanları arasında anlamlı bir fark vardır.
- H2. Kronik hasta grubunda belirsizliğe tahammülsüzlük, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve sürekli kaygı arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H3. Kronik hastalığa sahip olan yetişkin bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük puanları ve kullandıkları uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri sürekli kaygıyı yordamaktadır.

1.5. Varsayımlar

- Araştırmaya katılan bireylerin ölçeklerde bulunan her bir maddeyi kendi düşüncelerini yansıtmak şeklinde ve içtenlikle cevapladıkları varsayılmıştır.
- Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının ve ölçme yöntemlerinin geçerliği ve amaca uygun olduğu varsayılmıştır.

1.6. Sınırlılıklar

- Araştırma bulguları, Koronavirüs Kaygı Ölçeğinin, SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeğinin, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği ve araştırmacı tarafından oluşturulan demografik bilgi formunun ölçtüğü nitelikler ve katılımcıların verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.
- Araştırma örnekleminin yalnızca Türkiye’de ikamet eden insanlar arasından oluşturulmuş olması araştırmanın sınırlılığdır.
- Araştırmanın örneklemini, bulabildiğini örnekleme yöntemine bağlı olarak araştırmacının yakın çevresinde bulunan gönüllü katılımcılar ile oluşturulmuştur. Araştırmanın bir sağlık kuruluşu çatısı altında ağır ve hafif seyirli olmak üzere kronik hastaların tümünü kapsayabilecek bir örnekleme yapılması ile daha güvenilir sonuçlar elde edilebilir.

- Araştırma boyunca yalnızca bazı kronik hastalık kategorileri hakkında detaylı araştırmalar yapılmıştır. Diğer kronik hastalık türlerinin kronik hastalık terimi içerisine alınarak detaylı araştırmalarının yapılmamış olması bu çalışmanın sınırlılığıdır.
- Bazı zgl kronik hastalıkların kişiler için daha zorlayıcı olabileceği düşünüldüğünden hastalıkların tek tek ele alınmamış olması bu araştırmanın sınırlılığıdır.

1.7. Tanımlar

Kronik Hastalık: Kalıcı veya çok uzun süreli etkiler gösteren, doğuştan gelen veya zamanla ortaya çıkan hastalıklardır. Genellikle üç aydan uzun süren hastalık durumları kronik olarak adlandırılmaktadır. DSÖ tanımlamasına göre kronik hastalıklar kalp ve damar hastalıkları (kalp krizleri, kalp arpıntuları, tansiyon, damar sertliği), kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları (astım, KOAH, bronşit) ve diyabet olmak üzere dört ana tre ek olarak birçok yan türden oluşmaktadır (Bernell ve Howard, 2016: 2; DSÖ, 2021).

Sürekli Kaygı: Bireylerin içinde buldukları durum ve koşullardan ziyade hayatın genelinde kendilerini ne seviyede kaygılı hissettiklerini ifade etmektedir (ner, 2006: 578). Terimi ortaya çıkaran Spielberger tarafından kişinin zaman içerisinde ortaya çıkardığı kaygıya yönelik olan yatkınlığı olarak da tanımlanmaktadır (Spielberger ve Reheiser, 2009: 276).

Belirsizliğe Tahammülsüzlük: Bireylerin olumsuz durumların meydana gelme olasılığını kabul edilemez olarak görüp, bu durumlar gerçekleştiğinde duygusal, bilişsel ve davranışsal açıdan olumsuz tepkiler ortaya çıkarmaya yönelik yatkınlıklarını ifade etmektedir (Buhr ve Dugas, 2002: 931; Sarı ve Dağ, 2009: 262).

Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri: Hem olumlu hem de olumsuz durumların oluşturduğu duygusal uyarılmanın bilişsel anlamda yönetilmesi ile bu duruma yönelik hissedilen duygu yoğunluğunun arttırılması, azaltılması veya mevcut duygulanım halinin devam ettirilmesi sırasında kullanılan bilişsel stratejilerin tamamı olarak tanımlanmaktadır (Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2001: 1312-1316).

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalık Kavramı

Etimolojik anlamda bakıldığında Latince *chronicus* kelimesinden türetilen kronik sözcüğünün kökeni Yunancadaki anlamı zaman olan *chrónos* kelimesinden gelir ve Yunan mitolojisinde zamanın yönetimi ile ilişkilendirilen Titan Kronos'a dayanmaktadır. Mitoloji hikâyelerine göre kronolojik sırada önceki kuşaktan sayılan Titan Kronos, kendi hükümranlığını sürdürebilmek adına yeni kuşağa ait olan kendi çocuklarını yutarak geleceğini garanti altına almaya çalışmaktadır. Bu noktadan bakıldığında kelime anlamı olarak 'zaman hastalığı' şeklinde nitelendirilebilecek olan kronik hastalıklar da tıpkı Titan Kronos gibi hastanın bedenine zarar vermekte ve onun geleceğini sürekli olarak tüketmektedir (Chronic, 2022; Morris, 2008: 419).

DSÖ tarafından 'Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar' olarak da isimlendirilen kronik hastalıklar, uzun sürme eğilimine sahip olup genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal olmak üzere birçok faktörün birleşmesi sonucu ortaya çıkan hastalıklardır (DSÖ, 2021). Günümüzde kronik hastalık tanımı birçok hastalık için çatı terim görevi görmektedir ve bu hastalıkların önemli bir kısmının etiyojisi bugün bile çözülememiştir (Bernell ve Howard, 2016: 1-2). Genel bir tabir olarak kalıcı ve bazı türleri için ilerleyici olan, bulaşıcı bir durum sebep olmadan ortaya çıkan, bulaşıcı olmayan, radikal bir sağaltımı henüz bulunamamış hastalıklar olarak betimlenen bu hastalıklar, vücutta geri dönüşü olmayan izler bırakmakla birlikte hastaların kontrol, rehabilitasyon ve bakım gibi yaşam boyu ihtiyaçlarının ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Bernell ve Howard, 2016: 1-2; Üner, Balcılar ve Ergüder, 2018: 1). Bir başka hastalığa dolaylı olarak sebep olmaları, tedavi basamaklarına uyum gerektirmesi, doğru bilgilendirmelere ihtiyaç duyulması, planlama gerektirmesi, yaşanılarak öğrenilmesi sebebiyle deneyim gerektirmesi, yüksek maliyetlere yol açması ve yalnızca bireyi değil çevresini de etkilemesi gibi çeşitli zorluklara da sahiptir (Ceyhan ve Ünsal, 2018: 263-264).

Ekonomik açıdan bakıldığında kronik hasta olan bireyler erken yaşlarda emekli olma, işsiz kalma, kısıtlı çalışma temposuna sahip olma, daha fazla sağlık harcamasına gereksinim duyma ve dolaylı olarak daha az gelire sahip olma gibi birçok sorunla da

yüzleşmektedir (Hwang, vd., 2001: 270-276). Devletler açısından incelendiğinde ise kronik hastalıklar giderek çok büyük bir mali yüke yol açmaktadır. Geçmişe kıyasla daha iyi sağlık koşulları altında olan insanların ortalama yaşam ömrü artmıştır ancak bu durum orta ve ileri yaşlarda ortaya çıkma eğilimi gösteren kronik hastalıkların da artması dolayısıyla uzun süren ve yüksek maliyet gerektiren tedavi yöntemlerine geçilmesine sebep olmaktadır (Brannon, Feist ve Updegraff, 2013: 8-9).

Günümüzde hızla artan teknolojik ve tıbbi gelişmelere paralel olarak 2000'li yılların başında sağlık sektöründeki en büyük problemlerden olan enfeksiyon hastalıkları ve anne-bebek ölümleri oldukça azalmıştır (Bilir, 2006: 5). Ancak bu gelişmeler kronik hastalıklarda gözle görülür bir iyileşme sağlamadığı gibi olgu sayısını yüzdesel olarak arttırmış ve birçok yeni olgunun da bu yüzdeliğe dahil olmasıyla oldukça dikkat çeker bir hale gelmiştir (A.g.e.). Özellikle insan ömrünün uzaması sonucu artan yaşlı nüfusunda kronik hastalık görülme sıklığı artmış ve buna paralel olarak kronik hastalıktan ölme oranları önemli ölçüde artmıştır (Mathers ve Loncar, 2006: 2011-2012). Tüm bunların bir sonucu olarak, enfeksiyonların artık tedavi edilebilir bir hale gelmesi ve yaşlı nüfusundaki artış kronik hastalıkları günümüzün en büyük sağlık problemi haline getirmiştir (A.g.e.; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2020).

Rolland'a (1999: 246-249) göre kronik hastalığa sahip bireyler üç temel psikososyal aşamadan geçmektedir: Kriz aşaması, kronik aşama ve nihai aşama.

- Kriz aşaması, hastalık semptomlarını içeren ancak tanının henüz koyulmadığı ve kronik hastalık tanısının koyulduğu ilk zamanları kapsayan birinci aşamadır. Tanı öncesi dönemdeki bireyler tedaviye başlamadıkları, uyum aşamasına geçemedikleri ve yalnızca semptomların mevcut olduğu bir dönemdedir. Yine aynı dönemde tanı koyulmasının ardından hastalığı anlamlandırma, sağlıklı olarak nitelendirilen geçmişin yasını tutma, durumun kalıcılığını kabullenme, belirsizlikle yüzleşme, semptomları anlamlandırma, sağlık çalışanları ile ilişki kurma ve tedaviler ile yaşamayı öğrenme gibi bir dizi değişim sürecine de adapte olunmaktadır.
- Bir sonraki aşama olan kronik aşama en uzun süren aşamadır ve genel bir tabir ile kişinin kronik hastalıkla yaşadığı gündelik yaşamı ifade etmektedir. Bu süreçte hasta tükenmişlik halinden kaçınma, değişen insan ilişkilerini yeniden düzenleme, özerkliği devam ettirme ve iyilik halini sürdürmeye çalışma gibi

süreçlerden geçmektedir. Ölümcül bir hastalıkla yüzleşen kişiler için bu bir arafta kalma dönemi de sayılabilmektedir.

- Son aşama olan nihai aşamada ise artık ölüm gerçekleşmesi kaçınılmaz bir son olarak görülmektedir. Bu süreçte hem hasta hem de hastanın yakın çevresi ölüm, ayrılık ve dağılma ile yüzleşmek zorunda kalmaktadır. Artık denenecek başka bir yöntem kalmamış, her şeyi olurluna bırakmanın vakti gelmiştir. Kalan zamanı kabullenme, hâlâ sahip olunan vakti paylaşma, vedalaşma, cenazeye yönelik dilekler ve kalan kişiler için sonrasını planlanma ile geçecektir.

Mathers ve Loncar (2006: 2022) tarafından oluşturulan bir beklenti raporunda kronik hastalıklara bağlı ölüm sayısının 2030 yılında %69'lara ulaşacağı tahmin edilmekteydi. Ancak kronik hastalıklar bu beklentileri aşarak günümüzde bile çok daha kötü bir hal almıştır ve her sene gerçekleşen ölümlerin %71'i ile doğrudan ilişkili olarak yaklaşık 41 milyon kişinin hayatını kaybetmesine sebep olmaktadır (DSÖ, 2021). 30-70 yaş aralığındaki bireylerin hayatını kaybetmesi anlamına gelen erken yaşta ölümden kronik hastalıkların dünya çapındaki payı %52'lere ulaşmıştır ve özellikle düşük ile orta gelirli ülkelerde 15 milyona ulaşan erken yaşta ölümün ise %85'inden sorumludur (Bray, vd., 2021: 3029; DSÖ, 2014: 10; DSÖ, 2021).

Küresel ölüm nedeni raporlarına göre 2019 yılında ilk 10 ölüm nedeninden 7'sini kronik hastalıklar oluşturmaktadır (DSÖ, 2020). Yoğunluk sıralamasına bakıldığında ise her yıl 17.9 milyon insan kalp ve damar hastalıklarından, 9.3 milyon insan kanserden, 4.1 milyon insan kronik solunum yolu hastalıklarından ve 1.5 milyon insan ise diyabet sebebiyle hayatını kaybetmektedir. Bu dört hastalık grubu, kronik hastalık ile ilişkili erken yaşta ölümlerin %80'inden fazlasını oluşturmaktadır (DSÖ, 2021).

Fiziksel hareketsizlik, sağlıksız diyetler, tütün ve alkol kullanımı kronik hastalıkların ölümle sonuçlanmasına sebep olan en önemli risk faktörleridir. Bunlara ek olarak temel metabolik risk faktörleri olan yüksek kan basıncı, aşırı kilo, yüksek kan şekeri (hiperglisemi) ve kandaki yüksek yağ oranı (kolesterol/hiperlipidemi) da kronik hastalarda ölüme sebebiyet veren etkenler arasındadır (DSÖ, 2021).

DSÖ önderliğinde düzenlenen bulaşıcı olmayan hastalıklar süreç değerlendirme raporlarına göre Türkiye'de 2015 yılında 362000, 2017 yılında 392000, 2020 yılında ise 407300 kişi kronik hastalıklara bağlı olarak yaşamını yitirmiştir. Yıllara bağlı ölüm sayılarında yıllara göre sırayla %86, %88 ve %89'luk bir dilimi kapsayan kronik

hastalıklar Türkiye için her geçen yıl daha önemli bir konu haline gelmektedir (DSÖ, 2015: 193; DSÖ, 2017: 193; DSÖ, 2020: 187). 2020 yılına ait rapora bakıldığında kronik hastalığa bağlı erken yaşta ölüm riskinin %16 olduğu da görülmektedir (DSÖ, 2020: 187).

Kronik hastalıklar farklı oranlarda olsa da her gelir düzeyinden insanı önemli ölçüde etkileyerek ölüm ve hastalığa sebep olan başlıca unsurdur ve 21. yüzyıldaki en büyük toplum sağlığı sorunu olarak görünmektedir (Ali, vd., 2015: 1444; Hunter ve Reddy, 2013: 1338; Kim ve Oh, 2013: 165). Dolayısıyla sahip oldukları bu kırılganlık ve hastalarda oluşturduğu ölüm riskleri dolayısıyla ‘Dünyanın En Büyük Katili’ olarak da isimlendirilmektedir (Allen ve Feigl, 2017: 129).

2.2. Dört Büyük Kronik Hastalık

Kronik hastalık terimi içerisinde onlarca hastalığı barındırır da yalnızca dört hastalık grubu küresel çaptaki kronik hasta sayılarının %84.5’ini kapsamaktadır: Kalp ve damar hastalıkları (%48), kanserler (%21), kronik solunum yolu hastalıkları (%12) ve diyabet (%3.5) (Üner, Balcılar ve Ergüder, 2018: 2).

2.2.1. Kalp ve Damar Hastalıkları

Dolaşım sistemi, kalp, atardamarlar ve toplardamarları içeren sisteme verilen genel bir adlandırmadır. Temelde bir kas olan kalbimiz kasılma ve gevşeme hareketleriyle tüm vücuda kan pompalamaktan sorumludur. Belirli bir basınç ile atardamarlar ve toplardamarlar aracılığıyla vücudun en uç noktasına kadar ulaşan kan, her hücreye oksijen ulaştırmakla birlikte hücrelerden karbondioksit ve atıkları da toplayarak vücut hücrelerinin canlılığını sağlayan en önemli unsurlardan biridir (Brannon, Feist ve Updegraff, 2013: 203-204).

Dolaşım sisteminin fonksiyonelliğini bozarak normal bir biçimde çalışmasını engelleyen her türlü duruma kalp ve damar hastalığı denmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’na (2015: 9) göre kalp ve damar hastalıkları genel bir kategori olup şu hastalıkları kapsamaktadır: Koroner kalp hastalıkları, periferik arter hastalığı (atardamar tıkanıklığı), kardiyomiyopatiler (kalp kasındaki bozukluklar), konjenital kalp hastalıkları (doğuştan gelen kalp hastalıkları), serebrovasküler hastalıklar (beyin damarları hastalıkları), romatizmal kalp hastalıkları, kalp yetmezliği, hipertansiyon.

Kalp ve damar hastalıkları kronik hastalıklar içerisinde çok daha fazla ölüme sonuçlanan hastalık grubudur. DSÖ (2020) tarafından yayımlanan 2019 yılına ait küresel ölüm nedeni raporlarına göre ilk sırada koroner kalp hastalıkları kategorisine ait olan, kalbin yeterince beslenememesi sonucu ortaya çıkan ve müdahale edilmediği takdirde kalp krizi ile sonuçlanan iskemik kalp hastalığı yer almaktadır (Brannon, Feist ve Updegraff, 2013: 206). Yine aynı listenin ikinci sırasında serebrovasküler hastalıklar kategorisine ait olan ve beyne yeterli kan akışının sağlanamaması sonucu beyin hücrelerinin oksijensiz kalarak ölmesi ile gerçekleşen inme yer almaktadır (Brannon, Feist ve Updegraff, 2013: 207; DSÖ, 2020). Günümüzde neredeyse her sosyoekonomik statüde en ölümcül hastalık olan kalp ve damar hastalıkları her yıl 17 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olmakla birlikte bu sayının 2030 yılında 20 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir (DSÖ, 2020; Mendis, vd., 2011: 113). DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Durum Raporu'na (2014: 10) göre 70 yaş altı ölümlerin %37'sinden de sorumlu olan bu hastalık kategorisi erken yaşta ölümlerin de başlıca sebebidir.

Türkiye popülasyonu için olan istatistiksel sıralamalar küresele kıyasla pek farklı değildir. TÜİK (2020) tarafından yayımlanan 2019 ölüm nedeni istatistiklerine bakıldığında dolaşım sistemi hastalıklarının Türkiye'de de ilk sırada yer aldığı ve toplam ölümlerin %36.8'inden sorumlu olduğu görülmektedir. Kategori özelinde incelendiğinde ise ölüme sonuçlanan komplikasyonlarda iskemik kalp hastalığının %39.1'lik bir oranla en ölümcül dolaşım sistemi hastalığı olduğu dikkat çekmektedir. Bu istatistiği ise %22.2'lik bir oranla serebrovasküler hastalıklar takip etmektedir.

Türkiye'de 2019 yılında gerçekleşen kalp ve damar hastalığı ölümleri cinsiyet faktörü açısından incelendiğinde gerçekleşen 62710 iskemik kalp hastalığı ölümünün %56.76'sını erkekler, %42.24'ünü kadınlar oluşturmaktadır. Yine aynı araştırmada ölüme sonuçlanan 35610 serebrovasküler hastalığının %45.98'ini erkeklerin, %54.02'sini kadınların oluşturduğu da ulaşılan bulgular arasındadır (TÜİK, 2020).

2.2.2. Kanser Hastalıkları

Genel bir ifadeyle kanser, hücrelerin doğasında olan kısıtlamalardan kurtulup kontrolsüz bir şekilde büyümesinin ardından hem yakın hem de uzak bir konumdaki hücre, doku ve organların da doğal yapısının bozulması ile ölümcül olabilen vücut anomalilerine yol açan hastalık olarak tanımlanmaktadır (Weinberg, 1996: 62-64).

Temelde her biri kendine has özellikler barındıran 100'den fazla türü bulunan bu hastalık, vücudun hemen hemen her noktasında ortaya çıkabilir ve aynı türleri arasında bile kişiden kişiye birçok farklılık barındırabilmektedir (A.g.e.).

Kanser hastalıkları, insanlık tarihi öncesinde bile varlığını sürdürmüştür. Hastalığın kökenlerine bakıldığı zaman 2003 yılında çıkarılan ve 70 ila 80 milyon yıl öncesine ait olduğu düşünülen bazı dinazor fosillerinde kanser hücresi kanıtlarına rastlanmıştır (Jemal, vd., 2019: 100). İnsandaki kanser gelişimine dair bilinen en eski atf 5000 yıl öncesine kadar dayanmaktadır. Antik Mısır'ın ikinci hanedanlık döneminden kalan bir yazıtta dönemin hekimi Imhotep tarafından meme kanseri ile ilgili olarak yazılmış olan kanserin şişkinlikle kendini belli eden önemli bir hastalık olduğu ve tedavisinin mümkün olmadığına dair bilgiler yer almaktadır (Breasted, 1930; akt. Curley, vd., 2000: 385; akt. Hajdu, 2011: 1097).

Günümüzde kanser hastalıkları, insan yaş ortalamasının artması, nüfus artışları, fiziksel hareketsizlik, kansere yol açabilen sağlıksız beslenme alışkanlıkları, sigara kullanımındaki artışlar gibi sebeplerle yaygınlaşan bir hal almıştır (Jemal, vd., 2011: 69). Her yıl artan bu yaygınlık devletler için de giderek büyüyen bir maddi kaybı beraberinde getirmektedir. Yalnızca kansere yönelik sağlık harcamalarını değil, kanser hastası yakınlarının yaptıkları masraflar gibi resmi olmayan harcamaları ve erken yaşta ölümlerin yol açtığı üretkenlik eksikliğini sonucu ortaya çıkan kayıplar da bu mali yükün artmasında önemli bir etkidir (Luengo-Fernandez, vd., 2013: 1165). Yapılan araştırmalar Avrupa ülkelerindeki 2009 yılındaki kanser harcamalarının 126 milyar avroya ulaştığını ve bu paranın %40'lık bir kısmı olan 51 milyarının sağlık hizmetlerinde kullanıldığını söylemektedir (A.g.e.: 1168). Ancak günümüzde bu maliyetler katlanarak artmış ve devletler için çok daha dikkat edilmesi gereken bir sağlık harcamasına dönüşmüştür. 2018 yılında Avrupa ülkelerindeki kanser harcamaları 199 milyar avroya ulaşmışken, bu paranın yaklaşık %50'lik bir kısmı olan 103 milyar avro sağlık hizmetlerine ayrılmıştır (Hofmarcher, vd., 2020: 43-45).

Kanser hastalıkları, kalp ve damar hastalıklarından sonra kronik hastalıklar içerisinde ölümle sonuçlanma istatistiği en yüksek olan dünyadaki ikinci hastalık grubudur (DSÖ, 2021). Ancak birçok araştırmacı tarafından sıralamadaki bu konumunun geçici olacağı düşünülmekle birlikte 2060 yılına kadar %109 artış göstereceği ve 2030 yılından başlamak üzere kalp ve damar hastalıklarından bile daha ölümcül bir hale geleceği beklenmektedir (Bray, vd., 2021: 3029; Sleeman, vd., 2019: 883). Bray ve

diğerleri (2021: 3029-3030) tarafından 127 ülkenin ölüm verileri toplanılarak yapılan bir derleme çalışmasında kanser hastalıklarının hali hazırda Amerika, Çin, Japonya, Türkiye ve neredeyse tüm Avrupa kıtası ülkelerini de içeren 57 ülkede başlıca erken yaşta ölüm sebebi olduğu da tespit edilmiştir.

Küresel çapta bakıldığında 2020 yılında 19.3 milyon insan kansere yakalanmakla birlikte, 9.9 milyon kişi kansere yenik düşerek hayatını kaybetmiştir (Sung, vd., 2021: 212). Kadın meme kanseri, tüm kanserler arasında %11.7'lik bir hacme sahiptir ve yaklaşık 2.3 milyon yeni vaka sayısı ile en sık görülen kanser türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunu %11.4 ile akciğer, %10 ile kolorektal, %7.3 ile prostat ve %5.6 ile mide kanseri takip etmektedir (A.g.e.). Ölüm istatistiklerine bakıldığında %18'lik bir oranla yılda 1.8 milyon kişinin ölümüne sebep olan akciğer kanseri en ölümcül kanser türüdür. Bu oranı %9.4 ile kolorektal, %8.3 ile karaciğer, %7.7 ile mide ve %6.9 ile kadın meme kanseri takip etmektedir (A.g.e.).

Kanser hastalıklarına ilişkin epidemiyolojik sıralamalar dünyaya kıyasla Türkiye için de pek farklı değildir ve hatta geçtiğimiz on yıla göre daha da kötüleştiği bilinmektedir. Türkiye'de ölümle sonuçlanan hastalıklar listesi incelendiğinde 2009 yılında dördüncü sırada bulunan akciğer kanserinin 2019 yılında %38.3'lük bir artış gösterip daha ölümcül bir hale gelerek iskemik kalp hastalığı ve inmeden sonra sıralamada üçüncü sıraya yükseldiği görülmektedir (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2019). Yine aynı yılda Türkiye popülasyonuna ait genel ölüm nedeni raporlarında kanserin ikinci sırada yer aldığı ve tüm ölümlerde %18.4'lük bir dilim kapsadığı görülmektedir (TÜİK, 2020).

Kanser hastalıkları özelinde 2019 yılına ait Türkiye'deki ölüm sayısı verilerine bakıldığında %64.45'i erkek ve %35.55'i kadın olmak üzere toplam 80186 kişinin vücutlarında oluşan tümörler dolayısıyla hayatlarını kaybettikleri görülmektedir (TÜİK, 2020). Kanser türü bakımından incelendiğinde ise solunum yolu ile ilişkili kanserlerin en ölümcül kanser türü olduğu ve bunu sırasıyla kolorektal, mide, lenfoid-hematopoetik, pankreas ve meme kanserlerinin takip ettiği görülmektedir (A.g.e.).

2.2.3. Kronik Solunum Yolu Hastalıkları

Kronik solunum yolu hastalıkları, solunum yolları ve akciğer yapılarının olağan işleyişinin tedavi edilemez şekilde bozulması sonucu ortaya çıkan hastalıklar olarak adlandırılmaktadır ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), astım, mesleki

akciğer hastalıkları, pulmoner hipertansiyon, obstrüktif uyku apnesi, bronşektazi ve daha birçok hastalığı da içeren önemli bir sağlık sorunudur (Bousquet ve Khaltaev, 2007: 12-14). Toplumlarda görülme sıklığı açısından incelendiğinde en yaygın olan iki türünün astım ile KOAH olduğu ve kronik solunum yolu hastalığı kaynaklı ölümlerin neredeyse tamamının bu iki hastalık sebebiyle gerçekleştiği de bilinmektedir (DSÖ, 2021; DSÖ, 2022).

Astım, hava yollarındaki kasların anormal şekilde kasılması, mukus artışı ve kanallarda şişmeyle birlikte nefes darlığı ve solunumda hırıltıya sebep olan ataklarla kendini gösteren, tıpkı bir pipetten nefes almaya çalışıyormuş gibi hissettiren, sıklığı ve şiddeti kişiden kişiye değişim gösteren, öksürük ile ilk belirtilerini veren, sıklıkla gece saatlerinde ve fiziksel aktiviteler sonrasında ortaya çıkan bir tür solunum bozukluğudur (Socroder ve Fussner, 2020: 25). Alerjenler, viral enfeksiyonlar, solunan hava kalitesini bozan durumlar ve bazı ilaçlar dahil olmak üzere birçok etki astım hastalarında atağı başlatabilmektedir ve bu faktörlerin tamamı tetikleyiciler olarak adlandırılmaktadır (Bateman, vd., 2008: 155). Tetikleyici durumlara karşı kişiden kişiye değişen tepki mekanizmaları astım semptomlarındaki şiddeti belirleyen ana unsurlardan biridir (A.g.e.: 148). Çocuklarda görülen en yaygın kronik hastalık olmakla birlikte günümüzde yaklaşık 262 milyon insanın astım hastalığından muzdarip olduğu bilinmektedir (IHME, 2019). Radikal bir tedavisi bulunmasa da başta inhaler kortikosteroidler dahil olmak üzere birçok etkili semptomatik müdahale aracı bulunmaktadır (Holgate, vd., 2015: 1-2). Ancak yine de her yıl yaklaşık olarak 461 bin kişi astım sebebiyle hayatını kaybetmektedir (IHME, 2019).

KOAH, vücudumuzun hava yollarına veya akciğere ulaşan zararlı partiküllere veya gazlara karşı iltihaplı bir yanıt vermesi sonucu ortaya çıkan ve hava kanallarının tıkanması ile karakterize olarak kişilerde nefes darlığına ve öksürüğe sebep olan yaygın bir hastalıktır (Lareau, vd., 2019: 1). İş veya yaşam koşulları dolayısıyla toza, çeşitli kimyasallara ve hava kirliliğine yoğun bir şekilde maruz kalmak KOAH oluşumunu tetikleyebiliyor olsa da bilinen en yaygın sebep tütün kullanımınıdır (A.g.e.: 1-2). Ancak Salvi ve Barnes (2009: 733) tarafından yapılan bir araştırmaya göre KOAH hastalarının yaklaşık olarak %25 ila %45'i hayatları boyunca hiç tütün ürünü kullanmamıştır. Dolayısıyla hiçbir maruziyet yaşamayan bireylerde de genetik yatkınlıklar sebebiyle KOAH görülebileceği unutulmamalıdır (Lareau, vd., 2019: 2). KOAH, hastaların gösterdikleri belirtiler açısından astım hastalığına oldukça

benzemektedir. Bu iki hastalıkta ayırıcı tanı astımda nefes darlığının daha çok ataklar şeklinde gelip geçici olmasıyken, KOAH hastalarında nefes darlığının ilerleyici ve sürekli olmasıdır (Martinez, 1998: 112-114). Kişiler KOAH'a sebep olan maruziyetlerden uzaklaştıklarında semptomlarda düzelme görülebiliyor olsa da akciğerler bu süreçte tedavi edilemez kalıcı hasarlar almaktadır (Lareau, vd., 2019: 2). Bu durum hastalığın kronik olarak adlandırılmasına yol açmakla birlikte hastalıkla yaşamayı öğrenmek zorunda bırakmaktadır (A.g.e.). DSÖ (2020) tarafından yayımlanan 2019 yılına ait küresel ölüm nedeni raporlarına göre 3 milyondan fazla kişinin hayatını kaybetmesine sebep olan KOAH üçüncü önde gelen ölüm nedenidir ve bu sayı toplam ölümlerin %6'sına denk gelmektedir. Bu ölümlerin %80'lik bir kısmı ise yalnızca düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir (DSÖ, 2021).

Türkiye'deki ölüm sayıları incelendiğinde 2019 yılında toplam ölümlerin %12.2'si olmak üzere toplam 56391 bin kişinin kronik solunum yolu hastalıklarına bağlı olarak hayatını kaybettiği bilinmektedir ve bu oran tüm ölüm sebepleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (TÜİK, 2020). Cinsiyet faktörü açısından incelendiğinde kronik solunum yolu hastalıkları sebebiyle hayatını kaybedenlerin %56.52'sinin erkek, %43.48'inin kadın olduğu bilinmektedir. (A.g.e.). KOAH özelinde Türkiye'de ölümle sonuçlanan hastalıklar listesi incelendiğinde ise 2009 yılında üçüncü sırada olan KOAH'ın 2019'da %18.1'lik bir artış yaşadığı halde dördüncü sıraya gerilediği de dikkat çeken faktörler arasındadır (IHME, 2019). Sıralamadaki bu değişiklik üçüncü sırada bulunan akciğer kanserinin artışının KOAH'a kıyasla daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır (A.g.e.).

2.2.4. Diyabet

Kandaki şeker oranını düzenleyen insülin hormonunun eksik olduğu ve/veya vücut tarafından kullanılmaması sonucunda oluşan kronik metabolizma bozukluğu diyabet hastalığı olarak adlandırılmaktadır (American Diabetes Association, 2011: 62). Diyabetin yol açtığı hiperglisemi (kan şekerinin yükselmesi) başta göz, böbrek, sinirler, kalp ve damarlar olmak birçok alanda organ yetmezliğine, işlev bozukluğuna ve uzun süreli kalıcı hasara sebep olmaktadır (A.g.e.). Halk arasında şeker hastalığı olarak da anılmaktadır (Şahin, 2021: 39). Çeşitli türleri bulunsa da tip 1 ve tip 2 en temel iki diyabet türüdür (Maraschin, 2013: 13).

Tip 1 diyabet, pankreastaki beta hücrelerinin tahrip olmasıyla insülin salgılanamaması sonucu ortaya çıkan kronik otoimmün bir hastalıktır (Maraschin, 2013: 14). Tahribat, genetik olarak kodlanan bazı genlerin anormal olması ile gerçekleşebileceği gibi inek sütü proteinleri ve viral enfeksiyonlar gibi birçok çevresel tetikleyici tarafından da başlayabilmektedir ve bu durum bağışıklık sisteminin kendini tanıma yeteneğinin bozulması ile sonuçlanmaktadır (Dahlquist, 1998: 5; Guthrie ve Guthrie, 2004: 114; Scott, Norris ve Kolb, 1996: 379). İşlevsizlik ardından ortaya çıkan insülin eksikliği diyabetik ketoasidoza sebep olarak hastaları koma haline sokabildiği gibi ileri vakalarda ölüme de yol açabilmektedir (Maraschin, 2013: 13). Diyabetik ketoasidoz belirtileri arasında kusma, nefes almada zorluk, nefeste meyve kokusu, idrar artışı, karın ağrısı, halsizlik, bilinç problemleri bulunmaktadır ve daha önceden diyabet tanısı almayan kişilerde bile ilk belirti şeklinde kendini gösterebilmektedir (Misra ve Oliver, 2015: 1). Tip 1 diyabet, genellikle çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıksa da her yaşta görülebilen bir hastalıktır (Maraschin, 2013: 13). Vücutta insülin eksikliği sonucu kan şekerinin yükselmesiyle kendini gösteren tip 1 diyabette hastaların yaşamsal işlevselliklerini sürdürebilmeleri için uygulanan temel tedavi yöntemi insülin düzeyinin normal seviyelerde tutulabilmesi için ömür boyunca ve kişiden kişiye değişen oranlarda dışarıdan enjeksiyon ile alınan insülin hormonudur (Abacı, Böber ve Büyükgebiz, 2007: 7). Bu sebeple insüline bağımlı diyabet şeklinde de isimlendirilmektedir (Castano ve Eisenbarth, 1990: 647).

Tip 2 diyabet, tip 1 diyabete kıyasla daha sık görülen bir hastalıktır ve tüm diyabet vakalarının %90'ına yakını tip 2 diyabetten muzdariptir (American Diabetes Association, 2011: 63). Tip 2 diyabet, vücuttaki karbonhidrat, lipit ve protein metabolizmasının dengesizliğiyle karakterize olarak salgılanan insülin miktarının bozulması ve/veya insüline olan direncin değişmesi sebebiyle hiperglisemi gelişmesi sonucu oluşan bir hastalıktır (DeFronzo, vd., 2015: 1). Buradaki temel sorun tip 1 diyabette gerçekleşen otoimmün bir süreçten ziyade pankreastaki beta hücrelerinin zaman içerisindeki bozulmasından kaynaklanmaktadır (A.g.e.). Ancak tip 2 diyabette hiperglisemi gerçekleşmeden önce ortaya çıkan ve henüz tanı almamış kişiler için yüksek riskli bir durum anlamına gelen prediyabet (gizli şeker) evresi bulunmaktadır (Vendrame ve Gottlieb, 2004: 75). Bu evrede hasta adayları kilo verme, beslenme alışkanlıklarını değiştirme, fiziksel aktiviteyi artırma gibi etkili yöntemlerle diyabete yakalanma riskini en aza indirebilmektedir. Örneğin prediyabet evresindeki bir kişi

için bir kilo vermek, diyabete yakalanma riskini %16 oranında azaltmaktadır (Tabák, vd., 2012: 2284). Ancak yine de her yıl adayların yaklaşık olarak %5 ila 10'u bu evreyi atlatamamakta ve diyabet tanısı almaktadır (A.g.e.: 2280).

Diyabet dünya için her geçen yıl daha büyük bir problem haline gelmektedir. Tip 2 diyabet hastası sayılarına bakıldığında son 20 yılda hasta sayısının iki katından fazla arttığı görülmektedir (Zimmet, vd., 2016: 616). Günümüzde 537 milyon diyabet hastası bulunmakla birlikte bu sayının 2030 yılında 643 milyona, 2045 yılında ise 783 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (International Diabetes Federation, 2021: 5). Yine aynı araştırmaya göre 541 milyon kişinin prediyabet evresinde olup tip 2 diyabet adayı olması da dikkat çeken bilgiler arasındadır (A.g.e.). Ölüm istatistiklerine göre her yıl 6.7 milyon insan diyabet ve diyabetin yol açtığı bozukluklar dolayısıyla hayatını kaybetmekte, bunlardan 1.5 milyonu ise doğrudan diyabet sebebiyle yaşama veda etmektedir (DSÖ, 2016: 21; International Diabetes Federation, 2021: 5).

Türkiye istatistiklerine bakıldığında Satman ve diğerleri (2013: 177) tarafından yapılan bir araştırmaya göre Türkiye'deki yetişkinlerin 6.5 milyonunun diyabet hastası olduğu ancak bu sayının yaklaşık yarısının hastalığa dair farkındalığa sahip olmadığı aktarılmıştır. Ülkemizde diyabetin yol açtığı ölüm sayısının 2009 yılından 2019 yılına kadar %3.9 artış gösterdiği de görülmektedir (IHME, 2019). Yine aynı yıl %42.07'si erkek ve %56.93'ü kadın olmak üzere 14226 kişi diyabet sebebiyle hayatını kaybetmiştir. 2019 yılında gerçekleşen ölümlerin içerisinde bu oran %3.26'lık bir dilimi ifade etmektedir (TÜİK, 2020).

2.3. Kronik Hastalıklarda Risk Faktörleri

DSÖ (2021) tarafından tüm kronik hastalıklar içerisinde ölüme yol açan en büyük dört risk faktörü sigara kullanımı, alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları olarak belirtilse de kişisel özellikler, çevresel koşullar, yaşam tarzları ve daha birçok öncül ve ardıl faktörün de kronik hastalıklar için risk oluşturduğu bilinmektedir.

Alkolizme varan yüksek alkol tüketiminin siroz, pankreas ve karaciğer başta olmak üzere çeşitli kanser, hipertansiyon ve benzeri gibi hastalıklarda önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (White, Altmann ve Nanchahal, 2002: 1). Standart bir sigara kullanıcısının hastalıklara bağlı olarak ortalama 8 yıl daha az yaşadığı ve herhangi bir bedensel bozukluğu ortalama 12 yıl daha erken deneyimlediği de bilinenler arasındadır

(Ogden, 2012: 70). Küresel çapta erken ölüm risk faktörleri incelendiğinde sigara, alkol ve hava kirliliğinin en büyük risk taşıyan çevresel faktörler olurken hipertansiyon, yüksek beden kitle indeksi ve yüksek açlık kan şekerinin ise en büyük risk taşıyan metabolik faktörler olduğu görülmektedir (Foreman, vd., 2018: 2077).

Türkiye’de ölüm veya bedensel bozukluğa sebep olan risk faktörlerinin 2009 ve 2019 yılları arasındaki on yıllık değişimleri incelendiğinde en büyük risk faktörü olan sigaranın %12.5 artış ile birinci sırayı koruduğu; ikinci sırada yer alan hipertansiyonun %11.1 artış ile üçüncü sıraya gerilediği; üçüncü sırada yer alan yüksek beden kitle indeksinin %29.5 artarak 2019’da ikinci sıraya yükseldiği; dördüncü sırada yer alan yüksek açlık kan şekerinin %18.5 artışla sıralamadaki yerini koruduğu ve son olarak altıncı sırada bulunan hava kirliliğinin %3.5 artarak beşinci sıraya yükseldiği görülmektedir (IHME, 2019).

2.3.1. Kalp ve Damar Hastalıklarında Risk Faktörleri

Kişiler için oldukça ölümcül olabilen kalp ve damar hastalıkları, bazı riskli durum ve davranışlar sonucunda ortaya çıkma ve/veya gelişim gösterme eğiliminde olan bir kronik hastalık grubudur. Küresel ölüm nedeni raporuna göre dünyadaki ölümlerin %27’sinden fazlası kalp ve damar hastalıkları dolayısıyla gerçekleşmekte olup bu ölümlerin %40.6’sında yüksek kan basıncının, %13.7’sinde sigaranın, %13.2’sinde sağlıksız beslenme alışkanlıklarının, %11.9’unda fiziksel hareketsizliğin ve %8.8’inde ise kandaki yüksek glikoz seviyesinin etkili olduğu bilinmektedir (DSÖ, 2020; Yang, vd., 2012: 1278).

Hipertansiyon olarak da adlandırılan yüksek kan basıncı, erken yaşta ölümlere sebep olan başlıca hastalıklardan biridir ve günümüzde yetişkin bireylerin %31’i olmak üzere yaklaşık 1.4 milyar insanın muzdarip olduğu önlenemez ve tedavisi bulunan bir risk faktörüdür (Aydoğdu, vd., 2009: 536; Bloch, 2016: 753). Türkiye’de yaşayan örneklemeler ile yapılan çalışmalara göre her dört kişiden birinde bulunan hipertansiyon her iki cinsiyette de neredeyse aynı oranlarda görülmektedir (Üner, Balcılar ve Ergüder, 2018: 95). Birçok çalışma kalp ve damar hastalıkları yaşayan kişilerde eş zamanlı görülen hipertansiyonun önemine dikkat çekmektedir (Jelaković, vd., 2007: 287; Perk, vd., 2012: 1674-1678; Yusuf, vd., 2004: 938). Yapılan araştırmalar tansiyon değerleri normal aralıkta olan kişilerde kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölüm riskinin %30 oranında düştüğünü söylemektedir (Ogden,

2012: 419). Hipertansiyonla mücadele amacıyla beden kitle endeksine uygun kiloya inmek, genellikle tuz aracılığıyla alınan sodyum kullanımını azaltmak, sebze ve meyve ağırlıklı olmak üzere sağlıklı beslenmek, sigara ve alkol kullanımını terk etmek, fiziksel hareketliliği arttırmak ve stresi yönetmek gibi eylemler kişiler tarafından uygulanabilecek başlıca tedavi yöntemleridir (Aydoğdu, vd., 2009: 540).

Sigara içmek ve hatta sigaraya çevre dolayısıyla maruz kalmak da kalp ve damar hastalıkları için önemli bir risk faktörüdür (Pearson, 2011: 2562). Yapılan araştırmalar sigara içen kişilerde gerçekleşen sigaraya bağlı ölümlerin dörtte birinin kalp ve damar hastalıklarından kaynaklandığını, bu kişilerin ölümcül dolaşım sistemi hastalıklarına yakalanma riskinin iki kat daha yüksek olduğunu, bu riskin 50 yaş altındaki kişilerde sigara içmeyenlere kıyasla 5 kata kadar yükselebildiğini söylemektedir (Piepoli, vd., 2016: 2346). Öberg ve diğerleri (2011: 142) tarafından yayımlanan bir istatistiğe göre her yıl yaklaşık olarak 400 bin kişi pasif içiciliğin yol açtığı iskemik kalp hastalığı dolayısıyla hayatını kaybetmektedir. Sigara kullanıcılarında da durum pek farklı değildir. Teo ve diğerleri (2006: 650) tarafından yapılan bir araştırmada ise sigara kullanan bireylerde kalp krizi riskinin kullanmayanlara kıyasla üç kat arttığı bilinmektedir.

Kalp ve damar hastalıklarını önlemede sağlıklı beslenmenin de önemli bir rolü bulunmaktadır. Beslenmedeki bozulmalar dolaşım sistemini doğrudan etkileyerek kalp ve damar hastalıklarında tetikleyici bir rol oynamaktadır (Brannon, Feist ve Updegraff, 2013: 216-218). Hayvansal gıdaların ve doymuş yağ oranı yüksek besinlerin gereğinden fazla tüketilmesi ile birlikte artan kolesterol, kalp ve damar hastalıklarının ortaya çıkmasına ve ölümlerle sonuçlanabilen bir hastalık türü olan iskemik kalp hastalığına yakalanma riskini de arttırmaktadır (A.g.e.; Perk, vd., 2012: 1651-1652). Hem sağlıksız beslenme tarzları hem de diyabet dolayısıyla kandaki seviyesi yükselebilen glikoz, kişilerde kalp ve damar hastalığı geliştirdiği bilinen bir diğer önemli risk faktörüdür (Khaw, vd., 2004: 418). Buna ek olarak vücuttaki sodyum-potasyum oranının genellikle aşırı tuz tüketimi sonucu sodyuma kayması da kişiler için bir risk faktörü oluşurmaktadır ve Türkiye'deki kalp ve damar hastalıklarına bağlı gerçekleşen ölümlerin %17.1'i yüksek sodyum kullanımına atfedilmektedir (Kim, vd., 2014: 456-460; Kontsevaya, vd., 2018: 4). Türkiye popülasyonu incelendiğinde 40-69 yaş aralığındaki yetişkin bireylerde metabolik risk faktörlerinin oldukça yüksek olduğu ve önümüzdeki 10 yıl içinde bu yaş aralığındaki

bireylerin %10.5'inin kalp ve damar hastalığına yakalanma olasılığının %30 olduğu bilinmektedir (Kontsevaya, vd., 2018: 5). Tüm bu bilgiler ışığında beslenme alışkanlığını sağlıklı bir düzene koymanın kalp ve damar hastalıklarıyla mücadelede oldukça önem arz ettiği rahatlıkla söylenebilir. Genel bir tabir ile Akdeniz tipi beslenme olarak tanımlanan lif açısından zengin ve kolesterol azaltan etkilere sahip olan meyve ve sebze tüketiminin yoğun olduğu bir beslenme tarzı önerilmektedir (Perk, vd., 2012: 1665; Dragsted, vd., 2006: 64). Ayrıca kalp ve damar hastalıkları için koruyucu bir faktör olan omega 3 yağ asidini içeren balığın haftada iki kere tüketilmesi ve tuz kullanımının günde 5 gramdan az olması da hastalık gelişimini önlemede oldukça önemli bir yere sahiptir (Menotti ve Puddu, 2015: 248; Piepoli, vd., 2016: 2348; Wen, Dai ve Gao, 2014: 473).

Fiziksel hareketsizliği ortadan kaldırmak, kalp ve damar hastalıklarıyla mücadelede başlıca yapılması gerekenler arasındadır. Düzenli fiziksel aktivite kalp ve damarlarda hastalığa yol açan bozuklukları ortadan kaldırmakla birlikte aşırı kilo, yüksek glikoz seviyesi, yüksek kan basıncı ve diğer birçok risk faktöründe de düzenleyici bir rol oynamaktadır (Perk, vd., 2012: 1668-1669). Sağlıklı örneklerle yapılan araştırmalar günlük olarak yapılan fiziksel aktivitenin kalp krizi riskini önemli ölçüde azalttığını göstermektedir (Brannon, Feist ve Updegraff, 2013: 385). Bu sebeple yetişkin bireylerin yeterli düzeyde fiziksel hareket düzeyleri için haftada en az 150 ila 300 dakikalık hafif spor veya 75 ila 150 dakikalık yoğun spor yapmaları önerilmektedir (Piercy, vd., 2018: 2026).

Kalp ve damar hastalıklarını önlemek için yapılabilecek koruyucu çalışmalar olsa da aile geçmişi, cinsiyet ve yaş gibi riski arttırdığı bilinen ancak değiştirilemez bazı risk faktörleri de mevcuttur (Mihajlović, vd., 2021: 259). Yapılan araştırmalarda elde edilen bulgulara göre aile geçmişinde kalp krizi veya inme bulunan bireylerde bu hastalıkların ortaya çıkma sıklığında bir artış olacağını öngörülmektedir (Chow, vd., 2011: 626; Jousilahti, vd., 1997: 1363-1364). Cinsiyet açısından bakıldığında farklı toplumlar içerisinde bile erkeklerin kadınlara oranla daha fazla kalp ve damar hastalığına yakalandığı görülse de bu durumun biyolojik bir süreçten ziyade yaşam tarzından kaynaklandığı düşünülmektedir (Anand, vd., 2008: 932-933; Narita, vd., 2020: 78; Weidner ve Cain, 2003: 769). Yaş faktörüne bakıldığında ise artan insan yaş ömrünün bu tür hastalıklar için kaçınılmaz bir altyapı oluşturduğu rahatlıkla söylenebilmektedir (Brannon, Feist ve Updegraff, 2013: 213).

Psikolojik stresin çeşitli fizyolojik reaksiyonlara yol açtığı ve etiyolojisi tam olarak açıklanamasa da kalp ve damar hastalıkları riskini arttırdığı bilinmektedir (Steptoe ve Kivimäki, 2012: 360). Yapılan araştırmalar akut stresin yol açtığı ani öfke, korku, heyecan ve üzüntü gibi duyguların dolaşım sisteminde yavaşlamaya yol açarak koroner kalp hastalıkları için risk oluşturduğunu ve hatta kalp krizini tetikleyerek ölümlere sebebiyet verdiğini göstermektedir (Chi ve Kloner, 2003: 475; Straub, 2014: 368). Bununla beraber depresyon, kaygı ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik yakınmaların kalp ve damar hastalıkları için yatkınlık oluşturduğu da bilinmektedir (Hare, vd., 2014: 1365-1367; Edmondson ve Cohen, 2013: 553).

Kişilik özellikleri açısından incelendiğinde rekabetçi tutum, acelecilik, öfke gibi eğilimlere sahip olan A tipi kişilik örüntüsüne sahip kişilerin, rahat ve esnek bir eğilime sahip olan B tipi kişilik örüntüsüne sahip olan kişilere kıyasla stres altındayken dolaşım sistemlerinin olumsuz etkilendiği ve bu durumun koroner kalp hastalığına yönelik bir yatkınlığa sebep olduğu bilinmektedir (Straub, 2014: 379). Ancak buradaki temel husus öfke gibi olumsuz duygulanımların açığa çıkarılması sebebiyle değil, bunların zarar verici seviyedeki işlevsiz dışavurumu ile alakalıdır ve bu durum sebebiyle erkeklerin daha yüksek bir kardiyolojik risk altında olduğu aktarılmaktadır (Chida ve Steptoe, 2009: 936).

Yalnızlık ve sosyal izolasyon gibi durumların da kişileri hem psikolojik hem de fizyolojik olarak doğrudan ve dolaylı şekilde etkileyerek koroner kalp hastalıkları ve inme riskini arttırdığı bilinmektedir (Holt-Lunstad ve Smith, 2016; 987). Yapılan araştırmalar sosyal anlamda izole olan kişilerin, oldukça sosyal olan kişilerle kıyaslandığında iki kattan daha fazla kalp ve damar hastalığı riski taşıdığını ortaya koymaktadır (Heffner, vd., 2011; 1482).

2.3.2. Kanser Hastalıklarında Risk Faktörleri

Kanser, her ne kadar yaygın olsa da risk faktörlerini ortadan kaldırmak amacıyla yaşam tarzında değişiklikler yapılması sonucu görülme sıklığı %50 oranında azalabilen bir hastalık türüdür (Colditz, Cannuscio ve Frazier, 1997: 651; Stein ve Colditz, 2004: 302). Risk faktörlerini ortadan kaldırmaya yönelik yapılan her türlü davranış değişikliği yalnızca kanser hastalıklarını değil olası diğer kronik hastalıkları önleme konusunda da oldukça önem kazanmaktadır (Stein ve Colditz, 2004: 302).

Sigara, kullanıcı sayısının fazla olması ve kansere bağlı ölümlerdeki büyük payı sebebiyle değiştirilebilir risk faktörlerinin başında yer almaktadır (Lewandowska, vd., 2019: 3). Günümüzde kanserlerin yaklaşık %30'unda, akciğer kanseri özelinde ise %90'ında ana etken olan sigara, ağız, gırtlak, yemek borusu, mide, kolon ve daha birçok kansere de davetiye çıkarmaktadır (Stein ve Colditz, 2004: 299). Yalnızca kullanan kişiyle sınırlı kalmayarak çevre maruziyeti sebebiyle diğer insanları da pasif içici yapmakta ve 21 binden fazla insanın akciğer kanserine bağlı olarak yaşamını yitirmesine sebep olmaktadır (Öberg, vd., 2011: 139). Her yıl sigara kullanıcılarının yaklaşık 7 milyonu kansere yakalanmakta ve bu hastaların %21'i doğrudan sigaraya atfedilen sebeplerle hayatını kaybetmektedir (Lee ve Hashibe, 2014: 378-379).

Bir diğer risk faktörü olan alkol kullanımı özellikle ağız ve yemek borusu kanserinde birincil etken unsur olmakla birlikte gırtlak, karaciğer ve meme kanserlerinde de etkin rol oynamaktadır (Chang, Straif ve Guha, 2011: 275; Franceschi, vd., 2000: 113; Stein ve Colditz, 2004: 301). Kabul edilebilir olarak nitelendirilen günde iki bardak alkol tüketiminin bile meme kanserine yakalanma riskini %25, kolon kanserine yakalanma riskini ise %8 oranında arttırdığı tespit edilmiştir (Lewandowska, vd., 2019: 3; Longnecker, 1994: 76). Buna ek olarak sindirimsel anlamda tüketilmediği halde düzenli anlamda günde iki kere alkol bazlı ağız temizleme ürünlerini kullanmanın bile ağız kanserine yol açabildiği bilinen başka bir gerçektir (Guha, vd., 2007: 1166). Ağız ve yutak kanserlerinin %16'sının, yemek borusu kanserlerinin %26'sının, karaciğer kanserlerinin %25'inin, meme kanserlerinin %5'inin sebebi olarak görülen alkol, kansere bağlı ölümlerin %5'inden sorumlu olan önemli bir risk faktörüdür (Lee ve Hashibe, 2014: 381).

Fiziksel hareketsizlik de insanlarda tümör oluşumuna katkı sağlayan unsurlar arasındadır. Yapılan araştırmalar hareketsizliğin kolorektal kanser, meme kanseri, rahim ile ilişkili kanserler, prostat kanseri, böbrek kanseri, akciğer kanseri ve birçok kanser türü üzerinde doğrudan ve dolaylı olmak üzere büyük bir etkisi olduğunu söylemektedir (Vainio ve Bianchini, 2002: 134-167). Colditz ve diğerleri (1996: 55) tarafından yapılan bir araştırmada kansere bağlı ölümlerin %5'i fiziksel hareketsizlik ile ilişkilendirilmiştir. Sorunun köküne inildiğinde buradaki temel problem, hareketsizliğin paralelinde artış gösteren beden kitle indeksinin yol açtığı vücudun normal işleyişindeki bozulmalardır (Vainio ve Bianchini, 2002: 83-86). Ayrıca fiziksel hareketsizlik sonucu bağışıklık sisteminin zayıflaması, sindirim sürecinin normalden

daha uzun sürmesi ve hücre sel büyüme faktörlerindeki artışın tümör gelişimini tetiklemesi gibi sebepler kansere davetiye çıkarmaktadır (Stein ve Colditz, 2004: 300). Örneğin aktivite eksikliğinin sindirimdeki yavaşlamaya yol açması sonucu artan gıda tutulumlarının kolon kanserine yol açabildiği bilinmektedir (Lewandowska, vd., 2019: 5). Öte yandan fiziksel hareket seviyesi yeterli bireylerle kolon kanserine yakalanma riskinin %50 dolaylarında azalması da bu bulguları destekler niteliktedir (Colditz, Cannuscio ve Frazier, 1997: 651).

Yanlış beslenme, kanserojen etkiye sahip toksik maddelerin vücuda alınması ve beden kitle indeksini negatif yönde değiştirerek vücudun normal işleyişini bozması dolayısıyla kanser için önemli bir risk faktörü sayılmaktadır (Lewandowska, vd., 2019: 4). Yapılan araştırmalar kolorektal, meme, yemek borusu, mide ve pankreas başta olmak üzere dünyadaki kanser vakalarının yaklaşık olarak %35'lik bir diliminin sağlıksız beslenmeyle birlikte fiziksel hareketsizliğe dayandığını söylemektedir (A.g.e.). Bu hastalıkların temel oluşum nedeni ise yüksek kaloriye bağlı obezite, aşırı yağlı ve lifçe fakir besinler tüketme, düşük kalsiyum ve vitamin alımıyla birlikte tuzlu beslenme sonucu sodyum düzeylerindeki artışa bağlanmaktadır (A.g.e.). Tek başına obezite bile birçok kanser türü için %9 ila %39 oranlarında değişen kanser riski taşımakla birlikte, kansere bağlı gerçekleşen ölümlerde erkek hastaların %14'ünün ve kadın hastaların %20'sinin ölüm sebebi doğrudan obeziteye atfedilmektedir (Stein ve Colditz, 2004: 300).

Davranış değişiklikleri ile ortadan kaldırılamayacak bazı kanser risk faktörleri de mevcuttur. İleri yaşlarda ortaya çıkma riski artan kanser, özellikle 40 ila 80'li yaşlarda daha çok kendini göstermektedir (Midha, Chawla ve Garg, 2016: 270). Kanserle dair aile öyküsü de dikkat edilmesi gereken risk faktörleri arasındadır ve başta çekirdek aile olmak üzere yakın bir akrabasında kanser hastalığı bulunan kişiler genetik olarak kanser hastalığına yatkınlık göstermektedir (Turati, vd., 2013: 2652). Ayrıca bazı kanser türlerinin cinsiyetlere göre daha yaygın olarak rastlandığı da bilinmektedir. Örneğin kadınlarla kıyaslandığında erkeklerde kolorektal kanser görülme sıklığı %30 ila %40, pankreas kanseri görülme sıklığı ise %30 artmaktadır (Midha, Chawla ve Garg, 2016: 270; Siegel, vd., 2017: 183). Buna ek olarak ailesinde kanser öyküsü bulunan erkeklerin daha iyi sağlık davranışları gösterdiği, ancak ailesinde kanser öyküsü bulunan kadınların ise nispeten daha kötü sağlık davranışları gösterdiği de ulaşılan bulgular arasındadır (Hwang, Zhang ve Park, 2019: 401).

Geçtiğimiz son çeyrek asırda yapılan çalışmalar kanser hastalıkları ile kronik stres, depresyon ve sosyal izolasyon arasında kanserin ilerlemesine yönelik önemli bulgular olduğunu aktarmaktadır (Moreno-Smith, Lutgendorf ve Sood, 2010: 1863). Stresin kansere yol açtığına yönelik bulgular hala tartışmalı olsa da yapılan meta-analiz çalışmaları yüksek stres, strese yatkın kişilik örüntüleri, olumsuz başa çıkma ve duygulanım yöntemleri, düşük yaşam kalitesi gibi bulguların kansere yakalanma ve yakalanıldığı takdirde kanseri atlatmayı zorlaştırdığını göstermektedir (Chida, vd., 2008: 466; Reiche, Nunes ve Morimoto, 2004; 619). Bu noktada doğrudan bir etkinin yanında dolaylı etkilerin de olduğu söylenmektedir. Özellikle stresli kişilerde görülen yüksek riskli sağlık davranışlarından olan sigara kullanımı, aşırı alkol kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel aktivite eksikliği, uyku kalitesindeki bozukluklar ve tedavi uyumsuzlukları da bu kişilerin kanser ile tanışmasına sebep olabilmektedir (Chida, vd., 2008: 473).

Kansere yakalanan kişilerin stres ve hastalıkla başa çıkarken kullandığı kaynaklar ise kişiden kişiye değişim göstermektedir. İyimserlik, maneviyat, öz yeterlik gibi içsel kaynaklara, arkadaş, aile, sosyal kurumlardan gelen sosyal destek gibi dışsal kaynaklara, hastalığını ve bedenini tanımaya yönelik bilgisel kaynaklara ve sağlık hizmeti kalitesi, doktor iletişimi, kullanılan ilaçlar gibi somut kaynaklara sahip olan kişilerin kanseri atlatma olasılığının çok fazla arttığı bilinmektedir (Andrykowski, Lykins ve Floyd, 2008: 196-198).

2.3.3. Kronik Solunum Yolu Hastalıklarında Risk Faktörleri

Yapılan araştırmalarda elde edilen bulgulara göre kronik solunum yolu hastalıkları için birçok bireysel ve çevresel risk faktörü bulunmaktadır. Bunlardan başlıcaları tütün kullanımı, hava kirliliği, mesleki maruziyetle gelen toksik solunum, iklim bozukluğu ve özellikle beden kitle indeksindeki artış gibi metabolik düzensizlikler olarak tanımlanmaktadır (Prüss-Üstün, vd., 2016: , 61-66; Stanaway, vd., 2018: 1925; Viegi, vd., 2007: 999-1000).

Tütün, yalnızca kullanıcılarını değil, tütün dumanını soluyan pasif içicileri de etkileyerek kronik solunum yolu hastalığına yol açabilen ve özellikle KOAH için en dikkat edilmesi gereken risk faktörüdür. Aktif ve pasif içici olarak yaklaşık her yıl 35 milyon insanın KOAH'a yakalanmasına sebep olan tütün kullanımı, 1.5 milyon insanın ise KOAH'a bağlı olarak hayatını kaybetmesine yol açmaktadır (Li, vd., 2020:

4). Bununla birlikte astım hastalarında sigara kullanımının hastalığa bağlı semptomları açığa çıkarttığı, tedavi amacıyla kullanılan inhaler kortikosteroidlerin etkinliğini azalttığı, akciğer fonksiyonlarını yavaşlattığı ve hastalığa dair şiddeti arttırdığı da bilinmektedir (Chalmers, vd., 2002: 230).

Hava kirliliği, kronik solunum yolu hastaları için ikinci en büyük risk faktörüdür (Li, vd., 2020: 4). Yapılan araştırmalara göre her yıl toplamda 25 milyondan fazla insanın KOAH'a yakalanmasında rol oynayan hava kirliliği, 1 milyon hastanın ise hayatını kaybetmesine yol açmaktadır (A.g.e.). Özellikle düşük sosyoekonomik statüdeki ülkelerde ısınma ve yemek pişirme gibi eylemlerinde odun, kömür gibi katı yakıt tüketiminin yüksek olması ile KOAH'a bağlı ölümlerin güçlü bir pozitif korelasyon gösterdiği de bilinmektedir (A.g.e.: 8). Buna ek olarak gelişmiş ülkelerdeki araç trafiği ve elektrik üretimi sırasında havaya salınan zehirli gazların solunum yollarında bozukluğa, iltihaplanmaya, hassasiyet artışına neden olduğu ve özellikle astım hastalarında alevlenme şiddetini arttırarak hastalığın ciddi bir boyuta gelmesine sebep olduğu da bilinmektedir (Guarnieri ve Balmes, 2014: 1; Sarnat ve Holguin, 2007: 64).

İklim değişikliklerinin yol açtığı sonuçlar da bu hastalık grubu için risk taşımaktadır. İklim değişikliği sonucu ortaya çıkan karbondioksit gibi sera gazlarının artışı, artan sıcaklıklar, orman yangınları, hava kirliliği, kuraklık ve seller gibi doğa olaylarının tamamı kronik solunum yolu hastalıkları için riskler barındırmaktadır (D'Amato, vd., 2014: 161). Ayrıca artan sıcaklıklarla beraber fiziksel olarak yerden yükselen hava akımının kirliliği de daha yükseğe taşınması sonucu var olan hava kirliliği solunum anlamında daha da tehlikeli olmaktadır (Viegi, vd., 2020: 173). Buna ek olarak artan sıcaklıklar polen mevsimlerini uzatıp, daha şiddetli bir dönem haline getirmektedir (Ayres, vd., 2009: 297-298). Örneğin dünyanın özellikle kuzeyinde varlık gösteren sıcaklık artışları, o bölgeye ait bitki türü polenlerinin daha geniş alanlara yayılmasına sebep olmakla birlikte astım ve alerjisi olan insanları yeni alerjenlere maruz bırakmakta ve astım alevlenmelerine yol açmaktadır (A.g.e.). Geçtiğimiz birkaç on yıllık süreçte polene bağlı astım vakalarındaki artış da bu bulguları destekler niteliktedir (D'Amato, vd., 2014: 162).

Bazı meslek gruplarının iş ortamında maruz kaldıkları gaz, duman, toz, rutubet, küf ve diğer etken maddeler de astıma yol açabilmektedir (Kim, vd., 2016: 4). Mesleki maruziyet KOAH'ta da önemli bir risk faktörüdür. Özellikle madenciler, beton imalat işçileri, endüstri çalışanlarında yüksek oranda KOAH'a yakalanma riski olduğu

bilinmekle birlikte, tüm KOAH vakalarının %15'lik bir kısmının mesleki maruziyet sebebiyle hastalığa yakalandığı düşünülmektedir (Boschetto, vd., 2006: 4).

Metabolik bozukluklar kronik solunum yolu hastalıklarında oldukça yaygın bir risk faktörüdür. Başta KOAH olmak üzere yetersiz beslenme sık görülmekte ve sağlık uzmanları tarafından gözden kaçabilmektedir (Raad, Smith ve Allen, 2019: 337). Yapılan araştırmalar KOAH hastalarının %25 ila %40'ının beden kitle indeksine göre zayıf kategoride olduğunu, %35'inin ise sağlıklı boyutlarda düşük yağsız kitle oranına sahip olduğunu söylemektedir (Rawal ve Yadav, 2015: 151-152). Dolayısıyla yetersiz beslenme KOAH hastalarında egzersiz ve kas fonksiyonlarını bozmakla birlikte akciğere zarar vermekte, alevlenmeleri tetiklemekte ve ölüm riskini arttırmaktadır (Keogh ve Williams, 2021: 3-6). Whyand ve diğerleri (2018: 8) tarafından yapılan bir araştırmaya göre karoten, D vitamini ve E vitaminince zengin besinler tüketmenin astım ve KOAH başlangıcını tetikleyebilen hava kirliliğine karşı koruyucu bir faktör olduğu söylemekte ve bu bulgular da doğru beslenmenin önemine dikkat çekmektedir. Bir diğer yandan astıma yönelik tartışmalar günümüzde de devam etmektedir. Astım tanısı almış kişilerin birçoğu obezite tanısı da almıştır ve bu durum tipik bir fenotip olarak kabul görmektedir (Miethe, vd., 2020: 685). Astımda görülen zayıf akciğer fonksiyonları ve insülin direnci obezite bulguları ile pozitif bir korelasyon gösterse de hangi etkinin öncül etki olduğu hala tam olarak kestirilememiştir (Cardet, vd., 2016: 403; Pakhale, vd., 2010: 1316). Davranışsal açıdan yaklaşan bazı çalışmalar ise astımı olan bireylerin astım ataklardan korunmak için fiziksel aktivitelere yeterince vakit ayırmadığını ve aslında bu durumun obeziteye yol açtığını iddia etmektedir (Glazebrook, vd., 2006: 2447).

Kronik solunum yolu hastalıkları psikolojik açıdan ele alındığında orta ve ağır şiddette astımdan muzdarip olan kişilerin işlevsel olmayan baş etme mekanizmaları kullanmaya, bozulmuş bilişsel fonksiyonlara, strese, kaygı bozukluğuna ve depresyona daha yatkın oldukları bilinmektedir (Thomas, vd., 2011: 251-252). Olumsuz yaşam olayları sonrası deneyimlenen stres astım ataklarını tetikleyerek kişileri astım-stres döngüsüne sokabilmekte ve özellikle ölümcül bir seviyede astım şiddeti yaşayan kişilerde klinik boyuta varan çok ciddi problemlere yol açabilmektedir (A.g.e.: 152). Genel bir perspektiften bakıldığında deneyimlenen bu psikolojik zorlanmaların yalnızca hastalıktan değil hastalığın getirdiği yaşam kalitesindeki azalma, sağlık harcamaları, hasta tarafından uygulanan inhaler tedavinin yeterli

rahatlamayı sağlamaması, artan hastane yatışları gibi sebeplerden kaynaklanıyor olduğu da düşünülmektedir (A.g.e. 153). Kişilik özellikleri ile astım kontrolü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamasa da sorumluluk sahibi kişilerde ilaç uyumunun arttığı, nevrotik kişilerde ise hastalığı yönetme becerisinin azaldığı görülmüştür (Cheung, vd., 2014: 729).

KOAH ile stres ilişkisinin netleştirilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada sağlıklı ve hasta bireylerdeki stresle ilişkili hormonun anlamlı olarak farklılaşmadığı, ancak hastalık şiddeti artan kişilerde hormon miktarının daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (Karadağ, vd., 2008: 115). Yapılan diğer araştırmalarda da KOAH hastalarında hastalık alevlenmesi ile stres arasında eş zamanlı artışa dair bir ilişki saptanmayarak bu bulgular desteklenmiştir (Laurin, vd., 2011; 3). Ancak mevcut araştırmalardaki tutarsızlıklar sebebiyle stres ve KOAH arasındaki ilişkinin hala tartışmalı bir konu olduğu da aktarılmaktadır (A.g.e.: 16). Kahraman ve diğerleri (2013: 406) tarafından yapılan başka bir araştırmada ise KOAH hastalarının sağlıklılara kıyasla anlamlı seviyede yüksek zarardan kaçınma eğilimi gösterdiği, bununla birlikte benlik yönetiminde ise anlamlı seviyede daha düşük puanlar aldığı aktarılmaktadır.

Sosyal açıdan bakıldığında düşük gelire sahip olan astım hastalarının sosyal imkanların az olduğu bölgelerde yaşamak zorunda kalarak ilaca ve doktora ulaşmakta zorluk yaşayabileceği, alevlenmeye sebep olabilecek toz, duman gibi tetikleyicilere maruz kalabileceği bilinmektedir (Chen ve Schreier, 2008: 654-655). Bununla birlikte özellikle genç yaşlarda astım sebebiyle arkadaş gruplarına dahil olamayan kişilerin sigara içmek gibi işlevsiz davranışlara gruplara kabul edilebilmek amacıyla başvurduğu görülmektedir (A.g.e.). Ayrıca astımlı bir çocuk için eğitimsiz ve ilgisiz bir ailede büyüyor olmanın güvensiz ilişkilere yol açarak çocukta stres yükünü arttıracığı ve bu durumun astımı tetikleyebileceği de elde edilen bulgular arasındadır (A.g.e.: 657). KOAH'a dair yapılan araştırmalara bakıldığında ise sosyal desteğin koruyucu bir faktör olarak hastalarda sigarayı bırakmayı kolaylaştırdığı ve fiziksel hareketliliği arttırdığı elde edilen bulgulardandır (DiNicola, vd., 2013: 111). Bu tür kazanımlar hastalarda alevlenme ve hastaneye yatış oranlarını azaltarak hastalık yönetimini sağlamayı ve daha iyi sağlığa sahip olmayı mümkün hale getirmektedir (A.g.e.).

2.3.4. Diyabet Hastalığı Risk Faktörleri

Tip 1 diyabet genellikle yalnızca yaşın ilerlemesiyle 20 yaş altında kendiliğinden ortaya çıkabildiği gibi çevresel risk faktörlerinin tetiklemesi ile de ani başlangıçlar gösterebilmektedir (Dahlquist, 1998: 5; Maahs, vd., 2010: 483). En düşük ve en yüksek riski barından aralık ve nisan ayı olmak üzere hangi ayda doğulduğu, doğum öncesi D vitamini eksikliği, doğum sonrası C-D-E vitamini eksiklikleri, bebeğin anne sütü yerine inek sütü ile beslenmesi, gluten ağırlıklı beslenme gibi faktörler tip 1 diyabet başlangıcı için risk faktörlerinden birkaçıdır (Fronczak, vd., 2003: 3237; Vaiserman, vd., 2007: 32; Virtanen ve Knip, 2003: 1059-1060).

Tip 2 diyabet için genetik, çevresel ve metabolik risk faktörleri mevcuttur ve bunların birbirleriyle ilişkisi diyabet gelişimine katkıda bulunmaktadır (Fletcher, Gulanick ve Lamendola, 2002: 18). Yapılan araştırmalar tip 2 diyabete sahip olmayanlara kıyasla ailesinde tip 2 diyabetli bir ebeveyne sahip olanların 3.5 kat, iki ebeveyne sahip olanların ise 6 kat risk altında olduğunu söylemektedir (Meigs, Cupples ve Wilson, 2000: 2204). İlerleyen yaşlarda başlaması dolayısıyla yetişkin başlangıçlı olarak da anılan tip 2 diyabette ilerleyen yaşlar da bir risk faktörü olarak sayılmaktadır (Fletcher, Gulanick ve Lamendola, 2002: 19). Yaşam stili de diyabet için önemli bir faktör sayılmaktadır. Kolb ve Martin (2017: 2) tarafından aktarılanlara göre tip 2 diyabet gelişme ihtimalinin aksiyale kıyaslandığında yetersiz fizik aktivite yapanlarda %40, sigara kullanımında yoğunluğa bağlı olarak %30 ila %60, düzenli şekilde şekerli içecek tüketenlerde %30, uzun ekran izleme süresine sahip olanlarda saat başı %3 ve düşük sosyoekonomik statüde yer alanlarda %40 ila %100 olarak arttığı sözü edilmektedir. Bununla birlikte genetik, fiziksel hareketsizlik, obezite ve yaş gibi sebeplerle ortaya çıkma eğilimi gösteren insülin direncinin de tip 2 diyabete yatkınlaştırdığı bilinmektedir (Fletcher, Gulanick ve Lamendola, 2002: 20-21). Dolayısıyla Akdeniz tipi sağlıklı bir beslenme düzenine geçmek, fiziksel aktiviteyi arttırmak ve kilo vermek tip 2 diyabeti önleme için yapılabilecek önemli koruyucu adımlardır (Kolb ve Martin, 2017: 2; Tabák, vd., 2012: 2284).

Tip 1 diyabet tanısı alan çocuklar ve sağlıklı çocuklarla yapılan sosyodemografik araştırmaya göre sağlıklılara kıyasla diyabetli çocukların tanıdan önceki 2 yıl boyunca sıklıkla daha stresli ortamlarda bulunduğu ve daha düşük sosyal sınıftan insanlarla bir arada olduğu elde edilen bulgulardandır (Karavanaki, vd., 2008: 406). Strese yol açan bu koşullar, tip 1 diyabete genetik olarak daha yatkın olan çocuklarda hastalığa sebep

olduğu şekilde yorumlanmaktadır (A.g.e.). Tip 2 diyabet açısından incelendiğinde ise özellikle kronik stresin yol açtığı olumsuz etkiler biyolojik etkiye doğrudan sebep olmamakla birlikte stresin yol açtığı sigara ve alkol kullanımı, kötü beslenme, fiziksel hareketsizlik ve tedavi uyumundaki bozulmalar gibi dolaylı sebepler hem diyabetin oluşmasına hem de hastalığın kötü yönetilmesine yol açmaktadır (Hackett ve Steptoe, 2017: 561).

Stresin azaltılabilmesi için başlıca gerekliliklerden olan sosyal desteğin bilişsel bozulmaları azaltarak glisemik kontrol üzerinde olumlu etkileri olduğu, sağlıklı kişilerde diyabeti önlemeyi sağladığı ve diyabetli hastalarda ise hastalığı yönetme başarısını arttırdığı bilinmektedir (Shao, Yin ve Wan, 2017: 856). Buna ek olarak olumsuz duygular yaşamaya eğilimli, duygusal anlamda kendini ifade etmekte zorlanan, sosyal destek anlamında kısıtlılıklara sahip ve stresli yaşam olaylarını sıkça yaşayan D tipi kişilik örüntüsüne sahip bireylerin de hastalığa yakalanma ve kötü hastalık seyrine sahip olma açısından dezavantajlı grupta yer aldığı söylenebilir (A.g.e.).

2.4. Kronik Hastalık Tanısının Psikolojik Sonuçları

Kronik hastalıklar yalnızca fiziksel anlamda değil psikolojik anlamda da hem hastaya hem de hastanın yakın çevresine ciddi bir yük bindirmektedir (Brannon, Feist ve Updegraff, 2013: 255). Tanının ardından resmiyet kazanan kronik hastalık varlığı, tam anlamıyla kriz şeklinde nitelendirebilen bir aşamanın başlamasına sebep olarak uyum süreci için fitili ateşlemektedir (A.g.e.; Rolland, 1999: 246). Kısaca özetlemek gerekirse bu süreç, hayat boyu sürecek olan fizyolojik ve psikolojik semptomlarla baş edebilmeyi, sağlıklı dönemdeki işlevselliğe yakın bir hayat sürebilmeyi ve hastalıkla gelen ölüm ihtimali ile yüzleşebilmeyi içeren bir süreçtir (Brannon, Feist ve Updegraff, 2013: 255). Hastalığın türüne bağlı olarak hastalığın kişide yol açtığı sorunlar, hastanın bireysel özelliklerine bağlı değişen psikolojik sağlamlık, sosyodemografik özellikler ve hastanın hem fiziksel hem de sosyal çevresi uyum sürecini etkileyen temel değişkenler olarak karşımıza çıkmaktadır (Parker, Schaller ve Hansmann, 2003: 235).

Elde edilen bulgulara göre kronik hastalık tanısı koyulan kişilerde duygusal küntlük, kaygı, depresyon, stres, yaşam kalitesinde bozulmalar, uyku kalitesinde bozulmalar ve duygu düzenlemede işlev bozukluğu gibi psikolojik yakınmaların olduğu

bilinmektedir (Conversano, 2019: 1). Özellikle kronik hastalıkla ortaya çıkma eğilimi gösteren depresyon ve/veya kaygı bozukluğu, tedavi uyumunun bozulmasına yol açarak kronik hastalık gidişatını oldukça kötüleştirmektedir (DeJean, vd., 2013: 20). Ancak depresyon ve kaygı bozukluğu kronik hastalar arasında bu denli yaygın olmalarına ve hastalık uyumuna dair önemli olumsuzluklara yol açmalarına rağmen tedavi sürecinde bu konunun yeterince üzerine düşülmediği görülmektedir (A.g.e.: 4). Müdahale edilmeyen bu psikolojik bozukluklar hasta sağlığının gidişatını sürekli olarak olumsuz etkilerken kötü giden gidişat ise tıpkı bir döngü şeklinde tekrar depresyon ve/veya kaygı bozukluğuna yol açmaktadır (A.g.e.: 20). Buna ek olarak hastalığa uyumsuzlukla beraber ortaya çıkan kontrol kaybı, artan bir belirsizlik ortamı oluşturarak psikolojik strese sebep olmakta ve bu durum kaygıyı besleyen ekstra bir etki haline dönüşmektedir (Wright, Afari ve Zautra, 2009: 133). Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda yukarıda bahsi geçen tedavilere yönelik bir fikir verebilmesi adına araştırmanın ana değişkenlerinden olan kaygının kronik hastalıklar çerçevesinde incelenmesinin ve diğer değişkenlerle olan ilişkilerine bakılarak ana hatlarının belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla bu başlık altında yaşam kalitesi, sürekli kaygı, belirsizliğe tahammülsüzlük kavramlarının ne olduklarına değinilmiş, bu kavramların kronik hastalardaki bulguları incelenmiş ve ayrıca kronik hastaların hastalık sürecinde hangi bilişsel duygu düzenleme stratejilerine başvurma eğilimi gösterdiği ele alınmıştır.

2.4.1. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı literatürde oldukça sık geçmesine rağmen doğrudan tanımlaması yapılması zor ve durumsal faktörlere bağlı değişkenler dolayısıyla günümüzde hala tartışmalı bir kavramdır (Ogden, 2012: 465). Kavrama dair operasyonel tanımın yapılmasına yönelik farklı hastalıklar üzerinde birçok çalışma gerçekleştirilmiştir (A.g.e.). Bu çalışmalardan yola çıkılarak yapılan tanımlamalara göz atıldığında yaşam kalitesinin hastalık ve tedaviye uyum, hastalık sürecine dair semptomlar, enerji, ekonomik durum, algılanan sağlık, genel yaşam kalitesi ve fiziksel, sosyal ve mesleki işlevsellik gibi değişkenler ile çerçeveselendirildiği görülmektedir (A.g.e.). Ware, Kosinski ve Keller'e (1996: 223) göre ise yaşam kalitesi, dörder alt boyuttan oluşan fiziksel ve mental bileşen özeti aracılığıyla sağlığa yönelik çok yönlü etkenlerin kişinin yaşamına ve işlevselliğine olan etkisini değerlendirmeye yarayan bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Daha kapsamlı bir

ifadeyle fiziksel bileşen özeti, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, beden ağrısı ve genel sağlık durumunu; mental bileşen özeti ise enerji, sosyal işlevsellik, duygusal rol ve mental sağlığını ifade eden puanlar şeklinde açıklanmaktadır (A.g.e.).

Yaşam kalitesi, kişilerin kendi yaşamlarına dair öznel değerlendirmeler yaptığı ve zaman içerisinde değişim gösterebilen bir kavram konumundadır (Schipper, 1990: 11-12). Tıbbın gelişmesine bağlı olarak artan yaşam süresi, insanları özellikle kronik hastalıklarla yaşamayı öğrenmek durumunda bırakmaktadır ve günümüzde bu durum artan kronik hastalıklar dolayısıyla yaşam kalitesinin giderek daha önemli bir faktör haline gelmesine sebep olmaktadır (Müezzinoğlu, 2005: 25). Tüm bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda hastalık etkilerinin araştırmacının teorik bilgilerinden ziyade bizzat kronik hastalar tarafından öznel değerlendirilmelere tabi tutulmasının da araştırma yöntemi açısından daha tutarlı sonuçlar vereceği ve kronik hastalıkların anlaşılmasına yönelik iyi bir bilgi kaynağı olduğu düşünülmektedir.

2.4.1.1 Kronik Hastalarda Yaşam Kalitesi

Hopman ve diğerleri (2009: 108) tarafından böbrek yetmezliği, eklem kireçlenmesi, kalp yetmezliği, bacakta toplardamar ülseri ve multipl skleroz olmak üzere beş farklı kronik hastalıkla yaşam kalitesine yönelik bir değerlendirme yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre fiziksel bileşen özetinde hastalıklar arasında büyük farklılıklar bulunsa da mental bileşen özetinde dikkate değer bir farklılığa rastlanmamıştır (A.g.e.: 113). Bir diğer yandan yaşam kalitesi puanı, eş zamanlı hastalık ve kadın olmak ile negatif bir ilişki içerisinde (A.g.e.: 108). Yaşın, fiziksel bileşen özeti puanı ile negatif bir ilişkide olduğu, ancak mental bileşen özet puanının yüksek yaşlarda çok daha iyi bir puanlama verdiği de elde edilen bulgular arasındadır (A.g.e.). Bu durum kronik hasta bireylerin ilerleyen yaşlarda deneyimledikleri fiziksel zorlanmalarının arttığı, bir diğer yandan ise psikolojik sağlıklarının eskiye kıyasla daha iyi bir hâl aldığı anlamına gelmektedir.

Hipertansiyon hastaları ile sağlıklı kişilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada hipertansiyona sahip bireylerin tüm alt ölçek puanlarının sağlıklılara kıyasla daha düşük olduğu aktarılmaktadır (Erickson, Williams ve Gruppen, 2001: 545). Yine aynı çalışmada hipertansiyon hastalarındaki fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, beden ağrısı, genel sağlık, sosyal işlevsellik ve dayanma gücü puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha çok olumsuzluklarla ilişkilendirildiği aktarılmaktadır (A.g.e.:

543). Bir diğey yandan mental sağlık, duygusal rol ve mental bileşen özet puanlarında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır (A.g.e.). Bu veriler ışığında hipertansiyon hastalarının sağlıklılarına kıyasla düşük fiziksel yaşam kalitesine sahip olduğu, bir diğey yandan ise sosyal işlevsellik dışında herhangi bir psikolojik zorluğun hastalıkla ilişkilendirilemediği görölmektedir.

Kanser hastalığını atlatan katılımcılar ile yapılan bir diğey çalışmada, kanserin getirdiği mali yükün yaşam kalitesine olan etkisi incelenmiştir (Kale ve Carroll, 2016: 1283). Elde edilen sonuçlara göre ekonomik seviyesi kötü olan katılımcılar iyi olanlarla kıyaslandığında fiziksel ve mental bileşen özet puanında anlamlı seviyede bir azalma görölmektedir (A.g.e. 1286). Bununla birlikte ekonomik koşulları kötü olan katılımcıların kanserin yeniden nüksetmesine yönelik 3.54 kat daha kaygılı olduğu ve nüksetme durumunda da hayatını kaybedeceğine yönelik iki kat daha yüksek beklentiye sahip olduğu elde edilen bulgulardandır (A.g.e.).

Astım hastaları ve sağlıklı bireyler arasında yapılan yaşam kalitesi değerlendirmesinde astım hastalarının hem fiziksel hem de mental bileşeni özet puanlarının anlamlı seviyede düşük olduğu görölmektedir (Ekici, vd., 2006: 49). Hastalık özelinde incelendiğinde ise olumsuz duygudurum ve hastalık şiddeti artışlarının yaşam kalitesi ile istatistiksel anlamda negatif yönlü ilişkide olduğu da edinilen bulgulardandır (A.g.e.: 51-52). KOAH hastaları ile yapılan bir başka çalışmada ise nefes darlığının günlük aktiviteleri kısıtlaması, kaygı ve umutsuzluk gibi olumsuz duygulanımlara yol açması gibi sebeplerle mental ve fiziksel bileşen özet puanlarında bir düşüşe yol açtığı görölmektedir (Hu ve Meek, 2005: 419).

Tip 1 diyabete sahip bireylerle yapılan bir araştırmada hastalığın uzun dönem etkilerinin fiziksel bileşen özet puanlarıyla güçlü seviyede bir ilişkide olduğu, mental bileşen özet puanlarında ise bir düşüş görölse de bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görölmüştür (Hahl, vd., 2006: 564). Buna ek olarak tip 2 diyabete sahip bireylerle yapılan bir başka araştırma incelendiğinde yine tanı süresi arttıkça fiziksel bileşen özet puanının düştüğu, ancak mental bileşen özet puanında anlamlı bir fark bulunmadığı ve oluşan ufak farklar bireysel baş etme yöntemleri ile açıklandığı görölmektedir (Martino, vd., 2019: 6-7).

Tüm bu araştırmalar değerlendirildiğinde hastalar tarafından deneyimlenen yaşam kalitesinin hastalık türü, hastalıkla geçen yaşam süresi, bireysel farklılıklar ve baş etme

stratejileri ile farklılaşabildiği göze çarpmaktadır. Genel bir kapsamda sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında kronik hastaların yaşam kalitelerinin dikkate değer bir şekilde düşük olduğu elde edilen önemli bulgulardandır.

2.4.2. Sürekli Kaygı

Etimolojik kökeni daralmak, boğulmak anlamına gelen Latince *anxietas* kelimesine dayanan kaygı, Freud gibi ünlü yazarlar tarafından Almancada dehşete varan bir anlamı çağrıştıran *angst* kelimesi ile ifade edilmiş ve buradan İngilizce diline *anxiety* olarak aktarılmıştır (Kara, 2020: 286-289). Ancak *angst* kelimesi ile verilmek istenen dehşet duygusunun *anxiety* kelimesi ile ifadesinin duygulanımı tam olarak yansıtmaması sebebiyle zayıf kaldığının düşünülmesi bugün bile devam eden bir tartışma konusudur (A.g.e.: 287).

Kaygı, Craske ve diğerleri (2009: 1067) tarafından yaklaşan olası tehlikeli olaylar karşısında hazırlık evresini de içeren geleceğe yönelik ruh hali olarak tanımlanmaktadır. Yapılan bazı tanımlamalar potansiyel tehlikeye yönelik kaynağının bilinmemesine dolayısıyla kaygısı kaynağı hemen hemen bilinen korku duygusundan ayırmaktadır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011: 69). Tıpkı korku gibi doğal bir duygu olan kaygı, temelde yeni koşullara yönelik kişiler için adaptasyonu kolaylaştıran bir rol oynasa da bazı durumlarda kişilerin işlevselliği düşürüp zarar verici bir hale gelebilmektedir (A.g.e.). Zarar verici, yani psikopatolojik bir hale dönüşen kaygı ise kişilerin verimini düşürmekte, sosyal ilişkilerini bozmakta, fizyolojik anlamda çarpıntı, titreme, kas gerginliği gibi önemli işlev bozukluklarına yol açabilmektedir (A.g.e.).

Spielberger (1972: 24) tarafından kaygının daha iyi anlaşılabilmesi için oluşturulan modele göre ise kaygı durumluk kaygı ve sürekli kaygı olmak üzere ikiye ayrılması gereken bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Durumluk kaygı, deneyimlenen tehdit edici ve istenmeyen bir durum karşısında ortaya çıkan ve belirli bir zaman dilimi süresince verilen duygusal tepki olarak tanımlanmaktadır (Spielberger, 1972: 29). Sürekli kaygı ise yalnızca anlık durumlarla sınırlı kalmayarak hayat boyunca gerçekleşen veya gerçekleşebilecek tüm durumların bireyler tarafından tehdit edici olarak algılanabilmesi ile duygusal ve hatta fizyolojik uyarımlara sebep olabilen bir tür hazır bulunuşluk eğilimidir (Elwood, Wolitzky-Taylor ve Olatunji, 2012: 648-650). Bu eğilim, kişilik özellikleri açısından ele alındığında neredeyse nevrotiklik ile

eş anlamlı sayılmakla birlikte psikopatolojik kaygı bozukluğu gelişimi açısından dikkat edilmesi gereken bir savunmasızlığa sebep olduğu da bilinmektedir (Knowles ve Olatunji, 2020: 2).

Sürekli kaygı seviyesi yüksek bireylerin bazı bilişsel süreçlerinde işlev bozuklukları görülebilmektedir. Bu kişiler hem içsel hem de dışsal tehdit edici uyaranlara yönelik dikkat yanlılığı göstererek diğer insanlara kıyasla daha abartılı tepkiler gösterirken, tehdit edici olmayan durumlarda ise dikkat eksikliği, odaklanamama gibi sorunlar da yaşamaktadır (Bar-Haim, vd., 2007: 5; Pacheco-Unguetti, vd., 2011: 893). Yapılan araştırmalar yüksek sürekli kaygı puanına sahip bireylerin düşük sürekli kaygı puanına sahip bireylere kıyasla daha fazla dikkat yanlılığı gösterdiği ve hatta belirsiz uyaranlara karşı daha temkinli yaklaşıtlarını göstermektedir (Bensi ve Giusberti, 2007: 828). Buna ek olarak bu bireylerin kaygıya dair genelleştirici tutumlarının tehdit edici uyaranlarla ilişkili güvenlik ipucularını yakalamayı öğrenmede güçlüğüne sebep olduğu ve bu durumun belirsiz uyaranlarla karşılaşıldığında tepkisel yanlılıklara yol açtığı da elde edilen bulgular arasındadır (Gazendam, Kamphuis ve Kindt, 2013: 343). Göç'ün (2017: 75) kaygı ve belirsizlik ile ilgili yaptığı başka bir araştırmada ise sürekli kaygı değerlerindeki artış ile belirsizliğin rahatsız ediciliği, eyleme geçmeyi engellemesi ve üzüntü değerlerinin pozitif yönlü anlamlı bir ilişkide olduğu görülmektedir.

Sürekli kaygı, bireylerde fizyolojik tepki farklılıklarına da yol açabilmektedir. Willmann ve diğerleri (2012: 51) tarafından yapılan bir araştırmaya göre sürekli kaygıya sahip olan bireylerde orta düzey basit bir uyarıcı sonrasında bile kas gerginliği ve parmak sıcaklığının diğer katılımcılardan daha geç normale döndüğü gözlemlenmiştir.

2.4.2.1. Kronik Hastalarda Sürekli Kaygı

Kronik hastalıklar, ölümle sonuçlanma ihtimalinin yüksek olması sebebiyle tehdit edici unsur kategorisine girmekte ve kronik hastalar için sürekli kaygıya sebep olmaktadır. Polishchuk ve diğerleri (2021: 455) tarafından hipertansiyon hastalarının sürekli kaygı düzeyleri ile ilgili yapılan bir araştırmada örneklemin %30.9'inde orta düzey ve %69.1'inde ise yüksek düzey olmak üzere tüm örnekleme dikkate değer bir sürekli kaygı seviyesi gözlemlenmiştir. Uysal ve Aslan (2018: 68) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise hipertansiyon tanılı örneklemin %95.9'unun sürekli kaygı

puanlamasında eşik değerini aştığı tespit edilmiştir. Akut myokard enfarktüsü (kalp krizi) yaşıyan katılımcılarla yapılan bir başka çalışmada ise hastaların sürekli kaygı seviyelerinin sağlıklı kişiler ve kanser hastalarına kıyasla anlamlı seviyede yüksek olduğu, ölümlle ilişkili depresyon ile pozitif bir ilişki gösterdiği tespit edilmiştir (Şahan, vd., 2018: 144). Yine aynı çalışmada sürekli kaygı ile ölümlle ilişkili kaygı arasında anlamlı bir ilişki bulunmayarak bu durum kişilik özelliklerine atfedilmiştir (A.g.e.).

Kanser ve sürekli kaygıya yönelik çalışmalar incelendiğinde rektum kanserine yakalanan katılımcılar ile yapılan bir çalışmada hastaların yüksek sürekli kaygı puanlarının düşük yaşam kalitesi ve yüksek travma sonrası stres semptomları ile anlamlı bir ilişki içerisinde olduğunu görülmektedir (Ristvedt ve Trinkaus, 2009: 711-712). Kanser hastaları ile yapılan bir başka çalışmada düşük gelire sahip olmak ile yüksek sürekli kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu da elde edilen bulgulardandır (Alacacioglu, vd., 2013: 771). Wagner ve diğerleri (2019: 1369) tarafından meme kanseri tanısı almış hastalar ile yapılan bir çalışmada ise eğitim seviyesindeki azalmanın yüksek sürekli kaygı puanları için iyi bir yordayıcı olabileceği aktarılmaktadır.

Astım hastaları, KOAH hastaları ve sağlıklı kişilerle yapılan bir çalışmada hasta bireylerin neredeyse yarısının sürekli kaygıya dair eşik değerini aştığı, geri kalan hastaların ise kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde yüksek sürekli kaygı puanlamasına sahip olduğu görülmektedir (Bratek, vd., 2015: 87) Bir diğer yandan başka bir çalışmada astım ve KOAH hastalarının sürekli kaygı puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı da aktarılmaktadır (Tabała, vd., 2016: 1171).

Diyabet hastalarıyla yapılan çalışmalarda da benzer veriler görülmektedir. 414 kişilik diyabet örneklemleri ile yapılan bir araştırmada sürekli kaygı ile sağlık kaygısı arasında güçlü bir ilişki olduğu, buna rağmen bu bireylerin egzersiz davranışları göstermediği, yaşam kalitesi puanında bir azalma olduğu ve kaygı seviyesi yüksek bireylerin diyabetin oluşturabileceği komplikasyonlara karşı korku hissettiği bilinenlerden birkaçıdır (Janzen Claude, Hadjistavropoulos ve Friesen, 2014: 312). Öz yönetimi düşük tip 1 diyabet hastalarının daha yüksek sürekli kaygı puanlarına sahip olduğu ve bununla beraber diyabetle ilişkili yaşam kalitesinin de düşük olduğu bilinmektedir (Rechenberg, vd., 2019: 6). 254 tip 2 diyabet hastasıyla yapılan bir başka çalışmada katılımcıların %26.8'inde sürekli kaygı tespit edilmiştir (Sato, vd., 2002: 134).

Yine aynı çalışmaya göre genç bireylerde sıklıkla görülen sürekli kaygı, sık idrara çıkma ve kaşıntı gibi fiziksel etkenlerin varlığından da etkilenmektedir (A.g.e.: 138).

Tüm bu bilgiler ışığında sürekli kaygının başta kalp ve damar hastalarında olmak üzere birçok kronik hastalıkta sıkça karşılaşılan bir problem olduğu görülmektedir. Özellikle düşük yaşam kalitesi, düşük ekonomik gelir, travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının varlığı, artan korku durumu, düşük öz yönetim ve genç olma gibi durumların kronik hastalardaki sürekli kaygı ile paralel bir şekilde arttığı söylenebilir. Bununla birlikte eğitim düzeyinin artması ile birlikte kronik hastalarda sürekli kaygının azaldığı da görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu düşünülen bu durumun tedavi uyumuyla birlikte kronik hastalarda kaygıyı düşürdüğüne yönelik çalışmalar mevcuttur (Puente-Maestu, vd., 2016: 78). Ancak bu durum her kronik hastalık türü için geçerli olmamakla birlikte genel geçerliği tartışmalı bir konu gibi gözükmektedir (Loke, vd., 2012: 2-3).

2.4.3. COVID-19 Pandemisinde Kronik Hastalıklarda Koronavirüs Kaygısı

Çalışmanın COVID-19 pandemisi döneminde yapılmış olması sebebiyle kronik hastalıklar ile pandemi arasındaki ilişki de önem kazanmaktadır. Yapılan araştırmalarda elde edilen bulgulara göre COVID-19 pandemisi sağlıklı birçok kişide farklı hastalık semptomları ortaya çıkarsa da özellikle kronik hastalığa sahip insanlarda yaşamı tehdit edecek seviyede yüksek bir risk teşkil etmektedir (Ejaz, vd., 2020: 2).

Zheng ve diğerleri (2020: 260) tarafından elde edilen bulgulara göre koronavirüs dolayısıyla hayatını kaybedenlerin büyük bir çoğunluğunu kalp ve damar hastaları oluşturmaktadır. Yoğun bakım ünitesine kaldırılan enfekte bireylerde ise hipertansiyon %58, serebrovasküler hastalıklar %16.7 ve diğer kalp ve damar hastalıkları ise %25 oranında görülmektedir (Wang, vd., 2020: 1063). Dolayısıyla enfekte olan kalp ve damar hastalarının COVID-19'u ağır atlatabileceği ve hastalığı atlatsalar bile bu kişilerde kronikleşebilecek kalıcı dolaşım sistemi hasarlarının oluşabileceği bilinmektedir (Zheng, vd., 2020: 260).

Kanser hastalarında hastalığın kendisinden veya tedaviden kaynaklanan sebeplerle bağışıklığın baskılanmış oluşu COVID-19 enfeksiyon şiddetini arttıran önemli bir risktir (Al-Quteimat ve Amer, 2020: 452). COVID-19'un sağlık sektöründe oluşturduğu aksaklıklar tedavilerin gecikmesine ve kanserin gidişatının olumsuz

etkilenmesine yol açabilmektedir (A.g.e.). Enfekte kişilerle yapılan çalışmalara göre kanser hikayesi olanların yoğun bakıma yatırılma ve hayatını kaybetme ihtimalinin kanser hikayesi olmayanlara kıyasla yaklaşık 3.6 kat daha yüksek olduğu da bilinenler arasındadır (Liang, vd., 2020: 336). Tüm bu sebepler COVID-19 sürecinin kanser hastalarının kaygı seviyelerinde önemli bir artışa sebep olduğunu göstermektedir (Yasin, vd., 2021: 3373).

Koronavirüs, temelde bir virüs grubu olmakla birlikte solunum sisteminde oluşturduğu tahribatlar ile kişileri ölüme götüren solunum güçlüklerine yol açmaktadır (Yin ve Wunderink, 2018: 130). KOAH'a sahip olan kişilerde hali hazırda bulunan yapısal hasarlar, mukus tabakaları ve zayıf bağışıklığın koronavirüsün yol açtığı tahribatlara katkı sağladığı bir gerçektir (Shi, vd., 2020: 1451-1452). Bu sebeplerle enfekte olan KOAH hastalarının sağlıklı kişilerle kıyaslandığında daha yoğun COVID-19 semptomları gösterdiği araştırmalar tarafından da desteklenmektedir (Hansen, vd., 2021: 6; Song, vd., 2021: 483). Bir diğer yandan astımın COVID-19 ile ilişkisi incelendiğinde hastalık şiddetine dair istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Lovinsky-Desir, vd., 2020: 1028).

Diyabet hastalarının COVID-19 ile enfekte olması sonucu normalin üzerinde bir inflamasyon yanıtı verdikleri ve dolayısıyla hastaneye başvurma sayılarının yüksek olduğu, şiddetli zatürreye yatkın oldukları ve daha yüksek ölüm oranlarına sahip oldukları bilinmektedir (de Almeida-Pititto, vd., 2020: 8-10; Lima-Martínez, vd., 2021: 152). Ayrıca diyabet hastalarının diyabet olmayanlarla kıyaslandıklarında COVID-19'u yaklaşık 2.5 katlık daha yüksek bir olasılıkla ağır atlattıkları veya hayatlarını kaybettikleri de bildirilmektedir (Lima-Martínez, vd., 2021: 152).

Dolayısıyla hayatı tehdit edecek seviyede büyük bir risk içeren COVID-19 salgını henüz enfekte olmamış kronik hastalarda önemli psikolojik problemleri de beraberinde getirmektedir (Wu, vd., 2021: 94). Wu ve diğerleri (2021: 94) tarafından yapılan kapsamlı derleme çalışmasına göre henüz enfekte olmamış kronik hastalarda depresyon %44.8, kaygı %55.4, stres %49.1 oranında olmak üzere oldukça sık görülmekte ve neredeyse karantinadaki kişilerle denk semptomlar gözlemlenmektedir. Garcia-Llana ve diğerleri (2022: 5) tarafından yapılan bir çalışmaya göre COVID-19 ile savaşmak için aşilar geliştirilmesi ve pandemi üzerinden 2 yıl geçmesi de bu durumu değiştirmemiş gibi gözükmektedir. Baştaki temel sorunlar olan koronavirüsün olumsuz etkileri, aşı eksikliği ve bilgi edinememe gibi problemlerin birçoğu görüldüğü

halde kronik hastaların sahip olduğu depresyon ve kaygı seviyelerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yaşanmamıştır (A.g.e.).

Tüm bu bilgilerin ışığında pandeminin kronik hastalar için yaşamı tehdit eden ve kişileri enfekte olmasalar bile önemli kaygı semptomlarıyla yüzleştirecek kadar psikolojik yük taşıyan bir dönem olduğu görülmektedir. Bu sebeple tez çalışmasında ortaya çıkan sürekli kaygı puanlarının COVID-19 pandemisinin yol açtığı kaygı puanlarından ayrıştırılabilmesinin önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir.

2.4.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Bir olay veya davranışın ardından ortaya çıkan sonsuz ihtimallerden hangisinin gerçekleşeceğinin net olarak bilinmemesi belirsizlik olarak adlandırılmaktadır (Sarıçam, vd., 2012: 150). Öte yandan belirsizliğe tahammülsüzlük, belirsizlik içeren durumları tehdit edici olarak algılayıp, bilinmeyene yönelik korku ve kaygı duyumsama eğilimimiz olarak tanımlanmaktadır (Carleton, 2016: 39). Korku eserleri ile ün kazanmış edebiyatçı Howard Phillips Lovecraft'ın da dediği gibi “İnsanlığın en eski ve en güçlü duygusu korku; en eski ve en güçlü korku türü ise bilinmeyenden korkmaktır.” (Carleton, 2012: 939).

Belirsizliğe tahammülü olmayan kişiler, gerçekleşen veya gerçekleşebilecek olumsuz durumları kabul edilemez olarak görmekte ve bu olaylara duygusal, bilişsel ve/veya davranışsal açıdan negatif tepkiler ile yanıt vermektedir (Strout, vd., 2018: 1519). Yapılan araştırmalar belirsizliğe tahammül seviyesi düşük olan kişilerin gelecekte gerçekleşmesi muhtemel olaylara yönelik negatif beklentilere sahip olduğunu, tehdide yönelik genelleştirmeler yaptığını, güvende hissettirebilecek ipucularını yakalamakta zorlandığını söylemektedir (Bauer, vd., 2020: 17). Luhmann, Ishida ve Hajcak (2011: 384) tarafından davranışa yönelik yapılan deneysel bir çalışmada belirsizliğe tahammülü olmayan kişilerin hem daha az hem de daha değersiz kazançları hemen elde etmeye daha yatkın olduklarını göstermektedir.

Carleton'a (2012: 937) göre belirsizliğe tahammülsüzlük, kişilerin uzun zamandır birlikte yaşadığı, bir şekilde benliğimizin derinlerine yerleşen ve modern psikopatoloji bilgisine göre kaygıya yönelik bir yatkınlığa sebep olan kritik bir bileşendir. Bazı teorisyenler depresyon ile kesinliği bir ilişki içerisinde olarak görürken, kaygı ise bunun tam aksine tehdit uyandıran bir belirsizlik ile ilişkilendirilmektedir (Jensen, vd., 2016: 432).

Yapılan araştırmalar belirsizliğe tahammülsüzlük ile sürekli kaygı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir pozitif ilişki olduğunu, bu ilişkinin depresyonun oluşturduğu etkilerden ayırıştırmaya yarayabilecek güçlü kanıtlarla desteklendiğini söylemektedir (Jensen, vd., 2016: 439). Panik bozukluk ve yaygın kaygı bozukluğu tanısı almış kişilerde en yüksek puanlamalara sahip olan belirsizliğe tahammülsüzlüğün, bu kişilerle yapılan bilişsel davranışçı müdahaleler sonrasında istatistiksel olarak anlamlı seviyelerde düşüş gösterdiği de elde edilen bilgiler arasındadır (Boswell, vd., 2013: 9).

2.4.4.1. Kronik Hastalarda Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Kronik hastalıklar temelde insan yaşamını tehdit etmeleri sebebiyle hastalar tarafından çok ciddi bir psikolojik stres faktörü olarak algılanmaktadır (Garrido, vd., 2011: 488-489). Özellikle henüz tanı almamış ve yeni tanı almış kronik hastalarda hastalığın gidişati, olası ekonomik zorluklar, hastalığın yönetimi, hastalık alevlenmesini tetikleyen unsurlar, ek tanı konma ihtimali, ilaç kullanımı, ilaca dair yan etkiler, ilağlara yönelik bağımlılık korkusu, ilaçların birbirleri ile etkileşimleri, yaşam tarzına etki, sosyal yaşam ve ilişkilere etki, sosyal rol çatışmaları, benlik değerinde azalmaya yönelik düşünceler gibi unsurlar neredeyse tüm kronik hastalarda korku ve stres oluşmasına sebep olan ve ayrıca cevapları belirsiz sorular olmaları dolayısıyla önemli belirsizlikler içeren faktörlerdir (A.g.e.). Belirsizliğe tahammülü olmayan kişilerde umutsuzluğun ve algılanan stresin daha da arttığı bilindiğinden belirsizlikle baş edebilme olgusu kronik hastalar için önemli bir hale gelmektedir (Demirtaş ve Yıldız, 2019: 259).

Literatür incelendiğinde belirsizliğe tahammülsüzlüğün sağlığa yönelik kaygıyı dikkate değer bir biçimde yordadığını görmek mümkündür (O'Bryan ve McLeish, 2017: 716). Belirsizlięe tahammül seviyesinin azalmasının kişilerde duygusal strese yol ağtığı ve duygusal stresin yalnızca bir psikolojik zorluktan ziyade ölümcül sonuçları olabildiği de bilinmektedir (Čulić, Eterović ve Mirić, 2005: 6; Lally ve Cantillon, 2014: 343). Yapılan araştırmalar duygusal strese maruz kalmanın koroner kalp hastalıklarından olan ve ani ölümlere sebep olabilen akut myokard enfarktüsüne (kalp krizi) yol ağabildiğini göstermektedir (Lathers ve Schraeder, 2006: 236). Buna ek olarak belirsizlik içeren durumların tehdit olarak algılanması dolayısıyla artan kalp atış hızı ve kan basıncı gibi vücutta geręekleřen küçük anomaliler kişiler tarafından

abartılabilmekte ve çeşitli somatik stres tepkilerine de sebep olabilmektedir (Averill, Olbrich ve Lazarus, 1972: 27-28; Greco ve Roger, 2003: 1058).

Prostat kanserine sahip kişilerle yapılan araştırmalar belirsizliğe tahammülsüzlüğün boşaltım semptomlarıyla birlikte bu hastalarda kaygıyı arttırdığı bulunmuştur (Tan, vd., 2016: 1728-1729). Bir diğer yandan prostat kanserini atlatanlardaki belirsizliğe tahammülsüzlük seviyesinin stres ile pozitif ilişkili olduğu ve bu kişilerin hastalığı atlattıktan yıllar sonra bile kansere dair bilişsel güçlükleri yaşamaya devam ettikleri bilinmektedir (Eisenberg, vd., 2015: 229). Akciğer kanseri hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük seviyesinin somatik olmayan depresif semptomlar, algılanan stres ve genel duygusal kötülük haliyle pozitif bir ilişki içerisinde olduğu elde edilen bulgulardandır (Kurita, vd., 2013: 1399).

Keefer ve diğerleri (2005: 1401-1402), belirsizliğe tahammülü düşük olan irritabl bağırsak sendromu hastalarında tehlike uyandıran unsurlara yönelik dikkat yanlılığının hastalığa dair rahatlamayı geciktirdiğini ve hastalardaki yaşam kalitesini azalttığını söylemektedir. Buna ek olarak Han ve diğerleri (2014: 2921) tarafından yapılan bir araştırmada belirsizliğe tahammülsüzlük seviyesi yüksek olan kişilerin kolonoskopi muayenesi için daha fazla başvuruda bulunduğunu söylemektedir.

Yapılan bir araştırmada Parkinson hastalarında artan belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının yaşanılan stresle pozitif bir ilişki içerisinde olduğu bulunmuştur (Brown ve Fernie, 2015: 146). Yine bir nörolojik hastalık olan epilepside ise belirsizliğe tahammül gösterebilen hastaların kaygı ve öfke seviyesinin azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığı da bilinmektedir (Barahmand ve Haji, 2014: 1341). Alschuler ve Beier (2015: 155) tarafından yapılan başka bir çalışmada multipl skleroz hastalarındaki belirsizliğin başlıca problemlerden biri olduğunu, yaşam kalitelerini düşürdüğünü ve aile düzenlerini olumsuz etkilediğini dile getirmektedir.

Jiang ve He (2012: 8-9) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada kronik solunum yolu hastalarında belirsizliği azaltmaya yönelik bir eğitim müdahalesi gerçekleştirilmiştir. Belirsizliği yönetmeye yönelik 49 KOAH hastası ile yapılan bu eğitim müdahalesi sonrasında hastaların depresyon, kaygı seviyelerinin azaldığı ve yaşam kalitelerinin yükseldiği tespit edilmiştir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük diyabet hastalığında da önemli bir yere sahiptir. Tip 2 diyabete yönelik yapılan bir araştırmada diyabetli bireyler ve sağlıklı bireyler

kıyaslandığında diyabet hastalarının istatistiksel anlamda daha yüksek belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarına sahip olduğu görülmektedir (Moghadam ve Mansouri, 2017: 353). Rasmussen ve diğerleri (2013: 218) tarafından kötü seyirli tip 2 diyabet hastaları, normal seyirli tip 2 diyabet hastaları ve sağlıklı bireylerle yapılan bir karşılaştırma analizinde ise bu üç grup arasında belirsizliğe tahammülsüzlüğe dair anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

İlişkili bulgular göz önünde bulundurulduğunda kronik hastalıkların doğası gereği önemli belirsizliklerle beraber deneyimlendiği ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksek olduğu kronik hastalarda ise kaygıya dair semptomların sıkça görüldüğü anlaşılmaktadır. Tahammül seviyesinin düşük olması kronik hastalarda psikolojik stresi arttırabilmektedir ve yalnızca aktif bir şekilde deneyimlenen dönemlerde değil, remisyon dönemlerinde bile kaygı, depresyon gibi önemli psikopatolojik problemlere yol açabilmektedir. Daha önce de değinildiği gibi stres, kaygı ve depresyon gibi durumlar kronik hastalarda tedavi uyumunu bozmakta, hastalığın gidişatını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu sebeple kaygının bir yordayıcısı olarak belirsizliğe tahammülsüzlüğün kronik hastalardaki mekanizmasının detaylı incelenmesinin tedavi süreçleri ve klinik anlamda fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

2.4.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri

Duygu düzenleme, yalnızca olumsuz duyguların değil olumlu duyguların da düzenlenmesi anlamına gelen, kişiler tarafından hissedilen duygu yoğunluğunun kararlı bir seviyede tutulabilmesi ve istenilen süre boyunca devam ettirilebilmesini kapsayan genel bir tabirdir (Leahy, Tirch ve Napolitano, 2011: 2-3). Duygu düzenlemesinin yapılamadığı durumlarda bireysel ve sosyal işlevsellik tehlikeye girmekte ve bu durum çeşitli sorunlar ortaya çıkarmaktadır (Leahy, Tirch ve Napolitano, 2011: 3-6; Niedenthal ve Brauer, 2012: 275-276). Dolayısıyla duyguların işlevi bozmayacak bir şekilde yeniden çerçeveselendirilebiliyor olması kişiler için bir çeşit baş etme mekanizması olarak da değerlendirilebilmektedir (Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2001: 1324). Duygu üzerinde doğrudan etkisinin olduğu bilinen düşüncenin yönetilmesi, hissedilen duygunun niteliğinin ve niceliğinin düzenlenmesi için kilit bir rol oynamaktadır (Türkçapar ve Sargın, 2012). Bu sayede durumlara uygun duygusal tepkilerin verilmesi aracılığıyla negatif duygular azaltılırken, pozitif duygularda da artış sağlanabilmektedir (Garnefski, vd., 2004). Bilişsel duygu

düzenleme stratejileri, uyumlu ve uyumsuz olmak üzere iki kümeye ayrılıp toplam dokuz alt başlıkta ele alınmaktadır (Ataman Temizel ve Dağ, 2014: 9).

Uyumlu stratejiler;

- *Kabullenme*, istenmeyen olayların gerçekleştiği durumlarda bu durumların inkâr edilmesi yerine kabullenmeyi ifade etmektedir. İnkâr kavramını psikolojiye kazandıran ve bunun bir stresle baş etme mekanizması olduğunu söyleyen Freud'un aksine inkârın uzun süreli kullanımının başka psikolojik problemlere yol açtığı bilinmektedir (Telford, Kralik ve Koch, 2006: 459). Dolayısıyla sonrasında kabullenmeden geçmeyen duygu mekanizmalarının ilerleme önündeki engellerden biri olduğu düşünülmektedir (Kralik, 2002: 151).
- *Bakış açısına yerleştirme*, olayın ciddiliğinin kenara bırakılıp göreliliğine atıfta bulunarak yaşanan geçmiş deneyimlerle kıyaslanması sonucu olumsuz duygulanımların azaltılmasıdır (Garnefski ve Kraaij, 2006: 1662; Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2001: 1326).
- *Plana yeniden odaklanma*, olumsuz durumlarla karşılaşıldığında nasıl başa çıkılacağını ve bu süreçte hangi adımların izleneceğini ifade etmektedir (Garnefski ve Kraaij, 2006: 1662).
- *Pozitif yeniden odaklanma*, rahatsızlık veren olay yerine hoş ve güzel şeylerin düşünülmesidir. Bu sayede kişi gerçekleşen olayı düşünmek yerine düşüncelerini olumluya yönlendirerek duygusunu yönetmesi beklenmektedir (Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2001: 1315).
- *Pozitif yeniden değerlendirme*, olayın kişiye yaşattığı olumsuz sonuçların bile bir kazanım olduğuna yönelik yapılan atıfları içermektedir. Bu sayede kişinin gelecekte başına gelebilecek benzer bir duruma karşı daha kendisini daha güçlü hissetmesi beklenmektedir (Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2001: 1315).

Uyumsuz stratejiler;

- *Kendini suçlama*, kişinin gerçekleşen olumsuz durumun tüm sorumluluğunu kendine atfetmesi sonucu kendini suçlu sayması olarak tanımlanmaktadır. Kişiler durumla baş edebilmek adına kendini suçlama eğilimi gösterirler ancak somut kanıtlar aksini göstermektedir (Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2001: 1314). Beck'e (1963: 326) göre orta ve şiddetli seviyede belirti gösteren

depresyon hastalarının %80'inde görülen kendini suçlama, ağır depresyon vakalarında daha da sık karşımıza çıkmaktadır.

- *Başkalarını suçlama*, tıpkı kendini suçlamadaki gibi kişi olanların tüm sorumluluğunu çevresinde aramakta ve suçlayıcı bir tutum içerisine girmektedir (Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2001: 1314).
- *Ruminasyon*, Türkçe anlamıyla geviş getirme, kişinin yaşanan tatsız olay sonrasında kendisini sürekli olarak olaya, olayın hissettirdiklerine ve olaya ilişkin olumsuz düşüncelere odaklanması, kendini ardı arkası kesilmeyen bir döngü içerisine sokması durumudur (Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2001: 1315).
- *Felaketleştirme*, gerçekleşen tatsız olayın ardından gerçekçilikten koparak olayın abartılması, olduğundan daha kötü olduğuna inanmaktır. Kişi durumla baş edemeyeceğini ve hayatı boyunca başına gelmiş ve gelebilecek en kötü şeyi yaşadığını düşünmektedir (Garnefski, Kraaij ve Spinhoven, 2001: 1316).

2.4.5.1. Kronik Hastalarda Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Rolü

De Ridder ve diğerleri (2008: 248), kronik hastalarda kaygı, depresyon ve olumsuz duygulanımların sıkça görüldüğünü dile getirmektedir. Araştırmalar duyguların ifadesi ve kabullenilmesinin kronik hastalığa uyumu arttırırken; duyguları tanımlamada güçlük, duyguların farkında olmama, duygulardan kaçınma ve duygusal reddin ise hastalığa uyumu ve hastalık gidişatını olumsuz etkilediğini göstermektedir (De Ridder, vd., 2008: 248-249). Bu durum yalnızca kişilik özelliğinden değil, kültürden de kaynaklanabilmektedir. Duygusal dışavurumun diğer ülkelere kıyasla daha az olduğu Japonya gibi Asya ülkelerinde, dışavurumcu olmayan kültürün kronik hastalıklar için de dezavantajlı sayıldığı da bilinenler arasındadır (Hirokawa, vd., 2004: 110).

Kronik hastalarla yapılan çalışmalara bakıldığında olumlu sağlık davranışı değişiklikleri, sosyal desteğin sağlanması, öz yeterliliğe ek olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden olan plana yeniden odaklanma ve pozitif yeniden değerlendirmenin kronik hastalardaki hastalığa dayanıklılığı arttırdığı bilinmektedir (Helgeson ve Zajdel, 2017: 552-553). Kronik hastalığa karşı iyimser kalabilen kişilerin kabullenme, pozitif yeniden değerlendirme ve plana yeniden odaklanmayı sıklıkla baş

etme mekanizması olarak kullanırken, uyumsuz stratejileri ise nadiren kullandığı görülmektedir (Carver, Scheier ve Segerstrom, 2010: 883-886). Mihalca, Diaconu-Gherasim ve Butnariu (2017: 797-798) tarafından 11 ile 17 yaş arasında olup kronik hastalığa sahip katılımcılarla yapılan kapsamlı kronik hastalık araştırmasında ise gençlerin sosyal işlevselliklerinin bozulduğu ve uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Soo, Burney ve Basten (2009: 959), kronik hastalık ile depresyon arasındaki ilişkiye uyumsuz stratejilerden olan ruminasyonun aracılık ettiğini ve hastalarda depresif halin sürdürülmesindeki en büyük etkenin bu olduğunu söylemektedir. Özellikle kalp rahatsızlıklarına sahip kişilerde sıklıkla görülen öfke duygusunun hasta tarafından ruminasyona dahil edilmesi ile vücutta değişen kimyasal mekanizmalar doğrudan damar sertliğine yol açabilmektedir (Fernandez, vd., 2010: 351).

Tatsız olayların ardından uygulanan inkâr, başkalarını suçlama, yok sayma ve benzeri gibi başa çıkma mekanizmaları kısa süreli rahatlama sağlayan yöntemler olsalar da uzun süreli kullanımları sonucunda istenmeyen durumlara sebep olabilmektedir. Uygun olmayan başa çıkma yollarının kullanılması hissedilmesi gereken duyguların bastırılmasına ve gerçekleşen olaya yönelik farkındalığın azalmasına sebep olmaktadır. Dolayısıyla duygularını bastıran kişiler bulaşıcı hastalıklara açık hale gelmekte, bağışıklıkları azalmakta ve sonuç olarak kanser, kalp ve damar hastalıkları gibi hastalıklara daha elverişli hale gelmektedirler (Koole, 2009: 18-19). Kronik hastalık yönetimine dair yapılan araştırmalar duyguları bastırmanın ve hatta duygulardan kaçınmanın hastalığa dair kötü gidişata sebep olurken, duyguların kabul edildiği ve rahatça ifade edildiği durumların ise hastalığa dair iyi gidişatla sonuçlandığını göstermektedir (Austenfild ve Stanton, 2004: 1350-1355). Hoyt (2009: 982) tarafından yapılan bir araştırma sosyalleşme tarzları ve cinsiyet rolü çatışmaları dolayısıyla duygu ifadesi ve duygusal işlemlerde zorluk yaşayan erkek bireylerin olumsuz duygularla başa çıkmakta daha fazla zorlandıklarını ve bu durumun kanser hastalıklarında hastalık uyumunu da olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır.

Hipertansiyona sahip kişilerle yapılan çalışmalarda sağlıklı bireylere kıyasla hastalarda ruminasyon, felaketleştirme ve başkalarını suçlamanın istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Duan, vd., 2011: 532). Yine aynı çalışmada pozitif yeniden değerlendirmenin ise hipertansiyon grubunda anlamlı seviyede daha düşük olduğu da elde edilen bulgulardandır (A.g.e.). Koroner kalp

hastalıklarına sahip bir başka gruba yapılan çalışmada ise uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin uyumlu olanlardan daha sık kullanıldığı görülmektedir (Cheng, vd., 2022: 232). Bahremand ve diğerleri (2016: 176) tarafından koroner kalp hastalarıyla yapılan bir çalışmada ise bu bulgular desteklenmiş, kendini suçlama, başkalarını suçlama ve felaketleştirme puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Garnefski ve Kraaji (2010: 384) tarafından kalp krizinden kurtulanlar ile yapılan bir takip çalışmasında ise ruminasyon, felaketleştirme ve pozitif yeniden odaklanmanın depresyona dair varyansın büyük bir çoğunluğunu açıkladığı, diğer yandan bir yıllık takibin sonunda ise depresyon puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olmadığı elde edilen bulgular arasındadır.

Meme kanseri tanısını yeni almış 509 kadınla yapılan bir takip çalışması incelendiğinde hem tanının alındığı zamanda hem de bir ay sonunda örneklemin %80'lik bir kısmında ya hiç ya da hafif derece depresyon semptomları görülmüştür (Wang, vd., 2014: 96-97). Yine aynı çalışmada uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin tüm örnekleme daha sık görüldüğü aktarılmaktadır (A.g.e.: 97). Meme kanseri tanısı almış 665 kadın ve 662 sağlıklı kadından oluşan örneklem kıyaslandığında ise kabullenme ve felaketleştirmenin hasta bireylerde daha sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Li, vd., 2015: 5). Buna ek olarak kendini suçlama, ruminasyon ve felaketleştirmenin yaşam kalitesini azaltırken, kabullenme ve pozitif yeniden değerlendirilmenin yaşam kalitesini arttırdığı dile getirilmektedir (A.g.e.: 9). Literatür incelendiğinde kanser tanısı almış bir gruba iki yıl boyunca uyumlu stratejileri teşvik edilmesi ve uyumsuz stratejilerin geliştirilmesi amacıyla uygulanan bilişsel duygu düzenleme müdahalesinin uzun dönem olumlu sonuçları olduğu da görülmektedir (Hamama-Raz, vd., 2016: 179). Herhangi bir müdahale uygulanmayan grup ile kıyaslandığında müdahale uygulananların daha az felaketleştirme eğiliminde olurken pozitif yeniden odaklanmanın ise daha sık kullanıldığı aktarılmaktadır (A.g.e.: 179-180). Özellikle ruminasyonun azalması ve pozitif yeniden odaklanmanın artması ise müdahalenin uzun dönem olumlu etkilerini değişim gözlenebilen en büyük iki faktördür (A.g.e.: 178). Ruminasyonun meme kanserindeki tedavi arayışında gecikmeye sebep olduğunu açıklayan araştırmalar bu bilgiyi desteklemektedir (Lyubomirsky, vd., 2006: 294).

Ghorbani ve diğerleri (2017: 15-16), kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin belirlenmesi amacıyla astım hastaları yönelik bir çalışma

gerçekleştirmiştir. Buna göre sağlıklı kişilere kıyasla astım hastalarının duygularını tanımakta ve anlatmakta zorlandığı, bununla birlikte uyumsuz düzenleme stratejilerini kullanmaya daha yatkın olduğu görülmektedir.

Diyabet hastaları ile yapılan çalışmalarda elde edilen bulgular da pek farklı değildir. Uyumsuz duygu düzenleme stratejilerine sahip olan tip 1 diyabet hastalarında hastalığa yönelik uyumsuzluk artmış, diyabeti yönetebilme ve metabolik kontrolde azalma görülmüştür (Fisher, vd., 2018: 17). Bir diğer yandan bir başka araştırmada ise tip 2 diyabeti iyi ve kötü yöneten hastalar ile sağlıklı bireyler arasında yapılan bir karşılaştırma çalışmasında üç grup arasında duygu düzenlemeye dair anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Rasmussen, vd., 2013: 213).

Genel bilgiler bölümünü sonlandırmadan özetlemek gerekirse günümüzde gelişen tıp yöntemleri, nüfusun yaşlanması, hastalık türlerinin ve etkilerinin çeşitliliği, değişen risk faktörleri, uygulanan yeni tip tedavi yöntemleri ve daha nice sebepler yıldan yıla artış gösteren kronik hastalıkların yönetiminin önemi arttırıyor gibi gözükmektedir. Kişilere yalnızca fizyolojik sorunlar değil stres, depresyon ve kaygı gibi dikkat edilmesi gereken önemli psikolojik sorunların da sık görüldüğü bu sürecin neredeyse tamamının ev, iş ve günlük yaşam içerisinde deneyimlenmesi dolayısıyla oluşabilecek psikopatolojik problemlerin hastalıktan mı yoksa yaşam tarzından mı kaynaklandığının ayırt edilmesi ve kronik hastalara yönelik klinik müdahalelerin tasarlanması gittikçe zorlaşmaktadır (Garrido, vd., 2011: 488-89). Bugüne kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde ise kronik hastalardaki depresyon semptomlarına yönelik uygulanan müdahalelerin hastalık sürecine yönelik çok az fayda gösterdiği veya hiç fayda göstermediği görülmekte ve hastalık uyumuna yönelik psikolojik etkilerin muğlaklığı devam etmektedir (A.g.e.). Bu muğlaklığın çözülebilmesi için kronik hastalarda en az depresyon kadar sık görülen kaygı semptomlarının da incelenmesinin önemli olduğu ortadadır (Kahraman, 2013: 409-411). Bu sebeple kaygıyı yordayabilen belirsizliğin ele alınmasının kronik hastalardaki kaygı durumuna dair geliştirilen çalışmaları derinleştirerek var olan teorileri güçlendirebileceği ve tedaviye yönelik yapılacak olan çalışmaların çerçevesinde olabileceğine olanak sağlayabileceği düşünülmektedir (Garrido, vd., 2011: 488-89). Ayrıca kronik hastalığa sahip bireylerdeki psikolojik etkileşimlerin anlaşılmasının, bilimsel anlamda açıklanabilmesinin, ilişkili değişkenlerin netleştirilmesinin ve hangi baş etme

mekanizmalarının hastalık sürecine katkı sağlayabildiğinin tespit edilmesinin de kronik hastalar için faydalı olabileceği düşünülmektedir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışmada niceliksel teknikler kullanılmış ve bu bağlamda ilişkisel araştırma yöntemi izlenmiştir. İlişkisel araştırma, iki ya da daha çok değişkenin birbirleri arasındaki ilişkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığının hesaplandığı, değişkenlerin birbirlerini hangi yönde etkilediğinin incelendiği ve bu ilişkinin kuvvetinin ne büyüklükte olduğunun tespit edildiği istatistiksel bir yöntemdir (Gogtay ve Thatte, 2017: 78-80).

Çalışmada kronik hastalık tanımı genel bir kategori olarak kabul edilerek hastalık türü ayırt edilmeden kronik hastalığa sahip ve sahip olmayan katılımcılara ulaşılmaya çalışılmıştır. Elde edilen nicel veriler aracılığıyla kronik hastalığa sahip olmanın ortaya çıkardığı sürekli kaygı ile hastaların belirsizliğe tahammül seviyeleri ve bu süreçte kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişki incelenmiştir. Bunun yanı sıra elde edilen verilerin doğrudan kronik hastalık ile ilişkilendirilebilmesi adına hastalığa sahip olmayan sağlıklı kesimdeki bireylerin sürekli kaygı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri de incelenerek sağlıklı ve kronik hasta gruplarının verileri birbirleriyle karşılaştırılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma örneklemini bulabildiğini örnekleme yöntemiyle oluşturulmuş ve Türkiye'nin farklı illerinden olmak üzere kronik hastalığa sahip olan ve sahip olmayan kişilerden, yaşları 18-82 arasında olmak üzere 161'i kadın, 154'i erkek olmak üzere toplam 315 kişi katılmıştır. Bu sayının 156'si kronik hasta (84 kadın, 72 erkek), 159'u ise (77 kadın, 82 erkek) herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayan sağlıklı bireylerdir. Tüm örneklem için yaş ortalaması 42,50 ($S=14,39$), kronik hasta grubu için yaş ortalaması 46,02 ($S=13,84$) ve kontrol grubunun (kronik hasta olmayan/sağlıklı bireyler) yaş ortalaması 39,04 ($S=14,13$)'dür. Kişilerin kronik hastalığa sahip olma durumunun belirlenmesinde öz bildirim esas alınarak katılımcılardan kronik hastalık durumu ve kronik hastalık türü ile ilişkili soruları cevaplaması istenmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Veri toplama sürecinin tüm aşamalarında çevrim içi anket yöntemi kullanılmıştır. Anket başlangıcında katılımcılara araştırmacının iletişim bilgilerini de içeren “Bilgilendirilmiş Onam Formu” (bkz. Ek 1) sunulmuş ve çalışmanın bilimsel veri toplamayı amaçladığı, katılımın gönüllülük esasına dayandığı, verilerin tamamen araştırma amacı kapsamında kullanılacağı, bütün kişisel verilerin gizli tutulacağı ve katılımcıların herhangi bir rahatsızlık hissetmeleri durumunda istedikleri zaman katılımı sonlandırabilecekleri bilgileri yazılı olarak belirtilmiştir. Devamında katılımcıların demografik bilgilerinin alınması amacıyla “Demografik Bilgi Formu”; katılımcıların pandemi dönemindeki kaygılarını değerlendirmek amacıyla “Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ)”; yaşam kalitesi değerlendirmesi için “Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-12 YKÖ)”; sürekli kaygı belirtilerini ölçmek için “Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ)”; belirsizliğe tahammül seviyeleri ölçmek için “Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)” ve kullanılan başa etme yöntemlerinin değerlendirilmesi için “Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)” uygulanmıştır. Demografik Bilgi Formu’nda kronik hastalığının olduğunu belirten katılımcılar, hastalığın detaylarına dair ek bir demografik form daha doldurmuşlardır.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu (bkz. Ek 2)

Katılımcıların demografik bilgilerinin belirlenmesi için araştırma yürütücüsü tarafından hazırlanan formda, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, mevcut bir psikolojik veya psikiyatrik yardım alınıp alınmadığı, daha öncesinde bir psikolojik veya psikiyatrik yardım alınıp alınmadığı, tanı alınmış bir hastalığı olup olmadığına yönelik soruların cevaplandırılması istenmiştir. Buna ek olarak kronik hastalığı olduğunu belirten katılımcılara iletilen ek bir form (bkz. Ek 3) aracılığıyla kronik hastalık veya hastalıklarının ne olduğu, tanının üzerinden kaç yıl geçtiği, düzenli kullanılan ilaç veya ilaçların olup olmadığı, geçmiş bir tıbbi operasyon hikayesine sahip olup olmadığı ve kronik hastalığın yaşam kalitelerini nasıl etkilediğine dair öz bildirim (1: hayatımı hiç etkilemiyor, 5: hayatımı olumsuz anlamda çok etkiliyor) soruları sorulmuştur.

3.3.2. Koronavirüs Kaygı Ölçeği (bkz. Ek 4)

KKÖ, katılımcıların COVID-19 pandemi sürecinin sebep olduğu kaygı belirtilerini ölçmek amacıyla Lee (2020: 3) tarafından geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Toplamda 5 maddeden oluşan ölçek 5'li Likert sisteme sahiptir ve her soru hiç olmadı (0) ile son iki haftada hemen hemen her gün (4) arasında puanlanmaktadır. Her katılımcının minimum 0, maksimum 20 puan alabildiği tek boyutlu ölçekte ters puanlı madde bulunmamaktadır.

KKÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Akkuzu ve diğerleri (2020: 66) tarafından yapılmıştır ve ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık değeri 0.81 olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmadaki Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı ise tüm örneklem için 0.885, kronik hasta grubu için 0.898 ve kontrol grubu için 0.863 olarak hesaplanmıştır.

3.3.3. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği (bkz. Ek 5)

SF-12 YKÖ, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin kısa formu olan ve katılımcıların sağlığa yönelik yaşam kalitelerini değerlendirdiği bir öz bildirim ölçeğidir (Soylu ve Kütük, 2021: 2-3). Fiziksel işlevsellik, fiziksel rol kısıtlaması, duygusal rol, mental sağlık alt boyutları 2'şer maddeden oluşurken beden ağrısı, genel sağlık, enerji, sosyal işlevsellik alt boyutları 1'er maddeden oluşmaktadır. Böylelikle toplam 8 alt boyuttan olmak üzere 12 maddeden oluşan ölçekte fiziksel rol kısıtlaması ve duygusal rol maddeleri evet ve hayır şeklinde yanıtlanmakta olup diğer maddeler 3, 5 ve 6'lı Likert sistem üzerinden yanıtlanmaktadır (A.g.e.: 3). Toplam 4 adet ters madde bulunan ölçekte (1, 8, 9, 10) fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, beden ağrısı ve genel sağlık alt boyutları fiziksel bileşen özet puanını oluştururken; duygusal rol, mental sağlık, enerji ve sosyal işlevsellik alt boyutları mental bileşen özet puanını oluşturmaktadır (Ware, Kosinski ve Keller, 1995: 19). Katılımcıların verdikleri anket cevaplarına karşılık gelen fiziksel ve mental standardizasyon değerlerinin toplanmasının ardından fiziksel standardizasyon toplamı için 56.57706 sabiti, mental standardizasyon toplamı için ise 60.75781 sabiti eklenerek fiziksel ve mental bileşen özeti değerleri hesaplanmaktadır (A.g.e.: 25). Her iki özet puanında da yüksek puanlar daha iyi sağlık olarak yorumlanmaktadır (Soylu ve Kütük, 2021: 4).

SF-12 YKÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Soylu ve Kütük tarafından 2021 yılında yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre iç tutarlılık kat sayısının fiziksel bileşen

özeti için 0.73 olduğu, mental bileşen özeti için ise 0.72 olduğu aktarılmaktadır (A.g.e.: 5).

3.3.4. Sürekli Kaygı Ölçeği (bkz. Ek 6)

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, 1970 yılında Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından oluşturulmuştur (akt. Öner, 2006: 578). Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği olarak iki ayrı ölçekten oluşan ana ölçek toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Durumluk kaygı, anlık ve kısa süreli olaylara yönelik kaygıyı ifade etmektedir ve bu tez çalışmasında yalnızca Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) kullanılmıştır. SKÖ, her sorunun 1 (hemen hemen hiçbir zaman) ile 4 (hemen hemen her zaman) arasında puanlandığı, her katılımcının minimum 20, maksimum ise 80 arasında toplam puan alabildiği bir ölçektir. Ölçek içerisinde 7'si ters madde (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39) olmak üzere toplam 20 adet soru bulunmaktadır. Büyük puanlar yüksek sürekli kaygı ile ilişkilirken, küçük puanlar düşük sürekli kaygı anlamına gelmektedir (A.g.e.: 579).

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Öner ve Le Compte tarafından 1985 yılında yapılmış olup SKÖ için test-tekrar test güvenilirliği 0.73 ile 0.86 arasında bulunurken Kuder-Richardson güvenilirliğinin ise 0.86 ile 0.92 arasında olduğu aktarılmaktadır (Öner ve LeCompte, 1985; akt. Öner, 2006: 578). SKÖ'nün bu çalışmadaki Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı tüm örneklem için 0.872, kronik hasta grubu için 0.851 ve kontrol grubu için ise 0.890 olarak hesaplanmıştır.

3.3.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (bkz. Ek 7)

BTÖ, katılımcıların belirsiz durumlarda verdikleri duygusal ve davranışsal tepkilerin ölçülmesi amacıyla Fransızca orijinali Freeston ve diğerleri tarafından 1994 yılında tasarlanmış olan ölçek, Buhr ve Dugas (2002: 934) tarafından İngilizce diline adapte edilmiştir. Toplam 27 maddeden oluşan ve ters madde içermeyen ölçeğin belirsizlik üzücü ve stres vericidir, belirsizlik eyleme geçmeyi engeller, belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir, belirsizlik adil değildir olmak üzere dört faktörü bulunmaktadır. Katılımcıların sorulan sorulara 5'li Likert sistemine göre (1: Beni hiç tanımlamıyor, 5: Beni tam olarak tanımlıyor) cevaplandırması beklenmektedir (Sarı ve Dağ, 2009: 263-264).

BTÖ, Sarı ve Dağ (2009: 263) tarafından Türkçe diline uyarlanmıştır. Uygulanan faktör analizlerinin ardından beş faktörün ortaya çıktığı görülmüştür. Yalnızca tek

sorudan (10: Beklenmeyen durumlardan kaçınmak için insan hep ileriye bakmalıdır) oluşan beşinci faktör, madde-toplam korelasyonunun düşük olması ($r=0.29$) sebebiyle ölçekten çıkarılmıştır. Böylece ölçeğin belirsizlik stres verici ve üzücüdür (1, 3, 4, 6, 8, 9, 17, 26, 27), belirsizlik ile ilgili olumsuz benlik değerlendirmeleri (2, 13, 16, 20, 22, 23, 24, 25), geleceği bilememek rahatsız edicidir (5, 7, 18, 19) ve belirsizlik eyleme geçmemi engelliyor (11, 12, 14, 15) olmak üzere varyansın %51'ini açıklayan dört faktörü bulunmaktadır. Ölçeğin 21. maddesi hiçbir alt ölçeğe dahil olamamıştır. Böylelikle ölçeğin toplam puanı 26 soru üzerinden hesaplanmaktadır (A.g.e.: 263-266). Artan toplam puanlar kişinin belirsizliğe tahammülsüzlük seviyesinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin toplam puanlarına ait Cronbach Alpha iç tutarlılığının 0.79 olduğu görülmektedir (A.g.e.: 264). BTÖ'nün bu çalışmadaki toplam puanlarının Cronbach Alpha iç tutarlılık değeri ise tüm örneklem için 0.957, kronik hasta grubu için 0.954 ve kontrol grubu için ise 0.959 olarak hesaplanmıştır.

3.3.6. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (bkz. Ek 8)

BDDÖ, katılımcıların olumsuz ve stres verici yaşam olayları sırasında duygu düzenlemeye dair kullandıkları bilişsel stratejileri belirlemeye yönelik geliştirilmiş bir ölçektir. Orijinali Garnefski, Kraaij ve Spinhoven tarafından 2001 yılında geliştirilen ölçek toplam 36 maddeden oluşmakla birlikte 9 alt boyuta da sahiptir. Bu boyutlar kendini suçlama (1, 10, 19, 28), kabullenme (2, 11, 20, 29), ruminasyon (3, 12, 21, 30), pozitif yeniden odaklanma (4, 13, 22, 31), plana yeniden odaklanma (5, 14, 23, 32), pozitif yeniden değerlendirme (6, 15, 24, 33), bakış açısına yerleştirme (7, 16, 25, 34), felaketleştirme (8, 17, 26, 35), başkalarını suçlama (9, 18, 27, 36) şeklindedir (Onat ve Otrar, 2010: 127). Alt boyutlardaki puan artışı ilgili stratejinin daha sık kullanıldığı olarak yorumlanmakta, ölçeğe dair toplam puan hesaplanmamakta ve herhangi bir ters madde bulunmamaktadır. Ölçek 5'li Likert sisteme göre oluşturulmuş olup 1 (hemen hemen hiçbir zaman) ve 5 (hemen hemen her zaman) arasında puanlandırılmaktadır (A.g.e.: 127-128).

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Onat ve Otrar tarafından 2010 yılında yapılmış olup yapılan analizlerde Cronbach alpha iç tutarlılık değerinin 0.78 olduğu bulunmuştur. Alt boyutlar için ise bu değer 0.43 ve 0.72 arasında olduğu görülmektedir (A.g.e.: 128-136). Bu çalışmadaki Cronbach alpha değerleri tüm örneklemde 0.92 ve alt boyutlarda ise 0.72 ile 0.84 arasında değişmektedir.

3.4. Verilerin Toplanması ve Analizi

Veri toplama aşamasına geçilmeden önce İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan çalışmaya yönelik ölçek kullanım izinleri (bkz. Ek 9) ve etik kurul izni (bkz. Ek 10) alınmıştır. Yapılan çevrim içi anket başlangıcında katılımcılara gerekli açıklama yazılı olarak yapılmış ve katılım onamlarının alınmasının ardından soruları içeren diğer sayfalar erişilebilir hale gelmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 18 yaş ve üzeri kronik hasta ve sağlıklı bireylerden sırasıyla demografik bilgi formu, KKÖ, SF-12 YKÖ, SKÖ, BTÖ ve BDDÖ formlarını doldurmaları istenmiştir. Google form üzerinden oluşturulan anket linki araştırmacının yakın çevresine iletilmiş ve bu kişilerden de çevreleriyle paylaşılması istenmiştir. Bu yöntem aracılığıyla ulaşılan 156'sı kronik hasta ve 159'u sağlıklı olmak üzere toplam 315 kişi anketi tamamlayarak araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. İstatistiksel analizler ve araştırmaya dair bulguların elde edilebilmesi için bilgisayar ortamında *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) programının 22. versiyonundan yararlanılmıştır. Elde edilen analizler %95'lik güven aralığında incelenmiş olup anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak değerlendirilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmada elde edilen bulguların istatistiksel analizleri paylaşılmıştır. Öncelikle çalışmaya katılan bireylerin demografik bilgi formunda verdikleri bilgileri betimsel analizler yardımıyla anlatılmış ve ardından çalışmanın amacı doğrultusunda belirlenen hipotezlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Örneklem Demografik Özellikleri

Araştırma çerçevesinde Türkiye'nin farklı illerinde yaşamını sürdüren kronik hastalığa sahip ve sahip olmayan (sağlıklı) 18 yaş ve üzeri katılımcılara ulaşılmıştır. Bu kapsamda tüm örneklem, kronik hastalık grubu (KHG) ve kontrol grubuna (sağlıklı katılımcılar) dair elde edilen demografik bilgiler Tablo 4.1.'de gösterilmektedir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Bilgilerinin Frekans ve Yüzde Değerleri

		Tüm Örneklem N=315		KHG N=156		Kontrol Grubu N=159	
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	161	51.1	84	53.8	77	48.4
	Erkek	154	48.9	72	46.2	82	51.6
Medeni Durum	Bekar	102	32.4	40	25.6	62	39.0
	Evli	191	60.6	102	65.4	89	56.0
	Boşanmış	15	4.8	8	5.1	7	4.4
	Eşi vefat etmiş	7	2.2	6	3.8	1	0.6
Ekonomik Durum	Düşük	14	4.4	8	5.1	6	3.8
	Düşük-orta	46	14.6	22	14.1	24	15.1
	Orta	211	67.0	108	69.2	103	64.8
	Orta-yüksek	41	13.0	16	10.3	25	15.7
	Yüksek	3	1.0	2	1.3	1	0.6
Eğitim Durumu	İlköğretim	33	10.5	22	14.1	11	6.9
	Lise	63	20.0	33	21.2	30	18.9
	Üniversite	195	61.9	90	57.7	105	66.0
	Lisansüstü	24	7.6	11	7.1	13	8.2
Psikolojik Destek Alma Durumu	Yok	274	87.0	130	83.3	144	90.6
	Var	41	13.0	26	16.7	15	9.4
Geçmiş Psikolojik Destek Hikayesi	Yok	204	64.8	95	60.9	109	68.6
	Var	111	35.2	61	39.1	50	31.4

Tablo 4.1.'de belirtildiği üzere çalışmaya 161'i (%51.1) kadın, 154'ü (%48.9) erkek olmak üzere toplam 315 kişi katılım sağlamıştır. Katılımcıların 156'sı kronik hasta (84 kadın, 72 erkek), 159'u ise (77 kadın, 82 erkek) sağlıklı bireylerden oluşmaktadır. Medeni durum açısından incelendiğinde 191'inin (%60.6) evli ve 102'sinin (%32.4) bekar olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun ekonomik durumu orta (%67) ve eğitim durumu üniversite (%61.9) seviyesindedir. Katılımcıların %87'si devam eden bir psikolojik destek sürecinde olmamakla birlikte, %64.8'i ise hayatında hiç psikolojik desteğe başvurmamıştır.

Çalışmaya katılım sağlayan 156 kronik hastaya temel bilgileri içeren demografik formun ardından özel bir form daha verilerek hastalığa dair detaylı bilgilere ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda KHG'den elde edilen bilgiler ise Tablo 4.2.'de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Kronik Hastalık Grubuna Ait Ek Bilgiler

		Yok (n)	Var (n)
Çoklu Kronik Hastalık	Tümü	90	66
	Kadın	42	42
	Erkek	48	24
İlaç Kullanımı	Tümü	19	137
	Kadın	11	73
	Erkek	8	64
Tıbbi Operasyon Hikayesi	Tümü	93	63
	Kadın	57	27
	Erkek	36	36

Tablo 4.2 incelendiğinde KHG'deki 156 bireyin 66'sında birden fazla kronik hastalık olduğu ve bunun neredeyse üçte ikililik kısmının ise kadınlardan oluştuğu dikkat çekmektedir. Buna ek olarak katılımcıların büyük bir çoğunluğu olan 137 hastanın sürekli ilaç kullandığı ve 63 hastada ise hastalığına dair tıbbi bir operasyon hikayesinin var olduğu da görülmektedir.

Hastalık detaylarının öğrenilmesi adına katılımcıların öz bildirimlerine başvurulmuş ve bu doğrultuda anket seçeneklerinden sahip oldukları hastalık kategorisini işaretlemeleri istenmiştir. Bu doğrultuda elde edilen veriler Tablo 4.3.'te gösterildiği gibidir.

Tablo 4.3. Kronik Hasta Grubundaki Hastalık Türleri

Hastalık	Kadın	Erkek	Toplam	KHG'de %
Kalp ve Damar Hastalıkları	21	34	55	35.3
Diyabet	17	22	39	25.0
Solunum Yolu Hastalıkları	26	11	37	23.7
Alerjik Hastalıklar	26	8	34	21.8
Eklem ve Kemik Hastalıkları	14	11	25	16.0
Psikiyatrik Hastalıklar	16	3	19	12.2
Troid Hastalıkları	17	2	19	12.2
Diğer Kronik Hastalıklar	8	6	14	9.0
Gastroenteroloji Hastalıkları	5	9	14	9.0
Nörolojik Hastalıklar	8	3	11	7.1
Kanser Hastalıkları	4	2	6	3.8

Bulgular incelendiğinde literatürde de değinildiği gibi kalp ve damar hastalıkları, solunum yolu hastalıkları ve diyabetin en sık görülen üç kronik hastalık olduğu göze çarpmaktadır. Kalp ve damar hastalıkları erkeklerde daha sık görülen bir hastalıkken, solunum yolu hastalıkları ise kadınlarda daha sık görülen bir hastalık konumundadır.

4.2. Sürekli Değişkenlerin Normallik Varsayımının İncelenmesi

Çalışma kapsamında toplanan verilerin normallik dağılımı analizlerinin yapılması amacıyla sürekli değişkenlerden olan yaşın, tanı sonrası geçen sürenin (yıl), kronik hastalığın yaşam kalitelerini nasıl etkilediğine dair öz bildirim puanının (1: hayatımı hiç etkilemiyor, 5: hayatımı olumsuz anlamda çok etkiliyor), KKÖ'nün toplam puanının, SF-12 YKÖ'nün fiziksel ve mental bileşen özet puanlarının, SKÖ'nün toplam puanının, BTÖ'nün toplam puanının ve BDDÖ'nün 9 alt boyutunu oluşturan kendini suçlama, kabullenme, ruminasyon, pozitif yeniden odaklanma plana yeniden odaklanma pozitif yeniden değerlendirme bakış açısına yerleştirme felakletleştirme ve başkalarını suçlamanın normallik dağılımları KHG ve kontrol grubu için Tablo 4.4.'te verildiği gibidir.

Tablo 4.4. Sürekli Değişkenlerin Normallik Varsayımının İncelenmesi

Değişken	Alt Boyutlar	Gruplar	\bar{x}	S	Medyan	Çarpıklık	Standart Hata	Basıklık	Standart Hata
Yaş	-	KHG	46.02	13.84	51.00	-.47	.19	-.57	.38
		Kontrol	39.04	14.13	38.00	.10	.19	-1.54	.38
TSGS*	-	KHG	12.71	10.68	10.00	1.49	.19	2.81	.38
		Kontrol	-	-	-	-	-	-	-
YKÖB*	-	KHG	3.22	1.20	3.00	-.12	.19	-.76	.38
		Kontrol	-	-	-	-	-	-	-
KKÖ	-	KHG	1.82	3.55	.00	2.88	.19	8.62	.38
		Kontrol	1.41	2.74	.00	3.04	.19	10.6	.38
SF-12 YKÖ	Fiziksel Bileşen Özeti	KHG	48.05	9.33	50.78	-.98	.19	.45	.38
		Kontrol	52.66	7.02	53.83	-.95	.19	1.56	.38
YKÖ	Mental Bileşen Özeti	KHG	42.19	11.21	42.85	-.28	.19	-.27	.38
		Kontrol	41.02	12.56	41.63	-.23	.19	-.95	.38
SKÖ	-	KHG	47.02	9.69	47.00	.027	.19	-.15	.38
		Kontrol	45.62	10.46	46.00	.08	.19	-.49	.38
BTÖ	-	KHG	80.92	23.64	82.00	-.38	.19	-.25	.38
		Kontrol	80.18	23.79	82.00	-.05	.19	-.70	.38
	Kendini Suçlama	KHG	12.56	3.58	12.00	.01	.19	-.50	.38
		Kontrol	12.69	3.50	13.00	-.01	.19	-.23	.38
	Kabullenme	KHG	13.48	3.47	14.00	-.32	.19	-.02	.38
		Kontrol	13.43	3.59	13.00	-.13	.19	-.16	.38
	Ruminasyon	KHG	14.41	3.62	14.00	-.46	.19	-.20	.38
		Kontrol	14.71	3.27	14.00	-.26	.19	-.08	.38
	Pozitif Yeniden Odaklanma	KHG	13.76	3.65	14.00	-.40	.19	-.15	.38
		Kontrol	13.32	3.74	13.00	-.12	.19	-.53	.38
BDDÖ	Plana Yeniden Odaklanma	KHG	16.28	3.39	17.00	-1.24	.19	1.52	.38
		Kontrol	16.06	3.48	17.00	-.96	.19	.47	.38
	Pozitif Yeniden Değerlendirme	KHG	15.64	3.55	16.00	-.95	.19	.59	.38
		Kontrol	15.55	3.59	16.00	-.66	.19	-.21	.38
	Bakış Açısına Yerleştirme	KHG	14.42	3.55	14.50	-.50	.19	-.02	.38
		Kontrol	14.25	3.56	15.00	-.58	.19	.14	.38
	Felaketleştirme	KHG	11.04	4.11	11.00	.24	.19	-.65	.38
		Kontrol	11.29	4.17	11.00	.34	.19	-.69	.38
	Başkalarını Suçlama	KHG	9.98	3.85	10.00	.56	.19	-.13	.38
		Kontrol	10.40	3.86	10.00	.34	.19	-.39	.38

* TSGS: Tanı sonrası geçen süre

* YKÖB: Kronik hastalığın yaşam kalitesine etkisinin öz bildirimi

Tablo 4.4. incelendiğinde kronik hastalar için olan yaş ortalamasının 46.02 (S: 13.84) olduğu, kontrol grubu için yaş ortalamasının ise 39.04 (S: 14.13) olduğu görülmektedir. Kronik hasta grubu için ilk kronik hastalık tanısı ardından geçen süre ortalamasının 12.7 yıl (S: 10.68) olduğu görülmektedir. Kronik hastalığın yaşam kalitesine olan etkisine yönelik verilen öz bildirim puanlarındaki ortalama ise 3.22 (S: 1.20) puan şeklindedir.

Literatür incelendiğinde normal dağılım için kabul gören çarpıklık ve basıklık değerlerinin George ve Mallery'e (2016: 114) göre ± 2 aralığında olduğu, Kalaycı'ya (2008: 209) göre ise bu değer ± 3 aralığında olduğu bilinmektedir. Bu bilgilere göre elde edilen veriler incelendiğinde değişkenlerin neredeyse hepsinin çarpıklık ve basıklık değerlerinin kabul edilen aralıklarda yer aldığı ve KKÖ hariç tüm değişken verilerinin normal dağılım gösterdiği görülmektedir. KKÖ'nün her iki grupta toplam yaklaşık 170 kişiden aldığı 0 puanlamaları dolayısıyla oldukça yüksek çarpıklık ve basıklık değerlerine sahip olduğu dikkat çekmektedir. KKÖ, pandeminin ortaya çıktığı ilk aylarda geliştirilse de bu çalışmanın pandeminin ortaya çıkışının 2 yıl sonrasında yapılmıştır. Ölçeğin geliştiricisi Lee (2020: 399), pandeminin ilerleyen zamanlarında ortaya çıkması beklenen ek faktörlerin ölçek ile elde edilmesi planlanan sonuçları etkileyebileceğini belirterek bunun güvenilirlik ve geçerlilik açısından bir sınırlılık teşkil ettiğini aktarmaktadır. Dolayısıyla hem KKÖ'nün araştırmanın ana ölçeklerinden biri olmaması hem de koronavirüs kaygısının mevcut örnekleme gerçekten azalmış olabileceği göz önünde bulundurularak ilgili ölçek herhangi bir dışlamaya maruz bırakılmamıştır.

Yapılan tüm değerlendirmeler sonucunda ölçek ve alt boyutlarının araştırmanın amacına uygun olan şekilde ± 3 aralığında olduğu ve normal dağılım varsayımını karşıladığı sonucuna ulaşılmıştır (Kalaycı 2008: 209). Bu doğrultuda parametrik analizlerin yapılmasına karar verilmiştir.

4.3. Sağlıklı ve Kronik Hasta Grubunun Araştırma Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması

Gruplar arasındaki puanların karşılaştırılması amacıyla normal dağılım göstermeyen koronavirüs kaygısı toplam puanları Mann-Whitney U testi; normal dağılım gösteren fiziksel bileşen özet puanları, mental bileşen özet puanları, sürekli kaygı toplam puanları, belirsizliğe tahammülsüzlük toplam puanları ve bilişsel duygu düzenleme alt

boyutları puanları ise t-testi aracılığıyla analiz edilmiştir. KHG ve kontrol grubunun değişken puanlarının karşılaştırmasına yönelik yapılan analiz sonuçları Tablo 4.5.'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Grupların Değişken Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	KHG (N=156)		Kontrol Grubu (N=159)		Test İstatistiği
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	
Koronavirüs Kaygısı	1.82	3.55	1.41	2.74	$U = .46$
Fiziksel Bileşen Özeti	48.05	9.33	52.66	7.02	$t = -4.94^*$
Mental Bileşen Özeti	42.19	11.21	41.02	12.56	$t = .87$
Sürekli Kaygı	47.02	9.69	45.62	10.46	$t = 1.23$
Belirsizliğe Tahammülsüzlük	80.92	23.64	80.18	23.79	$t = .27$
Kendini Suçlama	12.56	3.58	12.69	3.50	$t = -.32$
Kabullenme	13.48	3.47	13.43	3.59	$t = 1.13$
Ruminasyon	14.41	3.62	14.71	3.27	$t = -.77$
Pozitif Yeniden Odaklanma	13.76	3.65	13.32	3.74	$t = 1.07$
Plana Yeniden Odaklanma	16.28	3.39	16.06	3.48	$t = .58$
Pozitif Yeniden Değerlendirme	15.64	3.55	15.55	3.59	$t = .21$
Bakış Açısına Yerleştirme	14.42	3.55	14.25	3.56	$t = .42$
Felaketleştirme	11.04	4.11	11.29	4.17	$t = -.53$
Başkalarını Suçlama	9.98	3.85	10.40	3.86	$t = -.96$

* $p < .05$

Çalışmanın birinci hipotezi doğrultusunda kaygı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel duygu düzenleme ölçek puanlamaları kronik hasta ve sağlıklı bireyler arasında karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgulara göre KHG fiziksel bileşen özeti düzeyinin, kontrol grubu fiziksel bileşen özeti düzeyinden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmektedir ($t_{(287.89)} = -4.94$, $p < .001$). Sürekli kaygı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel duygu düzenleme alt boyutlarında ise gruplar arası bir farklılığa rastlanmamıştır.

4.4. Kronik Hasta Grubunda Değişkenler Arasındaki İlişkiler

Bu bölümde çalışmanın ikinci hipotezi kapsamında KHG için yaş, tanı ardından geçen süre, yaşam kalitesi öz bildirimi, KKÖ puanları, SF-12 YKÖ'nün fiziksel ve mental bilişsen özet puanları, SKÖ'nün toplam puanları, BTÖ'nün toplam puanları ve BDDÖ'nün 9 alt boyutunu oluşturan kendini suçlama, kabullenme, ruminasyon, pozitif yeniden odaklanma plana yeniden odaklanma pozitif yeniden değerlendirme bakış açısına yerleştirme felaketleştirme ve başkalarını suçlamanın ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. KHG için değişken puanlarına ait ilişkiyel analizler Tablo 4.6.'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Kronik Hasta Grubu için Değişkenler Arasındaki İlişkisel Analizler

Değişken (N=156)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Yaş	-															
2. Tanı Ardından Geçen Süre	.24**	-														
3. Yaşam Kalitesi Öz Bildirimi	-.01	.14	-													
4. Koronavirüs Kaygısı	-.11	-.02	.23**	-												
SF-12 YKÖ 5. Fiziksel Bileşen Özeti	-.17	-.13	-.25**	-.54	-											
6. Mental Bileşen Özeti	.36**	.05	-.28**	-.23**	.10	-										
7. Sürekli Kaygı	-.17**	-.05	.21**	.33**	-.29**	-.58**	-									
8. Belirsizliğe Tahammülsüzlük	-.12	-.001	.04	.23**	-.12	-.33**	.61**	-								
BDDÖ 9. Kendini Suçlama	-.01	.01	-.07	.08	.08	-.11	.28**	.40**	-							
10. Kabullenme	.10	-.06	-.07	.11	-.04	-.04	.13	.23**	.55**	-						
11. Ruminasyon	-.08	-.01	-.13	.14	-.08	-.12	.26**	.40**	.50**	.53**	-					
12. Pozitif Yeniden Odaklanma	.29**	.08	-.07	.05	.11	.26**	-.22**	.002	.07	.37**	.30**	-				
13. Plana Yeniden Odaklanma	.14	.07	-.09	.01	.18*	.12	-.12	.08	.24**	.40**	.48**	.66**	-			
14. Pozitif Yeniden Değerlendirme	.17*	.10	-.13	-.14	.11	.20*	-.23**	-.04	.14	.35**	.37**	.68**	.81**	-		
15. Bakış Açısına Yerleştirme	.29**	.09	-.07	.002	-.10	.19*	-.07	.16*	.17*	.47**	.35**	.65**	.64**	.72**	-	
16. Felaketleştirme	.01	.003	-.03	.18*	-.11	-.21**	.53**	.55**	.48**	.38**	.47**	.08	.08	.01	.23**	-
17. Başkalarını Suçlama	.09	.01	-.19	.18*	-.03	-.12	.33**	.50**	.43**	.33**	.43**	.20**	.17*	.10	.30**	.71**

** $p < .01$; * $p < .05$

Gogtay ve Thatte (2017: 79), 0 ile ± 0.5 aralığında yer alan istatistiksel olarak anlamlı r değerlerinin zayıf bir ilişki gösterdiğini, ± 0.5 ile ± 1 aralığında yer alan r değerlerinin ise güçlü bir ilişki olarak yorumlanmasını gerektiğini söylemektedir. Bu bilgiye göre Tablo 4.6. incelendiğinde KHG için fiziksel bileşen özeti ile sürekli kaygı ($r=-.29, p<.01$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki; plana yeniden odaklanma ($r=-.18, p<.05$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir. Mental bileşen özeti ile sürekli kaygı ($r=-.58, p<.01$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü güçlü bir ilişki; belirsizliğe tahammülsüzlük ($r=-.33, p<.01$), felaketleştirme ($r=-.21, p<.01$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki; pozitif yeniden odaklanma ($r=.26, p<.01$), pozitif yeniden değerlendirme ($r=.20, p<.01$), bakış açısına yerleştirme ($r=.19, p<.05$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir.

Sürekli kaygı puanları ile belirsizliğe tahammülsüzlük ($r=.61, p<.01$) ve felaketleştirme ($r=.53, p<.01$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü güçlü bir ilişki; pozitif yeniden odaklanma ($r=-.22, p<.01$), pozitif yeniden değerlendirme ($r=-.23, p<.01$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki; kendini suçlama ($r=.27, p<.01$), ruminasyon ($r=.26, p<.01$), başkalarını suçlama ($r=.33, p<.01$) puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük puanları ile felaketleştirme ($r=.55, p<.01$) ve başkalarını suçlama ($r=.50, p<.01$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü güçlü bir ilişki; kendini suçlama ($r=.40, p<.01$), kabullenme ($r=.23, p<.01$), ruminasyon ($r=.40, p<.01$), bakış açısına yerleştirme ($r=.16, p<.05$) puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir.

4.5. Kronik Hasta Grubundaki Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Uyumsuz Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Sürekli Kaygı Üzerindeki Yordayıcı Etkisi

Belirsizliğe tahammülsüzlük ve uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin sürekli kaygı üzerindeki yordayıcılık seviyesinin belirlenmesi amacıyla yapılan basit regresyon analizi Tablo 4.7.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Kronik Hasta Grubundaki Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Uyumsuz Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Sürekli Kaygı Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Yönelik Basit Regresyon Analizi

Sürekli Kaygı	ΔR^2	F	β	T	
Belirsizliğe Tahammülsüzlük	.37	93.48***	.61	9.66***	
Uyumsuz Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri	Kendini Suçlama	.07	12.98***	.27	3.6***
	Ruminasyon	.06	11.83**	.26	3.44**
	Felaketleştirme	.28	61.76***	.53	7.85***
	Başkalarını Suçlama	.11	19.60***	.33	4.42***

*** $p < .001$; ** $p < .01$

Çalışmanın üçüncü hipotezi doğrultusunda belirsizliğe tahammülsüzlük ve uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin sürekli kaygı puanlarını yordayıp yordadığını değerlendirmek amacıyla basit regresyon analizi yapılmıştır (bkz. Tablo 4.7.). Bu değerlendirmeye göre belirsizliğe tahammülsüzlüğün ($\beta = .61$, $t = 9.66$, $p < .001$) sürekli kaygının %37'sini ($\Delta R^2 = .37$, $F_{1,154} = 93.48$) istatistiksel olarak anlamlı bir seviyede yordadığı görülmektedir. Uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini oluşturan kendini suçlama ($\beta = .27$, $t = 3.6$, $p < .001$), ruminasyon ($\beta = .26$, $t = 3.44$, $p = .001$), felaketleştirme ($\beta = .53$, $t = 7.75$, $p < .001$) ve başkalarını suçlama ($\beta = .33$, $t = 4.42$, $p = .03$) değerlerinin sürekli kaygıda dair varyansın sırayla %7 ($\Delta R^2 = .07$, $F_{1,154} = 12.98$), %6 ($\Delta R^2 = .06$, $F_{1,154} = 11.83$), %28 ($\Delta R^2 = .28$, $F_{1,154} = 61.76$) ve %11'ini ($\Delta R^2 = .11$, $F_{1,154} = 19.60$) istatistiksel olarak anlamlı seviyede açıkladığı görülmektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. Değerlendirme ve Tartışma

Tartışma bölümünde araştırma için oluşturulan hipotezler kapsamında gerçekleştirilen istatistiksel analizlerin bulguları tartışılacaktır. Bu kapsamda ulaşılan sonuçlar tezin başlangıç bölümü olan genel bilgilerdeki literatür ışığında ele alınacak, araştırmanın tartışmalı konularına değinilecek, araştırmanın sınırlılıkları değerlendirilecek ve ardından elde edilen verilerin sağladığı bilgiler aracılığıyla gelecekte gerçekleştirilecek çalışmalara yönelik araştırmacı tarafından tavsiyelerde bulunulacaktır.

Bu çalışma, kronik hastaların sahip olduğu sürekli kaygı düzeylerinin belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilişkisinin incelenmesine yönelik yürütülmüştür. Bu bağlamda öncelikle kronik hasta ve kontrol gruplarının sürekli kaygı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri açısından farklılaşıp farklılaşmadığı ele alınmıştır. Ardından ayrı ayrı olmak üzere kronik hasta ve kontrol gruplarında sürekli kaygı, belirsizliğe tahammülsüzlük, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve diğer sürekli değişkenlere ilişkin ilişkisel analizler gözden geçirilmiştir. Son olarak ise kronik hasta grubundaki belirsizliğe tahammülsüzlük ve uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin sürekli kaygı üzerindeki yordayıcı etkisine yönelik analizler gerçekleştirilmiştir.

5.1.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Yönelik Değerlendirilmesi

Araştırma örneklemini Türkiye'nin farklı illerinde yaşamını sürdüren kronik hasta grubu ve kontrol grubundan (sağlıklı bireyler) oluşturulmuş olup yaşları 18-82 arasında değişim gösteren toplam 315 kişiden oluşturmaktadır. 156 kişilik kronik hasta grubunda yaş ortalaması 46.02 ve 159 kişilik kontrol grubunda ise yaş ortalaması 39.04'dür. Kronik hasta grubunun belirlenmesi amacıyla katılımcıların öz bildirimlerine başvurulmuş ve bu doğrultuda anket seçeneklerinden sahip oldukları hastalık kategorisini işaretlemeleri istenmiştir. Bu doğrultuda herhangi bir kronik hastalığa yönelik dışlama kriteri uygulanmayarak her hastalık türünden insan bu gruba dahil edilmiştir. Her iki grupta da evli, ekonomik durumu orta, üniversite mezunu olan, mevcut bir psikolojik destek almayan, geçmiş psikolojik destek hikayesi bulunmayan

kişilerin daha fazla olduğu görülmektedir. Demografik bilgiler hastalık türü açısından incelendiğinde ise kalp ve damar hastalıkları, solunum yolu hastalıkları ve diyabetin hastalık sıklığı sıralamasında ilk üç sırada olduğu, bununla beraber ilk sırada olan kalp ve damar hastalıklarının büyük bir kısmını erkeklerin oluşturduğu görülmektedir. Kronik gruba yöneltilen ek sorularda yalnızca bir kronik hastalığa sahip olan, düzenli ilaç kullanımı bulunan ve tıbbi operasyon hikayesi bulunmayan kişilerin daha fazla olduğu görülmektedir.

Kronik hastalıklar, türü fark etmeksizin her yaşta görülebilen hastalıklar olsalar da ilerleyen yaşlarda ve özellikle 65 yaş üzerindeki bireylerde daha sık rastlanılmaktadır (DSÖ, 2014: 11; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013: 45). Dolayısıyla araştırmamızda kronik hasta grubunun yaş ortalamasının kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olmasının bundan kaynaklı olduğu düşünülebilir. Bunun yanı sıra TÜİK (2022) verileri incelendiğinde Türkiye'deki vatandaşların ortalama evlenme yaşlarının her iki grup yaş ortalamasından da küçük olduğu görülmektedir. Bu durum örneklemin büyük bir çoğunluğunun evli olmasını açıklıyor gibi gözükmektedir. Araştırmadaki katılımcıların birçoğunun üniversite mezunu olmasının araştırmacının yakın çevresinin üniversite mezunu olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca üniversite mezunu olmanın ekonomik geliri arttıran bir faktör olduğu, üniversite mezunlarında yoksulluk oranlarının az olduğu ve kişi başına düşen gelir miktarında ortalamaya yakın olduğu bilindiğinden, birçok katılımcı tarafından ekonomik durumun orta olarak işaretlenmesi bununla açıklanabilir (TÜİK, 2021).

Literatürde yalnızca dört hastalık grubu küresel çaptaki kronik hasta sayılarının %84.5'ini kapsadığı ve bunların kalp ve damar hastalıkları (%48), kanserler (%21), kronik solunum yolu hastalıkları (%12) ve diyabet (%3.5) olduğu bilinmektedir (Üner, Balcılar ve Ergüder, 2018: 2). Dolayısıyla çalışmamızda kalp ve damar hastalıkları, solunum yolu hastalıkları ve diyabetin ilk üç sırada olduğu eldeki bulgular tarafından da desteklenmiştir. Ancak bunun yanında yayımlanan küresel verilere göre en sık görülen ikinci hastalık olmasına rağmen kanser hastalıkları sıklığının düşük bir seviyede kalması dikkat çekmektedir (A.g.e.). Bu durumun kanserin atlatıldığı takdirde atlatan kişinin kronik hasta sayılmadığına yönelik olası bir toplumsal fikir ayrılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Pizzoli, vd., 2019: 2-3). Buna ek olarak anket çalışmasında bulabildiğini örnekleme tekniğinin kullanılmasının bir sonucu olmak üzere araştırma boyunca herhangi bir sağlık kuruluşu ile irtibata

geçilmemiş ve bu durum sağlık kuruluşu çatısı altında tedavi gören kanser hastalarına ulaşma noktasında bir kısıtlılık doğurmuş gibi gözükmektedir.

Genel bilgiler bölümünde de bahsedildiği gibi kalp ve damar hastalıklarının farklı toplumlar içerisinde bile erkeklerde daha sık karşılaşılan bir kronik hastalık türü olduğu ve bu durumun biyolojik bir süreçten ziyade yaşam tarzı, öfkenin zararlı dışa vurumu gibi sebeplerle erkeklerde daha fazla tanı konulduğu bilinmektedir (Anand, vd., 2008: 932-933; Chida ve Steptoe, 2009: 936; Narita, vd., 2020: 78; Weidner ve Cain, 2003: 769). Bu çalışmada da erkeklerde kalp ve damar hastalıkları daha sık görülmektedir ve bu durumun literatürde değinilen bulgularla desteklendiği elde edilen sonuçlar arasındadır.

Her iki grupta da katılımcıların birçoğunun aktif bir psikolojik destek almadığı ve psikolojik destek hikayesinin de bulunmadığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde Türkiye’de yaşayan insanları içeren kapsamlı örneklemelerde katılımcıların %18’inin psikolojik destek hikayesi bulunduğu görülmektedir (Çiçekoğlu ve Duran, 2018: 14). Çalışmamızdaki bu oranın tüm örneklem için %35 seviyelerine çıktığı, kronik hastalar için olan oranın ise %39 seviyelerini geçtiği elde edilen bulgular arasındadır. Artış gösteren bu farklılık Türkiye’de yapılan kapsamlı psikolojik destek hikayesi çalışmalarının yeterince güncel olmaması ve geçen süre zarfında psikolojik desteğin yaygınlaşması dolayısıyla bu oranın yükselmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (A.g.e.). Ayrıca çalışma örnekleminin yüksek eğitim seviyesine sahip olması ile birlikte orta ve üzeri ekonomik gelirin daha sık görülmesi de bu örneklem özelinde psikolojik desteğe başvurma yüzdeliğini arttırmış olabilir.

Yapılan birçok araştırma bir kronik hastalığın başka bir kronik hastalığın nedeni olabileceği gibi, ilerleyen yaşlarda ortaya çıkma eğilimi gösteren bu tür hastalıkların özellikle yaşlı nüfusta eş tanıyla birlikte seyredildiğini göstermektedir (Caughey, vd., 2008: 1; Negewo, McDonald ve Gibson, 2015: 252). Çalışmamızda her ne kadar tek kronik hastalığa sahip kişi sayısı fazla olsa da çoklu hastalığa sahip hasta oranının %42 olduğu, bu oranın özellikle kadınlar için %50 oranına kadar çıktığı görülmektedir. Kronik hastalarda ilaç kullanımına dair literatür incelendiğinde kalp ve damar hastalığına sahip olanların %85’inin (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013: 13), diyabet hastalarının %84’ünün (A.g.e.: 15), kronik solunum yolu hastası kategorisine giren KOAH hastalarının %46’sının (A.g.e.: 35) ve astım hastalarının %62’sinin (A.g.e.: 35) düzenli ilaç kullandığı bilinmektedir. Çalışmamızda düzenli ilaç kullanımının fazla

olduğu bilinmektedir ve bu veriler verilerde büyük bir yüzdelik kaplayan üç hastalık kategorisinin ilaç kullanma oranları ile tutarlı olduğu görülmektedir.

5.1.2. Kronik Hasta Grubu ile Kontrol Grubunun Koronavirüs Kaygısı, Yaşam Kalitesi, Sürekli Kaygı, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Açısından Karşılaştırılmasına Yönelik Değerlendirme

Bulgular ele alındığında kronik hasta grubu ile kontrol grubu arasında koronavirüs kaygısına yönelik anlamlı bir farklılık bulunmadığı ve hatta veriler tek tek incelendiğinde ise her iki grupta 170 kişinin 0'a denk puanlamaya sahip olarak normallik dağılımını sağlamadığı görülmüştür. Bu çalışmanın yapıldığı zaman aralığında Türkiye'de yapılan diğer çalışmalara göz atıldığında da katılımcıların birçoğunun ölçek puanlamalarında sıfırı tercih ettiği ve ölçek toplam puan ortalamasının tıpkı bu çalışmadaki gibi çok düşük bir seviyede kaldığı görülmektedir (Duru, vd., 2022: 3; Güldal, Kılıçoğlu ve Kasapoğlu, 2022: 9). Ölçeğin geliştiricisi Lee (2020: 399) ölçeğin pandeminin çıktığı ilk zamanlarda geliştirilmesini bir sınırlılık olarak belirtmekte ve ilerleyen zamanlarda yapılan çalışmalarda geçerli ve güvenilir sonuçların daha kapsamlı çalışmalarla elde edilebileceğini söylemektedir. Dolayısıyla her ne kadar kronik hasta grubu daha yüksek koronavirüs ortalamasına sahip olsa da iki grup arasında anlamlı farklılığın sağlıklı bir şekilde ölçülemiyor oluşu ölçüm aracından kaynaklanıyor gibi görünmektedir. Buna ek olarak çalışma verilerinin pandeminin Türkiye'de görülmesinden 2 yıl sonra, 2022 yılı Mart-Nisan aylarında vaka sayılarının azaldığı, aşının yaygınlaştığı ve sosyal kısıtlamaların azaldığı bir dönemde toplanmış olmasının da koronavirüs kaygısı toplam puanlarını azaltan önemli faktörler olabileceği düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi açısından iki grup incelendiğinde kronik hasta grubunun fiziksel bileşen özet puanında kontrol grubundan anlamlı olarak farklılaştığı ve kronik hastaların fiziksel anlamda yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak bir diğer yandan mental bileşen özetinde iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Uzun süredir devam ederek iyileşmeyen bir hastalığa sahip olma inancının kişilerin fiziksel işlevselliğini düşürdüğü bilinmektedir (Scharloo, vd., 2007: 577). Sağlıklı insanlar ve kronik hastalara dair yapılan çalışmalar incelendiğinde birçok hastalık için kronik hasta olmanın fiziksel bileşen özet puanında azalmaya sebep olduğu, yaş ilerledikçe de bu puanın giderek azaldığı görülmektedir

(Erickson, Williams ve Gruppen, 2001: 543-545; Hahl, vd., 2006: 564; Hopman, vd., 2009: 108). Dolayısıyla kronik hastalığın tanımında yer alan uzun süreli olma ve iyileşmeme gibi özellikler, kronik hastaların fiziksel yaşam kalitesinin yaş ilerledikçe düşmesine sebep olarak grup içi anlamlı seviyede düşük ortalamayla sonuçlanıyor gibi görünmektedir. Mental bileşen özeti için ise bu durumun tam tersi geçerli olup kronik hastalıkta sağlıklılara kıyasla mental bileşen özetinde anlamlı bir fark bulunmamakta ve ilerleyen yaşlarda iki grup arasındaki puan farkının giderek azaldığı görülmektedir (A.g.e.). Kronik hastaların yaş ortalamasının sağlıklılara kıyasla yüksek olması ve özellikle ileri yaşlardaki kişilerin aldıkları nispeten yüksek mental bileşen özeti puanları, iki grup arasındaki ortalama farkının oluşmamasına yol açıyor olabilir.

Sürekli kaygıya yönelik yapılan değerlendirmede iki grubun istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmektedir. Ancak iki grup ortalamasında da sürekli kaygı ölçeği için yüksek sürekli kaygı kabul edilen 42 puan eşiğinin aşıldığı görülmektedir (Canbolat, vd., 2021: 515; Uysal ve Aslan, 2018: 73). Katılımcılar tek tek incelendiğinde kronik hasta grubundaki katılımcıların %70.5'inin (n=110) yüksek düzey, %17.3'ünün (n=27) orta düzey sürekli kaygıya ve kontrol grubundaki katılımcıların ise %64.1'inin (n=102) yüksek düzey, %16.3'ünün (n=26) orta düzey sürekli kaygıya sahip olduğu dikkat çekmektedir. Literatür gözden geçirildiğinde Polishchuk ve diğerleri (2021: 455) tarafından hipertansiyona sahip hastaların %69.1'inde yüksek düzey sürekli kaygının olduğu raporlanmaktayken, Uysal ve Aslan (2018: 68) tarafından aynı hastalık türüyle yapılan çalışmada ise bu oranın %95.9'lara çıktığı görülmektedir. Sürekli kaygının tip 2 diyabet hastalarında %26.8 (Sato, vd., 2002: 134), KOAH hastalarında %42 (Bratek, vd., 2015: 87), astım hastalarında %41 (A.g.e.) oranında görüldüğü de elde edilen bulgular arasındadır. Şahan ve diğerleri (2018: 144) tarafından yapılan bir çalışmada kalp krizi hikayesi olan hastaların sağlıklı bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı sürekli kaygı seviyesine sahipken, kanser hastaları ile sağlıklı bireyler arasında anlamlı bir fark olmadığı ve hatta kanser hastalarının daha düşük sürekli kaygı ortalamasına sahip olduğu da görülmektedir. Tüm bunlara ek olarak düşük gelire sahip olmama ve yüksek eğitim seviyesinin sürekli kaygıyı azaltma yönünde bir ilişki kurduğu da bilinenler arasındadır (Alacacioglu, vd., 2013: 771; Puente-Maestu, vd., 2016: 78). Toparlamak gerekirse kronik hastalarda görülen sürekli kaygının yalnızca hastalık türleri arasında değil, aynı hastalığa sahip örneklerde bile farklı sonuçlar verebilen ve birçok farklı değişkenden etkilenebilen

bir değişken gibi gözüktüğü, dolayısıyla bunun iki grup arasında fark oluşmasını engelleyebilen bir faktör olduğu söylenebilir. Ayrıca bu çalışmadaki kronik hastaların büyük bir çoğunluğunun orta düzey gelire sahip olması ve yine büyük bir çoğunluğunun yüksek eğitim seviyesine sahip olması, kronik hastalardaki sürekli kaygı ortalamasını azaltarak gruplar arasındaki farklılığı ortadan kaldırmış olabilir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenine yönelik yapılan değerlendirmede iki grup ortalamasının birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde kronik hastalarla yapılan belirsizliğe tahammülsüzlük çalışmalarının oldukça sınırlı sayıda olduğu ve mevcut çalışmalardan ise yalnızca birkaçının sağlıklı bireylerle karşılaştırmalı analiz yaptığı görülmektedir (Jiang ve He, 2012: 8-9; Keefer, vd., 2005: 1401-1402; Kurita, vd., 2013: 1399; Moghadam ve Mansouri, 2017: 353; Rasmussen, vd., 2013: 218; Tan, vd., 2016: 1728-1729). Karşılaştırmalı analiz içeren bu çalışmalar incelendiğinde bir araştırmada tip 2 diyabete sahip olmanın belirsizliğe tahammülsüzlüğe yönelik yordayıcılık sağlayabileceği bulunmuşken (Moghadam ve Mansouri, 2017: 353), bir diğer çalışmada ise tip 2 diyabete sahip olanlardaki belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarının sağlıklılarla kıyaslandığında anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür (Rasmussen, vd., 2013: 218). Dolayısıyla kronik hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlüğe yönelik literatür çalışmalarındaki uyumsuzluklar, var olan çalışmaların kronik hastalık türlerini yeterince kapsamlı ele almaması, kronik hastalar ile sağlıklı bireyleri karşılaştıran çalışmaların azlığı gibi durumlar mevcuttur. Bu sebeple bu çalışmadaki bulguların literatür açısından değerlendirilmesine yönelik yeterli referans noktasının bulunmadığı düşünülmektedir. İleride yapılacak olan çalışmalar sonucu bu bulguların desteklenip desteklenmediği yeniden tartışılabilir.

Bulgular incelendiğinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin hiçbirinin kronik hasta grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmektedir. Bilişsel duygu düzenlemeye yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde kronik kalp ve damar hastalarının sağlıklı bireylerde karşılaştırıldığında ruminasyon, felaketleştirme, başkalarını suçlama ve kendini suçlamadan oluşan uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini uyumlu duygu düzenlemelerden daha sık kullandığı görülmektedir (Bahremand, vd., 2016: 176; Cheng, vd., 2022: 232; Duan, vd., 2011: 532). Bir diğer yandan sağlıklı bireylerle kanser hastaları kıyaslandığında hastaların kabullenme ve felaketleştirmeye yönelik bir yatkınlığa sahip olduğu da bilinenler arasındadır (Li, vd.,

2015: 5). Diyabet hastalarıyla yapılan çalışmalarda ise bu karşılaştırma anlamlı çıkmayarak sağlıklılar ve hastalar arasında bir fark bulunmamış, hastalık yönetiminin de bu sürece bir etkisinin olmadığı görülmüştür (Rasmussen, vd., 2013: 213). İlgili araştırmalar göz önünde bulundurulduğunda baş etme stratejilerinin hastalık türüne bağlı olarak farklılaşabildiği ve hatta bazı hastalık türleri içerisinde sağlıklılarla aynı seviyede baş etme stratejilerinin kullanıldığı dikkat çekmektedir.

Tüm bu unsurlar göz önünde bulundurulduğunda bu çalışmada bütün kronik hastalıkların tek çatı altında ele alınarak kronik hasta grubunun bu kişilerden oluşturulması, grup içindeki verilerin bazı hastalıklarda yukarı veya aşağı yönlü değişirken, diğer hastalıklarda aynı kalmasıyla sonuçlanmış gibi görünmektedir. Matematiksel açıdan bakıldığında bu durum, hastalık türüne bağlı olarak artabilen veya azalabilen puanlamalara yol açsa da ortalamanın yeterince değişmemesine ve dolayısıyla verilerin sağlıklı bireylere kıyasla anlamlı olarak farklılaşmamasına sebep olmuş gibi gözükmektedir. Dolayısıyla hastalık şiddeti, hastalık türü ve hastalık süresi gibi kontrol edilmeyen pek çok değişkenin olması sonuçları etkilemiş olabilir.

5.1.3. Kronik Hasta Grubunda Değişkenler Arasındaki İlişkilere Yönelik Değerlendirme

Araştırmada kronik hastalığa sahip olan katılımcılarda yaş, tanı ardından geçen süre, yaşam kalitesi öz bildirimi, koronavirüs kaygısı, yaşam kalitesine yönelik fiziksel ve mental bileşen özeti, sürekli kaygı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin alt boyutlarında karşılıklı ilişki analizleri incelenmiştir. Hopman ve diğerleri (2009: 108) tarafından yapılan araştırmanın da desteklediği üzere yaşın artmasıyla birlikte kronik hastalarda mental bileşen özeti de artış gösterdiği gözlemlenmiştir. Genel bir kapsamda bakıldığında pozitif yeniden odaklanma, pozitif yeniden değerlendirme ve bakış açısına yerleştirme puanlarının yine yaşla birlikte artarken, sürekli kaygı puanlarının yaşla beraber azalması durumu mental sağlığın ilerleyen yaşlarda daha iyi hale gelmesiyle açıklanabilir. Zira diğer bulgulara bakıldığında mental bileşen özetiindeki artışın sürekli kaygıdaki azalma ile güçlü şekilde ilişkili olduğu da görülmektedir. Tüm bunlara ek olarak fiziksel bileşen özetiindeki azalmanın sürekli kaygı artışıyla ilişkili olması durumu da mevcut literatür bilgisi ile tutarlılık göstermektedir (A.g.e.).

Carleton (2012: 937), belirsizliğe tahammülsüzlüğün kaygı için kayda değer bir yatkınlığa sebep olabildiğini dile getirmektedir. Bu bilginin paralelinde Jensen ve diğerleri (2016: 432-439) kaygının tehdit oluşturan bir belirsizlik ile ilişkili olduğunu ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile sürekli kaygı arasında pozitif güçlü bir ilişkinin olduğunu söylemektedir. Bu çalışmadaki bulgular incelendiğinde, belirsizliğe tahammülsüzlüğün kronik hastalarda da sürekli kaygı ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde güçlü pozitif bir ilişkide olduğu görülmekte ve bu veriler literatürdeki bulgular tarafından da desteklenmektedir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük puanları ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişki incelendiğinde belirsizliğe tahammülsüzlükteki artışın uyumsuz duygu düzenleme stratejilerini oluşturan kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve başkalarını suçlama değerlerindeki artış ile kayda değer seviyede ilişkili olduğu göze çarpmaktadır. Belirsizliğe tahammülü olmayan kişilerin gerçekleşen veya gerçekleşebilecek durumlar karşısında negatif bilişsel tepkilere eğilimli oldukları bilindiğinden elde edilen bulguların literatürle uyduğu düşünülmektedir (Strout, vd., 2018: 1519).

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutlarının ilişkisel analizleri incelendiğinde uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin sürekli kaygı ile pozitif yönlü ilişki olduğu görülmekte ve bu ilişkilerden felaketleştirme alt boyutunun güçlü bir ilişkiye sahip olması dolayısıyla diğerlerinden ayrıştığı dikkat çekmektedir. Başta kronik kalp ve damar hastalıkları olmak üzere kronik hastalarda oldukça sık rastlanan felaketleştirme eğiliminin sürekli kaygı ile güçlü ilişkiler gösterdiği bilindiğinden, ulaşılan bulguların eldeki kaynaklar ile tutarlılık göstermektedir (Bahremand, vd., 2016: 176; Duan, vd., 2011: 532; Feliu-Soler, vd., 2017: 9; Garnefski ve Kraaji, 2010: 384; Li, vd., 2015: 5). Araştırmamızdaki kronik hasta grubunun üçte birinin kalp ve damar hastalığına sahip olması da bu bulguları destekliyor gibi görünmektedir.

5.1.4. Kronik Hasta Grubundaki Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Uyumsuz Duygu Düzenleme Stratejilerinin Sürekli Kaygı Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Yönelik Değerlendirme

Gerçekleştirilen çalışmada kronik hasta grubu için belirsizliğe tahammülsüzlük ve uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin sürekli kaygı üzerindeki yordayıcı etkisi basit regresyon analizi ile incelenmiştir. Buna göre belirsizliğe tahammülsüzlüğün

kronik gruptaki sürekli kaygı değerini istatistiksel olarak anlamlı ve %37 oranında yordadığı görülmektedir. Geçmişte yapılan çalışmalar incelendiğinde belirsizliğe tahammülsüzlüğün sürekli kaygı için dikkate değer bir yordayıcılığa sahip olduğu görülmektedir (Jensen, vd., 2016: 438). Kronik hastalarla yapılan çalışmalarda da belirsizliğe tahammülsüzlüğün sürekli kaygı ve ayrıca sağlığa yönelik kaygıya dair yordayıcılığının öne çıktığı ulaşılan bulgulardandır (O'Bryan ve McLeish, 2017: 716; Yıldız, 2021: 253). Dolayısıyla literatür verisinin bulgumuzu desteklediği söylenebilir ancak bu konuda kronik hastalıklara dair yeterince çalışma yapılmamış oluşu bu tutarlılığı kronik hastalıkla ilişkilendirmeye yönelik gölge düşürmektedir.

Uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini oluşturan kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve başkalarını suçlama alt boyutlarının sürekli kaygı toplam puanını istatistiksel olarak anlamlı bir seviyede yordadığı görülmektedir. Bu alt boyutlardan yüzdesel açıdan en büyük değer ise sürekli kaygıyı %28 düzeyinde açıklayabilen felaketleştirme alt boyutudur. Özellikle kalp ve damar hastalıkları ile kanserde sıkça karşımıza çıkan felaketleştirme, kronik hastalar için kişi hayatına zarar verebilen ve işlevsel olmayan bir baş etme yöntemidir (Bahremand, vd., 2016: 176; Duan, vd., 2011: 532; Garnefski ve Kraaji, 2010: 384; Li, vd., 2015: 5). Bu konuya dair Ataman (2011: 59) tarafından yapılan çalışmada da felaketleştirmenin sürekli kaygı için dikkate değer bir yordayıcı faktör olduğu görülmektedir. Demir (2018: 59) tarafından elde edilen bulgular da felaketleştirme ve sürekli kaygı ilişkisine dair çok benzer sonuçlar vermektedir. Uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri, daha çok depresyon ve kaygı gibi psikopatolojilerde sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (Domaradzka ve Fajkowska, 2018: 10). Dolayısıyla kronik hastalarda yüksek kaygı eşik değerini aşan sürekli kaygının uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri tarafından yordanyor olması gerçekten rastlantısal değildir. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda başta felaketleştirme olmak üzere kronik hastalarla uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin çalışılması aracılığıyla hastaların işlevsel olmayan stratejileri terk ederek yerine daha işlevsel olan uyumlu duygu düzenlemelerin bırakarak başvurmaması sağlanarak sürekli kaygı seviyesinin azaltılabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla klinik çalışmalar aracılığıyla kronik hastaların başta felaketleştirme olmak üzere uyumsuz duygu düzenleme stratejilerini terk etmesinin desteklenmesi ve yerine daha işlevsel olan uyumlu duygu düzenleme stratejilerini koymalarının teşvik edilmesi sağlanarak kaygı seviyesi önemli seviyede azaltılabilir.

5.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın dikkat edilmesi gereken sınırlılıklarından birincisi, araştırmanın yalnızca Türkiye’de yaşayan insanlar ile düzenlenmesi ve kapsayıcı bir örneklem büyüklüğüne sahip olmamasıdır. Verilerin aynı ülkede ikamet eden insanlardan toplanması, çalışmada elde edilen bulguların ekonomik, sosyal ve politik faktörlerden arındırılmasını zorlaştırmaktadır. Ayrıca çalışmaya katılanların birçoğunun orta düzey ekonomik gelire sahip olması, üniversite mezunu olması ve kronik hasta grubundaki hastalık türlerinin homojen bir dağılım göstermemesi de bulguların kronik hastalara yönelik kapsayıcılığına yapılabilecek eleştiriler arasındadır.

Genel bilgiler bölümünde prevalansa bağlı olarak yalnızca belli başlı hastalık türlerinin incelenmesi diğer hastalık türlerine dair önemli bilgilerin gölgede kalmasına sebep olmuş olabilir. Çalışma verilerinin hastane ve rehabilitasyon merkezi gibi sağlık kurumları dahil edilerek toplanmamış olması da tedavi uyumu kötü olan, hastalık gidişatı ağır seyreden ve/veya yaşam kalitesi düşük olan bireylere ulaşamamasına sebep olarak verilerin gerçeği yansıtmasına engel teşkil etmiş olabilir. Özellikle dünyadaki kronik hastaların beşte birini kapsayan kanser hastalarına yeterince ulaşamamış olması bu araştırmanın en büyük sınırlılığı sayılabilir.

Elde edilen veriler araştırmamızın üçüncü bölümünde anlatılan ölçeklerin ölçtüğü nitelikler ve katılımcıların verdikleri yanıtlarla sınırlıdır. Son olarak ölçekler katılımcıların bireysel değerlendirmelerini içermektedir. Yanıtların çevrimiçi ortamda verilmesi, veri toplama aşamasında ortaya çıkması muhtemel sorunların ve eksik bilgilendirmelerin önlenmesi adına bir engel sayılabilir. Dolayısıyla bu yanıtların katılımcıların öz bildirimlerine bağlı olarak doğru kabul edilmesi ve olası yanlış cevapların yok sayılması araştırmanın geçerlik ve güvenilirliğini olumsuz yönde etkileyebileceği unutulmamalıdır.

Araştırma deseni olarak kesitsel yöntemlere başvurulduğundan ulaşılan sonuçların nedensel çıkarımlarının yapılması zordur. Dolayısıyla boylamsal bir desene sahip uzun dönemli çalışmalar aracılığıyla farklı tür kronik hastalıkları da içeren, hastalık türü, şiddeti ve süresinin homojenlik gösterdiği kontrollü ve daha geniş örneklemle yapılan çalışmaların daha kapsayıcı sonuçlar verebileceği söylenebilir. Ayrıca yalnızca ölçekler aracılığıyla elde edilen niceliksel yöntemler ile değil, niteliksel yöntemler kullanılarak kronik hastalığa sahip bireylerdeki sürekli kaygı, belirsizliğe

tahammülsüzlük ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin derinlemesine incelenmesinin de değişkenler arasındaki ilişkileri daha da netleştirebileceği düşünülmektedir.

5.3. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma kronik hastaların sürekli kaygı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında farklılaşp farklılaşmadığının tespit edilmesi, grup içerisinde değişkenlerin kendi aralarında kurdukları ilişkilerin belirlenmesi ve kronik hastalarda görülen sürekli kaygının hangi değişkenler tarafından ne seviyede yordandığının analiz edilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Kronik hasta grubu ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu değişkenler açısından karşılaştırıldığında beklenilenin aksine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Mevcut literatür ile karşılaştırıldığında elde ettiğimiz bulguların bazı kronik hastalık türleri ile yapılan çalışmalar ile desteklendiği halde diğer hastalık türlerinde desteklenmediği görülmektedir. Dolayısıyla ulaştığımız bulguların kronik hastalıkları tek çatı altında ele alma fikri sebebiyle beklenen sonucu vermediği düşünülmektedir.

Araştırmanın veri toplama aşamasının herhangi bir sağlık kurumunda gerçekleştirilmemiş olması dolayısıyla ağır hastalıklara sahip kronik hastalara ulaşamadığı düşünülmektedir. İleride yapılacak olan araştırmaların belirli hastalık türleri veya kategorileri üzerinden farklı ülkelerden olan insanları içererek daha büyük bir örnekleme, sağlık kurumlarını da içeren ortamlarda yapılmasının daha tutarlı sonuçlar vereceği söylenebilir. Ayrıca günümüzde kronik hastalık tanımının hala oturmamış olması sebebiyle verilerin yüz yüze toplanması ve bu sayede katılımcılardaki olası bilgi eksikliklerinin araştırmacılar tarafından giderilmesinin de sonuçlara önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

Kronik hasta grubunda yapılan ilişki analizlerinde yaştaki artışın psikolojik sağlık üzerinde olumlu etki oluşturarak sürekli kaygıda azalma ile ilişkili olduğu görülmektedir. Ancak bir diğer yandan yaşın artması fiziksel sağlığı kötü etkilediğinden hastaların yaşam kalitesini düşürebilen bir etkiye de sahiptir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile sürekli kaygı arasındaki ilişki incelendiğinde ise paralel bir artış gösterebilen bu iki değişkenin birbirleri ile güçlü bir ilişkide olduğu ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün sürekli kaygıdaki varyansın %37'sini açıkladığı

görülmektedir. Buna ek olarak belirsizliğe tahammülsüzlük puanı yüksek hastalarda uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden olan kendini suçlama, başkalarını suçlama, ruminasyon ve felaketleştirme değerlerinin pozitif yönlü ilişkili olduğuna ve tahammülsüz hastalarda kayda değer bir seviyede uyumsuz stratejilerin kullanıldığına ulaşılmıştır. Yine bu uyumsuz stratejilerdeki artışın sürekli kaygıdaki artış ile bir ilişkide olduğu, her stratejinin sürekli kaygıya dair yordayıcılığa sahip olduğu ve özellikle felaketleştirmenin sürekli kaygı ile güçlü bir ilişki kurarak kaygıdaki artışın %28'ini açıklayabildiği görülmektedir.

Yapılan literatür taramalarında bilişsel davranışçı terapinin (BDT) kronik hastalarla yapılan psikoterapi çalışmalarında etkin rol oynayabildiği, uyumsuz bilişleri azaltarak hastalık uyumunu arttırabildiği, uyumlu bilişsel yetiler kazandırabildiği görülmektedir (Kanık Tezcan ve Yalçinkaya Alkar, 2022: 226-227). Kronik hastalarla yürütülen çalışmalarda ihtiyaca göre değişen 5 ila 20 seanslık BDT uygulamasının kaygı ile beraber seyreden felaketleştirme ve abartılı yorumlama gibi bilişsel çarpıtmalar üzerinde yalnızca terapi süresince değil, terapi sonrası takip dönemlerinde de azalmalar sağlayabildiğini göstermektedir (A.g.e.; Aktan, 2020: 15-16). Yüksek belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarına sahip kaygılı insanlar üzerinde yapılan BDT müdahalelerinin tahammül seviyelerini arttırdığı da bilinenler arasındadır (Boswell, vd., 2013: 9). Bu gibi çalışmalar kronik hastalarda yalnızca tedavi uyumunu arttırmamakta, aynı zamanda hastalık şiddetini daha kabul edilebilir bir düzeye çekerek hastalığa bağlı ölümü bile azaltabilmektedir (Aktan, 2020: 15).

Ulaşılan bulgular ve literatür araştırmalarından yola çıkıldığında kronik hastalarda yaşam kalitesini düşüren ve hastalığa dair tedavi uyumuna olumsuz etkileri olan sürekli kaygının azaltılmasının hastalar için kıymetli bir kazanım olacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda kronik hastalar için geliştirilen BDT çalışmalarında belirsizliğe tahammül seviyesini arttırabilen çalışmalar yapılması ve başta felaketleştirme olmak üzere işlevsel olmayan uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri yerine işlevsel olan uyumlu baş etme stratejilerinin teşvik edilmesi sürekli kaygıyı azaltabilecek önemli adımlardan sayılabilir.

KAYNAKÇA

- Abacı, A., Böber, E. ve Büyükgebiz, A. (2007). Tip 1 diyabet. *Güncel Pediatri* 5(1): 1-10.
- Acar, A. E. (2011). *Kronik hastalıkların, hastaların aile işlevleri ve yaşam doyumları üzerine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Akkuzu, H., vd. (2020). Koronavirüs Kaygı Ölçeği'nin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 2(2): 63-67.
- Aktan, D. (2020). Astım. Aydemir, N. ve Hocaoğlu Uzunkaya A. (Der.), Sağlık Psikolojisi Alan Uygulamaları Kronik Hastalıklar, Ankara, Nobel, 1-25.
- Alacacioglu, A., vd. (2013). Depression and anxiety in cancer patients and their relatives. *JBUON*, 18(3): 767-774.
- Ali, M. K., vd. (2015). Noncommunicable diseases: three decades of global data show a mixture of increases and decreases in mortality rates. *Health Affairs*, 34(9): 1444-1455.
- Allen, L. N., & Feigl, A. B. (2017). What's in a name? A call to reframe non-communicable diseases. *The Lancet Global Health*, 5(2): 129-130.
- Al-Quteimat, O. M., & Amer, A. M. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on cancer patients. *American Journal of Clinical Oncology*, 43(6): 452-455.
- Alschuler, K. N., & Beier, M. L. (2015). Intolerance of uncertainty: shaping an agenda for research on coping with multiple sclerosis. *International Journal of MS Care*, 17(4): 153-158.
- Altuntaş, O., Akı, E. ve Huri, M. (2015). Kronik hastalıklarda ilaç kullanımının yaşam kalitesi ve sosyal katılıma etkisi üzerine nitel bir çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3(2): 79-86.
- American Diabetes Association (2011). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 34(1): 62-69.
- Anand, S. S., vd. (2008). Risk factors for myocardial infarction in women and men. *European Heart Journal*, 29(7): 932-940.

- Andrykowski, M. A., Lykins, E., & Floyd, A. (2008). Psychological health in cancer survivors. *In Seminars in Oncology Nursing*, 24(3): 193-201.
- Ataman Temizel, E. ve Dağ, İ. (2014). Stres veren yaşam olayları, bilişsel duygu düzenleme stratejileri, depresif belirtiler ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 17(1): 7-17.
- Ataman, E. (2011). *Stres veren yaşam olayları karşısında bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon ve kaygı düzeyini belirlemedeki rolü* (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Austenfeld, J. L., & Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: a new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality*, 72(6): 1335-1364.
- Averill, J. R., Olbrich, E., & Lazarus, R. S. (1972). Personality correlates of differential responsiveness to direct and vicarious threat: A failure to replicate previous findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21(1): 25-29.
- Aydoğdu, S., vd. (2019). Türk hipertansiyon uzlaşma raporu 2019. *Türk Kardiyoloji Derneği*, 47(6): 535-546.
- Ayres, J. G., vd. (2009). Climate change and respiratory disease: European Respiratory Society position statement. *European Respiratory Journal*, 34(2): 295-302.
- Bahar, A. (2008). Kronik hastalıklarda umutsuzluk düzeyinin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 5(1-2): 38-43.
- Bahreman, M., vd. (2016). Emotion risk-factor in patients with cardiac diseases: The role of cognitive emotion regulation strategies, positive affect and negative affect (a case-control study). *Global Journal of Health Science*, 8(1): 173-179.
- Barahmand, U., & Haji, A. (2014). The impact of intolerance of uncertainty, worry and irritability on quality of life in persons with epilepsy: Irritability as mediator. *Epilepsy Research*, 108(8): 1335-1344.
- Bar-Haim, Y., vd. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133(1): 1-24.
- Bateman, E. D., vd. (2008). Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *European Respiratory Journal*, 31(1): 143-178.

- Bauer, E. A., vd. (2020). Intolerance of uncertainty and threat generalization: a replication and extension. *Psychophysiology*, 57(5): 1-31.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4): 324-333.
- Bensi, L., & Giusberti, F. (2007). Trait anxiety and reasoning under uncertainty. *Personality and Individual Differences*, 43(4): 827-838.
- Bernell, S., & Howard, S. W. (2016). Use your words carefully: what is a chronic disease?. *Frontiers in Public Health*, 4(159): 1-3.
- Bilir, N. (2006). Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3): 1-6.
- Bloch, M. J. (2016). Worldwide prevalence of hypertension exceeds 1.3 billion. *Journal of the American Society of Hypertension (JASH)*, 10(10): 753-754.
- Boschetto, P., vd. (2006). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and occupational exposures. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 1(11): 1-6.
- Boswell, J. F., vd. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 69(6): 630-645.
- Bousquet, J., & Khaltayev, N. (Eds.). (2007). *Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: A comprehensive approach*. World Health Organization.
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. A. (2013). *Health psychology: An introduction to behavior and health*, (8th ed.).
- Bratek, A., vd. (2015). Depressiveness, symptoms of anxiety and cognitive dysfunctions in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): possible associations with inflammation markers: A pilot study. *Journal of Neural Transmission*, 122(1): 83-91.
- Bray, F., vd. (2021). The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer*, 127(16): 3029-3030.

- Breasted, J. H. (1930). *The Edwin Smith Surgical Papyrus*. Chicago: University of Chicago Press.
- Brown, A., vd. (2020). Managing uncertainty in chronic illness from patient perspectives. *Journal of Excellence in Nursing and Healthcare Practice*, 2(1): 1-16.
- Brown, R. G., & Fernie, B. A. (2015). Metacognitions, anxiety, and distress related to motor fluctuations in Parkinson's disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2): 143-148.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8): 931-945.
- Canbolat, M., vd. (2021). Is amygdala size correlated with stress?. *Folia Morphologica*, 80(3): 514-519.
- Cardet, J. C., vd. (2016). Insulin resistance modifies the association between obesity and current asthma in adults. *European Respiratory Journal*, 48(2): 403-410.
- Carleton, R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(8): 937-947.
- Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39: 30-43.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7): 879-889.
- Castano, L., & Eisenbarth, G. S. (1990). Type-I diabetes: a chronic autoimmune disease of human, mouse, and rat. *Annual Review of Immunology*, 8(1): 647-679.
- Caughey, G. E., vd. (2008). Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia. *BMC Public Health*, 8(1): 1-13.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). Chronic disease infographics. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/tools/infographics.htm> [02.01.2022].

- Ceyhan, Y. Ş. ve Ünsal, A. (2018). Farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4): 263-273.
- Chalmers, G. W., vd. (2002). Influence of cigarette smoking on inhaled corticosteroid treatment in mild asthma. *Thorax*, 57: 226-230.
- Chang, J. S., Straif, K., & Guha, N. (2011). The role of alcohol dehydrogenase genes in head and neck cancers: a systematic review and meta-analysis of ADH1B and ADH1C. *Mutagenesis*, 27(3): 275-286.
- Chen, E., & Schreier, H. M. (2008). Does the social environment contribute to asthma?. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 28(3): 649-664.
- Cheng, M. Y., vd. (2022). Relationship between cognitive emotion regulation strategies and coronary heart disease: an empirical examination of heart rate variability and coronary stenosis. *Psychology & Health*, 37(2): 230-245.
- Cheung, M. M. Y., vd. (2014). Does personality influence how people with asthma manage their condition?. *Journal of Asthma*, 51(7): 729-736.
- Chi, J. S., & Kloner, R. A. (2003). Stress and myocardial infarction. *Heart*, 89(5): 475-476.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11): 936-946.
- Chida, Y., vd. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival?. *Nature Clinical Practice Oncology*, 5(8): 466-475.
- Chow, C. K., vd. (2011). Parental history and myocardial infarction risk across the world. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(5): 619-627.
- Chronic (2022). Dictionary.com. <https://www.dictionary.com/browse/chronic> [09.02.2022].
- Colditz, G. A., Cannuscio, C. C., & Frazier, A. L. (1997). Physical activity and reduced risk of colon cancer: implications for prevention. *Cancer Causes & Control*, 8(4): 649-667.

- Colditz, G., vd. (1996). Harvard report on cancer prevention volume 1 causes of human cancer. *Cancer Causes Control*, 7(1): 1-59.
- Conversano, C. (2019). Common psychological factors in chronic diseases. *Frontiers in Psychology*, 10(2727): 1-3.
- Craske, M. G., vd. (2009). What is an anxiety disorder?. *Depression and Anxiety*, 26(12): 1066–1085.
- Čulić, V., Eterović, D., & Mirić, D. (2005). Meta-analysis of possible external triggers of acute myocardial infarction. *International Journal of Cardiology*, 99(1): 1-8.
- Curley, S. A., vd. (2000). Radiofrequency ablation of hepatocellular cancer in 110 patients with cirrhosis. *Annals of Surgery*, 232(3): 381-391.
- Çardak, M. (2012). *Affedicilik yönelimli psiko-eğitim programının affetme eğilimi, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş, sürekli kaygı ve öfke üzerindeki etkisinin incelenmesi* (Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Çetinkaya, S., vd. (2013). Glokom hastalarının depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri ile başa çıkma tutumları. *Cumhuriyet Medical Journal*, 35(1): 39-50.
- Çiçekoğlu, P. ve Duran, S. (2018). Dünyada ve Türkiye’de toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetleri. G. Ünsal Barlas (Der.), *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği*, Ankara: Türkiye Klinikleri, 8-18.
- D’Amato, G., vd. (2014). Climate change and respiratory diseases. *European Respiratory Review*, 23(132): 161-169.
- Dahlquist, G. (1998). The aetiology of type 1 diabetes: an epidemiological perspective. *Acta Paediatrica*, 87: 5-10.
- De Almeida-Pititto, B., vd. (2020). Severity and mortality of COVID 19 in patients with diabetes, hypertension and cardiovascular disease: a meta-analysis. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 12(1): 1-12.
- De Ridder, D., vd. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634): 246-255.
- DeFronzo, R. A., vd. (2015). Type 2 diabetes mellitus. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1): 1-22.

- DeJean, D., vd. (2013). Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(16): 1-33.
- Demir, T. (2018). *Sağlık çalışanlarında algılanan stres, psikolojik sağlamlık ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyini yordama gücü* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Demirtaş, A. S. ve Yıldız, B. (2019). Hopelessness and perceived stress: the mediating role of cognitive flexibility and intolerance of uncertainty. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 32(3): 259-267.
- DiNicola, G., vd. (2013). The role of social support in anxiety for persons with COPD. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(2): 110-115.
- Domaradzka, E., & Fajkowska, M. (2018). Cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as types of personality. *Frontiers in Psychology*, 9(856): 1-12.
- Dragsted, L. O., vd. (2006). Biological effects of fruit and vegetables. *Proceedings of the Nutrition Society*, 65(1): 61-67.
- Duan, S., vd. (2011). Cognitive emotion regulation questionnaire in hypertensive patients. *Journal of Central South University Medical Sciences*, 36(6): 532-538.
- Duru, Y. B., vd. (2022). The role of covid-19 anxiety and intolerance of uncertainty in predicting resilience. *Scandinavian Journal of Psychology*: 1-8.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2014). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014*.
- (2015). *Noncommunicable Diseases: Progress Monitor 2015*.
- (2016). *Global Report on Diabetes*.
- (2017). *Noncommunicable Diseases: Progress Monitor 2017*.
- (2018). *Projections of Mortality and Causes of Death, 2016 to 2060*.
- (2020). *Noncommunicable Diseases: Progress Monitor 2020*.

- (2020). The top 10 causes of death. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> [14.02.2022].
- (2021). Asthma. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma> [26.02.2022].
- (2021). Chronic obstructive pulmonary disease. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)) [28.02.2022].
- (2021). Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [14.02.2022].
- (2022). Chronic respiratory diseases. <https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases> [26.02.2022].
- Edmondson, D., & Cohen, B. E. (2013). Posttraumatic stress disorder and cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 55(6): 548-556.
- Eisenberg, vd. (2015). Intolerance of uncertainty, cognitive complaints, and cancer-related distress in prostate cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 24(2): 228-235.
- Ejaz, H., vd. (2020). COVID-19 and comorbidities: Deleterious impact on infected patients. *Journal of Infection and Public Health*, 13(12): 1833-1839.
- Ekici, A., vd. (2006). Negative mood and quality of life in patients with asthma. *Quality of Life Research*, 15(1): 49-56.
- Elwood, L. S., Wolitzky-Taylor, K., & Olatunji, B. O. (2012). Measurement of anxious traits: a contemporary review and synthesis. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(6): 647-666.
- Erickson, S. R., Williams, B. C., & Gruppen, L. D. (2001). Perceived symptoms and health-related quality of life reported by uncomplicated hypertensive patients compared to normal controls. *Journal of Human Hypertension*, 15(8): 539-548.
- Erşan, E., vd. (2014). Fibromiyaljili hastaların anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Literatür Sempozyum Dergisi*, 1(3): 32-39.
- Feliu-Soler, A., vd. (2017). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) in patients with fibromyalgia syndrome. *Frontiers in Psychology*, 8(2075): 1-13.

- Fernandez, A. B., vd. (2010). Tendency to angry rumination predicts stress-provoked endothelin-1 increase in patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 72(4): 348-353.
- Fisher, L., vd. (2018). Emotion regulation contributes to the development of diabetes distress among adults with type 1 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 101(1): 124-131.
- Fletcher, B., Gulanick, M., & Lamendola, C. (2002). Risk factors for type 2 diabetes mellitus. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(2): 17–23.
- Foreman, K. J., vd. (2018). Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *The Lancet*, 392(10159): 2052-2090.
- Franceschi, S., vd. (2000). Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. *Oral Oncology*, 36(1): 106-115.
- Freeston, M. H., vd. (1994). Why do people worry?. *Personality and Individual Differences*, 17(6): 791-802.
- Fronczak, C. M., vd. (2003). In utero dietary exposures and risk of islet autoimmunity in children. *Diabetes Care*, 26(12): 3237-3242.
- Garcia-Llana, H., vd. (2022). COVID-19 vaccination improved psychological distress (anxiety and depression scores) in chronic kidney disease patients: A prospective study. *Vaccines*, 10(299): 1-10.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8): 1659-1669.
- (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3): 141-149.
- (2010). Do cognitive coping and goal adjustment strategies used shortly after myocardial infarction predict depressive outcomes 1 year later?. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(5): 383-389.

- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*(8): 1311–1327.
- Garnefski, N., vd. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences, 36*(2): 267-276.
- Garrido, M. M., vd. (2011). Stress and Chronic Disease Management. In R. J. Contrada & A. Baum (Eds.), *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*, Springer Publishing Company, 487–500.
- Gazendam, F. J., Kamphuis, J. H., & Kindt, M. (2013). Deficient safety learning characterizes high trait anxious individuals. *Biological Psychology, 92*(2): 342-352.
- Ghorbani, F., vd. (2017). The mediating effects of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia and physical symptoms: Evidence from Iranian asthmatic patients. *Psychiatry Research, 247*, 144-151.
- Glazebrook, C., vd. (2006). Asthma as a barrier to children's physical activity: implications for body mass index and mental health. *Pediatrics, 118*(6): 2443-2449.
- Gogtay, N. J., & Thatte, U. M. (2017). Principles of correlation analysis. *Journal of the Association of Physicians of India, 65*(3): 78-81.
- Göç, E. (2017). *Sürekli kaygının yordayıcıları olarak belirsizliğe tahammülsüzlük, endişe ile ilgili inançlar ve kontrol odağının incelenmesi ile yaşam doyumunun araştırılması* (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Greco, V., & Roger, D. (2003). Uncertainty, stress, and health. *Personality and Individual Differences, 34*(6): 1057-1068.
- Guarnieri, M., & Balmes, J. R. (2014). Outdoor air pollution and asthma. *The Lancet, 383*(9928): 1581-1592.
- Guha, N., vd. (2007). Oral health and risk of squamous cell carcinoma of the head and neck and esophagus: results of two multicentric case-control studies. *American Journal of Epidemiology, 166*(10): 1159-1173.

- Guthrie, R. A., & Guthrie, D. W. (2004). Pathophysiology of diabetes mellitus. *Critical Care Nursing Quarterly*, 27(2): 113-125.
- Güldal, Ş., Kılıçoğlu, N. A., & Kasapoğlu, F. (2022). Psychological flexibility, coronavirus anxiety, humor and social media addiction during COVID-19 pandemic in Turkey. *International Journal for the Advancement of Counselling*: 1-23.
- Hackett, R. A., & Steptoe, A. (2017). Type 2 diabetes mellitus and psychological stress - a modifiable risk factor. *Nature Reviews Endocrinology*, 13(9): 547-560.
- Hahl, J., vd. (2006). The effects of type 1 diabetes and its long-term complications on physical and mental health status. *Pharmacoeconomics*, 24(6): 559-569.
- Hajdu, S. I. (2011). A note from history: landmarks in history of cancer, part 1. *Cancer*, 117(5): 1097-1102.
- Hamama-Raz, Y., vd. (2016). The effectiveness of group intervention on enhancing cognitive emotion regulation strategies in breast cancer patients: A 2-year follow-up. *Integrative Cancer Therapies*, 15(2): 175-182.
- Han, P. K., vd. (2014). Individual differences in aversion to ambiguity regarding medical tests and treatments: association with cancer screening cognitions. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 23(12): 2916-2923.
- Hansen, E. S. H., vd. (2021). Severe outcomes of COVID-19 among patients with COPD and asthma. *ERJ Open Research*, 7(1): 1-9.
- Hare, D. L., vd. (2014). Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European Heart Journal*, 35(21): 1365-1372.
- Heffner, K. L., vd. (2011). Social isolation, C-reactive protein, and coronary heart disease mortality among community-dwelling adults. *Social Science & Medicine*, 72(9): 1482-1488
- Helgeson, V. S., & Zajdel, M. (2017). Adjusting to chronic health conditions. *Annual Review of Psychology*, 68, 545-571.
- Hirokawa, K., vd. (2004). The relationships of a rationality/antiemotionality personality scale to mortalities of cancer and cardiovascular disease in a

- community population in Japan. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1): 103-111.
- Hofmarcher, T., vd. (2020). The cost of cancer in Europe 2018. *European Journal of Cancer*, 129, 41-49.
- Holgate, S. T., vd. (2015). Asthma. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 1-22.
- Holt-Lunstad, J., & Smith, T. B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: implications for evidence-based patient care and scientific inquiry. *Heart*, 102(13): 987-989.
- Hopman, W. M., vd. (2009). Associations between chronic disease, age and physical and mental health status. *Chronic Dis Can*, 29(3): 108-16.
- Hoyt, M. A. (2009). Gender role conflict and emotional approach coping in men with cancer. *Psychology and Health*, 24(8): 981-996.
- Hu, J., & Meek, P. (2005). Health-related quality of life in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung*, 34(6): 415-422.
- Hunter, D. J., & Reddy, K. S. (2013). Noncommunicable diseases. *New England Journal of Medicine*, 369(14): 1336-1343.
- Hwang, M., Zhang, H. S., & Park, B. (2019). Association between health behaviors and family history of cancer according to sex in the general population. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(3): 393-403.
- Hwang, W., vd. (2001). Out-of-pocket medical spending for care of chronic conditions. *Health Affairs*, 20(6): 267-278.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2019). GBD 2019 Cause and Risk Summary: Asthma cause. University of Washington, Seattle, Washington. www.healthdata.org/turkey [20.02.2022].
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2019). Global Burden of Disease. *Turkey profile*. University of Washington, Seattle, Washington. www.healthdata.org/turkey [15.02.2022].
- International Diabetes Federation (2021). *IDF Diabetes Atlas*, (10th ed.). International Diabetes Federation, Brussels.

- İlikçi İygün, M. (2018). *Genç yetişkin üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme becerileri ve kaygı düzeyleri ile ilişkilerinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Janzen Claude, J. A., Hadjistavropoulos, H. D., & Friesen, L. (2014). Exploration of health anxiety among individuals with diabetes: Prevalence and implications. *Journal of Health Psychology, 19*(2): 312-322.
- Jelaković, B., vd. (2007). Arterial hypertension in Croatia. Results of EH-UH study. *Acta Medica Croatica: Casopis Hrvatske Akademije Medicinskih Znanosti, 61*(3): 287-292.
- Jemal, A., vd. (2011). Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 61*(2): 69-90.
- (2019). *The Cancer Atlas*, (3rd ed.). Atlanta: American Cancer Society.
- Jensen, D., vd. (2016). Clarifying the unique associations among intolerance of uncertainty, anxiety, and depression. *Cognitive Behaviour Therapy, 45*(6): 431-444.
- Jiang, X., & He, G. (2012). Effects of an uncertainty management intervention on uncertainty, anxiety, depression, and quality of life of chronic obstructive pulmonary disease outpatients. *Research in Nursing & Health, 35*(4): 409-418.
- Jousilahti, P., vd. (1997). Parental history of cardiovascular disease and risk of stroke: a prospective follow-up of 14 371 middle-aged men and women in Finland. *Stroke, 28*(7): 1361-1366.
- Kahraman, H., vd. (2013). Temperament and character profiles of male COPD patients. *Journal of Thoracic Disease, 5*(4): 406-413.
- Kalaycı, Ş. (2008). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, (3. baskı). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Kale, H. P., & Carroll, N. V. (2016). Self-reported financial burden of cancer care and its effect on physical and mental health-related quality of life among US cancer survivors. *Cancer, 122*(8): 283-289.

- Kanık Tezcan, R. E. ve Yalçınkaya Alkar, Ö. (2022) Fibromiyalji ile İlişkili Psikolojik Faktörler ve Psikolojik Müdahale Alanları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(2): 221-234.
- Kara, M. (2020). Kierkegaard felsefesiyle birlikte ortaya çıkan bir kavram karmaşası: Endişe mi, kaygı mı, anksiyete mi, korku mu?. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 16, 279-308.
- Karadağ, F., vd. (2008). Psychological distress in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 24(2): 115-122.
- Karakoç Kumsar, A. ve Taşkın Yılmaz, F. (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2): 62-70.
- Karamustafalıoğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2): 65-74.
- Karavanaki, K., vd. (2008). Psychological stress as a factor potentially contributing to the pathogenesis of type 1 diabetes mellitus. *Journal of Endocrinological Investigation*, 31(5): 406-415.
- Keefer, L., vd. (2005). Towards a better understanding of anxiety in irritable bowel syndrome: a preliminary look at worry and intolerance of uncertainty. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(2): 163-172.
- Keogh, E., & Mark Williams, E. (2021). Managing malnutrition in COPD: A review. *Respiratory Medicine*, 176, 1-11.
- Khaw, K. T., vd. (2004). Association of hemoglobin A_{1c} with cardiovascular disease and mortality in adults: the European prospective investigation into cancer in Norfolk. *Annals of Internal Medicine*, 141(6): 413-420.
- Kim, H. C., & Oh, S. M. (2013). Noncommunicable diseases: current status of major modifiable risk factors in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46, 165-172.
- Kim, J. L., vd. (2016). Impact of occupational exposures on exacerbation of asthma: a population-based asthma cohort study. *BMC Pulmonary Medicine*, 16(148): 1-9.

- Kim, M. K., vd. (2014). The relationship of dietary sodium, potassium, fruits, and vegetables intake with blood pressure among Korean adults aged 40 and older. *Nutrition Research and Practice*, 8(4): 453-462.
- Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2020). Specificity of trait anxiety in anxiety and depression: Meta-analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. *Clinical Psychology Review*, 82(101928): 1-49.
- Kolb, H., & Martin, S. (2017). Environmental/lifestyle factors in the pathogenesis and prevention of type 2 diabetes. *BMC Medicine*, 15(1): 1-11.
- Kontsevaya, A., vd. (2018). *Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan (Kronik) Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü için Yatırım Gereksinimleri Raporu*. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1): 4-41.
- Kralik, D. (2002). The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2): 146-154.
- Kumcağız, H., vd. (2009). Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda bunaltı düzeyleri ve stresle başetme. *Cumhuriyet Medical Journal*, 31(2): 122-129.
- Kurita, K., vd. (2013). Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer. *Psycho-Oncology*, 22(6): 1396-1401.
- Lally, J., & Cantillon, P. (2014). Uncertainty and ambiguity and their association with psychological distress in medical students. *Academic Psychiatry*, 38(3): 339-344.
- Lareau, S., vd. (2019). Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 199(1): 1-2.
- Lathers, C. M., & Schraeder, P. L. (2006). Stress and sudden death. *Epilepsy & Behavior*, 9(2): 236-242.
- Laurin, C., vd. (2011). The impact of psychological distress on exacerbation rates in COPD. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*, 5(1): 3-18.
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide, (1st. ed.)*. Guilford press.

- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies, 44*(7): 393-401.
- Lee, Y. C. A., & Hashibe, M. (2014). Tobacco, alcohol, and cancer in low and high income countries. *Annals of Global Health, 80*(5): 378-383.
- Lewandowska, A. M., vd. (2019). Environmental risk factors for cancer - review paper. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 26*(1): 1–7.
- Li, L., vd. (2015). Cognitive emotion regulation: Characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes, 13*(51): 1-10.
- Li, X., vd. (2020). Trends and risk factors of mortality and disability adjusted life years for chronic respiratory diseases from 1990 to 2017: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *BMJ (Clinical Research Ed.): 368*: 1-10.
- Liang, W., vd. (2020). Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *The Lancet Oncology, 21*(3): 335-337.
- Lima-Martínez, M. M., vd. (2021). COVID-19 and diabetes: A bidirectional relationship. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis (English Edition): 33*(3): 151-157.
- Loke, Y. K., vd. (2012). Impact of health literacy in patients with chronic musculoskeletal disease—systematic review. *Plos One, 7*(7): 1-8.
- Longnecker, M. P. (1994). Alcoholic beverage consumption in relation to risk of breast cancer: meta-analysis and review. *Cancer Causes & Control, 5*(1): 73-82.
- Lovinsky-Desir, S., vd. (2020). Asthma among hospitalized patients with COVID-19 and related outcomes. *Journal of Allergy and Clinical Immunology, 146*(5): 1027-1034.
- Luengo-Fernandez, R., vd. (2013). Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *The Lancet Oncology, 14*(12): 1165-1174.
- Luhmann, C. C., Ishida, K., & Hajcak, G. (2011). Intolerance of uncertainty and decisions about delayed, probabilistic rewards. *Behavior Therapy, 42*(3): 378-386.

- Lyubomirsky, S., vd. (2006). Ruminative response styles and delay of seeking diagnosis for breast cancer symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(3): 276-304.
- Maahs, D. M., vd. (2010). Epidemiology of type 1 diabetes. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 39*(3): 481–497.
- Maraschin, J. D. F. (2013). Classification of diabetes. In S. I. Ahmad (ed.), *Diabetes: An Old Disease, a New Insight*: 12-19.
- Marmot, M., vd. (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective*. World Cancer Research Fund.
- Martinez, F. (1998). Diagnosing chronic obstructive pulmonary disease. *Postgraduate Medicine, 103*(4): 112-125.
- Martino, G., vd. (2019). As time goes by: anxiety negatively affects the perceived quality of life in patients with type 2 diabetes of long duration. *Frontiers in Psychology, 10*(1779): 1-8.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine, 3*(11): 2011-2030.
- Meigs, J. B., Cupples, L. A., & Wilson, P. W. (2000). Parental transmission of type 2 diabetes: the Framingham Offspring Study. *Diabetes, 49*(12): 2201-2207.
- Mendis, S., vd. (2011). *Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control*. World Health Organization.
- Menotti, A., & Puddu, P. E. (2015). How the Seven Countries Study contributed to the definition and development of the mediterranean diet concept: A 50-year journey. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases, 25*(3): 245-252.
- Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri, 11*(3): 3-18.
- Midha, S., Chawla, S., & Garg, P. K. (2016). Modifiable and non-modifiable risk factors for pancreatic cancer: A review. *Cancer Letters, 381*(1): 269-277.
- Miethe, S., vd. (2020). Obesity and asthma. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 146*(4): 685–693.
- Mihajlović, D., vd. (2021). Risk factors for coronary heart disease and family medicine: What can be done?. *Scripta Medica, 52*(4): 258-265.

- Mihalca, A. M., Diaconu-Gherasim, L. R., & Butnariu, L. I. (2017). Social functioning and coping strategies in Romanian and Moldavian adolescents with chronic diseases. *Current Psychology*, 36(4): 791-800.
- Misra, S., & Oliver, N. S. (2015). Diabetic ketoacidosis in adults. *British Medical Journal (BMJ)*: 351, 1-8.
- Moreno-Smith, M., Lutgendorf, S. K., & Sood, A. K. (2010). Impact of stress on cancer metastasis. *Future Oncology*, 6(12): 1863-1881.
- Morris, D. (2008). Diabetes, chronic illness and the bodily roots of ecstatic temporality. *Human Studies*, 31(4): 399-421.
- Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*, 1, 25-29.
- Narita, M., vd. (2020). The mediating effect of life-style behaviors on the association between personality traits and cardiovascular disease mortality among 29,766 community-dwelling Japanese. *Psychosomatic Medicine*, 82(1): 74-81.
- Negewo, N. A., McDonald, V. M., & Gibson, P. G. (2015). Comorbidity in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Investigation*, 53(6): 249-258.
- Niedenthal, P. M., & Brauer, M. (2012). Social functionality of human emotion. *Annual Review of Psychology*, 63, 259-285.
- O'Bryan, E. M., & McLeish, A. C. (2017). An examination of the indirect effect of intolerance of uncertainty on health anxiety through anxiety sensitivity physical concerns. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(4): 715-722.
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology*, (5th ed.). Open University Press.
- Onat, O. ve Otrar, M. (2010). Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 31, 123 – 143
- Öberg, M., vd. (2011). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*, 377(9760): 139–146.
- Ökten, Ç. (2017). *Kemoterapi uygulanan kolorektal kanserli hastalarda orem öz bakım eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin öz bakım*

- gücü, kaygı, yalnızlık ve iyilik hallerine etkisi* (Doktora Tezi). Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
- Öner, N. (2006). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler. *Durumluk-sürekli kaygı envanteri*, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 578-588.
- Öner, N. ve LeCompte, W. A. (1985). *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Pacheco-Unguetti, A. P., vd. (2011). Alterations of the attentional networks in patients with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(7): 888-895.
- Pakhale, S., vd. (2010). A comparison of obese and nonobese people with asthma: exploring an asthma-obesity interaction. *Chest*, 137(6): 1316-1323.
- Parker, R. M., Schaller, J., & Hansmann, S. (2003). Catastrophe, chaos, and complexity models and psychosocial adjustment to disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(4): 234-241.
- Pearson T. A. (2011). Public policy approaches to the prevention of heart disease and stroke. *Circulation*, 124(23): 2560–2571.
- Perk, J., vd. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal*, 33: 1635-1701.
- Piepoli, M. F., vd. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 37: 2315-2381.
- Piercy, K. L., vd. (2018). The physical activity guidelines for Americans. *Jama*, 320(19): 2020-2028.
- Pizzoli, S. F. M., vd. (2019). From life-threatening to chronic disease: Is this the case of cancers? A systematic review. *Cogent Psychology*, 6: 1-17.
- Polishchuk, O. Y., vd. (2021). Anxiety and depressive disorders in patients with arterial hypertension. *Wiad Lek*, 74(3): 455-459.
- Prüss-Üstün, A., vd. (2016). *Preventing Disease Through Healthy Environments: A Global Assessment of the Burden of Disease from Environmental Risks*. World Health Organization.
- Puente-Maestu, L., vd. (2016). Health literacy and health outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*, 115, 78-82.

- Raad, S., Smith, C., & Allen, K. (2019). Nutrition status and chronic obstructive pulmonary disease: can we move beyond the body mass index?. *Nutrition in Clinical Practice*, 34(3): 330-339.
- Rasmussen, N. H., vd. (2013). Association of HbA1c with emotion regulation, intolerance of uncertainty, and purpose in life in type 2 diabetes mellitus. *Primary Care Diabetes*, 7(3): 213-221.
- Rawal, G., & Yadav, S. (2015). Nutrition in chronic obstructive pulmonary disease: A review. *Journal of Translational Internal Medicine*, 3(4): 151–154.
- Rechenberg, K., vd. (2019). State and trait anxiety and diabetes outcomes in youth with type 1 diabetes. *The Diabetes Educator*, 45(5): 477-483.
- Reiche, E. M., Nunes, S. O., & Morimoto, H. K. (2004). Stress, depression, the immune system, and cancer. *The Lancet Oncology*, 5(10): 617–625.
- Ristvedt, S. L., & Trinkaus, K. M. (2009). Trait anxiety as an independent predictor of poor health-related quality of life and post-traumatic stress symptoms in rectal cancer. *British Journal of Health Psychology*, 14(4): 701-715.
- Rolland, J.S. (1999). Parental illness and disability: a family systems framework. *Journal of Family Therapy*, 21: 242-266
- Salvi, S. , & Barnes, P. (2009). Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers. *The Lancet*, 374(9691): 733-743.
- Sarı, S. ve Dağ, İ. (2009). Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Endişe ile İlgili Olumlu İnançlar Ölçeği ve Endişenin Sonuçları Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 261-270.
- Sarıçam, H., vd. (2014). The Turkish short version of the intolerance of uncertainty (IUS-12) scale: The study of validity and reliability. *Route Educational and Social Science Journal*, 1(3): 148-157.
- Sarnat, J. A., & Holguin, F. (2007). Asthma and air quality. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 13(1): 63-66.

- Satman, I., vd. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*, 28(2): 169-180.
- Sato, T., vd. (2002). Background factors correlated with the psychological features of 254 outpatients with Type 2 diabetes mellitus in Japan. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 56(2): 133-140.
- Scharloo, M., vd. F. (2007). Illness perceptions and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Asthma*, 44(7): 575-581.
- Schipper, H. (1990). Definitions and conceptual issues. *Quality of Life Assessment in Clinical Trials*, 11-24.
- Scott, F. W., Norris, J. M., & Kolb, H. (1996). Milk and type I diabetes: examining the evidence and broadening the focus. *Diabetes Care*, 19(4): 379-383.
- Shao, Y., Yin, H., & Wan, C. (2017). Type D personality as a predictor of self-efficacy and social support in patients with type 2 diabetes mellitus. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13: 855-861.
- Shi, Y., vd. (2020). COVID-19 infection: The perspectives on immune responses. *Cell Death & Differentiation*, 27(5): 1451-1454.
- Siegel, R. L., vd. (2017). Colorectal cancer statistics, 2017. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(3): 177-193.
- Sleman, K. E., vd. (2019). The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *The Lancet Global Health*, 7(7): 883-892.
- Sockrider, M., & Fussner, L. (2020). What Is Asthma?. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 202(9): 25-26.
- Song, J., vd. (2021). Distinct effects of asthma and COPD comorbidity on disease expression and outcome in patients with COVID-19. *Allergy*, 76(2): 483-496.
- Soo, H., Burney, S., & Basten, C. (2009). The role of rumination in affective distress in people with a chronic physical illness: A review of the literature and theoretical formulation. *Journal of Health Psychology*, 14(7): 956-966.

- Soylu, C. ve Kütük, B. (2021). SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*: 1-9.
- Spielberger, C. (1972). *Anxiety: Current trends in theory and research*. Academic Press.
- Spielberger, C. D., & Reheiser, E. C. (2009). Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(3): 271-302.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for state-trait anxiety inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Sprangers, M. A., & Aaronson, N. K. (1992). The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease: a review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(7): 743-760.
- Stanaway, J. D., vd. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159): 1923-1994.
- Stein, C. J., & Colditz, G. A. (2004). Modifiable risk factors for cancer. *British Journal of Cancer*, 90(2): 299-303.
- Steptoe, A., & Kivimäki, M. (2012). Stress and cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 9(6): 360-370.
- Straub, R. O. (2014). *Health Psychology: A Biopsychosocial Approach*, (4th ed.). Newyork: W. H. Freeman.
- Strout, T. D., vd. (2018). Tolerance of uncertainty: A systematic review of health and healthcare-related outcomes. *Patient Education and Counseling*, 101(9): 1518-1537.
- Sung, H., vd. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3): 209-249.

- Şahan, E., vd. (2018). Death anxiety in patients with myocardial infarction or cancer. *The Egyptian Heart Journal*, 70(3): 143-147.
- Şahin, M. E. (2021). Diyabet hastaları için arduino kontrollü insülin pompası tasarımı. *Teknik Bilimler Dergisi*, 11(1): 39-43.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2013). *Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2015). *Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020)*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 988, Ankara.
- Tabák, A. G., vd. (2012). Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. *The Lancet*, 379(9833): 2279–2290.
- Tabała, K., vd. (2016). Personality traits, level of anxiety and styles of coping with stress in people with asthma and chronic obstructive pulmonary disease—a comparative analysis. *Psychiatr Pol*, 50(6): 1167-1180.
- Tan, H. J., vd. (2016). The relationship between intolerance of uncertainty and anxiety in men on active surveillance for prostate cancer. *The Journal of Urology*, 195(6): 1724-1730.
- Tantan Ulu, Ş. ve Yaka, B. (2020). Kaygı, belirsizliğe tahammülsüzlük ve karar verme arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 21(1): 89-100.
- Telford, K., Kralik, D., & Koch, T. (2006). Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4): 457-464.
- Teo, K. K., vd. (2006). Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: A case-control study. *The Lancet*, 368(9536): 647-658.
- Thomas, M., vd. (2011). Asthma and psychological dysfunction. *Primary Care Respiratory Journal*, 20(3): 250-256.
- Turati, F., vd. (2013). Family history of cancer and the risk of cancer: a network of case-control studies. *Annals of Oncology*, 24(10): 2651-2656.

- Türk, E. (2018). *Ostominin, hastaların yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerindeki etkilerinin incelenmesi* (Uzmanlık Tezi). Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Bursa.
- Türkçapar, M. H. ve Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: Tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1): 7-14.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2020). Evlenme ve boşanma istatistikleri, 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2021-45568> [25.04.2022].
- (2020). Ölüm nedeni istatistikleri, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> [12.02.2022].
- (2021). Gelir ve yaşam koşulları araştırması, 2020. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2021-45568> [25.04.2022].
- Uğrak, U., vd. (2016). Sürekli kaygı düzeyli poliklinik hastalarının sağlık hizmetlerini kullanma eğilimlerinin analizi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22: 403-420.
- Uysal, Z. ve Aslan, H. (2018). Hipertansiyon hastalarının özellikleri ile sürekli kaygı ve baş etme becerileri arasındaki ilişki. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 9(34): 68-80.
- Uzun, K. ve Karataş, Z. (2018). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün yordayıcısı olarak endişe ile ilgili olumlu ve olumsuz inançlar. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 26(4): 1267-1276.
- Üner, S., Balcılar, M. ve Ergüder, T. (Der.). (2018). *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017*. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara.
- Vainio, H., & Bianchini, F. (Eds.). (2002). *Weight control and physical activity*, (6th ed.). Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC) Press.
- Vaiserman, A. M., vd. (2007). Seasonality of birth in children and young adults (0–29 years) with type 1 diabetes in Ukraine. *Diabetologia*, 50(1): 32-35.

- Vendrame, F., & Gottlieb, P. A. (2004). Prediabetes: prediction and prevention trials. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 33(1): 75-92.
- Viegi, G., vd. (2007). Definition, epidemiology and natural history of COPD. *European Respiratory Journal*, 30(5): 993-1013.
- (2020). Global burden of chronic respiratory diseases. *Journal of Aerosol Medicine and Pulmonary Drug Delivery*, 33(4): 171-177.
- Virtanen, S. M., & Knip, M. (2003). Nutritional risk predictors of β cell autoimmunity and type 1 diabetes at a young age. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 78(6): 1053-1067.
- Wagner, J. F., vd. (2019). Treatment anxiety in breast cancer patients. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 299(5): 1365-1371.
- Wang, D., vd. (2020). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama*, 323(11): 1061-1069.
- Wang, Y., vd. (2014). Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 23(1): 93-99.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. (1995). *SF-12: How to score the SF-12 physical and mental health summary scales*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 34(3): 220-233.
- Weidner, G., & Cain, V. S. (2003). The gender gap in heart disease: lessons from Eastern Europe. *American Journal of Public Health*, 93(5): 768-770.
- Weinberg, R. A. (1996). How cancer arises. *Scientific American*, 275(3): 62-70.
- Wen, Y. T., Dai, J. H., & Gao, Q. (2014). Effects of Omega-3 fatty acid on major cardiovascular events and mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 24(5): 470-475.

- White, I. R., Altmann, D. R., & Nanchahal, K. (2002). Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *BMJ: British Medical Journal*, 325(191): 1-7.
- Whyand, T., vd. (2018). Pollution and respiratory disease: can diet or supplements help? A review. *Respiratory Research*, 19(1): 1-14.
- Willmann, M., vd. (2012). The time course of autonomic parameters and muscle tension during recovery following a moderate cognitive stressor: Dependency on trait anxiety level. *International Journal of Psychophysiology*, 84(1): 51-58.
- Wright, L. J., Afari, N., & Zautra, A. (2009). The illness uncertainty concept: A review. *Current Pain and Headache Reports*, 13(2): 133-138.
- Wu, T., vd. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91-98.
- Yang, Q., vd. (2012). Trends in cardiovascular health metrics and associations with all-cause and CVD mortality among US adults. *Jama*, 307(12): 1273-1283.
- Yasin, A. İ, vd. (2021). Anxiety levels of breast cancer patients in Turkey during the COVID-19 pandemic. *Future Oncology*, 17(25): 3373-3381.
- Yıldırım, Y. K. ve Fadıloğlu, Ç. (2005). Diyaliz hastalarında progresif gevşeme yöntemlerinin kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21(1): 33-45.
- Yıldız, E. (2021). The relationship between anxiety and intolerance of uncertainty levels in individuals who received liver transplant: A descriptive cross-sectional study. *Clinical Nursing Research*, 30(5): 548-557.
- Yin, Y., & Wunderink, R. G. (2018). MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia. *Respirology*, 23(2): 130-137.
- Yusuf, S., vd. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 364(9438): 937-952.
- Zardoshtian Moghadam, V., & Mansouri, A. (2017). Comparison of anxiety disorders symptoms and related transdiagnostic factors in individuals with type 2 diabetes

and healthy individuals. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19(4): 356-365.

Zheng, Y. Y., vd. (2020). COVID-19 and the cardiovascular system. *Nature Reviews Cardiology*, 17(5): 259-260.

Zimmet, P., vd. (2016). Diabetes mellitus statistics on prevalence and mortality: facts and fallacies. *Nature Reviews Endocrinology*, 12(10): 616–622.



EKLER

EK 1 – Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans alanında Dr. Öğr. Üye. F. Elif ERGÜNEY OKUMUŞ danışmanlığında Furkan GÖK tarafından yürütülen "Kronik Hastalığa Sahip Bireylerde Sürekli Kaygının Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ile İlişkisi" konulu yüksek lisans tezi için veri toplamayı amaçlamaktadır. Yaklaşık 10-15 dakika sürecek olan çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle yanıtlamanızdır. Anket, genel olarak rahatsızlık verecek soruları içermemektedir ancak katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz soruları cevaplamayı bırakıp çalışmayı sonlandırma hakkına da sahibsiniz. Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacak ve elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılarak kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmada kullanılan ölçekler hakkında gerekli bilgiler ilerleyen bölümlerde araştırmacı tarafından size açıklanacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra ekstra bilgilere ihtiyaç duyarsanız araştırmacı ile iletişim kurabilirsiniz. Çalışmamıza gösterdiğiniz değerli katılımınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

Bu koşullarda yukarıda adı geçen araştırmaya kendi isteğimle, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan katılmayı:

Kabul Ediyorum

Kabul Etmiyorum

EK 2 – Demografik Bilgi Formu

Yaşınız (18 ≥)

.....

Cinsiyet

- Kadın
 Erkek

Medeni Durum

- Bekar
 Evli
 Boşanmış
 Eşi Vefat Etmiş

Eğitim Durumu (Diploması Bulunan)

- İlköğretim
 Lise
 Üniversite
 Lisansüstü

Size Göre Ekonomik Durumunuz

- Düşük
 Düşük-Orta
 Orta
 Orta-Yüksek
 Yüksek

Şu anda psikolojik veya psikiyatrik yardım alıyor musunuz?

- Evet Hayır

Daha önce psikolojik veya psikiyatrik yardım aldınız mı?

- Evet Hayır

Herhangi bir kronik hastalığa sahip misiniz?

- Evet Hayır

EK 3 – Kronik Hastalık ile İlişkili Bilgiler

Bu bölüme kronik hastalığa sahip olduğunuz için yönlendirildiniz.

Tanı Aldığınız kronik hastalığınızı/hastalıklarınızı lütfen işaretleyiniz.

(Birden fazla işaretleyebilirsiniz. Hastalık kategorisini bilmiyorsanız lütfen diğer bölümüne hastalığınızı yazınız.)

- Alerjiler (saman nezlesi, hayvan tüyü alerjisi, besin alerjileri vs.)
- Kalp ve Damar Hastalıkları (tansiyon, damar sertliği, kalp yetmezliği vs.)
- Solunum Yolu Hastalıkları (Astm, KOAH, bronşit vs.)
- Eklem ve Kemik Hastalıkları (gut hastalığı, romatizma, eklem kireçlenmesi vs.)
- Diyabet
- Tiroid Hastalıkları (hipertiroidizm, hipotiroidizm vs.)
- Nörolojik Hastalıklar (parkinson, epilepsi vs.)
- Psikiyatrik Hastalıklar (kronik depresyon, bipolar bozukluk vs.)
- Gastrointestinal Hastalıklar (irritabl bağırsak sendromu, ülseratif kolit, Crohn hastalığı vs.)
- Kanser Hastalıkları
- Diğer (Yazınız):

İlk tanınızın ardından kaç yıl geçti? (1 yıldan kısa ise lütfen 0 yazınız)

.....

Düzenli olarak kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?

- Evet
- Hayır

Hastalığınız ile ilgili tıbbi bir operasyon (ameliyat, endoskopi vs.) geçirdiniz mi?

- Evet
- Hayır

Kronik hastalığa sahip olmak hayatınızı nasıl etkiliyor?

Hayatımı hiç etkilemiyor (1) (2) (3) (4) (5) Hayatımı olumsuz anlamda çok etkiliyor

EK 4 – Koronavirüs Kaygı Ölçeği

Son 2 haftanızı düşünerek aşağıdaki ifadeleri ne sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz.

	Hiç olmadı	Nadir, bir veya iki günden az	Birkaç gün	Yedi günden fazla	Hemen hemen her gün
1. Koronavirüs hakkında çıkan haberleri okuduğumda veya dinlediğimde baş dönmesi, sersemlik ya da baygınlık hissi yaşadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Koronavirüsü düşündüğüm için uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte sorun yaşadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Koronavirüsü düşündüğümde veya onunla ilgili bir bilgiye maruz kaldığımda kaskatı kesildim ya da donup kaldım	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Koronavirüsü düşündüğümde veya onunla ilgili bir bilgiye maruz kaldığımda iştahım kesildi.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Koronavirüsü düşündüğümde veya onunla ilgili bir bilgiye maruz kaldığımda bulantı hissettim ya da mide problemleri yaşadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 5 – SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır.

Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olamazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyiniz.

1. Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?				
(1) Mükemmel	(2) Çok İyi	(3) İyi	(4) Fena Değil	(5) Kötü

Aşağıdaki maddeler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Su sıralarda sağlığınıza sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
2. Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	(1)	(2)	(3)
3. Birkaç kat merdiven çıkmak	(1)	(2)	(3)

Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınıza nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
4. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	(1)	(2)
5. Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanma	(1)	(2)

Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinizi nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

6. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)				
(1) Evet		(2) Hayır		
7. İş ya da diğer uğraşları her zaman gibi dikkatlice yapamamak				
(1) Evet		(2) Hayır		
8. Son bir ay (4 hafta) içerisinde, ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?				
(1) Hiç olmadı	(2) Biraz	(3) Orta derecede	(4) Epey	(5) Çok fazla

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı:

	Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman
9. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
10. Çok enerjiniz oldu?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
11. Mutsuz ve kederli oldunuz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

12. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında <u>bedensel sağlığınız</u> ya da <u>duygusal problemlerinizi</u> sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?				
(1) Her zaman	(2) Çoğu zaman	(3) Bazen	(4) Çok ender	(5) Hiçbir zaman

EK 6 – Sürekli Kaygı Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki boşluklardan uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Hemen hemen her zaman
1. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Genellikle çabuk yorulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Genellikle sakin, kendine hâkim, soğuk kanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Genellikle kendimi emniyette hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sıkıntılı durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Genellikle kendimi hüznü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Olur, olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 7 – Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Aşağıda hayatın belirsizliklerine insanların nasıl tepki gösterdiklerini tanımlayan bir dizi ifade yer almaktadır. Bu ifadelerin sizi ne derece doğru yansıttığını, yanındaki rakamlardan size uygun olanı seçerek belirtiniz.

	Beni hiç tanımlamıyor		Beni kısmen tanımlıyor		Beni tam olarak tanımlıyor
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Belirsizlik, sağlam bir fikre sahip olmamı engelliyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Emin olamama, kişinin düzensiz olduğu anlamına gelir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Belirsizlik yaşamı katlanılmaz hale getiriyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Yaşamda bir güvencenizin olmaması adaletsiz bir durumdur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Yarın ne olacağını bilemezsem zihnim rahat olmaz.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Belirsizlik beni rahatsız, endişeli ya da stresli yapıyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Önceden kestirilemeyen olaylar beni alt üst ediyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. İhtiyaç duyduğum bilginin tümüne sahip olamamak beni engelliyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Belirsizlik istediğim şekilde bir yaşam sürmemi engelliyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Çok iyi planlanmışken bile beklenmeyen ufacık bir durum her şeyi bozabilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Harekete geçme zamanı geldiğinde belirsizlik elimi kolumu bağlıyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Belirsizlik içinde olmam, benim en iyi olmadığımı gösterir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Emin olamadığım zaman, yapacaklarım konusunda ilerleyemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

14. Emin olamadığım zaman çok iyi iş çıkartamıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Benim aksime, diğer insanlar ne yapacaklarından emin gözüküyorlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Belirsizlik beni kırılğan, mutsuz ya da hüzünlü kılıyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Geleceğin benim için neler getireceğini her zaman bilmek isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Beklenmedik olaylara katlanamıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. En ufak bir şüphe bile harekete geçmemi engelliyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Her şeyi önceden organize edebilmeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Emin olamamam, güvensiz olduğum anlamına gelir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Başkalarının kendi geleceklerinden eminmiş gibi görünmeleri adaletsizliktir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Belirsizlik derin uyumamı engelliyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Bütün belirsiz durumlardan uzaklaşmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Hayattaki belirsizlikler beni strese sokuyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Geleceğimle ilgili kararsız olmaya katlanamıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK 8 – Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

Herkes zaman zaman tatlı acı olaylarla karşılaşmakta ve kendine özgü tepkiler vermektedir. Aşağıdaki sorular, olumsuz durumlarla karşılaştığınızda genelde neler düşündüğünüzü belirlemeyi amaçlamaktadır.

	Hemen hemen hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Hemen hemen her zaman
1. Genelde kendimi suçlu hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Olanları kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Yaşadıklarım hakkında neler hissettiğimi sık sık düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Yaşadıklarımı düşünmekten ziyade daha iyi şeyler düşünmeyi tercih ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Elimden gelenin en iyisinin ne olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. İçinde bulunduğum durumdan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Her şey daha da kötü olabilirdi diye düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Yaşadıklarımın, diğerlerinin yaşadıklarından çok daha kötü olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Olaylarda diğerlerinin suçlu olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Olaylardan sorumlu olan kişinin ben olduğumu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Durumu (olanları) kabullenmek zorunda olduğumu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Yaşadıklarım hakkında ne düşündüğüme ve ne hissettiğime takılırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Yaşadığım olumlu olaylarla ilgili yapacak bir şeyimin olmadığını düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Durumla en iyi şekilde nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Olaylardan sonra daha güçlü bir kişi haline geldiğimi düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Diğerlerinin daha kötü olaylarla karşılaştıklarını düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

17. Sürekli olarak, yaşadıklarımın ne denli kötü şeyler olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Olanlardan diğerlerinin sorumlu olduğunu hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Bu olayda yaptığım hataları düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Olayla ilgili olarak bir şeyleri değiştiremeyeceğimi düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Yaşadıklarımın dolaylı hissettiklerimin sebebini anlamaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Olanlardan ziyade iyi şeyler düşünmeyi yeğlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Kötü olayların iyi yönlerinin de olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Son yaşadığımın, diğer yaşadıklarım kadar kötü olmadığını düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Başıma gelenlerin, bir kişinin başına gelebilecek en kötü şeyler olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Bu sorunda, diğerlerinin yaptıkları hataları düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. Asıl sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Olumsuz durumlarla yaşamayı öğrenmek zorunda olduğumu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Olayın bende uyandırdığı hisleri derinlemesine irdelerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31. Yaşadığım güzel olayları düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32. Yapabileceğim en iyi planın ne olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33. Sorunun olumlu yanlarını bulmaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34. Hayatta daha kötü şeylerin de olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35. Devamlı olarak, sorunun ne denli kötü olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36. Sebebin, temelde diğerlerinden kaynaklandığını düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK 9 – Ölçek Kullanım İzinleri



Kullanım İzni Hk.

Hüdanur Akkuzu
Alıcı: FURKAN GÖK


Merhabalar Furkan Bey,

İlgili ölçeği ve puanlamasını ekte iletiyorum.
Çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Kolaylıklar ve başarılar dilerim.

Sevgiler,
Hüdanur

25 Ağu 2021 Çar 15:54 tarihinde FURKAN GÖK
[Alıntılanan metin gizlendi]

 **Koronavirüs Kaygı Ölçeği ve Puanlaması.docx**
16K



Kullanım İzni


Cem SOYLU
Alıcı: FURKAN GÖK

Furkan Bey Merhaba,
Ekte, ölçek maddelerinin yer aldığı dosya, nasıl puanlandığı ile ilgili bilgilerin ve orjinal formunun yer aldığı manuel ve son olarak Türkçe formunun psikometrik özellikleri ile ilgili bilgilerin yer aldığı makale olmak üzere 3 dosya gönderiyorum.
Çalışmanızda başarılar dilerim.
Cem.
[Alıntılanan metin gizlendi]

3 eklenti

 **SF_12_Turkce_Formu.pdf**
618K

 **Soylu_2021.pdf**
164K

 **Ware_et_al_1995_How_to_Score_SF_12_Physical_Mental_Health_Summary_Scales.pdf**
3590K



Kullanım İzni Hk.

Sevda sarı

Alıcı: FURKAN GÖK

Kullanabilirsiniz

iPhone'umdan gönderildi

> FURKAN GÖK

şunları yazdı (25 Ağu 2021 15:30):

>

>

> Merhabalar Sayın Sevda Hocam,

>

> Ben Furkan Gök. İstanbul Zaim Üniversitesi Tezli Klinik Psikoloji programında öğrenim görmekteyim. Şu anda Dr. Öğr. Üyesi Fatıma Elif ERGÜNEY OKUMUŞ danışmanlığında Kronik Hastalığa Sahip Bireylerde Sürekli Kaygının Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ile ilişkisi isimli bir tez çalışması yürütüyorum. Yetişkin bireyler ile yapılacak olan bu çalışmada literatüre değerli katkınız olan Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği'ni gerekli atf kurallarına uyararak kullanmak istediğimi ve araştırma sonuçlarını sizinle paylaşacağımı tarafınıza bildirir, söz konusu ölçeği kullanabilmem için gerekli izin ve belgeleri tarafıma iletmenizi temenni ederim.

>

> Saygılarımla. İyi çalışmalar.

> Furkan Gök.

Kullanım İzni Hk.

Mustafa OTRAR (Doç.Dr.)

Alıcı: FURKAN GÖK

Merhaba Furkan Bey,

Ölçeğe gösterdiğiniz ilgi için teşekkür etmek isterim. Dr.Oya Onat Kocabıyık hocamızla birlikte adapte ettiğimiz ölçeği İstanbul Zaim Üniversitesi Tezli Klinik Psikoloji programında yapacağınız tez çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum. Ölçeği, puanlama bilgilerini ve kaynak göstermek için ihtiyaç duyabileceğinizi düşündüğüm yayınlanmış (makale) halini ekli dosyalarla gönderiyorum.

Çalışmanızda başarılar ve kolaylıklar diler, tez danışmanınız sayın Dr. Öğr. Üyesi Fatıma Elif Ergüney Okumuş'a da hassaten saygılarımı sunarım.

Mustafa OTRAR (Doç.Dr.)


T.C.Millî Eğitim Bakanlığı
Talim ve Terbiye Kurulu Başkanlığı
Kurul Üyesi

..><(((e>...><(((e>..

[Alıntılanan metin gizlendi]

2 eklenti

 oya_otrar_2010.pdf
1232K

 oya_otrar_bilissel_duygu_duzenleme_olcegi_2010.doc
86K

EK 10 – Etik Kurul İzni



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : E-20292139-050.01.04-20597
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Furkan GÖK
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Kronik Hastalığa Sahip Bireylerde Sürekli Kaygının Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ile İlişkisi" başlıklı araştırmanız kurumumuzun 31.12.2021 tarihli ve 2021/12 sayılı toplantısında değerlendirilerek etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek:36-Furkan GÖK Etik Onay Belgesi (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSL26B3NT* Pin Kodu : 34012
Adres Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul
Telefon: 444 97 98 Faks: +90 (212) 693 82 29
e-Posta: bilgi@izu.edu.tr Web: www.izu.edu.tr
Kep Adresi: izu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://ebys.izu.edu.tr/enVision/Dogrula/0N3>

Bilgi için: Zeynep Funda TEZ
Unvanı: Yemimli Katip
Tel No: +902126929606





T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU

ETİK ONAY BELGESİ

Tarih	31.12.2021
Sayı	2021/12
Araştırmanın Niteliği	Yüksek Lisans Tezi
Araştırmanın Adı	<i>Kronik Hastalığa Sahip Bireylerde Sürekli Kaygının Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ile İlişkisi</i>
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Furkan GÖK
Diğer Araştırmacılar/Danışman Adı Soyadı	Dr. Öğr. Üyesi Fatima Elif ERGÜNEY OKUMUŞ
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

Prof. Dr. Nasuh USLU
Başkan

Prof. Dr. Metin TOPRAK
Üye

Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye

Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ
Üye

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Üye

Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTCU
Üye

Av. Bilal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi

Zeyneb Funda TEZ

ÖZGEÇMİŞ

Furkan GÖK

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans, 2022, İstanbul.

Lisans: İstanbul Medipol Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Bölümü (İngilizce), Onur Öğrencisi (GPA: 3,26), 2020, İstanbul.

B. MESLEKİ DENEYİM

Bahçelievler Şeyh Zayed Bakım Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Psikolog, Temmuz 2022-...

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Stajyer Psikolog, Ekim 2021-Şubat 2022.

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nişantaşı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Stajyer Psikolog, Ocak 2020-Mart 2020.

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Stajyer Psikolog, Eylül 2019-Kasım 2019.

Tüm Üstün Zekalılar Derneği (TÜZDER), Stajyer Psikolog, Şubat 2019-Haziran 2019.

C. YAYINLAR

Gök, F. ve Ergüney Okumuş, F. E. (2022, Haziran). Kronik Hastalığa Sahip Bireylerde Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Uyumsuz Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Sürekli Kaygı Üzerindeki Yordayıcı Rolü. *Sosyal Bilimler Lisansüstü Öğrenci Kongresi*. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.