

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA TRAVMA SONRASI GELİŞİM,
PSİKOLOJİK SIKINTI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. ECEM MERVE COŞKUNER

ANKARA
NİSAN 2024

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA TRAVMA SONRASI GELİŞİM,
PSİKOLOJİK SIKINTI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. ECEM MERVE COŞKUNER

TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. BEHÇET COŞAR

DOÇ. DR. MUHAMMED HAKAN AKSU

ANKARA 2024

KABUL VE ONAY



TEŞEKKÜR

Sunduğu fırsat eşitliği, haklar ve özgürlükler sayesinde her daim izinde olmaktan gurur duyacağım Başöğretmen Mustafa Kemal ATATÜRK'e ve bütün eğitim öğretim hayatım boyunca emeğini, sevgisini, kapsayıcılığını asla unutamayacağım, her daim torunu olmaktan gurur duyacağım canım dedem Hurşit Toraman'a minnettarım.

Asistanlık sürecimde sıcak ve anlayışlı yaklaşımlarıyla desteklerini unutamayacağım başta tez danışmanlarım Prof. Dr. Behçet Coşar'a, Doç. Dr. M. Hakan Aksu'ya,

Klinik bilgi ve deneyimlerinden yararlanabildiğim için kendimi şanslı hissettiğim anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Selçuk Candansayar'a,

Psikiyatri yolculuğumda tanımış olduğum klinik desteklerinin yanında, anlayışlı ve şefkatli tutumlarını hep hissettiğim Prof. Dr. Zehra Arıkan, Prof. Dr. Aslı Kuruoğlu, Prof. Dr. Selçuk Aslan, Dr. Melike Küçükkarapınar ve Dr. Buket Koparal'a,

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın diğer öğretim üyelerine ve tez sürecimde büyük katkısı olan Romatoloji bilim dalı öğretim üyelerine teşekkür ederim.

Asistanlık sürecimde manevi desteklerini ve dostluklarını unutamayacağım Dr. Damla Erbil ve Dr. Sena Çağlayan başta olmak üzere çalışma fırsatı bulduğum asistan arkadaşlara,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, başta tez süreci boyunca yaşadığım tüm zorlukları ve başarıları paylaşabildiğim Aycan Kayalar, Çisem Utku, Oktay Şahin olmak üzere, psikiyatri ekibimizdeki tüm sekreter, hemşire, psikolog ve personel arkadaşlara,

Sevgi ve desteklerini her zaman hissettiğim ve başarılarımı borçlu olduğum sevgili annem, babam, kardeşlerim Ege ve hem meslektaşım hem en iyi arkadaşım Ceren'e,

Gidilen yolların, başarıların ve hatta başarısızlıkların beraber yürününce değerli olduğunu gösteren yol arkadaşım Can'a ve varlığı dahi mutluluk sebebi olan kızım Balım'a

Sonsuz teşekkürlerimle...

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ	10
2. GENEL BİLGİLER	15
2.1. Romatoid Artrit	15
2.1.1. Romatoid Artrit ve Klinik Özellikler.....	15
2.1.2 Romatoid Artrit ve Psikolojik Sıkıntılar	16
2.2 Travma Tanımının Genişletilmesi: Romatoid Artrit ve Diğer Kronik Hastalıklar	19
2.3 Travma Sonrası Gelişim.....	20
2.4. Travma Sonrası Gelişime İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar	23
2.4.1 Schaefer ve Moss'un Yaşam Krizleri ve Kişisel Gelişim Modeli	24
2.4.2 Tedeschi ve Calhoun'un İşlevsel Betimsel Modeli	25
2.5 Travma Sonrası Gelişim Alanları	28
2.5.1 Kendilik Algısında Değişim.....	28
2.5.2 Kişilerarası İlişkilerde Değişim	30
2.5.3 Yaşam Felsefesinde Değişim.....	31
2.6. Romatoid Artrit Hastalarında Psikolojik Sıkıntı ve Travma sonrası Gelişim ile ilişki Faktörler	31
2.6.1. Sosyo-Demografik Değişkenler.....	32
2.6.2. Hastalıkla İlişkili Değişkenler.....	33
2.6.3. Olay Merkeziliği	36
2.6.4. Temel İnançlarda Sarsılma	37
2.6.5. Olay ilişkili Ruminasyon.....	38
2.6.6. Algılanan Sosyal Destek.....	40
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	42
3.1 Araştırma Tipi	42
3.2 Araştırma Yeri.....	42
3.3 Araştırma Evreni ve Örneklemi/ Çalışma Grupları	42
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları.....	43

3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu:	44
3.4.2. Romatoid Artrit ile İlgili Bilgi Formu.....	44
3.4.3. Olayların Merkeziliği Ölçeği (OMÖ):	44
3.4.4. Temel İnançlar Envanteri (TİE).....	45
3.4.5. Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri (OİRE)	46
3.4.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	46
3.4.7. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği	47
3.4.8. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği	47
3.5. Verilerin Analizi	48
3.6. Etik Kurul Onayı	49
3.7. Araştırmanın Bütçesi	49
4.BULGULAR	50
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	50
4.2. Katılımcıların Hastalık Özellikleri	52
4.3. Katılımcıların Ölçek Puanlarına Göre Tanımlayıcı Bulgular	54
4. 4. Katılımcıların Cinsiyete Göre Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	55
4. 5. Katılımcıların Medeni Durumuna Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	57
4. 6. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	59
4. 7. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	61
4. 8. Katılımcıların Hastalık Süresine Göre Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	62
4. 10. Katılımcıların Travmatik Deneyim Düzeylerine Göre Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	68
4. 11. Katılımcıların Kontrol Edilebilirlik Algılarına Göre Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	73
4. 12. Katılımcıların Travma Sonrası Gelişim Düzeyini Etkileyen Parametrelerin Korelasyon Sonuçları	76
4. 13. Katılımcıların Travma Sonrası Gelişim Düzeyini Etkileyen Parametrelerin Regresyon Analizi	78
5. TARTIŞMA	80
5.1. Psikolojik Sıkıntı Düzeyi.....	80
5.1.2. Psikolojik Sıkıntı ve Etkileyen Sosyodemografik Faktörler	81
5.1.3 Psikolojik Sıkıntı ve Hastalıkla İlişkili Faktörler	82
5.2. Travma Sonrası Gelişim Düzeyi	83

5.2.2. Travma Sonrası Gelişim ve Sosyodemografik Faktörler	85
5.2.3. Travma Sonrası Gelişim ve Hastalıkla İlişkili Faktörler	87
5.3.1. Travma Sonrası Gelişim ve Olay Merkeziliği.....	90
5.3.2 Travma Sonrası Gelişim ve Temel İnançlarda Sarsılma	91
5.3.3. Travma Sonrası Gelişim ve Olay İlişkili Ruminasyon	93
5.3.4 Travma Sonrası Gelişim ve Algılanan Sosyal Destek	96
5.4. Çalışmamızın Güçlük Yönleri ve Kısıtlılıkları	97
5.5. Sonuç	99
6. KAYNAKLAR.....	102
7. ÖZET	126
8. SUMMARY.....	127
9. EKLER	129
9.1. Sosyodemografik Veri Formu	129
9.2. Romatoid Artrit ile İlişkili Bilgi Formu	130
9.3. Olay Merkeziliği Ölçeği	132
9.4. Temel İnanç Envanteri	134
9.5. Olay İlişkili Ruminasyon	135
9.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	137
9.7. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	138
9. 8. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği	140

KISALTMALAR DİZİNİ

RA: Romatoid artrit

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

TSG: Travma Sonrası Gelişim

DAS: Hastalık Aktivite İndeksi

OMÖ: Olay Merkezli Ölçeği

TİE: Temel İnanlar Envanteri

OİRE: Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri

MPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

TSGÖ: Travma Sonrası Gelişim Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Örnekleme Ait Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 2. Örnekleme Ait Hastalık Özellikleri

Tablo 3. Örnekleme Grubuna Uygulanan Ölçeklerinin Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalama ve Standart Sapmaları

Tablo 4. Örneklemin Cinsiyete Göre, Uygulanan Tüm Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 5. Örneklemin Medeni Durumuna Göre Uygulanan Tüm Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 6. Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Uygulanan Tüm Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 7. Örneklemin Çalışma Durumuna Göre Uygulanan Tüm Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 8. Örneklemin Hastalık Süresine Göre Uygulanan Tüm Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 9. Örneklemin Hastalıklarının Şu Anki Aktivite Düzeylerine Göre Uygulanan Tüm Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 10. Örneklemin Hastalıkları Nedeniyle Hayattaki Travmatik Deneyim Düzeylerine Göre Uygulanan Tüm Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 11. Örneklemin Hastalığın Ne Kadar Kontrol Edilebilir Olduğuna Göre Uygulanan Tüm Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 12. Örneklemin Yaş, Hastalık Süresi, TSGÖ Ölçek Puanları İle Diğer Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 13. TSGÖ Toplam Puanın Yordanmasına İlişkin Çoklu Regresyon analiz Sonuçları

1. GİRİŞ

Romatooid artrit (RA), etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, yaygın, kronik ve ağrılı bir otoimmün hastalıktır (1). Hastalığın tıbbi tedavisi ile belirtileri kontrol altına alınabilmesine rağmen, tam bir iyileşme sağlanamamaktadır (2). RA sadece kronik bir inflamatuvar durum oluşturmakla kalmaz, aynı zamanda hastaların yaşamlarını, sosyal ilişkilerini ve psikolojik iyilik hallerini de kökten etkileyebilen oldukça travmatik, stresli ve tehdit edici bir deneyim olabilir. Araştırmalar, RA hastalarının kronik hastalığı olan diğer hastalar ve sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde depresif ve anksiyete belirtileri yaşadıklarını göstermiştir (3). Bu durum, RA'nın sadece fiziksel belirtiler ile sınırlı kalmayıp, aynı zamanda önemli bir psikolojik yük de getirdiğini ortaya koymaktadır (4, 5).

Günümüzde travmatik stres, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (5. Baskı, DSM-5) tanımlanan klasik travmatik olaylarla sınırlı değildir (6). Yapılan çalışmalar, hayatı tehdit edici olmayan hastalıklar, sevilen birinin ölümü, aile ve ilişki sorunları, eğitim ve iş ile ilgili problemler gibi yüksek düzeyde stres içeren olayların da travmatik olabileceğini ve DSM-5'te tanımlanan travmatik olaylardan daha fazla düzeyde travmatik stres tepkisine yol açabileceğini göstermiştir (7, 8). Romatooid artrit yol açtığı devamlı ağrı, fonksiyonel yetersizlik, sürekli yorgunluk, uzun süreli işlerde çalışma güçlüğü, ekonomik zorluklar, komorbid hastalıklar ve tedavide kullanılan ilaçların yan etkileri bu hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürebilir ve önemli bir stres yükü oluşturabilir (9, 10). Bu durum, RA'nın sadece tıbbi bir problem olmanın ötesine geçerek hastaların yaşamının her alanını etkileyen karmaşık bir yaşam deneyimi olduğunu göstermektedir.

RA hastaları olumsuz etkilerin yanı sıra olumlu değişiklikler de yaşayabilmektedirler (11, 12). Zorlayıcı olaylarla yüzleşmenin ve acı çekmenin kişileri anlam bulma arayışına

yönlendirdiği ve aynı zamanda da gelişmesini sağladığı fikri uzun yıllardır kabul görmektedir. Tedeschi ve Calhoun (1995) zorlayıcı yaşam olaylarıyla üst düzey bir mücadelenin sonucunda yaşanan olumlu psikolojik değişimi ‘Travma Sonrası Gelişim (TSG)’ kavramı ile ifade etmektedirler (13). Travma sonrası gelişimin basitçe kişinin önceki durumuna bir geri dönüşü ifade etmediği; kişinin mevcut durumunun da ötesine geçen yaşam değişimlerini kapsadığı vurgulanmaktadır (14).

Travma sonrası gelişim; kendilik algısı, kişiler arası ilişkiler ve yaşam felsefesi gibi farklı alanlardaki olumlu değişimleri kapsamaktadır (14). Kendilik algısında değişim, kişinin hayatta kötü şeylerin olabileceğini; ancak bu durumun üstesinden gelebilirse karşılaşacağı herhangi bir güçlüğün de üstesinden gelebileceğini keşfetmesiyle ilgilidir. Travmanın ardından hayatta kalanlar sıklıkla kendilerini daha güçlü hissettiklerini, başka bir zorluk durumunda başa çıkma becerilerine güvendiklerini bildirmektedirler (14). Kişilerarası ilişkilerde ise travmatik bir yaşantının ardından kişiler diğer insanlarla daha fazla iletişim kurduklarını ve bir zorlukla ya da acıyla karşılaşan insanlara karşı daha merhametli ve şefkatli olduklarını ifade etmektedirler (15). Yaşam felsefesinde ise olumsuz bir olayın ardından kişiler, yaşamın anlamı ve amacı gibi temel varoluşsal sorgulamalara yol açarak bilişsel değişimleri tetikleyebilir (16). Bunun dışında yaşam önceliklerinde de bazı değişiklikler ortaya çıkabilir. Travmadan önce vazgeçilen ya da önemini kaybeden amaçlar daha önemli hale gelebilir (15).

Travma sonrası gelişime odaklanan yaklaşımlar her ne kadar yeni değilse de, söz konusu etkilerin sistematik olarak çalışılması son 30 yıla dayanmaktadır. Kanseri, romatoid artrit, diyabet, sistemik lupus eritematozus, multiple skleroz gibi hastalıkların; trafik kazası, sel, deprem gibi felaketlerin; partner tarafından fiziksel/ruhsal şiddete maruziyet, evlilik ve

ilişkinin sonlanması gibi kişilerarası zorlukların ve bir yakının kaybının ardından TSG gözlemlendiği, ülkemizde ve dünyada yürütülen birçok çalışmada rapor edilmiştir (17-23).

Romatoid artrit genellikle bir travma olarak kavramsallaştırılmasa da, araştırmalar RA'dan kaynaklanan yaşam değişikliklerinin travmatik olarak algılanabileceğini göstermektedir (24). Romatoid artrit etkileri üzerine yapılan önceki araştırmalar, bu hastalığın çok zorlayıcı, hayatı alt üst eden bir olay olduğunu ve bu durumun hastalık ile yaşamının sonucunda hayatlarının nasıl değiştiğine dair gelişmeyi teşvik etmek için gerekli değerlendirmelere girmelerine neden olabileceğini göstermektedir (24, 25). Bu bağlamda, RA hastalarında Travma Sonrası Gelişimin araştırılması önemli bir araştırma konusudur. Bu nedenle, bu çalışmada RA hastalarından oluşan bir örnekleme psikolojik sıkıntı ve TSG düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Mevcut yazın, RA hastalarının da bu olumlu adaptasyondan faydalanabildiğini göstermektedir. 117 Türk RA hastasında yapılan bir çalışmada, hastaların kendilik algısı, kişilerarası ilişkiler ve yaşam felsefesi olmak üzere orta düzeyde travma sonrası gelişim deneyimledikleri bildirilmiştir. Çeşitli sosyodemografik, hastalıkla ilişkili faktörler, algılanan sosyal destek, bilişsel başa çıkma becerilerinin travma sonrası gelişim ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (19).

Artrit veya irritabl bağırsak hastalığı olan katılımcılarda, kronik hastalıkların, travma sonrası gelişim üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Analizler, artrit grubundaki katılımcıların orta düzeyde TSG yaşadıklarını ortaya koymuştur. Sonuç olarak, insanlar RA ile yaşamının bir sonucu olarak gelişim deneyimlerini bildirmektedirler. Dahası, RA ile yaşamaya yönelik bu olumlu adaptasyonların, daha düşük düzeyde psikolojik ve fiziksel sıkıntı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (26).

Her ne kadar özellikle RA'lı kişilerde hastalıkla yaşamının bir sonucu olarak travma sonrası gelişim yaşadıkları ileri sürülse de, bu sürece dair bilginiz kısıtlıdır. Bu nedenle, bu araştırmada RA hastalarında, bireylerin hastalığa karşı verdikleri psikolojik tepkilerin 'İşlevsel Betimsel Model' çerçevesinde incelenmesi amaçlanmıştır. Modele göre yüksek düzeyde stres yaratan bir olaya verilen tepkiler ile ilişkili faktörlerden biri 'olay merkeziliğidir'. Çeşitli olumsuz olayların, kişinin yaşamında merkezi olarak algılanmasının, olumsuz psikolojik sonuçlarının yanında benlik üzerinde dönüştürücü etki yaratarak TSG sürecini etkilediği gösterilmiştir (27). Alanyazında, çeşitli sağlıkla ilişkili travma popülasyonlarında 'olay merkeziliği' araştırılmış olmakla beraber, RA hastalarında çalışılmadığı görülmektedir (28, 29).

Travmatik veya stres verici bir olay söz konusu olduğunda, kişilerin mevcut bilişlerinin ve temel inançlarının değişikliğe uğradığı düşünülmektedir (14). Şuana kadar yürütülmüş birçok çalışma; temel inançlardaki sarsılmasının TSG sürecinde önemli bir rolü olduğunu göstermiştir (30-32). Travmatik olayların kişilerin varsayımları üzerinde yeterince ciddi bir sarsıntı yaratması olayı anlamlandırma ve temel inançları yeniden inşa etme doğrultusunda, ruminasyonlar şeklinde görülen bilişsel işleme sürecini başlatmaktadır (33). Araştırma sonuçları olayın merkeziliği, temel inançlardaki sarsılma, istemli ruminasyon, istemsiz ruminasyonun TSG'yi anlamak için önemli olduğunu göstermiştir. Ancak bu kavramların kronik hastalıklara bağlı stres bağlamında ele alınmadığı dikkat çekmektedir. Romatoid artrit hastalarında TSG sürecinde bahsi geçen değişkenlerin etkilerini birlikte inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu anlamda çalışmanın alanyazına özgün bir katkısının olacağı düşünülmektedir. Ayrıca araştırmanın RA hasta grubu ile çalışan uzmanların, hastaların uyumlarını yordayan hastalıkla ilgili ve kişisel faktörleri göz önünde

bulundurarak hastalara müdahale yöntemlerinin gelişmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu nedenle ana hipotezimiz şu şekildedir:

Romatoid artrit hastası bireyler, hastalıkla yaşamanın sonucunda travma sonrası gelişim ve psikolojik sıkıntı deneyimlerler.

Yardımcı hipotezlerimiz ise şunlardır:

Sosyodemografik faktörler, travma sonrası gelişim ve psikolojik sıkıntıyı yordayacaktır.

Hastalıkla ilgili değişkenler, travma sonrası gelişimi ve psikolojik sıkıntıyı yordayacaktır.

Romatoid artrit hastalarında algılanan sosyal destek, olay merkeziliği, temel inançlarda sarsılma, istemsiz ve istemli ruminasyon TSG'yi öngörebilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Romatoid Artrit

2.1.1. Romatoid Artrit ve Klinik Özellikler

Romatoid artrit, kronik eklem ağrısı, halsizlik, yorgunluk, eklemlerde şişlik ve sertlik gibi belirtilere yol açan sistemik, inflamatuvar ve otoimmün bir hastalıktır. Hastalık ayrıca öngörülemezlik ve kaçınılmaz sakatlık ile de karakterize edilir (1, 34). Herhangi bir eklem etkilenebilse de, el ve ayakların küçük eklemleri, bilekler ve dizler simetrik olarak en sık tutulan eklemlerdir (35). Romatoid artrit'in ilerlemesi, hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen eklem deformitelerine yol açabilir (36).

Romatoid artrit, dünya genelinde milyonlarca insanı etkileyen kronik bir inflamatuvar ve otoimmün hastalıktır (34). Hastalık prevalansı, farklı coğrafi bölgelerde ve etnik gruplarda değişiklik gösterir. Yapılan çalışmalar, dünya genelinde RA prevalansının %0.5 ile %1 arasında olduğunu ortaya koymuştur (37). Türkiye'de ise RA prevalansı, diğer ülkelere benzer şekilde %0.22 ile %1 arasında tahmin edilmektedir (38).

Ayrıca RA, kadınlarda erkeklere kıyasla iki ila üç kat daha sık görülmektedir. Her yaş grubunda görülebilse de, ilk teşhis genellikle 30-50 yaş aralığındaki bireylere konmaktadır (39, 40). RA, genellikle ilerleyici bir seyir izler ve remisyon ve alevlenme dönemleri ile değişken ve öngörülemez uzun süreli seyir gösterir. Hastaların klinik tablosu ve hastalık seyri de kendine özgüdür (41).

RA'nın kesin nedeni bilinmemekle birlikte, genetik faktörlerin hastalık riskini yaklaşık %50 oranında artırdığı düşünülmektedir (42). Sigara içimi, alkol tüketimi ve düşük sosyoekonomik durum gibi çevresel faktörlerin de RA geliştirme riskine katkıda bulunduğu bilinmektedir (43) (44).

Romatoid artrit tedavisinde, genellikle multidisipliner bir sağlık ekibi tarafından farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi yaklaşımları birlikte uygulanır (45). Mevcut tıbbi tedaviler RA belirtilerini azaltmada etkili olsa da, hastalığın kesin bir tedavisi henüz bulunamamıştır. Hastalığın belirtilere yönelik tedavisinde nonsteroid anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARDs), biyolojik cevap modifiye ediciler (BRM) ve kortikosteroidler olmak üzere dört ana ilaç grubu kullanılır (46, 47). Genel olarak tedavinin amacı; ağrı ve inflamasyonu azaltmak, eklem hasarı ve eklem dışı tutukluğu önlemek, tedavi yan etkilerini en aza indirmek, hasta eğitimini sağlamak, remisyonu sürdürmek ve yaşam kalitesini artırmaktır (2).

2.1.2 Romatoid Artrit ve Psikolojik Sıkıntılar

Romatoid artrit, kronik inflamasyon ile karakterize, öngörülemeyen seyri ve kesin bir tedavisi olmayan bir hastalık olması nedeni ile etkileri sadece fiziksel belirtilerle sınırlı kalmayıp, hastaların psikolojik ve sosyal yaşamlarını da derinden etkileyebilmektedir. Tanı alan hastalar ve yakınları, stres ve belirsizlik ile karşı karşıya kalabilir. Hastalık seyrinin önceden kestirilememesi ve ataklarla seyreden ağrının eşlik ettiği belirtiler ek bir stres kaynağıdır (48). Hastalığın fiziksel belirtileri, iş ilişkileri, aile hayatı ve psikolojik iyilik halini de olumsuz etkileyebilir (49). Araştırmalar, RA hastalarının %33'ünün 2 yıl içinde işlerini bıraktığını ve %16'sının işlerini değiştirdiğini göstermektedir (50, 51).

Hastalık, sosyal rolleri, çalışma kapasitesini, bağımsızlığı, benlik kavramını, ruh halini ve psikolojik refahı etkileyebilir (49, 52). RA'lı kişilerin %63'ü psikososyal durumda büyük bozulmalar yaşar ve %60'ı aile, evlilik ve cinsel yaşamlarında sorunlar yaşar (3). Bu tür sorunlar, hem aile hem de işle ilgili alanlarda yüksek üretkenliğin olduğu orta yetişkinlik döneminde özellikle belirgindir (49, 53). RA'lı kişiler, diğer kronik hastalara kıyasla daha fazla ağrı, aktivite kısıtlamaları ve uzun vadeli engellilik yaşamaktadır (54). Bu durum, sosyal katılımı da sınırlamaktadır. Araştırmalar, RA'lı kadınların sağlıklı kadınlara göre daha az aktif bir sosyal katılım modeli gösterdiğini ortaya koymaktadır (54, 55).

Kronik bir hastalık olan RA'nın belirsiz seyri, sık sık ağrı ve yorgunlukla karşılaşılması ve sakatlık riski, hastaların psikolojik iyilik hallerini etkiler (56, 57). Fiziksel yetenek, iş durumu, gelir durumu, aile sorumlulukları ve sosyal aktivitelerle ilgili belirsizlik, RA hastaları için oldukça zorlayıcıdır (58, 59). Yakın zamanlı bir çalışmada, RA hastalarıyla yapılan görüşmelerde RA ile yaşamaktan kaynaklanan öfke, hayal kırıklığı, üzüntü, umutsuzluk, endişe, korku, utanç ve düşük özsaygı gibi psikolojik ve duygusal zorlukları ortaya koymuştur (9). Gettings (2010) ve Ryan da (2014) depresyon, anksiyete ve düşük özsaygıya dikkat çekmişlerdir (49, 60).

Araştırmalar, RA hastalarının kronik hastalığı olan diğer hastalar ve sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında daha yüksek depresif ve anksiyete belirtileri gösterdiğini ortaya koymuştur (4, 5). Avustralya'da yapılan bir çalışmada artritli yetişkinlerin, artritsiz yetişkinlere göre daha fazla ruhsal sağlık sorunu bildirdiği ve anksiyete veya depresif bozukluk için orta veya yüksek risk altında olduğu görülmüştür (61).

Depresyon, RA hastaları için önemli bir sorundur. Yaygınlık oranları kullanılan tarama yöntemlerine ve çalışılan örneklerle göre değişmekle birlikte, RA'da depresif

belirtilerin %6 ile %65 arasında olduğu bildirilmiştir (62, 63). Yakın tarihli bir gözden geçirme, RA hastaları arasında depresyon prevalansının ortalama %19 olduğunu göstermiştir (64). RA hastalarında depresyonun belirleyicilerini araştıran çalışmalar, ağrı, yorgunluk, işlevsel durum, sosyal destek düzeyleri ve deneyimledikleri sosyal zorlukları göstermektedir (65, 66). Bir diğer çalışmada, RA'da depresyonun en iyi genel yordayıcılarının ağrı ve yorgunluk olduğu belirtilmiştir. Ağrı, psikolojik refah düzeyini azaltmakta ve RA hastalarında depresyon ve anksiyete riskini artırmaktadır (67, 68). Depresyon semptomları, RA'da tedavi sonuçlarını da etkileyebilmektedir. Depresyonu olan hastalar, depresyonu olmayan hastalara kıyasla daha yüksek hastalık aktivite skorlarına sahiptir (66).

Anksiyete, RA hastaları tarafından yaygın olarak deneyimlenen başka bir duygusal rahatsızlıktır. Bir araştırmada, RA hastalarında anksiyetenin depresyondan daha yaygın olduğu, yaygınlık oranlarının sırasıyla %70 ve %66,2 olduğu bildirilmiştir (69). Kronik ağrı, fiziksel aktivite kısıtlılığı, hastalık belirtilerinin ve klinik progresyonun instabilitesi ve prognoz tahmin edilememesi anksiyete prevalansını artırmaktadır (70). Romatoid artrit tedavisinde kullanılan ilaçlar bazı durumlarda psikolojik iyileşme sağlayabilirken, sürekli ilaç kullanımı fikri de kaygıya yol açabilir (71). Erken evrelerde görülen anksiyete zamanla depresyona dönüşebilir (72). Klasik depresyon ve anksiyete belirtileri göstermeyen hastalarda bile RA ile ilişkili birçok faktör psikolojik iyi oluşu etkileyebilir. Bunlar, ilişkili ağrı, stres, yorgunlukla başa etmenin yanı sıra RA'nın iş ve normal günlük, sosyal ve eğlence aktiviteleri üzerindeki etkilerini içerir (49).

Sonuç olarak, RA'nın yol açabileceği devamlılık gösteren ağrı, fonksiyonel yetersizlik, sürekli yorgunluk, uzun süreli işlerde çalışmada güçlük, ekonomik açıdan zorluklar, komorbid hastalıklar ve tedavide kullanılan ilaçların yan etkileri bu hastaların

yaşam kalitesini düşürebilir ve önemli bir stres yükü oluşturabilir. Bu nedenle, RA tedavisinde sadece fiziksel semptomlara değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal etkilere de odaklanmak önemlidir. Antidepresan ilaçların ve bilişsel davranışçı terapinin bu popülasyonda kişinin bildirdiği ağrı düzeylerini azaltmaya, fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesini iyileştirmeye yardımcı olabileceğine dair kanıtlar da artmaktadır (73, 74). Tedavide sadece fiziksel belirtilere odaklanmak yerine, RA'nın psikolojik ve sosyal etkilerini de göz önünde bulundurarak hastalara daha kapsamlı bir yaklaşım sunmak önemlidir. Böyle bir yaklaşım, hastaların yaşam kalitesini ve genel refahını önemli ölçüde iyileştirebilir.

2.2 Travma Tanımının Genişletilmesi: Romatoid Artrit ve Diğer Kronik

Hastalıklar

Günlük dilde "travma" kelimesi genellikle oldukça stresli bir olayı ifade etmek için kullanılır. Bu bağlamda travmatik olaylar, kişisel saldırı, doğal veya insan yapımı felaketler, askeri çatışmalar, ciddi kazalar veya yaşamı tehdit eden bir hastalık teşhisi gibi olayları içerebilir. Ancak travma sadece ani ve tek seferlik olaylarla sınırlı değildir; kronik veya tekrarlayan deneyimleri de kapsar (6). Travmatik bir olayın temel özelliği, bir kişinin başa çıkma yeteneğini aşabilecek aşırı stres yaratmasıdır. Farklı uzmanlar travmayı farklı şekillerde tanımlasalar da, ortak nokta bir olayın travmatik olup olmadığını belirleyenin 'bireyin öznel deneyimi' olduğudur (75).

Romatoid artrit gibi kronik hastalıklar da tedavi edilemeyen sürekli bir sağlık sorunu olarak travmatik bir deneyim yaşatabilir (10). Bury'ye (1983) göre, iyi tanımlanmış bir iyileşme noktası olmayan kronik hastalık son derece yıkıcı bir deneyimdir, çünkü kişinin günlük yaşamı ve yaşamının altında yatan varsayımlar değiştirilmekte ve yeniden

incelenmektedir (76, 77). RA'nın uzun vadeli etkileri de kişiden kişiye değişiklik gösterebilir. Bazı hastalar ilaçla kontrol altına alınabilirken, bazılarında hastalık ilerleyici bir seyir izleyebilir (78).

Kronik hastalıkların travma olarak değerlendirilebilme konusu, son yıllarda psikoloji ve tıp alanlarında artan bir ilgi görmektedir. Bu ilgi, kronik hastalıkların sadece fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal açıdan da yıkıcı etkilere sahip olduğu gerçeğinden kaynaklanmaktadır (77). RA hastalığı kişinin yaşam üzerindeki kontrolü ve öngörülebilirlik duygusunu etkileyerek, yoğun ve uzun süreli stres ve kaygı, fiziksel ve duygusal sıkıntıya neden olarak, benlik algısı ve sosyal ilişkileri etkileyerek travmatik bir deneyim rneği oluşturabilir (79).

Diğer stresli olaylarda olduğu gibi, RA da hastalığın nasıl algılandığına bağlı olarak bireyleri farklı şekilde etkiler. RA'nın kontrol altında tutulamadığı ve ilerleyici olduğu algısı, bireyin başa çıkma yeteneğini zayıflatabilir ve anksiyete ve depresyon gibi psikolojik problemlere yol açabilir (80). Buna karşın, hastalık travma sonrası gelişim ve olumlu deneyimler için bir fırsat olarak görüldüğünde, bireyin faydalar bulma yeteneğini güçlendirebilir ve genel iyilik halini iyileştirebilir (79). Bu alandaki araştırmalar artmasına rağmen, kronik hastalığı olan bireyler arasında kişisel gelişmenin görülme sıklığı ve gelişimi hakkındaki bilgimiz hala sınırlıdır.

2.3 Travma Sonrası Gelişim

Travmatik olaylar, yaşamın her alanında oldukça yaygındır (81). Bu tür olayların etkilerini inceleyen araştırmaların büyük çoğunluğu, travma sonrası ortaya çıkan sorunlara odaklanmıştır (82). Bu bakış açısı önemli olmakla birlikte, travmatik bir deneyimden sonra

bazı kişilerde olumlu değişimlerin de gözlemlendiğine dair bulgular mevcuttur (83-85). Bireyler, stresli yaşam krizlerini atlatırken yaşam bakış açılarını genişletebilir, kişisel ve sosyal kaynaklarını geliştirebilir ve başa çıkma becerilerini artırabilirler (86).

Zorlayıcı olaylarla yüzleşmenin ve acı çekmenin kişileri anlam arayışına yönlendirdiği ve bu arayışın da kişisel gelişimi tetiklediği fikri uzun yıllardır kabul görmektedir. Tedeschi ve Calhoun (1995), zorlayıcı yaşam olaylarıyla başa çıkma sürecinde yaşanan olumlu psikolojik değişimi "Travma Sonrası Gelişim" (TSG) kavramıyla tanımlamıştır (87). TSG, kişinin travmadan önceki durumuna geri dönmesi anlamına gelmez, aksine travmanın ötesine geçen bir değişim sürecini ifade eder (14). Algılanan büyüme, benliğin iyi ve kontrol altında olduğu ve dünyanın adil ve anlamlı olduğu inancının korunmasına yardımcı olarak, travma ile ilişkili kayıp duygusunun hafifletilmesine yardımcı olabilir (14, 88).

Alanyazında TSG ile ilişkilendirilen bazı kavramlar mevcuttur. 'Dayanıklılık', stresli koşullara karşı direnç gösterme yeteneği olarak tanımlanır (89). 'Sağlamlık' ise travmatik olaylardan sonra hızlı bir şekilde iyileşme ve eski işlevsellik düzeyine dönme yeteneğidir. 'Yaşama dair belli bir tutarlılık algısı (sense of coherence)' ise kişinin yaşamına anlam ve amaç atfetmesi ve zorluklarla başa çıkabilme kapasitesini ifade eder (90). Bu kavramlar, TSG ile hem benzerlik hem de farklılık gösterir (14, 90, 91).

TSG, travmatik bir olayın neden olduğu olumsuz etkileri ve kaynak kaybını dengelemek için yeni kaynakların edinilmesi şeklinde yorumlanmamalıdır (14). Bu yorum, TSG'nin gözlemlendiği her durumda travmatik yaşantının olumsuz etkilerinin ortadan kalktığı varsayımına dayanmaktadır (92). Oysa ki, TSG'in var olduğu durumlarda, psikolojik sıkıntılar da aynı anda var olabilmektedir (93, 94). Hatta bazı araştırmalar, bir miktar

yönetilebilir olumsuz duygunun, TSG deneyimini tetikleyebileceğini öne sürmektedir (14). Bu nedenle, TSG'i tanımlarken benzer kavramlardan ayrımının yapılması oldukça önemlidir. TSG, travmatik deneyimin bireyde yarattığı değişim ve dönüşümü ifade eden, özgün bir kavramdır (95). Diğer kavramlardan farklı olarak, TSG sadece travmatik olayın olumsuz etkilerini telafi etmeyi değil, aynı zamanda bu deneyimden yeni anlamlar ve bakış açıları kazanmayı da içerir.

TSG, ülkemizde ve dünyada yürütülen birçok çalışmada bildirilmiştir. TSG bildirimlerine neden olan yaşam krizleri ve travmalar arasında yas (96), cinsel saldırı (97), evlilik veya ilişki sonlanması (18), deprem gibi doğal afetler, gemi kazaları (17) ve üniversite öğrencileri arasında yaşanan küçük yaşam stresleri, bombalama, saldırı ve askeri çatışmalar (98) gibi travmalar yer almaktadır. Sağlıkla ilgili travmalara maruz kalmanın TSG ilişkili olduğunu gösteren önemli miktarda araştırma bulunmaktadır. Bu tür sağlıkla ilgili travmalar arasında kanser (99), omurilik yaralanmaları (100, 101), HIV/AIDS enfeksiyonu (102), kalp hastalığı (103), multiple skleroz (20), RA (19, 104), lupus (21) ve çeşitli kronik hastalık türleri bulunmaktadır. Bulgular, travmatik bir olay yaşayan insanların %40 ila 70'inin benlik algısı, ilişkileri, maneviyatı, yaşam felsefesi ve öncelikleri gibi alanlarda deneyimlerinden fayda gördüğünü bildirmektedir (105-107).

Literatür incelendiğinde RA hastalarında TSG'yi inceleyen kısıtlı sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Dirik ve Karancı (2004) 117 Türk RA hastası arasında TSG'yi incelemiştir (19). Sonuçlar, RA hastalarının ortalamada orta düzeyde bir TSG yaşadıklarını göstermiştir. Faktör analizleri, diğerleriyle ilişki, yaşam felsefesi ve benlik algısı gibi TSG'nin üç önemli faktörünü ortaya koymuştur (19). Purc-Stephenson (2006) artrit veya irritabl bağırsak

hastalığı teşhisi konmuş katılımcıları incelemiş ve artrit grubundaki katılımcıların orta düzeyde TSG yaşadıklarını bildirmiştir (26).

Romatoid artrit tanısı ve hastalıkla yaşamak travmatik bir deneyim olarak değerlendirilebilir (24). RA'in etkileri üzerine yapılan çalışmalar, hastalığın zorlayıcı ve hayatı alt üst eden bir deneyim olduğunu, bu durumun TSG'ye yol açabilecek değerlendirmelere neden olabileceğini göstermektedir (19, 24, 25).

TSG evrensel bir deneyim değildir. Büyümeyi açıklamaya çalışan çeşitli teorik modeller mevcut olsa da (108, 109), bazı bireylerin travmatik olaylardan sonra neden büyüdüğü ve diğerlerinin büyümediği tam olarak bilinmemektedir (110). Romatoid artrit hastaları, hem tanı aşamasında hem de hastalığın tekrarlayan evrelerinde önemli ölçüde sıkıntı yaşarlar. Bu durum, sürekli ve tekrarlayan zorlu yaşam deneyimleri oluşturarak travmatik bir etkiye yol açabilir. Bu travmatik deneyimler, yetişkin RA hastalarında psikolojik sıkıntıya ve travma sonrası gelişime yol açabilir (24, 26).

2.4. Travma Sonrası Gelişime İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar

Alanyazın incelendiğinde, travma sonrası gelişim sürecinin nasıl bir yol izlediği ve hangi değişkenlerin bu süreçte etkili olduğuna açıklama getiren birçok yaklaşım olduğu görülmektedir. Bu araştırma kapsamında, TSG'yi incelemek için Schaefer ve Moos'un (1992) Yaşam Krizi ve Kişisel Gelişim Modeli ve Tedeschi ve Calhoun'un (2004) İşlevsel Betimsel Modelleri ele alınacaktır (111, 112). Bu modeller, travmatik bir deneyimin ardından bireyin başa çıkma mekanizmalarını ve bu deneyimden nasıl olumlu değişimler elde edebildiğini açıklamaktadır.

2.4.1 Schaefer ve Moss'un Yaşam Krizleri ve Kişisel Gelişim Modeli

Yaşam boyunca bireyler, beklenmedik ve stresli olaylarla karşılaşabilirler. Bu tür olaylar, kronik hastalıklar gibi uzun süreli ve tedavisi zor olan sağlık problemlerini de kapsamaktadır. Kronik hastalıklar, kişilerin psikolojik ve sosyal işlevselliklerini önemli ölçüde etkileyebilir ve yaşam krizleri olarak değerlendirilebilir. Yaşam krizi ve kişisel gelişim modeli, bu krizlerin neden olduğu olumsuz etkilerle başa çıkmayı ve hatta bu deneyimlerden kişisel gelişim sağlayarak güçlenmeyi nasıl mümkün kıldığını açıklar (111, 113).

Schaefer ve Moos tarafından geliştirilen modele göre, yaşam krizlerine verilen tepkiler, kişisel ve çevresel sistemlerin karşılıklı etkileşimi ile şekillenir. Kişisel sistem, bireyin öz yeterlik, dayanıklılık, motivasyon, sağlık durumu ve önceki yaşam deneyimleri gibi kişisel kaynaklarını ve sosyodemografik özelliklerini kapsar. Çevresel sistem ise ailenin ve arkadaşların sağladığı sosyal destek ve ekonomik kaynaklar gibi unsurları içerir. Modele göre, travmatik bir deneyim, bireyin kişisel ve çevresel sistemlerinde bir dengesizlik yaratarak kriz yaşamalarına neden olur. Yaşam krizi olarak da adlandırılan olayla ilgili faktörler, olayın ciddiyeti, süresi, öngörülebilirliği, kontrol edilebilirliği ve olayın kapsamını ifade eder. Birbiriyle etkileşim halinde olan kişisel ve çevresel sistemlerle olay ilişkili faktörler şekillendirilir. Bu da olay sonrasındaki bilişsel değerlendirme sürecini ve kullanılan başa çıkma tarzlarını belirleyerek TSG ve psikolojik sıkıntıya giden yolu belirler (111).

Schaefer ve Moss'a göre, bir yaşam krizi, beklenmedik ve stresli bir olay olarak, kişisel ve sosyal kaynaklarda ve başa çıkma becerilerinde olumsuz etkilere yol açabilir. Ancak, krizin ardından bazı durumlarda olumlu sonuçlar da ortaya çıkabilir. Bu tür gelişmeler, kişilerarası ilişkilerde iyileşme, daha girişken olma, empati ve farkındalık artışı ve destek arama becerisi gibi gelişmelere yol açabilir. Model, kronik hastalık ve travma sonrası gelişimi

anlamak için kapsamlı bir çerçeve sunar. Bu modele göre, kronik hastalıklar birer yaşam krizi olarak değerlendirilebilir ve bu krizlerin sonuçları çeşitli faktörlerden etkilenir. Kişisel sistem ve çevresel sistemler, kronik hastalıklarla başa çıkma ve kişisel gelişim üzerinde önemli rol oynayan iki faktör grubudur. Bu faktörler, hastalığın tanı süreci, belirtilerin şiddeti ve prognozu gibi olayla ilişkili faktörlerle etkileşime girerek krizin sonuçlarını ve travma sonrası gelişimi belirler (80, 114).

RA hastaları da, tanı ve hastalığın ilerlemesi ile birlikte şaşkınlık, öfke, üzüntü ve korku gibi yoğun duygular yaşayabilirler. Bu duygular, hastaların normal yaşam akışını bozabilir ve kriz hissine yol açabilir. Moss'a göre bireylerin kişisel sistem faktörleri ve çevresel sistem faktörleri ve olay ilişkili faktörler, hastaların bilişsel değerlendirme sürecini etkiler. Hastaları, hastalığın anlamını ve hayatları üzerindeki etkisini değerlendirmeye başlarlar. Bu değerlendirme, hastaların inançlarını, değerlerini ve dünyaya bakış açılarını sorgulamalarına neden olabilir. Hastalar, travmatik deneyimin yarattığı stres ve krizle başa çıkmak için çeşitli mekanizmalar kullanmaya başlarlar. Bu mekanizmalar arasında sosyal destek arama, problem çözme teknikleri ve hastalıkla başa çıkmaya yönelik özel yöntemler yer alabilir. RA hastaları, zamanla hastalığa uyum sağlayabilir ve yeni bir denge kurabilirler. Bu yeni denge, hastalığın izlerini taşısa da, hastaların hayatlarına devam etmelerine ve gelişmelerine olanak tanır (19, 114, 115).

2.4.2 Tedeschi ve Calhoun'un İşlevsel Betimsel Modeli

Tedeschi ve Calhoun tarafından geliştirilen 'İşlevsel Betimsel Model', travma sonrası gelişim kavramını açıklamada önemli bir kuramsal çerçeve sunmaktadır. Model, travmatik

olayın TSG'in başlangıcında tetikleyici bir unsur olduğunu ve travmatik deneyimin "sismik" bir etkiye benzeyebileceğini savunmaktadır. Bu "sismik" etki, kişinin dünyaya ilişkin şematik yapılarını sarsmakta ve tehdit etmektedir (14). Janoff-Bulman (1992) tarafından kavramsallaştırılan varsayımsal dünya, bireyin dünya hakkında sahip olduğu ve eylemlerine rehberlik eden, olup bitenlerin nedenlerini anlamalarına yardımcı olan ve onlara genel bir anlam ve amaç duygusu sağlayabilen bir dizi genel inanç ve varsayımı içerir. Bu varsayımlar arasında kişisel dokunulmazlık, iyilik, öngörülebilirlik ve dünyanın kontrol edilebilirliği gibi inançlar yer alır (116, 117).

Tedeschi ve Calhoun'a göre travmatik olayların "sismik" etkisi, kişinin sadece fiziksel varlığını değil, dünyayı anlamaya ve organize etmeye yardımcı olan şemalarını ve inançlarını da yoğun bir şekilde etkileyebilir. Bu tür olaylar, insanların dünyaya, dünyadaki yerlerine ve yaşama ilişkin temel inançlarını gözden geçirmelerine ya da sorgulamalarına yol açmaktadır. Temel inançları gözden geçirmeye ve incelemeye yönelik sürecin TSG yaşamayı kolaylaştırdığı ve gelişim için zemin hazırladığı ileri sürülmektedir. Bu nedenle, olay ile temel inançlar arasındaki uyumsuzluk gelişimin gerçekleşmesi için bir ön koşuldur (14).

Tedeschi ve Calhoun, travmatik olayların neden olduğu bu değişimi deprem metaforu ile açıklamışlardır. Depremden sonra yıkılan binaların yeniden inşa edilmesi gerektiği gibi, travmatik deneyim sonucunda sarsılan temel inançların da yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Bu durum, RA hastaları için hastalık tanısı ve beraberinde gelen belirtiler, işlevsellikteki azalma ve yaşam tarzındaki değişikliklerle giden süreçle birlikte yaşam öyküsünün yeniden geliştirilmesi olarak tanımlanabilir. Bu süreç, travmatik olayın travma sonrası yeni gerçekliği de kapsayacak şekilde bilişsel olarak işlenmesini içerir. Bu sayede

kişiler travmatik olayı anlamlı hale getirir ve dünyayı yeniden anlamalarını sağlayacak yeni varsayımlarını inşa ederler (14).

Bu süreçte kişiler, travmatik deneyimi anlamlandırmaya çalışırken ruminasyon denilen tekrarlayan düşüncelere sahip olabilirler. Ruminasyonun farklı türleri vardır ve TSG'e katkısı da bu türlere göre değişir. Bilişsel sürecin ilk aşamalarında ruminasyon genellikle istemsiz ve olumsuz duygularla yüklüdür. Zamanla, hastalar travmatik deneyimi anlamlandırmaya ve yeni anlamlar oluşturmaya çalıştıkça ruminasyon daha istemli ve daha az duygusal yoğun hale gelir. Bu da kişileri TSG'e götürür (14, 92). Sosyal çevrenin travma sonrası gelişim üzerinde önemli bir etkisi olduğu bilinmektedir. Destekleyici kişiler, travma deneyimi yaşamış bireylere kendilerini açma imkânı sunarak, bilişsel işlemeyi teşvik ederek ve yeni bakış açıları sağlayarak olumlu anlam bulmalarına ve TSG'yi deneyimlemelerine yardımcı olabilir. Tedeschi ve Calhoun, bilişsel süreçlerin gerçekleşmesi için sosyal desteğin önemli olduğunu vurgulamaktadır (14, 112).

Romatoid artrit hastalarında, hastalık tanısı, belirtiler, işlevsellikteki azalma ve yaşam tarzındaki değişiklikler travmatik bir deneyim olarak değerlendirilebilir (24). Bu durum, hastaların dünyaya ve geleceğe dair bakış açılarını, kontrol algılarını ve öngörülebilirlik duygularını zedeleyebilir (57). Aynı zamanda, bireyin anlam algısını sarsarak temel şemalarını sorgulatabilir. Bu da TSG'e yol açabilecek anlam arayışını tetikler (14). RA hastaları, hem tanı aşamasında hem de hastalığın tekrarlayan ve nükseden evrelerinden büyük ölçüde acı çekerler. Bu da sürekli ve tekrarlayan zorlayıcı yaşam koşulları oluşturur. Hastalar RA belirtilerini ilaç ve sağlık davranışlarıyla yönetebilirler. Ancak, nüks ve zamanla sağlıkta bozulma riski yüksektir (78). Bu durum, hastaların psikolojik sıkıntı yaşamalarına yol açabilir. Öte yandan, kırılganlığın bilincinde olmak, hastalığın her zaman hayatın bir parçası

olacağına dair farkındalık yaratabilir (79). Bu yaklaşım, kırılğanlıkları kabul etme ve anlamı olan bir varsayımsal dünya inşa etme ihtiyacını ortaya koyar. Bu nedenle RA hastalığı ile yaşamak bazı bireyler için dönüştürücü bir deneyim olabilir ve TSG'e yol açabilir (26, 118).

TSG'nin bir deneyimin sonucu olmaktan ziyade devam eden bir süreç olduğu vurgulanmaktadır. TSG süreci, bireyin travma ile karşılaşmasını izleyen haftalar, aylar ve hatta yıllar boyunca şekillenir ve yeniden yapılanma süreci olarak değerlendirilebilir (14). Kronik sağlık sorunları yaşayan bireyler için, stresle başa çıkma süreci devam eder ve "travma sonrası" dönem kolaylıkla tanımlanamaz. Sağlıklı popülasyonlarda yapılan TSG araştırmaları, travmatik olayı tanı zamanı olarak kabul eder. Romatoid artrit gibi kronik bir hastalıkta ise tanı sadece travmatik bir olay değil, aynı zamanda devam eden bir stres kaynağıdır (119).

TSG, birden fazla alanda değişimi kapsayan karmaşık bir olgudur. Kuramsal çerçevede TSG'nin, kendilik algısındaki değişimler, diğerleriyle olan ilişkilerdeki değişimler, yaşam felsefesindeki değişimler üç temel değişim alanından oluştuğu öne sürülmüştür. Travma sonrası gelişimin faktör yapısı incelendiğinde ise bu üç temel alanın alt kategorilere ayrıldığı görülmektedir. Tedeschi ve Calhoun tarafından geliştirilen TSG ölçeği, bu alt kategorileri yeni olasılıklarla karşılaşma, kişisel gücün farkına varma, kişilerarası ilişkilerde gelişim, inançtaki değişimler, yaşamı daha çok takdir etme şeklinde beş faktör olarak ele almaktadır (14, 120).

2.5 Travma Sonrası Gelişim Alanları

2.5.1 Kendilik Algısında Değişim

Travmatik deneyimler, kişinin dünyayı ve kendisini algılama biçiminde önemli değişimlere yol açabilir. Bu değişimlerin en belirginlerinden biri, yaşama bakış açısında ortaya çıkan dönüşümdür (14). RA gibi kronik hastalık teşhisi sonrası, hasta yaşamı daha tehlikeli ve tahmin edilemez olarak algılamaya başlayabilir. Bu algı, ilk bakışta olumsuz bir gelişme gibi görünse de, hastanın gelecekteki olası olumsuzluklara karşı daha dirençli olmasını sağlayabilir (121). Bu direnç artışı, travmanın stres aşılama işlevi görmesiyle bağlantılıdır (122). Kişi, hastalıkla başa çıkarken hayatta kötü olayların kaçınılmaz olduğunu, ancak bunların üstesinden gelebilecek güce sahip olduğunu da keşfeder. Bu keşif, hastalığın olumsuz etkilerini dengelemek ve kişisel gelişime katkıda bulunmak için bir kaynak haline gelebilir. (15, 33, 123, 124)

Hastalık sonrası kendilik algısında meydana gelen değişimler, birçok paradoksu da beraberinde getirir. Hasta kendini daha güçlü ve dirençli hissetse de, aynı zamanda kırılgan ve incinebilir olduğunun da farkına varabilir. Kırılganlık algısı, hastalığın kabulü ve onunla barışık olunması ile bağlantılıdır. Kişi, hastalığın yarattığı zorlukları kabullenerek ve bunlarla yüzleşerek, güçlü ve dirençli olmanın da kırılgan ve incinebilir olmayla bağdaşabileceğini keşfeder (125). Bu keşif, bireyin kişilerarası ilişkilerinde, yaşamın değerini anlama ve yaşam önceliklerini belirleme gibi konularda da olumlu değişimlere yol açabilir. Bireysel güçlülük algısındaki artış, sosyal desteğe olan ihtiyacı ortadan kaldırmaz. Aksine, kırılganlık algısı, hastanın yararlı sosyal destek arayışlarını teşvik edebilir. Hastalık sonrası kendilik algısında olumlu değişim yaşayan hastalar, başkalarının desteğine ihtiyaç duymaktan çekinmezler. Bu da, hastalığın üstesinden gelmelerine ve iyileşmelerine yardımcı olur (126). Kendilik algısında meydana gelen değişimler, yeni olanaklara ve fırsatlara da kapı açabilir. Hastalık

sonrası yeni ilgiler ve aktiviteler geliştiren hastalar, yaşamda yeni yollar keşfederler (14, 33, 123).

Sonuç olarak, RA gibi kronik hastalıklar sonrası kendilik algısında meydana gelen değişimler, g ve kırılganlık arasındaki paradoksu da beraberinde getirir. Bu paradoks, hastalığın karmaşık doğasını yansıtır ve travma sonrası gelişime katkıda bulunabilir.

2.5.2 Kişilerarası İlişkilerde Değişim

Travma ile başa çıkmanın kişilerarası ilişkilerde de olumlu değişimlere yol açabileceği ne sürülmektedir (15). RA hastaları, teşhis sonrası diğer insanlarla daha fazla iletişim kurma eğilimi gösterebilirler. Bu durum, benzer deneyimler yaşayan insanlarla kurulan destek grupları ve evrimii forumlar aracılığıyla da gözlemlenebilir (127). Zorluk veya acı yaşayan insanlara karşı artırılmış merhamet ve şefkat duyguları da ifade edilebilir. Bu duygular, başkalarına yardım etme ve destek olma davranışlarını teşvik edebilir (33, 128). Özellikle kendi kırılganlıklarının farkına varmaları, bireylerin diğer insanların sıkıntılarını daha iyi anlamalarına ve onlara karşı yakınlık duygusu geliştirmelerine olanak tanır (129). Bu tür yakınlık duyguları, hastaların bilgi ve deneyimlerini benzer durumdaki diğer insanlarla paylaşmak için g bir motivasyon kaynağı olabilir (130). Zor durumdaki diğer insanlara yardım etmek, aşağı doğru bir sosyal karşılaştırma yoluyla RA hastalarının iyileşmelerine ve kendi glerinin farkına varmalarına yardımcı olabilir (16, 26, 129, 130).

Sonuç olarak, RA gibi kronik hastalıklarla yaşamak travmatik bir deneyim olsa da, bu deneyim kişilerarası ilişkilerde olumlu değişimlere de yol açabilir. Artan iletişim, merhamet ve şefkat duyguları, yakınlık ve yardımlaşma gibi unsurlar, hastaların iyileşme sürecinde önemli rol oynayabilir.

2.5.3 Yaşam Felsefesinde Değişim

Travmatik deneyimler, yaşamın anlamı ve amacı gibi temel varoluşsal sorgulamalara yol açarak bilişsel değişimleri tetikleyebilir. Bu değişimler, yaşam önceliklerimiz, varoluşsal bakış açımız, maneviyat algımız ve dini inançlarımızdaki değişimler gibi farklı alanlarda kendini gösterebilir (88, 131). Kronik hastalıklarla yaşayan kişiler, maddi varlıklara daha az önem verme eğilimi gösterebilirler. Küçük şeylerin değerini daha iyi anlar ve her anın kıymetini bilirler. Yakın ilişkilerine zaman ayırmaya ve anlamlı deneyimlere öncelik vermeleri de gözlemlenebilir (107). Yaşamın anlamı ve amacı üzerine derin sorgulamalar, RA tanısı sonrası sıklıkla yaşanır. Bu sorgulamalar her zaman tatmin edici cevaplar bulmasa da, ölümün kaçınılmazlığı gibi gerçeklerle yüzleşmeyi ve kişisel bir anlam arayışına girmeyi teşvik edebilir (131).

Travmatik deneyimler, kişinin maneviyat ve inançlarla ilişkisinin yeniden değerlendirilmesine neden olabilir. Bazı kişiler, yüce bir varlığa ya da inanca daha güçlü bir şekilde bağlanırken, diğerleri daha kişisel ve bireyselleştirilmiş bir maneviyat geliştirebilirler. Dindar olmayan bireyler de yaşamın anlamına ve önemine dair varoluşsal sorgulamalar yoluyla manevi bir gelişme yaşayabilir (132, 133).

2.6. Romatoid Artrit Hastalarında Psikolojik Sıkıntı ve Travma sonrası Gelişim ile ilişki Faktörler

2.6.1. Sosyo-Demografik Değişkenler

Yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, medeni durum ve eğitim seviyesi gibi sosyodemografik faktörlerin, TSG üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu artan sayıda bilimsel araştırmayla ortaya konmuştur (22). Birçok çalışma, RA hastalarında yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, medeni durum, eğitim seviyesi ve yerleşim yerinin depresyon ve TSG ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (19, 104, 134). Cinsiyet, TSG'yi etkileyen önemli bir kişisel değişkendir (135). Birçok çalışma, kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek oranda TSG yaşadığını göstermektedir (84, 119). Bu bulgu, kadınların erkeklere kıyasla daha güçlü sosyal destek ağlarına sahip olmaları ve duygularını daha açık bir şekilde ifade etme eğiliminde olmaları ile açıklanabilir (135). Ancak, bazı çalışmalar cinsiyet ile TSG arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını da bildirmiştir (136). Cinsiyet ve TSG arasındaki ilişkinin karmaşık olduğunu ve birçok faktörden etkilenebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu faktörler arasında travmatik deneyimin türü ve şiddeti, sosyal destek, kültürel normlar ve bireyin başa çıkma mekanizmaları yer alır (137).

Genç yaşın TSG ile ilişkili olduğuna dair veriler artmaktadır (31, 138). Örneğin, kemik iliği nakli geçiren genç kanser hastalarının yaşlı hastalardan daha fazla TSG bildirdiği gösterilmiştir (136). Ancak, bazı çalışmalar da yaşlı bireylerin daha yüksek düzeyde TSG bildirdiğini göstermiştir (139). Örneğin, Lechner meme kanseri teşhisi konmuş küçük bir kadın örneğinde yaşlılığın daha yüksek TSG düzeyleriyle ilişkili olduğunu bildirmiştir (140). Birçok çalışma, gençlerin daha esnek olmaları ve yaşamda değişime kapalı olmamalarının olası nedeni ile TSG miktarı ile yaşlı bireylere göre pozitif olarak ilişkili olduğunu gösterse de (98), bazı araştırmalar yaş ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki olmadığını

göstermiştir (141). Ayrıca, genç RA hastalarının yaşlı RA hastalarından daha yüksek düzeyde depresif belirtiler sergilediği gösterilmiştir (134).

Medeni durum, gelir durumu ve eğitim düzeyinin de psikolojik sıkıntı ve TSG'nin düzeyi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (142). Updegraff ve Taylor, daha yüksek istihdam ve medeni durum gibi demografik durumların stres için kısmi önleyici olabileceğini ve travma sonrası gelişimi tahmin etme olanağına sahip olduğunu öne sürmüşlerdir. Özellikle evli olmanın TSG gelişmesinde önemli bir faktör olduğunu belirtmişlerdir (143).

Cordova ise daha yüksek gelir seviyesinin, daha yüksek travma sonrası gelişim seviyesi ile pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir (141). Fakat bu ilişkileri her zaman doğrulayacak bulgular elde edilememektedir (142). Eğitim düzeyinin TSG ile ilişkisi de çalışmalara göre değişmektedir. Meme kanserinden kurtulan hastalarda daha düşük eğitim düzeyine sahip olmanın daha yüksek TSG düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (99). Bazı çalışmalarda eğitim düzeyi ile TSG arasında negatif, bazı çalışmalarda ise pozitif bir ilişki bulunmuştur (142, 144). Ayrıca, eğitim düzeyinin TSG ile doğrusal olmayan bir ilişkiye sahip olabileceği de öne sürülmüştür (31).

Özetle, sosyo-demografik değişkenlerinin travma yaşamaya bağlı kişide meydana gelen olumlu ve olumsuz değişimleri etkilediği ve bu nedenle olası bir karıştırıcı değişken olarak etkisinin kontrol edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

2.6.2. Hastalıkla İlişkili Değişkenler

Travmatik bir deneyimin süresi, şiddeti, öngörülebilirliği ve kontrol edilebilirliği gibi olayla ilişkili faktörler, travmatik deneyime yönelik bilişsel değerlendirmeyi şekillendirerek TSG ve psikolojik sıkıntı üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Bu faktörler, travmatik

deneyimin anlamlandırılması üzerinde etkilidir (145). Alanyazında birçok araştırma, RA hastalarında travma sonrası gelişim ve psikolojik sıkıntıyı etkileyen çeşitli hastalıkla ilgili faktörler olduğunu göstermiştir. (25, 146).Örneğin, bir çalışmada, daha uzun süredir RA hastası olan kişilerin hastalığın erken evrelerindeki hastalara kıyasla daha az depresif belirti gösterdiği bulunmuştur (71). Ağrının da RA hastalarının refah düzeylerini ve psikolojik uyumlarını olumsuz etkilediği bilinmektedir (49). Diyabet hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada ise hastalığın şiddeti ve tanıdan itibaren geçen sürenin TSG ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (23).

Araştırmacılar, RA hastalarında depresyonu öngörmek için çeşitli hastalık değişkenlerini incelemişlerdir. İncelenen değişkenler arasında eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), eklem sayısı, kavrama kuvveti, radyolojik durum ve hastalık aktivite skoru yer almaktadır (147, 148). Elde edilen bulgular, hastalığın şiddeti ile psikolojik durum arasında bir ilişki olduğunu gösterse de, bu ilişkinin doğası hakkında tam bir fikir birliği bulunmamaktadır (148).

Hastalık durumu tek başına psikolojik ruh hali ve algılanan işlevsellikteki farklılıkları tam olarak açıklayamamaktadır. Bu durum, TSG ve psikolojik sıkıntıyı etkileyebilecek ek faktörlerin varlığını öne sürmektedir (149). TSG üzerine yapılan çalışmalar, algılanan gelişimin kaynağının olayın kendisinden ziyade olaya ilişkin öznel deneyimden kaynaklandığını öne sürmektedir (15, 136). Kanser hastalarında yapılan araştırmalar, TSG ile hastalığın objektif şiddeti arasındaki ilişkinin karmaşık olduğunu göstermiştir. Hastalık tehdidine veya stresine dair öznel değerlendirmeler, algılanan büyüme ile daha tutarlı bir şekilde ilişkilendirilmiştir (141).

Kronik hastalıkları olan hastalarda, hastalığa dair algı ve inançların, bireysel sağlık durumlarındaki çeşitlilikleri açıklamada önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (150). Romatoid artrit hastalarında da durum benzerdir (15). TSG'i etkileyen temel faktör, hastalığın objektif şiddeti değil, hastaların hastalığı nasıl algıladığıdır (80).

Hastalık algıları, kronik hastalık algısı, hastalık kimliği ve kontrol edilebilirlik algısı gibi unsurları içerir (151, 152). RA hastalarında yüksek hastalık kimliği ve sonuçları, düşük kontrol algısı ile ilişkilendirilmiştir (124). Hastalığı ciddi ve kontrol edilemez veya tedavi edilemez olarak gören RA hastalarında daha fazla depresif belirti görülmektedir (153). Bu bulgular, RA hastalarında hastalık algılarının psikolojik durum üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Travmatik deneyimler, bireyin kontrol inançlarını sınavarak TSG üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Algılanan kontrol, bireyin sağlık ve yaşam gibi belirli bir durum üzerinde ne kadar kontrol sahibi olduğuna dair inançlarını ifade eder (154). Bu inançlar, travmatik bir olaydan sonra sarsılabilir ve TSG'yi etkileyebilecek önemli bir faktör haline gelir. Çalışmalar, maruz kalınan olumsuzluklar üzerinde algılanan kontrolün faydalı olabileceğini göstermektedir (155). Örneğin, bir çalışmada, meme kanseri olan kadınların hastalık ve iyileşme süreci üzerinde daha fazla kontrol algıladıklarında daha fazla TSG bildirdikleri bulunmuştur (144).

Romatoid artritte kontrol algıları klinik öneme sahiptir. Bir bireyin kontrol merkezleri uzun vadeli bir hastalığın ilerlemesini değiştirmeyebilir, ancak günlük olaylar üzerinde kontrol algısı, ruh halini ve uyumu etkileyebilir (123). Araştırmacılar, romatoid artritte bir bireyin kontrol algısının psikolojik iyi olma, sosyal uyum ve fiziksel işlev gibi birçok yönden olumlu bir etkisi olabileceğini göstermişlerdir (57, 123).

2.6.3. Olay Merkeziliği

Olay merkeziliği, bireyin stresli bir yaşam olayını kimliğinin merkezi bir parçası olarak algılama derecesini ifade eder. Bu kavram, travmatik veya stresli bir olayın kişinin günlük çıkarımlarını, yaşam öyküsünü ve kişisel kimliğini nasıl etkilediğini anlamada önemli bir rol oynar (27). Bir olay merkezi hale geldiğinde, günlük olaylar için bir referans noktası olarak kullanılabilir, kişinin hayat hikayesinde bir dönüm noktası olarak görülebilir ve kimliğinin temel bir bileşeni haline gelebilir (27).

Olay merkeziliği genellikle cinsel saldırı veya doğal afet gibi belirli bir olayı ifade ederken, son araştırmalar benzer şekilde kalıcı bir fiziksel veya sağlık durumuyla da olay merkeziliğini değerlendirmiştir (156, 157).

Klinik gözlemler, RA hastalarında hastalığın bir yaşam olayı olarak merkeze almanın önemini anlamak için bir dizi neden olduğunu göstermektedir (49). Hastalık, günlük aktiviteleri yerine getirme, iş ve ilişkileri sürdürme gibi alanlarda zorluklara yol açarak diğer önemli yaşam olaylarının bir zincirini tetikleyebilir (51). Bu durum, hastaların bu olayları yorumlama ve algılama şeklini de etkiler. Hastalığı hayatlarının merkezi olayı olarak gören kişilerde hastalıkla ilgili düşüncelere, duygulara ve davranışlara yatkınlık artar (157). Özetle, RA hastalığı ile yaşamak, hayatın beklenen seyrini bozar; hayattaki rolleri sekteye uğratarak ve benliğe dair olumsuz atıfları arttırarak, kimliğin önemli bir parçası haline gelebilir.

Yakın zamanda yapılan çalışmalarda, yakın ilişki sorunu yaşama (158), kanser tanısı alma (159), kronik ağrı (157), omurilik yaralanması hastaları (28) ve yakınını kaybetme gibi olumsuz olayların, kişinin yaşamında merkezi olarak algılanmasının, depresif ve anksiyete belirtileri gibi olumsuz sonuçlara sebep olduğu bildirilmiştir. Bir çalışmada ise kanserden

iyileşen bireylerde yüksek olay merkeziliğinin, dayanıklılığın negatif yordayıcıları olduğu gösterilmiştir (160). Bu çalışmalar ışığında, kimliği travmatik bir deneyim üzerine kurgulamanın psikolojik sıkıntılara neden olabileceği belirtilmiştir.

Diğer taraftan, stresli olayın kişisel hikayede ve kimlikte merkezi bir unsur haline gelmesinin, benlik üzerinde dönüştürücü bir etki yaratarak olumlu gelişmeye yol açtığı düşünülmektedir (161). Maruz kalınan olayın neden olduğu benliğin önemli yönlerinin hasar görmesi, TSG'yi destekleyen benliğin yeniden inşasına yol açabilir (161). Bu anlamda, olayın merkeziliği arttıkça psikolojik sıkıntıların yanı sıra TSG'nin de artması beklenmektedir.

Birçok araştırmada, farklı travmatik veya stresli olaylara maruz kalan bireyler (162), felç geçirmiş kişiler (28) ve ayrıca meme kanseri tanısı almış kadınlar (159) için yaşanan olayın merkeziliğinin TSG ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, kişinin kimliğinin ve hayat hikayesinin bir bileşeni haline gelen ve hayatta bir dönüm noktası olarak algılanan travmatik veya yüksek düzeyde stresli olayların TSG'yi anlamak adına önemli bir değişken olduğu literatür bulguları tarafından desteklenmektedir.

2.6.4. Temel İnançlarda Sarsılma

Temel inançlar, benliğe, diğerlerine, geleceğe ve içinde yaşanılan dünyaya dair algımızı ve dünyanın nasıl işlediğine dair varsayımlarımızı içeren bilişsel şemalardır (163). Genellikle kabul gören temel inançlar, kişinin özünde iyi, kontrol sahibi ve ölüm-hastalıklara karşı yenilmez olduğu; dünyanın adil, iyiliksever ve anlamlı olduğu yönündedir. Kişinin kendi kontrolünde olan bir hayat yaşadığı ve travmalardan etkilenmeyeceği varsayılır (164).

Sharpe ve Curran'a göre kronik bir hastalığa sahip olmak, bireylerin kendileri ve dünya hakkındaki algılarını zorlayarak, sahip oldukları inanç yapısı ile yeni karşılaştıkları

hastalık deneyiminin anlamı arasında uyumsuzluk yaratabilir. Bu durum, kişileri hastalıklarının anlamını yeniden yorumlamaya yönlendirebilir (165). Romatoid artrit gibi kronik bir hastalıkla mücadele etmek, temel inançları sarsabilir.

Bu sarsılma depresyon, stres, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir. Ancak aynı zamanda yeni inançlar ve varsayımlar oluşturma fırsatı da yaratabilir (166, 167). Yapılan araştırmalar, kanser hastaları (22), yüksek stresli yaşam olayları yaşayan öğrenciler (30) gibi farklı gruplarda da temel inançların sarsılmasının travma sonrası gelişim üzerinde belirleyici bir faktör olduğunu göstermektedir. Lösemi hastalarıyla yapılan boylamsal bir çalışmada, temel inançların sarsılması ile TSG arasında güçlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir (31). Türkiye'de de bu konuda yapılan çalışmaların sayısı sınırlıdır. Meme kanseri hastalarıyla yapılan bir araştırmada, temel inançlarda sarsıntının depresyon, kaygı, stres ve travma sonrası gelişim ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (168).

Sonuç olarak, temel inançların sarsılması travmatik bir deneyim olsa da, aynı zamanda büyüme ve gelişme için bir fırsat sunabilir.

2.6.5. Olay İlişkili Ruminasyon

Travmatik bir olay, bireyin dünyayı anlamlandırma şeklini ve temel inançlarını sarsarak olayı anlamlandırmaya ve yeni inançlar, anlamlar ve amaçlar inşa etmeye yönelik bir bilişsel işleme sürecini başlatır. Bu süreç, ulaşılamayan hedeflerden veya travma gerçeğiyle uyuşmayan dünya görüşünden uzaklaşarak yeni hedefler ve dünya görüşleri oluşturmaya ve dolayısıyla travma sonrası gelişime olanak sağlar. Tedeschi ve Calhoun, bu

bilişsel işleme sürecinin temelini, olayla ilişkili tekrarlayan düşünceler olan ruminasyonlar olarak tanımlarlar (14).

Ruminasyonlar, travmatik olayın nedenselliği, anlamı ve sonuçları üzerine yoğunlaşan derin ve tekrarlayan düşünceleri içerir. Bu düşünceler genellikle olumsuz nitelikte olsa da, bazı durumlarda olumlu ve gelişmeye yönelik de olabilir (169). Kronik hastalıklarla yaşayan popülasyonlardan elde edilen veriler, uyumsuz bilişsel tepkilerin depresyon ve anksiyete riskini arttırdığını, buna karşın olumlu içeriğe odaklanmanın TSG ile ilişkili olduğunu göstermektedir (170, 171). Ruminasyonu hastalık algısı ve iyilik hali ile ilişkilendiren psikolojik mekanizmalar romatizal hastalıklar kapsamında da incelenmiştir (172, 173). Soo ve ark. kronik hastalıkların bireyin hastalık şeması ve algısını harekete geçirerek ruminasyonu tetikleyebileceğini öne sürmüşlerdir (174).

Literatürde stresli yaşam olaylarının ortaya çıkardığı ruminatif düşünce süreçleri; ‘istemli ve istemsiz ruminasyon’ olarak iki boyutta değerlendirilmiştir (175). İstemsiz ruminasyon, genellikle bir kişinin iradesi dışında zihne gelir ve kişiye sıkıntı veren belirtilerle ilişkilidir. İstemli ruminasyon ise kişinin amaçlı olarak deneyimi ve deneyiminin ne anlama geldiği üzerine düşünmesini ve sorun çözmeye odaklanan bir süreci ifade eder (175). Olayla ilişkili ruminasyonların başlangıçta istemsiz nitelikte ve oldukça rahatsız edici olduğu bildirilmektedir. Zamanla, bu ruminasyonların yerini yaşantıyı anlamaya ve yeniden yapılandırmaya yönelik istemli ruminasyonlar aldığı belirtilmektedir (14, 175).

Çoğu araştırmacı tarafından istemsiz ruminasyonun depresyon, kaygı, stres gibi psikolojik sıkıntılarla ilişkili olduğu (172, 173), istemli ruminasyonun ise travma sonrası gelişim gibi pozitif olaylarla ilişkili olduğu belirtilmiştir (176). İstemsiz ruminasyon ile TSG arasındaki ilişki ise karmaşıktır. Bir yandan, bazı çalışmalar istemsiz ruminasyonun TSG ile

pozitif ilişkili olduğunu, istemsiz ruminasyonun bilişsel işlemenin temelini sağladığını ve bunun da TSG ile sonuçlandığını göstermektedir (177). Öte yandan diğer araştırmacılar, olumsuz psikosomatik tepkilerde istemsiz ruminasyonun rol oynadığına ve istemsiz ruminasyon ile TSG arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığına inanmaktadır (178).

Özetle ruminasyon, psikolojik sıkıntıyı arttıran pasif ve olumsuz bir başa çıkma yöntemi olarak görülürken, son zamanlarda, özellikle olumsuz yaşam olaylarının ardından, olumlu büyüme ve gelişme için gerekli bir işleme süreci olarak da değerlendirilmektedir.

2.6.6. Algılanan Sosyal Destek

Sosyal destek, geniş anlamda başkaları tarafından sağlanan ve bireyin stresle başa çıkmasına yardımcı olabilecek etkileşimler veya kaynaklar olarak tanımlanabilir (179). Araştırmalar, sosyal desteğin fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermiştir (19, 21). Sosyal destek, bireylerin; hastalık durumlarına uyum sağlamalarına ve günlük stresle başa çıkmalarına yardımcı olabilir (180, 181).

Revenson'a göre RA hastaları, hastalığın yol açtığı sorunlarla baş edebilmek için sosyal desteğe ihtiyaç duyarlar (182). Farklı hastalık gruplarıyla yapılan çalışmalar, sosyal destek azlığının kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunlarla ilişkili olduğuna işaret etmektedir (183). Sosyal destekteki azlık diğer fiziksel hastalıklarda olduğu gibi RA hastalarında da depresyon ve kaygı gibi psikolojik sıkıntıları artırmaktadır (184).

Travma sonrası gelişim üzerinde de sosyal desteğin rolünün olduğu bilinmektedir. Tedeschi ve Calhoun'un revize ettikleri modele göre sosyal destek, kendini açma fırsatları sunarak, bilişsel işlemeyi teşvik ederek, yeni bakış açıları sunarak TSG sürecinde etkilidir (14). Schaefer ve Moos'un kuramında ise sosyal destek, kişinin baş etme yollarını etkileyerek

ve hastalığa uyum sağlamasını kolaylaştırarak gelişimi etkileyen faktör olarak değerlendirilmektedir (185). Bu bilgilerden yola çıkılarak sosyal desteğin travma sonrası gelişim üzerindeki etkisini inceleyen pek çok çalışma yapılmıştır (186). 103 çalışmayı inceleyen bir meta-analizde sosyal desteğin TSG’i yordayan önemli bir faktör olduğu görülmüştür (137).

Sosyal desteğin kavramsallaştırılması alanyazında farklılık göstermektedir. En yaygın ayırım, niteliksel ve niceliksel boyutlarıdır. Niteliksel boyut, algılanan destek mevcudiyeti gibi işlevsel unsurları içerirken, niceliksel boyut ise sosyal ağın büyüklüğü gibi yapısal unsurları içerir (179). Her iki sosyal desteğinde, genel popülasyonda, kronik hastalıklarda ve kronik ağrı bozukluklarında çeşitli hastalık sonuçları ve TSG gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (107, 179). Ancak algılanan sosyal desteğin daha önemli olduğu düşünülmektedir. Sosyal destek ve travma sonrası gelişim ilişkisi, romatoid artrit hastalarında (19), diyabet hastalarında (23), kronik böbrek yetmezliği hastalarında (187), kalp krizi hastalarında (103), lupus hastalarında (21) ve kanser hastalarında (188) araştırılmıştır. Bu çalışmalarda algılanan sosyal desteğin travma sonrası gelişimi yordayan önemli faktörlerden biri olduğu gösterilmiştir.

RA hastalarında sosyal destek, TSG’yi ve yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirebilir. Ayrıca sosyal desteğin etkisi incelenirken, bireyin çevresinden aldığı sosyal desteği nasıl algıladığının ele alınması önem kazanmaktadır.

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Araştırma Tipi

Bu araştırma, romatoid artrit tanılı hastaların bulunduğu, karma yöntemli, gözlemsel, kesitsel ve analitik bir çalışmadır.

3.2 Araştırma Yeri

Araştırma Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Anabilim Dalı Konsültasyon Liyezon Polikliniği ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı Polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

3.3 Araştırma Evreni ve Örneklemi/ Çalışma Grupları

Araştırmanın evrenini Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve uzman hekim tarafından 2010 ACR/EULAR (Amerikan Romatoloji Derneği/ Avrupa Romatoloji Derneği) sınıflandırma kriterlerine göre Romatoid artrit tanısı konulmuş kişiler; örneklemi ise işleme kriterlerini karşılayan ve çalışmayı kabul eden bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler işleme ve dışlama kriterlerine göre değerlendirilerek çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışma için örneklem büyüklüğü tahmini, ulaşılabilir kaynaklara ve ön test için güç hesaplamaları araştırmamıza dayanmaktadır.

Dahil Olma Kriterleri:

- 18 yaş üstünde olmak
- Türkçe okuma yazma bilmek
- Uzman hekim tarafından 2010 ACR/EULAR sınıflandırma kriterleriyle tanımlanan RA tanısına sahip olmak

Dışlama Kriterleri:

- İleri derecede görme ve/veya işitme kaybının olması
- Malignite tanısı olan hastalar
- Aktif veya kronik enfeksiyonu olan hastalar
- Alkol ve madde kullanımına bağlı belirtileri olanlar
- Bilişsel işlevleri etkileyecek derecede ciddi bedensel ya da psikiyatrik rahatsızlığa sahip olanlar

3.4. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

Araştırmada Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (GÜTF) İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı Kliniği'ne başvurmuş 103 RA tanısına sahip bireylerden araştırmayı kabul eden katılımcıların fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri değerleri hastanemiz veri tabanından elde edilmiştir. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Romatoid Artrit ile İlgili Bilgi Formunun yanında, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Olayların Merkeziliği Ölçeği, Temel İnançlar Envanteri, Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçekleri uygulanmıştır.

3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu:

Katılımcılardan, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kimlerle yaşadığı, daha önce psikiyatrik tanı alıp almama durumu gibi sosyodemografik özelliklere ilişkin bilgi toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir formdur.

3.4.2. Romatoid Artrit ile İlgili Bilgi Formu

Hastalığın süresi, önceden hastaneye yatışlarının olup olmaması, diğer hastalıkların varlığı, ameliyat öyküsü, tıbbi dosyalardan elde edilen fizik muayene bulguları ve laboratuvar bulguları yer almaktadır. Hastalığın akutluğu, günlük aktiviteler üzerindeki etkisi, hayatı ne ölçüde bozduğuna dair öznel değerlendirme, hastalığı travmatik olarak değerlendirme, kontrol edilebilirlik algısı ve algılanan hastalık şiddeti her biri bir soru ile ölçülmüştür.

Tüm hastalara hastalık aktivitesi parametreleri için klinik değerlendirme yapılmıştır. DAS-28 ESR Formu, RA hastalarının hastalık aktivitesini değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. 28 eklem değerlendirmesi, hastanın genel sağlık durumu ve ESR testi sonucu içerir. Her eklem 0 (yok) ila 3 (şiddetli) arasında puanlanır ve genel sağlık durumu 0 (çok iyi) ila 10 (çok kötü) arasında puanlanır. ESR testi sonucunu mm/saat cinsinden değerlendirilir (189).

3.4.3. Olayların Merkeziliği Ölçeği (OMÖ):

Berntsen ve Rubin tarafından geliştirilen Olayların Merkeziliği Ölçeği (OMÖ) travmatik veya stresli yaşam olaylarının bireyin benliği ve hayat öyküsü açısından ne derece merkezi olduğunu değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir (27). Ölçek 5’li Likert (1=Hiç Katılmıyorum, 5=Tamamen Katılıyorum) tipinde cevaplandırılan 20 maddeden oluşur ve tek boyutludur. Ölçekten alınabilecek toplam puan 20 ile 100 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, olayın kişinin kimliği ve hayat hikayesinin önemli bir parçası olduğuna işaret etmektedir (27). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Boyacıoğlu ve Aktaş tarafından 297 lisans öğrencisinin katılımı ile yürütülmüştür. Bu çalışmada, ölçeğin cronbach alfa değeri .91 olarak rapor edilmiştir (190).

3.4.4. Temel İnançlar Envanteri (TİE)

Cann ve arkadaşları tarafından geliştirilen Temel İnançlar Envanteri (TİE) 9 maddeden ve tek faktörden oluşan 6’lı Likert tipi (0= hiç olmadı, 5= çok büyük düzeyde) bir ölçektir (166). Ölçek belirli bir olayın, insanların dünyaya ilişkin temel varsayımlarını ne düzeyde sorgulamaya yönlendirdiğini değerlendirmeyi amaçlar. Ölçekten alınan yüksek puanlar, kişinin dünyaya ilişkin varsayımlarında olası bir bozulmaya işaret etmektedir (166). Ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması Haselden tarafından yapılmış ve orijinal ölçek yapısından farklı olarak Türkiye örnekleminde iki faktörlü bir yapının (diğer insanlara yönelik inançlar ve kendine yönelik inançlar) tek boyutlu yapıya kıyasla daha yüksek uyum değerlerine sahip olduğu belirlenmiştir (191). Tüm ölçek için elde edilen Cronbach alfa katsayısının .87, “diğer insanlara yönelik” temel inançlar alt faktörü için .90, ve “kendiliğe yönelik” temel inançlar alt faktörü için ise .82 olduğu rapor edilmiştir (191).

3.4.5. Olay İlişkili Ruminasyon Envanteri (OİRE)

Cann ve arkadaşları tarafından geliştirilen Olaya İlişkin Ruminasyon Envanteri (OİRE), travmatik veya stresli bir yaşam deneyiminin ardından ortaya çıkan ruminasyonları değerlendirmek üzere kullanılan 20 maddelik öz bildirim envanteridir (175). Ruminasyonu, ‘istemsiz/girici ruminasyon’ (ilk 10 madde) ve ‘istemli/amaçlı ruminasyon’ (son 10 madde) olmak üzere, iki boyutta değerlendiren OİRE, 4’ lü bir derecelendirme (0= hiç, 3= sıklıkla) üzerinden puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan hem istemli hem de istemsiz ruminasyon alt boyutu için 0 ile 30 arasında değişmektedir. Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan yüksek puanlar, o boyuta yönelik ruminatif bir düşünce eğiliminin varlığına işaret etmektedir (175). Haselden ve ark. tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yapılmış, orijinaline benzer şekilde iki faktörlü bir yapıya sahip olduğu görülmüştür (191). Tüm ölçek için elde edilen cronbach alfa katsayısının .94, istemsiz ruminasyon alt boyutu için .94, ve istemli ruminasyon alt boyutu için ise .88 olduğu rapor edilmiştir (191).

3.4.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Zimmet ve ark. tarafından geliştirilen ölçekte üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliği öznel olarak değerlendirilir (192). On iki ifade içeren ölçek ile aile (3, 4, 8, 11. maddeler), arkadaşlar (6, 7, 9, 12. maddeler) ve özel bir insan (1, 2, 5 ve 10. maddeler) olmak üzere 3 farklı destek kaynağı değerlendirilebilir. Katılımcılar algılanan sosyal desteği 7 likertli bir derece üzerinden değerlendirir (1= kesinlikle katılmıyorum, 7= kesinlikle katılıyorum). Ölçeğin Türkçe’ye uyarlama ve geçerlik, güvenirlik çalışmaları Eker ve Arkar

tarafından farklı örneklem grupları dahil edilerek yapılmış ve cronbach alfa katsayılarının .85 ile .91 arasında olduğu belirtilmiştir (193).

3.4.7. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), ayaktan tedavi gören hastalarda anksiyete ve depresyon saptanmasında tarama amaçlı olarak kullanılan öz bildirim dayalı 14 sorudan oluşan bir ölçektir (194). 4'lü likert bir derece üzerinden değerlendirilir, on dört maddeden yedisi anksiyete yedisi ise depresyonu ölçmektedir. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. maddelerin puanları toplanırken; Depresyon alt ölçeği için 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. maddelerin puanları toplanır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından hem üniversite öğrencilerinden hem de fiziksel hastalığı olan kişilerden oluşan örneklemde yapılmıştır. Ölçeğin üniversite örneklemini için cronbach alfa katsayısı .70 (depresyon) ve .74 (anksiyete); hasta örneklemini için ise .78 (depresyon) ve .85 (anksiyete) olarak bildirilmiştir (195).

3.4.8. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği

Tedeschi ve Calhoun tarafından, yaşanan travmatik olaya bağlı gelişen olumlu yöndeki değişimi ölçme amacı ile geliştirilen bir ölçektir (120). 21 maddeden oluşan ve öz bildirim dayalı bu ölçek, “yeni olasılıkların fark edilmesi”, “kişilerarası ilişkiler”, “kendiliğin algılanması”, “inançtaki değişim” ve “hayatın değerini anlama” olmak üzere 5 alt boyuta sahiptir. Ölçek 6'lı likert tipi bir ölçektir ve 0 (böyle bir değişim yaşamadım) ile 5 (bu tür bir değişimi aşırı derecede yaşadım) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek

puanlar, kişinin karşılaştığı travmatik deneyim sonrasında daha fazla gelişim gösterdiğine işaret etmektedir (120).

Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi ve geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Dirik tarafından romatoid artrit hastalarından oluşan örnekleme yapılmıştır (196). Ölçeğin alt boyutlarını belirlemek için yapılan faktör analizi sonucunda orijinal ölçekten farklı olarak; kendilik algısındaki değişim, diğer insanlarla ilişkilerdeki değişim ve hayat felsefesindeki değişim olarak adlandırılan 3 faktörlü bir yapı belirlenmiştir. Travma sonrası gelişimin hesaplanması tüm maddelere verilen cevapların toplanmasıyla elde edilirken; kendilik algısındaki değişim puanı 1, 2, 4, 5, 10, 12, 13, 18 ve 19. maddelerden alınan puanların toplanmasıyla, diğerleriyle ilişkilerdeki değişim puanı 6, 8, 9, 15, 16, 20 ve 21. maddelerden alınan puanların toplanmasıyla, hayat felsefesindeki değişim puanı ise; 3, 7, 11, 14 ve 17. maddelerden alınan puanların toplanmasıyla elde edilmektedir. Dirik'in yaptığı çalışmada ölçeğin yüksek güvenirliğe sahip olduğu belirtilmiştir. Romatoid artrit hastalarıyla yapılan bu çalışmada envanterin Dirik tarafından Türkçe'ye uyarlanan formu ve Dirik'in çalışmasında belirlediği faktör yapısı kullanılmıştır (196).

3.5. Verilerin Analizi

Bu araştırmada katılımcılarda elde edilen verilerin analizleri SPSS 21.0 IBM paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tüm değerlendirmelerde normal dağılımı gösteren bağımlı değişkenler için parametrik testler, normal dağılım göstermeyen ve örneklem grubundan oluşturulan yeni gruplarda yer alan kişi sayısı 30'un altına düştüğünde ise non-parametrik testler kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemleri, gruplar arası karşılaştırma yaparken, Mann Whitney U analizi, Kruskal Wallis,

Student T-Testi, değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için de Pearson/Spearman Korelasyon analiz yöntemleri bağımlı değişkenlerin bağımsız değişkenler tarafından ne kadar yordandığını belirlemek için de oklu Regresyon Modeli kullanılmıştır.

3.6. Etik Kurul Onayı

T.C. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 07.02.2023 tarihinde 02 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesi, araştırmacıların kendi kaynaklarından karşılanmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde, RA tanısı konulmuş 103 hastaya uygulanan stresli yaşam olayları, temel inançlar, olay ilişkili ruminasyonlar, algılanan sosyal destek, travma sonrası gelişim, depresyon ve anksiyete durumlarına ilişkin ölçümlere ait bulgulara yer verilecektir.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 103 romatoid artrit hastası dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 55.54 ± 13.29 olup, katılımcıların %83.5'i kadın (86 kişi) %16.5'i erkektir (17 kişi). Katılımcıların %76.7'si evliken (79 kişi), %66'sı ilköğretim mezunu (68 kişi, %34'ü lise ve üstü eğitim derecesine (35 kişi) sahiptir. Çalışmaya katılanların %80.6'sı (83 kişi) çalışmamakta iken, %19.4'ü (20 kişi) çalışmaktadır. Hastaların %90.3'ü (93 kişi) ek psikiyatrik bir hastalığa sahip değildir. Örneklem grubuna ait sosyodemografik özelliklere ait veriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Örnekleme Ait Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellikler	N (103)	%
Cinsiyet		
Kadın	86	83.5
Erkek	17	16.5
Medeni Durum		
Evli	79	76.7
Bekar	24	23.3
Eğitim Durumu		
İlköğretim	68	66
Lise ve Üstü	35	34
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	20	19.4
Çalışmıyor	83	80.6
Gelir		
Gelir Giderden Az	40	38.8
Gelir Gidere Denk veya Giderden Fazla	63	61.2
Kiminle Yaşıyor		
Yalnız	7	6.8
Eş İle	25	24.3
Eş ve Çocuklar İle	57	55.3
Çocuklar İle	11	10.7
Diğer	3	2.9
Çocuk		
Var	97	94.2
Yok	6	5.8
Psikiyatrik Tanı		
Alan	10	9.7
Almayan	93	90.3
Psikiyatrik İlaç		
Kullanan	11	89.3
Kullanmayan	92	10.7
	Ort.	s.s.
Yaş	55.54	13.29

4.2. Katılımcıların Hastalık Özellikleri

Katılımcıların %68'i (70 kişi) RA hastalığına 10 yıldan fazla süredir sahiptir. Hastaların %56.3'ünde (58 kişi) başka bir ek hastalık da bulunmaktadır. Hastaların %80.6'sı (83 kişi) daha önce hastaneye yatış öyküsünün olmadığını, %89.3'ü (92 kişi) romatoid artrit nedeni ile ameliyat öyküsü olmadığını bildirmiştir. Katılımcıların %48.5'i (50 kişi) hastalıkları nedeni ile günlük aktivite düzeylerinin hiç/ biraz etkilendiğini bildirirken, %22.3'ü (23 kişi) orta, %30.22'si (31 kişi) fazla/ çok fazla etkilendiğini bildirmiştir. Hastaların %38.8'i (40 kişi) hastalık nedeni ile hayatlarının fazla/ çok fazla bozulduğunu ve hastalıklarını travmatik bir deneyim olarak algıladıklarını belirtmiştir. Hastaların %36.9'u (38 kişi) hastalıkları üzerindeki kontrolü hiç/ biraz olarak, %50.5'i (52 kişi) orta, %12.6'sı (13 kişi) fazla/ çok fazla olarak bildirmişlerdir. Hastaların %65'i (67 kişi) hastalığın ciddiyet düzeyini fazla/ çok fazla olarak bildirmiştir. Katılımcılara ait hastalık özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Örnekleme Ait Hastalık Özellikleri

Hastalık Özellikler	N (103)	%
Hastaneye Yatış		
Var	20	19.4
Yok	83	80.6
Ek Hastalık		
Var	58	56.3
Yok	45	43.7
Ameliyat Öyküsü		
Var	11	10.7
Yok	92	89.3
Hastalığın Şuan Aktivite Düzeyi		
Hiç/Biraz	45	43.7
Orta	41	39.8
Fazla/Çok Fazla	17	16.5
Hastalığın Günlük Aktiviteleri Etkileme Düzeyi		
Hiç/Biraz	50	48.5
Orta	23	22.3
Fazla/Çok Fazla	30	30.2
Hastalık Nedeniyle Hayatın Bozulma Düzeyi		
Hiç/Biraz	36	34.9
Orta	27	26.3
Fazla/Çok Fazla	40	38.8
Hastalığın Nedeniyle Hayattaki Travmatik Deneyim Düzeyi		
Hiç/Biraz	28	27.2
Orta	35	34
Fazla/Çok Fazla	40	38.8
Hastalığın Ne Kadar Kontrol Edilebilir Olduğu		
Hiç/Biraz	38	36.9
Orta	52	50.5
Fazla/Çok Fazla	13	12.6
Hastalığın Ciddiyet Düzeyi		
Hiç/Biraz	8	7.8
Orta	28	27.2
Fazla/Çok Fazla	67	65
Hastalık Süresi		
10 Yıl Altı	33	32
10 Yıl Üstü	70	68

4.3. Katılımcıların Ölçek Puanlarına Göre Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmanın bağımlı değişkenlerinden ilki olan psikolojik sıkıntı HAD ölçeği alt boyutlarının hesaplanmasıyla elde edilmiştir. Hastaların toplam depresyon puanı 7.18 (S.S.=3.72) ve toplam anksiyete puanı 8.42 (S.S.=4.48) olarak belirlenmiştir. Bu puanlar, hastaların ortalama olarak hafif ila orta derecede depresyon ve anksiyete yaşadıklarını göstermektedir. Hastaların 42'si (%40.8) anksiyete için sınır kabul edilen 10 ve üzerinde puan almıştır. Katılımcıların 57'si (%55.3) depresyon için kesim noktası olarak kabul edilen 8 ve üzerinde puan almıştır.

Katılımcıların travma sonrası gelişim puanı ortalaması 71.98 (S.S.=16.29) olarak belirlenmiştir. Bu puan, hastaların ortalama olarak orta düzeyde travma sonrası gelişim yaşadıklarını göstermektedir. Alt boyutları için bakıldığında; kendlik algısında gelişim puan ortalaması 33.97 (S.S.=6.97), diğer insanlarla ilişkiler için puan ortalaması 23.23 (S.S.=6.24) ve hayat felsefesi boyutu için puan ortalaması 14.69 (S.S.=5.51) olarak belirlenmiştir. Katılımcılara uygulanan ölçek puanlarına ait ortalama ve standart sapmalar Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Örneklem Grubuna Uygulanan DAS, OMÖ, TİE, MPSS, HAD ve TSGÖ Ölçeklerinin Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalama ve Standart Sapmaları

Ölçekler	Ort.	s.s.
DAS	3.15	1.02
OMÖ	72.31	17.54
TİE		
Diğer İnsanlara Yönelik	9.56	5.15
Kendine Yönelik	13.28	6.55
Toplam	22.9	10.72
OİRE		
İstemsiz Ruminasyon	17.57	8.17
İstemli Ruminasyon	16.32	7.08
MPSS		
Özel Bir İnsan	23.18	7.07
Aile	25.56	4.77
Arkadaşlar	19.77	7.84
HAD		
Depresyon	7.18	3.72
Anksiyete	8.42	4.38
TSGÖ		
Diğerleri İle İlişkilerdeki Değişim	23.23	6.24
Hayat Felsefesindeki Değişim	14.69	5.51
Kendilik Algısındaki Değişim	33.97	6.97
Toplam	71.98	16.29
	N	%
HAD Depresyon (Kesme Puanına Göre)		
Yok	46	44.7
Var	57	55.3
HAD Anksiyete (Kesme Puanına Göre)		
Yok	61	59.2
Var	42	40.8

4. 4. Katılımcıların Cinsiyete Göre Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Katılımcılar cinsiyete göre, uygulanan ölçeklerin alt ölçek ve toplam puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 4). Sonuçta, gruplar arasında, TİE-Kendine Yönelik (U=441, p<.05), TİE toplam (U=464, p<.05), OİRE-İstemsiz Ruminasyon (U=425, p<.01), OİRE-İstemli Ruminasyon (U=376, p<.01), HAD-Depresyon (U=501.5, p<.05) ve HAD-

Anksiyete ($U=375.5$, $p<.01$) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu diğer ölçek puanları açısından ise anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Buna göre, kadınlar (Ort.=55.37) erkeklere göre (Ort.=34.94) anlamlı olarak daha yüksek TİE-Kendine Yönelik puanı almışlardır. Benzer şekilde, kadınlar (Ort.=55.10) erkeklere göre (Ort.=36.29) anlamlı olarak daha yüksek TİE toplam puanına sahiptir. Yine, kadınlar (Ort.=55.56) erkeklere göre (Ort.=34) anlamlı olarak daha yüksek OİRE-İstemsiz Ruminasyon puanı almışlardır. Kadınlar (Ort.=56.13) erkeklere göre (Ort.=31.12) anlamlı olarak daha yüksek OİRE-İstemli Ruminasyon puanına sahiptir. Kadınlar (Ort.=54.67) erkeklere göre (Ort.=38.5) anlamlı olarak daha yüksek HAD-Depresyon puanı almışlardır. Aynı şekilde, kadınlar (Ort.=56.13) erkeklere göre (Ort.=31.09) anlamlı olarak daha yüksek HAD-Anksiyete puanına sahiptir.

Tablo 4. Örneklemenin Cinsiyete Göre, Uygulanan Tüm Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Ölçekler	Grup	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
OMÖ	Toplam	Kadın	86	54.37	4675.5	527.5	.071
		Erkek	17	40.03	680.5		
TİE	Diğer İnsanlara Yönelik	Kadın	86	54.42	4680	523	.064
		Erkek	17	39.76	676		
	Kendine Yönelik	Kadın	86	55.37	4762	441*	.010
		Erkek	17	34.94	594		
	Toplam	Kadın	86	55.10	4739	464*	.018
		Erkek	17	36.29	617		
OİRE	İstemsiz Ruminasyon	Kadın	86	55.56	4778	425**	.007
		Erkek	17	34	578		
	İstemli Ruminasyon	Kadın	86	56.13	4827	376**	.002
		Erkek	17	31.12	529		
MPSS	Özel Bir İnsan	Kadın	86	49.69	4273.5	532.5	.064
		Erkek	17	63.68	1082.5		
	Aile	Kadın	86	50.24	4321	580	.124
		Erkek	17	60.88	1035		
	Arkadaşlar	Kadın	86	51.19	4402.5		

		Erkek	17	56.09	953.5	661.5	.534
HAD	Depresyon	Kadın	86	54.67	4701.5	501.5*	.041
		Erkek	17	38.50	654.5		
	Anksiyete	Kadın	86	56.13	4827.5	375.5**	.002
		Erkek	17	31.09	528.5		
TSGÖ	Diğerleri İle İlişkilerdeki Değişim	Kadın	86	53.15	4570.5	632.5	380
		Erkek	17	46.21	785.5		
	Hayat Felsefesindeki Değişim	Kadın	86	51.70	4446.5	705.5	.820
		Erkek	17	53.50	909.5		
	Kendilik Algısındaki Değişim	Kadın	86	53.09	4565.5	637.5	.405
		Erkek	17	46.50	790.5		
	Toplam	Kadın	86	52.98	4556	647	.455
		Erkek	17	47.06	800		

* $p < .05$, ** $p < .01$

4. 5. Katılımcıların Medeni Durumuna Ölçek Puanları Açısından

Karşılaştırılması

Katılımcılar medeni durumuna göre, uygulanan ölçeklerin alt ölçek ve toplam puanları açısından karşılaştırılmış, sonuçlar Tablo 5'te gösterilmiştir. Gruplar arasında, sadece MPSS-Özel Bir İnsan ($U=681$, $p < .05$) puanı açısından anlamlı bir fark olduğu diğer ölçek puanları açısından ise anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Buna göre, evli olan kişilerin (Ort.=55.38) bekâr olanlara göre (Ort.=40.88) anlamlı olarak daha yüksek MPSS-Özel Bir İnsan puanı almışlardır.

Tablo 5. Örneklemenin Medeni Durumuna Göre Uygulanan Tüm Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Ölçekler	Grup	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
OMÖ	Toplam	Evli	79	50.31	3974.5	814.5	.298
		Bekâr	24	57.56	1381.5		
TİE	Diğer İnsanlara Yönelik	Evli	79	50.45	3985.5	825.5	.338
		Bekâr	24	57.10	1370.5		
	Kendine Yönelik	Evli	79	50.08	3956	796	.235
		Bekâr	24	58.33	1400		
	Toplam	Evli	79	50.20	3966	806	.268
		Bekâr	24	57.92	1390		
OİRE	İstemsiz Ruminasyon	Evli	79	49.06	3876	716	.070
		Bekâr	24	61.67	1480		
	İstemli Ruminasyon	Evli	79	49.99	3949.5	789.5	.216
		Bekâr	24	58.60	1406.5		
MPSS	Özel Bir İnsan	Evli	79	55.38	4375	681*	.028
		Bekâr	24	40.88	981		
	Aile	Evli	79	53.12	4196.5	859.5	.428
		Bekâr	24	48.31	1159.5		
	Arkadaşlar	Evli	79	54.22	4283.5	772.5	.168
		Bekâr	24	44.69	1072.5		
HAD	Depresyon	Evli	79	50.16	3962.5	802.5	.255
		Bekâr	24	58.06	1393.5		
	Anksiyete	Evli	79	49.63	3920.5	760.5	.143
		Bekâr	24	59.81	1435.5		
TSGÖ	Diğerleri İle İlişkilerdeki Değişim	Evli	79	53.08	4193.5	862.5	.504
		Bekâr	24	48.44	1162.5		
	Hayat Felsefesindeki Değişim	Evli	79	53.71	4243	813	.291
		Bekâr	24	46.38	1113		
	Kendilik Algısındaki Değişim	Evli	79	53.78	4248.5	807.5	.272
		Bekâr	24	46.15	1107.5		
	Toplam	Evli	79	53.78	4249	807	.271
		Bekâr	24	46.13	1107		

* $p < .05$

4. 6. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Ölçek Puanları Açısından

Karşılaştırılması

Katılımcılar eğitim durumuna göre, uygulanan ölçeklerin alt ölçek ve toplam puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 6). Gruplar arasında, TİE-Kendine Yönelik ($t=-2.214$, $p<.05$) ve TSGÖ-Diğerleri İle ilişkilerde Değişim ($t=2.081$, $p<.05$) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu diğer ölçek puanları açısından ise anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Buna göre, ilköğretim mezunu olanlar (Ort.= 12.35 ± 6.72) lise ve üstü mezunu olanlara göre (Ort.= 15.09 ± 5.89) anlamlı olarak daha düşük TİE-Kendine Yönelik puanı almışlardır. Tersine ilköğretim mezunu olanlar (Ort.= 24.06 ± 6.68) lise ve üstü mezunu olanlara göre (Ort.= 21.63 ± 4.98) anlamlı olarak daha yüksek TSGÖ-Diğerleri İle İlişkilerdeki Değişim puanına sahiptir.

Tablo 6. Örneklemen Eğitim Durumuna Göre Uygulanan Tüm Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Ölçekler	Grup	N	Ortalama	Ortalama Toplamı/sd	U ^a /t ^b	p
OMÖ	Toplam	İlköğretim	68	52.79	3590	1136 ^a	.707
		Lise ve Üstü	35	50.46	1766		
TİE	Diğer İnsanlara Yönelik	İlköğretim	68	9.53	5.32	-0.095 ^b	.925
		Lise ve Üstü	35	9.63	4.89		
	Kendine Yönelik	İlköğretim	68	12.35	6.72	-2.214 ^{b*}	.037
		Lise ve Üstü	35	15.09	5.89		
	Toplam	İlköğretim	68	21.97	11.42	-1.327 ^b	.188
		Lise ve Üstü	35	24.71	9.08		
OİRE	İstemsiz Ruminasyon	İlköğretim	68	17.52	7.90	-0.097 ^b	.923
		Lise ve Üstü	35	17.69	8.80		
	İstemli Ruminasyon	İlköğretim	68	16.03	7	-0.572 ^b	.569
		Lise ve Üstü	35	16.89	7.30		
MPSS	Özel Bir İnsan	İlköğretim	68	51.14	3477.5	1131.5 ^a	.668
		Lise ve Üstü	35	53.67	18.78.5		
	Aile	İlköğretim	68	54.04	3675	1051 ^a	.267
		Lise ve Üstü	35	48.03	1681		
	Arkadaşlar	İlköğretim	68	53.24	3620.5	1105.5 ^a	.553
		Lise ve Üstü	35	49.59	1735.5		
HAD	Depresyon	İlköğretim	68	55.43	3769	957 ^a	.103
		Lise ve Üstü	35	45.34	1587		
	Anksiyete	İlköğretim	68	8.71	4.45	0.946 ^b	.348
		Lise ve Üstü	35	7.86	4.24		
TSGÖ	Diğerleri İle İlişkilerdeki Değişim	İlköğretim	68	24.06	6.68	2.081 ^{b*}	.040
		Lise ve Üstü	35	21.63	4.98		
	Hayat Felsefesindeki Değişim	İlköğretim	68	14.84	5.79	0.399 ^b	.691
		Lise ve Üstü	35	14.40	5		
	Kendilik Algısındaki Değişim	İlköğretim	68	52.92	3598.5	1127.5 ^a	.663
		Lise ve Üstü	35	50.21	1757.5		
	Toplam	İlköğretim	68	73.04	17.47	0.997 ^b	.322
		Lise ve Üstü	35	69.91	13.72		

*p<.05

4. 7. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puanları Açısından

Karşılaştırılması

Katılımcılar çalışma durumuna göre, uygulanan ölçeklerin alt ölçek ve toplam puanları açısından karşılaştırılmış, Tablo 7’de sonuçlar gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, gruplar arasında, HAD-Depresyon ($U=527.5$, $p<.05$) ve HAD-Anksiyete ($U=472$, $p<.01$) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu diğer ölçek puanları açısından ise anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir. Buna göre, çalışan kişiler (Ort.=36.88) çalışmayanlara göre (Ort.=55.64) anlamlı olarak daha düşük HAD-Depresyon puanı almışlardır. Benzer şekilde, çalışan kişiler (Ort.=34.10) çalışmayanlara göre (Ort.=56.31) anlamlı olarak daha düşük HAD-Anksiyete puanına sahiptirler.



Tablo 7. Örneklemen Çalışma Durumuna Göre Uygulanan Tüm Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Ölçekler	Grup	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
OMÖ	Toplam	Çalışan	20	40.58	811.5	601.5	.057
		Çalışmayan	83	54.75	4544.5		
TİE	Diğer İnsanlara Yönelik	Çalışan	20	48.48	969.5	759.5	.556
		Çalışmayan	83	52.85	4386.5		
	Kendine Yönelik	Çalışan	20	51.88	1037.5	827.5	.983
		Çalışmayan	83	52.03	4318.5		
	Toplam	Çalışan	20	50.48	1009.5	799.5	.799
		Çalışmayan	83	52.37	4346.5		
OİRE	İstemsiz Ruminasyon	Çalışan	20	44.30	886	676	.199
		Çalışmayan	83	53.86	4470		
	İstemli Ruminasyon	Çalışan	20	40.80	816	606	.061
		Çalışmayan	83	54.70	4540		
MPSS	Özel Bir İnsan	Çalışan	20	59.73	1194.5	675.5	.175
		Çalışmayan	83	50.14	4164.5		
	Aile	Çalışan	20	60.65	1213	657	.098
		Çalışmayan	83	49.92	4143		
	Arkadaşlar	Çalışan	20	57.35	1147	723	.369
		Çalışmayan	83	50.71	4209		
HAD	Depresyon	Çalışan	20	36.88	737.5	527.5*	.011
		Çalışmayan	83	55.64	4618.5		
	Anksiyete	Çalışan	20	34.10	682	472**	.003
		Çalışmayan	83	56.31	4674		
TSGÖ	Diğerleri İle İlişkilerdeki Değişim	Çalışan	20	41	820	610	.066
		Çalışmayan	83	54.65	4536		
	Hayat Felsefesindeki Değişim	Çalışan	20	51.50	1030	820	.933
		Çalışmayan	83	52.12	4326		
	Kendilik Algısındaki Değişim	Çalışan	20	46.80	936	726	.385
		Çalışmayan	83	53.25	4420		
	Toplam	Çalışan	20	44.68	893.5	683.5	.222
		Çalışmayan	83	53.77	4462.5		

* $p < .05$, ** $p < .01$

4. 8. Katılımcıların Hastalık Süresine Göre Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Katılımcılar hastalık süresine göre, uygulanan ölçeklerin alt ölçek ve toplam puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 8). Gruplar arasında, OMÖ toplam ($U = -776.5$, $p < .01$),

TSGÖ-Diğerleri İle ilişkilerde Değişim ($t=-2.118$, $p<.05$) ve TSGÖ toplam ($t=-2.213$, $p<.05$) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu diğer ölçek puanları açısından ise anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Buna göre, hastalık süresi 10 yıl altı olanlar (Ort.=140.53) hastalık süresi 10 yıl üstü olanlara göre (Ort.=57.41) anlamlı olarak daha düşük OMÖ toplam puanı almışlardır. Tersine hastalık süresi 10 yıl altı olanlar (Ort.=6.91±1.2) hastalık süresi 10 yıl üstü olanlara göre (Ort.=5.7±0.68) anlamlı olarak daha yüksek TSGÖ-Diğerleri İle İlişkilerdeki Değişim puanına sahiptir. Hastalık süresi 10 yıl altı olanlar (Ort.=66.7±17.21) hastalık süresi 10 yıl üstü olanlara göre (Ort.=74.47±15.33) anlamlı olarak daha düşük TSGÖ toplam puanı almışlardır.

Tablo 8. Örneklemen Hastalık Süresine Göre Uygulanan Tüm Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Ölçekler	Grup	N	Ortalama	Ortalama Toplamı/sd	U ^a /t ^b	p
OMÖ	Toplam	10 Yıl Altı	33	40.53	1337.5	776.5 ^{**a}	.007
		10 Yıl Üstü	70	57.41	4018.5		
TİE	Diğer İnsanlara Yönelik	10 Yıl Altı	33	5.76	1	-1.882 ^b	.065
		10 Yıl Üstü	70	4.73	0.56		
	Kendine Yönelik	10 Yıl Altı	33	11.94	7.29	-1.348 ^b	.183
		10 Yıl Üstü	70	13.91	6.12		
	Toplam	10 Yıl Altı	33	20.03	11.66	-1.793 ^b	.079
		10 Yıl Üstü	70	24.26	10.05		
OİRE	İstemsiz Ruminasyon	10 Yıl Altı	33	9.22	1.6	-1.622 ^b	.111
		10 Yıl Üstü	70	7.51	0.9		
	İstemli Ruminasyon	10 Yıl Altı	33	7.13	1.24	-1.237 ^b	.221
		10 Yıl Üstü	70	7.02	0.84		
	Özel Bir İnsan	10 Yıl Altı	33	54.21	1789	1082 ^a	.587

MPSS		10 Yıl Üstü	70	50.96	3567		
	Aile	10 Yıl Altı	33	49.02	1617.5	1056.5 ^a	.424
		10 Yıl Üstü	70	53.41	3738.5		
	Arkadaşlar	10 Yıl Altı	33	56.11	1851.5	1019.5 ^a	.335
		10 Yıl Üstü	70	50.06	3504.5		
HAD	Depresyon	10 Yıl Altı	33	44.86	1480.5	919.5 ^a	.095
		10 Yıl Üstü	70	55.36	3875.5		
	Anksiyete	10 Yıl Altı	33	3.99	0.7	-1.152 ^b	.253
		10 Yıl Üstü	70	4.54	0.54		
TSGÖ	Diğerleri İle İlişkilerdeki Değişim	10 Yıl Altı	33	6.91	1.2	-2.118 ^{*b}	.039
		10 Yıl Üstü	70	5.7	0.68		
	Hayat Felsefesindeki Değişim	10 Yıl Altı	33	5.16	0.9	-1.581 ^b	.119
		10 Yıl Üstü	70	5.62	0.67		
	Kendilik Algısındaki Değişim	10 Yıl Altı	33	43.88	1448	887 ^a	.058
		10 Yıl Üstü	70	55.83	3908		
	Toplam	10 Yıl Altı	33	66.7	17.21	-2.213 ^{*b}	.031
		10 Yıl Üstü	70	74.47	15.33		

* $p < .05$, ** $p < .01$

4. 9. Katılımcıların Hastalıklarının Aktif Düzeylerine Göre Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların hastalıklarının şu anki aktiflik düzeylerine göre, uygulanan ölçeklerin alt ölçek ve toplam puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 9). Gruplar arasında, HAD-Depresyon ($X^2=16.717$, $p < .001$) ve HAD-Anksiyete ($X^2=18.708$, $p < .001$) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu diğer ölçek puanları açısından ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Ortaya çıkan bu farkların kaynağını belirlemek için Mann Whitney U analiz yapılmıştır. Buna göre, hastalıklarının şu anki aktiflik düzeyi hiç/biraz olanlar (Ort.=34.53) hastalıklarının şu anki aktiflik düzeyi orta olanlardan (Ort.=53.34) anlamlı olarak daha düşük HAD-Depresyon puanı almışlardır (U=519, $p<.001$). Benzer şekilde, hastalıklarının şu anki aktiflik düzeyi hiç/biraz olanlar (Ort.=27.02) hastalıklarının şu anki aktiflik düzeyi fazla/çok fazla olanlardan (Ort.=43.35) anlamlı olarak daha düşük HAD-Depresyon puanı almışlardır (U=181, $p<.01$).

Hastalıklarının şu anki aktiflik düzeyi hiç/biraz olanlar (Ort.=36.41) hastalıklarının şu anki aktiflik düzeyi orta olanlardan (Ort.=51.28) anlamlı olarak daha düşük HAD-Anksiyete puanı almışlardır (U=603.5, $p<.01$). Yine, hastalıklarının şu anki aktiflik düzeyi hiç/biraz olanlar (Ort.=25.93) hastalıklarının şu anki aktiflik düzeyi fazla/çok fazla olanlardan (Ort.=46.24) anlamlı olarak daha düşük HAD-Anksiyete puanına sahiptirler (U=132, $p<.001$). Hastalıklarının şu anki aktiflik düzeyi orta olanlar (Ort.=26.32) hastalıklarının şu anki aktiflik düzeyi fazla/çok fazla olanlardan (Ort.=37.18) anlamlı olarak daha düşük HAD-Anksiyete puanı almışlardır (U=218, $p<.05$).

Tablo 9. Örneklemin Hastalıklarının Şu Anki Aktivlik Düzeylerine Göre Uygulanan Tüm Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Sıra Ortalama	sd	X ²	p
OMÖ	Hiç/Biraz	45	47.92	2	4.812	.090
	Orta	41	50.56			
	Fazla/Çok Fazla	17	66.26			
TİE- Diğer İnsanlara Yönelik	Hiç/Biraz	45	50.92	2	0.276	.871
	Orta	41	51.79			
	Fazla/Çok Fazla	17	55.35			
TİE-Kendine Yönelik	Hiç/Biraz	45	51.23	2	0.860	.650
	Orta	41	50.33			
	Fazla/Çok Fazla	17	58.06			
TİE Toplam	Hiç/Biraz	45	51.04	2	0.779	.678
	Orta	41	50.63			
	Fazla/Çok Fazla	17	57.82			
OİRE- İstemsiz Ruminasyon	Hiç/Biraz	45	49.21	2	0.700	.705
	Orta	41	54.04			
	Fazla/Çok Fazla	17	54.47			
OİRE- İstemli Ruminasyon	Hiç/Biraz	45	52.59	2	0.106	.948
	Orta	41	50.85			
	Fazla/Çok Fazla	17	53.21			
MPSS- Özel Bir İnsan	Hiç/Biraz	45	56.38			

	Orta	41	50.07	2	2.272	.321
	Fazla/Çok Fazla	17	45.06			
MPSS-Aile	Hiç/Biraz	45	53.19	2	0.626	.731
	Orta	41	49.59			
	Fazla/Çok Fazla	17	54.68			
MPSS-Arkadaşlar	Hiç/Biraz	45	57.18	2	3.204	.201
	Orta	41	50.18			
	Fazla/Çok Fazla	17	42.68			
HAD Depresyon	Hiç/Biraz	45	38.56	2	16.717*	.000
	Orta	41	60.80			
	Fazla/Çok Fazla	17	66.35			
HAD Anksiyete	Hiç/Biraz	45	39.34	2	18.708*	.000
	Orta	41	56.60			
	Fazla/Çok Fazla	17	74.41			
TSGÖ-Diğerleri İle İlişkilerdeki Değişim	Hiç/Biraz	45	50.98	2	0.244	.885
	Orta	41	53.77			
	Fazla/Çok Fazla	17	50.44			
TSGÖ-Hayat Felsefesindeki Değişim	Hiç/Biraz	45	57.20	2	4.531	.104
	Orta	41	51.62			
	Fazla/Çok Fazla	17	39.15			
TSGÖ-Kendilik	Hiç/Biraz	45	55.06			

Algısındaki Değişim	Orta	41	51.39	2	1.328	.515
	Fazla/Çok Fazla	17	45.38			
TSGÖ Toplam	Hiç/Biraz	45	55	2	1.707	.427
	Orta	41	52.06			
	Fazla/Çok Fazla	17	43.91			

* $p<.001$

4. 10. Katılımcıların Travmatik Deneyim Düzeylerine Göre Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeylerine göre, uygulanan ölçeklerin alt ölçek ve toplam puanları açısından karşılaştırılmış, sonuçlar Tablo 10'da gösterilmiştir. Gruplar arasında, OMÖ toplam ($X^2=11.846$, $p<.01$), TİE-Diğer İnsanlara Yönelik ($X^2=6.381$, $p<.05$), OİRE-İstemsiz Ruminasyon ($X^2=17.289$, $p<.001$), OİRE-İstemli Ruminasyon ($X^2=11.747$, $p<.01$), HAD-Depresyon ($X^2=22.267$, $p<.001$) ve HAD-Anksiyete ($X^2=27.523$, $p<.001$) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu diğer ölçek puanları açısından ise anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Ortaya çıkan bu farkların kaynağını belirlemek için Mann Whitney U analiz yapılmıştır. Buna göre, hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi hiç/biraz olanlar (Ort.=25.34) hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi fazla/çok fazla olanlardan (Ort.=40.91) anlamlı olarak daha düşük OMÖ toplam puanı almışlardır ($U=303.5$, $p<.01$). Benzer şekilde, hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi orta olanlar (Ort.=32.03) hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi fazla/çok fazla olanlardan (Ort.=43.23) anlamlı olarak daha düşük OMÖ toplam puanına sahiptirler ($U=491$, $p<.05$).

Hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi hiç/biraz olanlar (Ort.=27.63) hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi fazla/çok fazla olanlardan (Ort.=39.51) anlamlı olarak daha düşük TİE-Diğer İnsanlara Yönelik puanı almışlardır (U=367.5, $p<.05$).

Hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi hiç/biraz olanlar (Ort.=23.32) hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi fazla/çok fazla olanlardan (Ort.=42.33) anlamlı olarak daha düşük OİRE-İstemsiz Ruminasyon puanı almışlardır (U=247, $p<.001$). Benzer şekilde, hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi orta olanlar (Ort.=30.84) hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi fazla/çok fazla olanlardan (Ort.=44.26) anlamlı olarak daha düşük OİRE-İstemsiz Ruminasyon puanına sahiptirler (U=449.5, $p<.01$).

Hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi hiç/biraz olanlar (Ort.=25.30) hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi fazla/çok fazla olanlardan (Ort.=40.94) anlamlı olarak daha düşük OİRE-İstemli Ruminasyon puanı almışlardır (U=302.5, $p<.01$). Benzer şekilde, hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi orta olanlar (Ort.=31.91) hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi fazla/çok fazla olanlardan (Ort.=43.33) anlamlı olarak daha düşük OİRE-İstemli Ruminasyon puanına sahiptirler (U=487, $p<.05$).

Hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi hiç/biraz olanlar (Ort.=23.39) hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi orta olanlardan (Ort.=38.89) anlamlı olarak daha düşük HAD-Depresyon puanı almışlardır (U=249, $p<.01$). Benzer şekilde, hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi orta olanlar (Ort.=32.06) hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi fazla/çok fazla

olanlardan (Ort.=43.20) anlamlı olarak daha düşük HAD-Depresyon puanına sahiptirler (U=492, $p<.05$). Yine, hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi hiç/biraz olanlar (Ort.=22.29) hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi fazla/çok fazla olanlardan (Ort.=43.05) anlamlı olarak daha düşük HAD-Depresyon puanına sahiptirler (U=218, $p<.001$).

Hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi hiç/biraz olanlar (Ort.=24.98) hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi orta olanlardan (Ort.=37.61) anlamlı olarak daha düşük HAD-Anksiyete puanı almışlardır (U=293.5, $p<.01$). Benzer şekilde, hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi orta olanlar (Ort.=30.66) hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi fazla/çok fazla olanlardan (Ort.=44.43) anlamlı olarak daha düşük HAD-Anksiyete puanına sahiptirler (U=443, $p<.01$). Yine, hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi hiç/biraz olanlar (Ort.=19.82) hastalıkları nedeniyle hayattaki travmatik deneyim düzeyi fazla/çok fazla olanlardan (Ort.=44.78) anlamlı olarak daha düşük HAD-Anksiyete puanına sahiptirler (U=149, $p<.001$).

Tablo 10. Örneklemen Hastalıkları Nedeniyle Hayattaki Travmatik Deneyim Düzeylerine Göre Uygulanan Tüm Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Sıra Ortalama	sd	X ²	p
OMÖ	Hiç/Biraz	28	38.79	2	11.846**	.003
	Orta	35	49.27			
	Fazla/Çok Fazla	40	63.64			
TİE- Diğer İnsanlara Yönelik	Hiç/Biraz	28	41.30	2	6.381*	.041
	Orta	35	51.59			
	Fazla/Çok Fazla	40	59.85			
TİE-Kendine Yönelik	Hiç/Biraz	28	47.95	2	2.851	.240
	Orta	35	48.13			
	Fazla/Çok Fazla	40	58.23			
TİE Toplam	Hiç/Biraz	28	44.14	2	4.940	.085
	Orta	35	49.37			
	Fazla/Çok Fazla	40	59.80			
OİRE-İstemsiz Ruminasyon	Hiç/Biraz	28	36.13	2	17.289***	.000
	Orta	35	48.60			
	Fazla/Çok Fazla	40	66.09			
OİRE-İstemli Ruminasyon	Hiç/Biraz	28	39.25	2	11.747**	.003
	Orta	35	48.76			
	Fazla/Çok Fazla	40	63.76			
MPSS- Özel Bir İnsan	Hiç/Biraz	28	52.86			

	Orta	35	55.53	2	1.239	.538
	Fazla/Çok Fazla	40	48.31			
MPSS-Aile	Hiç/Biraz	28	53.98	2	0.795	.672
	Orta	35	48.83			
	Fazla/Çok Fazla	40	53.39			
MPSS-Arkadaşlar	Hiç/Biraz	28	54.39	2	0.467	.792
	Orta	35	49.40			
	Fazla/Çok Fazla	40	52.60			
HAD Depresyon	Hiç/Biraz	28	31.18	2	22.267***	.000
	Orta	35	52.94			
	Fazla/Çok Fazla	40	65.75			
HAD Anksiyete	Hiç/Biraz	28	30.30	2	27.523***	.000
	Orta	35	50.27			
	Fazla/Çok Fazla	40	68.70			
TSGÖ- Diğerleri İle İlişkilerdeki Değişim	Hiç/Biraz	28	56.18	2	0.790	.674
	Orta	35	49.76			
	Fazla/Çok Fazla	40	51.04			
TSGÖ-Hayat Felsefesindeki Değişim	Hiç/Biraz	28	61.23	2	3.786	.151
	Orta	35	49.73			
	Fazla/Çok Fazla	40	47.53			
TSGÖ-Kendilik	Hiç/Biraz	28	56.50			

Algısındaki Değişim	Orta	35	49.77	2	0.898	.638
	Fazla/Çok Fazla	40	50.80			
TSGÖ Toplam	Hiç/Biraz	28	58.14	2	1.629	.443
	Orta	35	49.87			
	Fazla/Çok Fazla	40	49.56			

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

4. 11. Katılımcıların Kontrol Edilebilirlik Algılarına Göre Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların hastalığın ne kadar kontrol edilebilir olduğuna göre, uygulanan ölçeklerin alt ölçek ve toplam puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 11). Gruplar arasında, sadece TSGÖ-Hayat Felsefesindeki Değişim ($X^2=8.656$, $p<.05$) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu diğer ölçek puanları açısından ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Ortaya çıkan bu farkların kaynağını belirlemek için Mann Whitney U analiz yapılmıştır. Buna göre, hastalığın ne kadar kontrol edilebilir olduğu hiç/biraz olanlar (Ort.=22.93) hastalığın ne kadar kontrol edilebilir olduğu fazla/çok fazla olanlardan (Ort.=34.96) anlamlı olarak daha düşük TSGÖ-Hayat Felsefesindeki Değişim puanı almışlardır ($U=130.5$, $p<.05$). Benzer şekilde, hastalığın ne kadar kontrol edilebilir olduğu orta olanlar (Ort.=30.07) hastalığın ne kadar kontrol edilebilir olduğu fazla/çok fazla olanlardan (Ort.=44.73) anlamlı olarak daha düşük TSGÖ-Hayat Felsefesindeki Değişim puanına sahiptirler ($U=185.5$, $p<.05$).

Tablo 11. Örneklemin Hastalığın Ne Kadar Kontrol Edilebilir Olduğuna Göre Uygulanan Tüm Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Sıra Ortalama	sd	X ²	p
OMÖ	Hiç/Biraz	38	57.38	2	5.309	.070
	Orta	52	45.46			
	Fazla/Çok Fazla	13	62.42			
TİE- Diğer İnsanlara Yönelik	Hiç/Biraz	38	53.55	2	0.683	.711
	Orta	52	49.76			
	Fazla/Çok Fazla	13	56.42			
TİE-Kendine Yönelik	Hiç/Biraz	38	54.66	2	0.505	.777
	Orta	52	50.14			
	Fazla/Çok Fazla	13	51.65			
TİE Toplam	Hiç/Biraz	38	54.22	2	0.702	.704
	Orta	52	49.58			
	Fazla/Çok Fazla	13	55.19			
OİRE- İstemsiz Ruminasyon	Hiç/Biraz	38	55.97	2	1.512	.469
	Orta	52	48.44			
	Fazla/Çok Fazla	13	54.62			
OİRE- İstemli Ruminasyon	Hiç/Biraz	38	52.28	2	1.268	.531
	Orta	52	49.76			
	Fazla/Çok Fazla	13	60.15			
MPSS- Özel Bir İnsan	Hiç/Biraz	38	51.51			

	Orta	52	51.60	2	0.170	.918
	Fazla/Çok Fazla	13	55.04			
MPSS-Aile	Hiç/Biraz	38	54.38	2	0.710	.701
	Orta	52	49.88			
	Fazla/Çok Fazla	13	53.54			
MPSS-Arkadaşlar	Hiç/Biraz	38	49.79	2	5.925	.052
	Orta	52	48.94			
	Fazla/Çok Fazla	13	70.69			
HAD Depresyon	Hiç/Biraz	38	59.12	2	3.719	.156
	Orta	52	48.81			
	Fazla/Çok Fazla	13	43.96			
HAD Anksiyete	Hiç/Biraz	38	56.30	2	2.043	.360
	Orta	52	51.13			
	Fazla/Çok Fazla	13	42.92			
TSGÖ-Diğerleri İle İlişkilerdeki Değişim	Hiç/Biraz	38	53.92	2	2.269	.322
	Orta	52	48.25			
	Fazla/Çok Fazla	13	61.38			
TSGÖ-Hayat Felsefesindeki Değişim	Hiç/Biraz	38	44.51	2	8.656*	.013
	Orta	52	52.30			
	Fazla/Çok Fazla	13	72.69			
TSGÖ-Kendilik	Hiç/Biraz	38	51.16			

Algısındaki Değişim	Orta	52	50	2	1.865	.393
	Fazla/Çok Fazla	13	62.46			
TSGÖ Toplam	Hiç/Biraz	38	49.28	2	3.947	.139
	Orta	52	50.15			
	Fazla/Çok Fazla	13	67.35			

* $p < .05$

4. 12. Katılımcıların Travma Sonrası Gelişim Düzeyini Etkileyen Parametrelerin Korelasyon Sonuçları

Katılımcıların yaş, hastalık süresi, TSGÖ ölçek puanları ile diğer ölçek puanları arasında ilişki olup olmadığı incelenmiş, sonuçlar Tablo 12’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, yaş ile OİRE-İstemsiz Ruminasyon ($r = -.219$, $p < .05$) ve OİRE-İstemli Ruminasyon ($r = -.282$, $p < .01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

TSGÖ-Diğerleri ile İlişkilerde Değişim puanı ile OMÖ toplam ($r = .213$, $p < .05$), TİE-Diğer İnsanlara Yönelik ($r = .206$, $p < .05$), TİE-Kendine Yönelik ($r = .211$, $p < .05$), TİE toplam ($r = .235$, $p < .05$) ve OİRE-İstemli Ruminasyon ($r = .293$, $p < .01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

TSGÖ-Hayat Felsefesindeki Değişim puanı ile OMÖ toplam ($r = .263$, $p < .01$), TİE-Diğer İnsanlara Yönelik ($r = .338$, $p < .01$), TİE-Kendine Yönelik ($r = .329$, $p < .01$), TİE toplam ($r = .370$, $p < .01$), OİRE-İstemsiz Ruminasyon ($r = .264$, $p < .01$), OİRE-İstemli Ruminasyon ($r = .346$, $p < .01$), MPSS-Özel Bir İnsan ($r = .201$, $p < .05$), MPSS-Arkadaşlar

($r=.321$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde, HAD-Depresyon ($r=-.245$, $p<.05$) puanı arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir.

TSGÖ-Kendilik Algısındaki Değişim puanı ile OMÖ toplam ($r=.387$, $p<.01$), TİE-Kendine Yönelik ($r=.311$, $p<.01$), TİE toplam ($r=.267$, $p<.01$), OİRE-İstemsiz Ruminasyon ($r=.317$, $p<.01$) ve OİRE-İstemli Ruminasyon ($r=.419$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

TSGÖ toplam puanı ile OMÖ toplam ($r=.347$, $p<.01$), TİE-Diğer İnsanlara Yönelik ($r=.311$, $p<.01$), TİE-Kendine Yönelik ($r=.304$, $p<.01$), TİE toplam ($r=.342$, $p<.01$), OİRE-İstemsiz Ruminasyon ($r=.288$, $p<.01$), OİRE-İstemli Ruminasyon ($r=.429$, $p<.01$) ve MPSS-Aile ($r=.218$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

Tablo 12. Örneklemin Yaş, Hastalık Süresi, TSGÖ Ölçek Puanları İle Diğer Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Değişkenler	Yaş	TSGÖ- Diğerleri İle İlişkilerdeki Değişim	TSGÖ-Hayat Felsefesindeki Değişim	TSGÖ- Kendilik Algısındaki Değişim	TSGÖ Toplam
Yaş	-	.075	-.167	-.125	-.074
OMÖ Toplam	-.013	.213*	.263**	.387**	.347**
TİE-Diğer İnsanlara Yönelik	-.155	.206*	.338**	.148	.311**
TİE-Kendine Yönelik	-.149	.211*	.329**	.311**	.304**
TİE-Toplam	-.166	.235*	.370**	.267**	.342**
OİRE-İstemsiz Ruminasyon	-.219*	.170	.264**	.317**	.288**
OİRE-İstemli Ruminasyon	-.282**	.293**	.346**	.419**	.429**
MPSS- Özel Bir İnsan	-.035	.076	.201*	.078	.137
MPSS-Aile	.033	.186	.180	.169	.218*
MPSS- Arkadaşlar	-.104	.146	.321**	.074	.193
HAD- Depresyon	.072	-.109	-.245*	-.084	-.153
HAD- Anksiyete	.029	-.021	-.172	-.015	-.072
DAS	.176	.168	-.131	.044	.57

* $p < .05$, ** $p < .01$

4. 13. Katılımcıların Travma Sonrası Gelişim Düzeyini Etkileyen

Parametrelerin Regresyon Analizi

Yapılan korelasyon analizi sonucunda, TSGÖ toplam puan ile anlamlı ilişkisi olan ve varsayımları karşılayan değişkenlere ait doğrusal regresyon analiz sonuçları Tablo 13'te gösterilmiştir. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli $F_{(4-98)}=8.917$, $p < .001$ ve bağımlı değişkendeki varyansın %24'ünü ($R^2_{\text{adjusted}}=.24$) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur. Buna göre bağımsız değişkenlerden hem OİRE-İstemli Ruminasyon puanı $\beta=.42$, $t_{(98)}=3.157$, $p < .01$, $pr^2=.9$, hem de MPSS-Aile puanı $\beta=.24$, $t_{(98)}=2.760$, $p < .01$, $pr^2=.7$ olumlu ve anlamlı olarak yordanmaktadır. OMÖ toplam puan $\beta=-$

.19, $t_{(98)}=1.600$, $p=.113$ ve OİRE-İstemsiz Ruminasyon puanı $\beta=-.14$, $t_{(98)}=-1.025$, $p=.308$ değişkenleri ise bağımsız değişkeni anlamlı olarak yordayamamaktadır.

Tablo 13. TSGÖ Toplam Puanın Yordanmasına İlişkin Çoklu Regresyon analiz Sonuçları

Değişken	B	Sabit Hata B	β	T	p	İkili r	Kısmi r
Sabit	22.916	9.960	-	2.301	.024	-	-
OMÖ Toplam	0.179	0.112	0.122	1.600	.113	0.365	0.160
OİRE-İstemsiz Ruminasyon	-0.286	0.279	-0.144	-1.025	.308	0.288	-0.103
OİRE-İstemli Ruminasyon	0.974	0.309	0.423	3.157*	.002	0.429	0.304
MPSS-Aile	0.818	0.296	0.239	2.760*	.007	0.236	0.269

$R=0.52$ $R^2_{\text{adjusted}}=0.24$

$F_{(4-98)}=78.917$ $p=.000$

* $p<.01$

5. TARTIŞMA

5.1. Psikolojik Sıkıntı Düzeyi

Bu çalışmada, RA hastalarında psikolojik sıkıntıyı değerlendirmek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılmıştır. Elde edilen bulgular, RA hastalarında kaygı ve depresyon prevalansının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Hastaların ortalama anksiyete puanı 8,42, depresyon puanı ise 7,18 olarak bulunmuştur. Kesme puanını aşan hasta oranları anksiyete ve depresyon için sırasıyla %40,8 ve %55,3'tür. Bu bulgular, RA'nın sadece fiziksel belirtilerle sınırlı kalmayıp, aynı zamanda psikolojik boyutta da önemli etkilerinin olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

Mevcut çalışmada elde edilen kaygı ve depresyon puanları, diğer Türk RA hasta örneklerinde gözlenen değerlerle karşılaştırıldığında daha yüksektir. Altan ve ark. tarafından yapılan çalışmada ortalama anksiyete ve depresyon puanları sırasıyla 8.24 ve 6.50 olarak bulunmuştur (5). Benzer şekilde, Türkiye'de 2019 yılında yapılan bir çalışmada RA hastalarının HAD depresyon skoru ortalama 5.8, HAD anksiyete skoru ise ortalama 5.4 olarak belirlenmiştir (197). Mevcut çalışmadaki hastalar, diğer ülkelerdeki RA hastalarına göre de daha yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı yaşamışlardır. Örneğin, bir çalışmada RA hastalarının ortalama depresyon puanı HAD'de 6.46 olarak bildirilmiştir (71).

Çalışmadaki kaygı ve depresyon düzeylerinin diğer çalışmalara göre daha yüksek olmasının sosyo-demografik farklılıklarla açıklanabileceği düşünülmektedir. Örneklemdeki hastaların çoğunluğu daha düşük eğitim düzeyi olan ve iş sahibi olmayan kişilerden oluşmaktadır. Düşük eğitim düzeyi ve işsizliğin psikolojik sıkıntı riskini artıran faktörler olduğu bilinmektedir (198).

5.1.2. Psikolojik Sıkıntı ve Etkileyen Sosyodemografik Faktörler

Bulgularımız, depresyon ve anksiyete puanlarının kadınlarda erkeklerden anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, RA hastalarında kadın cinsiyetinin, psikolojik sıkıntılar üzerindeki etkisini inceleyen literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir. (199) Romatoid artrit kadınlarda daha sık görülmesi ve kadınların sosyal ve duygusal açıdan daha fazla stres yaşayabilmesi bu bulguyu açıklayabilir. Ancak bu bulgu, Treharne ve ark. tarafından RA hastalarının psikolojik sıkıntı ile ilgili değişkenleri inceleyen çalışmadan farklıdır. Bu çalışmada, erkekler ve kadınlar arasında kaygı ve depresyon açısından bir fark bulunmamıştır (71).

Bu çalışmadaki RA hastalarının çoğunluğunun ev hanımı oldukları görülmektedir. RA'nın hastaların işlevleri üzerindeki etkisi, ev kadını rolünü yerine getirmek için ciddi bir tehdit olarak algılanabilir. Hastalıkları nedeni ile sosyal rollerini yerine getirmekte zorlanan hastalarda depresyon, anksiyete ve öfke düzeylerinde artış olduğu bildirilmektedir (49). Ayrıca hastalar, yaşamlarını sürdürebilmek için başkalarına bağımlı hale gelebilirler. Dolayısıyla, RA'nın getirdiği kısıtlamalar kadınlar için daha büyük bir tehdit oluşturabilir. Bununla birlikte, cinsiyetin psikolojik sıkıntı ile ilişkili olduğu bulunmuş olsa da, bu bulgu çalışmadaki erkek sayısının sınırlı olması nedeniyle bu bulgu ihtiyatlı bir şekilde yorumlanmalıdır.

Çalışmayan hastaların çalışan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek depresyon ve anksiyete puanı aldıkları gözlemlenmiştir. Alanyazında RA hastalarında iş sahibi olmamanın depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (49). Çalışmamızdaki

RA grubunda anksiyete ve depresyon prevalansının yüksek olmasına, hastalarımızın düşük eğitim düzeyi ve çalışma durumu katkıda bulunduğu düşünülebilir. Düşük eğitim düzeyi, hastaların hastalıkla başa çıkma becerilerini olumsuz etkileyebilir ve psikolojik sıkıntı riskini artırabilir. Bu sonuçlar, iş durumunun psikolojik sıkıntı üzerinde önemli bir faktör olabileceğini göstermektedir.

5.1.3 Psikolojik Sıkıntı ve Hastalıkla İlişkili Faktörler

Bu çalışmada, romatoid artrit (RA) hastalarında hastalık aktivitesinin objektif bir ölçüsü olarak DAS-28 endeksi kullanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, hastalığın objektif şiddeti ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Romatizmal hastalık şiddetinin psikolojik sıkıntılarla ilişkisi uzun süredir araştırılmaktadır. Çoğu çalışma, daha ciddi hastalığı olan bireylerin psikolojik sıkıntıları daha fazla deneyimlediği varsayımına dayanır. Ancak, bu ilişkiyi araştıran çalışmaların sonuçları genellikle çelişkilidir ve kesin bir kanıt sunmamaktadır. Bulgularımızla uyumlu olarak, hastalık aktivitesi bir dizi araştırmada psikolojik sıkıntı ile ilişkili bulunmamıştır (149, 199). Çalışmadaki hastaların ortalama DAS-28 puanı 3.15 olarak belirlenmiştir, bu da ortalama bir hastalık aktivitesi seviyesine işaret etmektedir. Orta derecede hastalık aktivitesine sahip hastaların psikolojik sıkıntıları, düşük veya yüksek hastalık aktivitesine sahip hastalardan farklı şekilde etkilenebilir. Bu bağlamda, hastaların orta derecede hastalık aktivitesine sahip olması, psikolojik sıkıntılar ve hastalık aktivitesi arasındaki ilişkinin belirsizliğine katkı sağlamış olabilir.

Hastalığın aktiflik düzeyine ilişkin öznel algılar ve hastalığın travmatik olarak değerlendirilmesi, RA hastalarının psikolojik sıkıntılarıyla ilişkilendirilmiştir (149). Bu

çalışmada, hastaların hastalığın değerlendirme anındaki aktiflik düzeyini algılama şekillerinin, depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerinde belirgin etkileri olduğu gözlemlenmiştir. Özellikle, hastaların hastalıklarını düşük düzeyde aktif algılamaları, orta veya yüksek aktiflik düzeyi algısına sahip olanlara kıyasla anlamlı ölçüde daha düşük depresyon ve anksiyete puanları almışlardır. Bu durum, hastaların hastalık algılarının, psikolojik sıkıntı düzeyini belirlemede önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Benzer şekilde, hastalıklarını travmatik bir deneyim olarak algılayan bireylerin, düşük travmatik deneyim algısına sahip olanlara göre daha yüksek depresyon ve anksiyete düzeylerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bulgularımızla tutarlı olarak, RA hastalarını içeren çalışmalarda hastalığı şiddetli, kontrol edilemez ve travmatik olarak algılayan bireylerde depresyon, anksiyete ve stres gibi psikolojik sıkıntıların daha sık görülebileceği bildirilmiştir (49, 50, 149). Bu durum, hastaların sürekli olarak hastalıkla baş etme mücadelesi verdiği, geleceklerinden endişe duyduğu durumlarda psikolojik sıkıntıların artabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, kronik hastalık araştırmaları kapsamında travmatik deneyim algısının psikolojik sıkıntılarla ilişkili olduğu da gözlemlenmiştir. Bulgularımızla tutarlı olarak, travma algısı, hastaların hastalıkla başa çıkma becerilerini ve geleceğe dair umutlarını olumsuz etkileyerek psikolojik sıkıntıların artmasına yol açabilir (49).

Sonuç olarak, bulgularımız RA hastalarında psikolojik sıkıntıyı değerlendirirken sadece objektif hastalık aktivitesinin değil, aynı zamanda hastaların hastalık algılarının da dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

5.2. Travma Sonrası Gelişim Düzeyi

Bu çalışmada, 107 RA hastasının TSG düzeyi ortalama 71.98 olarak bulunmuştur. Bu bulgu, daha önce Türk RA hastaları üzerinde yapılan çalışmada belirlenen ortalama 51.86 TSG düzeyinden önemli ölçüde yüksektir (19). Ancak önceki çalışmadaki yazarlar, bildirilen TSG düzeyinin literatüre göre düşük olduğunu belirtmişlerdir. 2019 yılında 207 RA hastasından oluşan örnekleme ise TSG puanı ortalaması 66.13 olarak bildirilmiştir (25). Örneklem grubumuzun ortalama hastalık süresinin daha fazla olması bu farklılıklara neden olmuş olabilir.

Örnekleminizle benzer özelliklere sahip olan 109 kadın RA hastasının incelendiği bir çalışmada da bulgularımıza benzer şekilde yüksek TSG düzeyi bildirilmiştir (12). Hastaların ortalama hastalık süresinin bulgularımızla benzer olarak (SD:10.6 yıl) bildirildiği göz önüne alındığında, TSG'nin RA hastalarında hastalık süresiyle ilişkili olabileceği ve zamanla artabileceği düşünülmektedir. Bu bulgular, RA hastalarının kronik hastalıklarıyla başa çıkma sürecinde önemli bir gelişme gösterdiklerini ve bu gelişmenin literatürdeki diğer bulgularla da uyumlu olduğunu göstermektedir.

RA hastalarında travma sonrası gelişim ile ilgili çalışmalarda bildirildiği gibi, (19, 25, 199) bulgularımız hastaların en fazla 'Kendilik Algısı' alanında gelişme kaydettiklerini, en az gelişmeyi ise 'Yaşam Felsefesi' alanında yaşadıklarını bildirmişlerdir. Kronik hastalık teşhisi konan kişiler genellikle hayatlarını yeni koşullara adapte etmeye çalıştıkları bir uyum sürecinden geçerler. Bu süreç hayatlarında neyin öncelikli olduğu belirleme ve kendiliği algılama biçiminde önemli değişimlere yol açabilir (119).

Kanser hastalarında yapılan travma sonrası gelişim sonuçlarından farklı olarak RA hastalarının yaşam felsefesi ve maneviyatı içeren alanlarda daha az gelişme yaşadıkları belirlenmiştir (11, 22). Bu durum, RA ölümcül bir hastalık olmadığı için, RA hastalarının

ölüm ötesi yaşam sorularını gündeme getirebilecek ölümcül hastalık teşhisi konan kişilere kıyasla başa çıkmada dine ve maneviyata daha az güvenme ihtimallerinden kaynaklanmış olabilir. Bu bulgular, hastalık bağlamının travma sonrası gelişim deneyiminde rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda elde edilen TSG puanı, kronik deri hastalıkları olan bireylerde yapılan çalışmada bildirilen ortalama 81.24 ± 17.87 TSG puanından daha düşüktür. (200) SLE hastalarında yapılan bir çalışmada ortalama TSG puanının 57.52 ± 20.82 , (21) IBD hastalarında ise 61.36 ± 26.91 olarak bulunduğu belirtilmiştir (150). Bu bulgular, RA hastalarının TSG düzeyinin diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

5.2.2. Travma Sonrası Gelişim ve Sosyodemografik Faktörler

RA hastalarıyla yapılan bu çalışmada, travma sonrası gelişim ve alt boyutları açısından cinsiyetler arası anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu, Sörensen'in RA hastalarında bildirdiği bulgularla tutarlılık gösterirken (25); diğer bazı çalışmalarla çelişmektedir (19, 119, 136, 199). Örneğin RA hastalarında (25), diyabet hastalarında (23), kardiyak hastalığı olan bireyler (201) ve farklı travmatik olay yaşayan (135) kişileri içeren bazı çalışmalar TSG' nin cinsiyete göre farklılaşmadığını göstermiştir.

Buna karşın 70 araştırmanın dahil edildiği kapsamlı bir metaanaliz çalışması da dahil olmak üzere alanyazın bulguları genel olarak kadınların erkeklere kıyasla daha fazla TSG deneyimlediklerini ortaya koymaktadır (139, 202). TSG sürecinde cinsiyet farklılıklarının ele alındığı daha önceki bölümde de söz edildiği gibi kadınların kendilerini açmaya ve

duygularını ifade etmeye daha istekli olmaları erkeklere kıyasla daha fazla TSG deneyimlemeleri ile ilişkili görülmektedir (135). Bu durum, bulgularımızın ilgili alanyazındakilerle uyuşmadığını göstermektedir. Bu durumun birkaç olası açıklaması olabilir. Bir olasılık, örneklemin %83.5'inin kadın olmasıdır. Bu durum, erkeklerin TSG puanlarını etkileyebilecek ve cinsiyetler arası farkın tespit edilememesine neden olabilecek bir faktördür.

Farklı travma popülasyonları üzerinde yapılan çalışmalar, yaş, medeni durum, gelir ve çalışma durumu gibi sosyo-demografik değişkenlerin TSG süreci ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir (171, 203). Buna karşın, çeşitli kronik hastalık popülasyonlarında, bu çalışmanın bulgularıyla tutarlı bir şekilde, TSG'nin bu değişkenlerle ilişkili olmadığı görülmüştür (19, 107). Bu bulguların birkaç olası açıklaması olabilir. Kronik hastalık popülasyonlarında sosyo-demografik değişkenlerin çeşitliliği daha az olabilir. Örneğin, bu çalışmada hastaların çoğu düşük gelir düzeyine sahipti, büyük bir kısmı evliydi ve çalışmıyordu. Bu durum, sosyo-demografik değişkenler ile TSG arasındaki ilişkinin belirlenmesini zorlaştırabilir. RA doğası gereği genellikle orta-ileri yaşlarda görülüyor olmasından, örneklemin yaş ortalamasının birbirine yakın olması beklenen bir durumdur. Bu nedenle, bireylerle aralarında sağlıklı bir karşılaştırmanın yapılamıyor olması göz önüne alınabilir. Ayrıca, sosyo-demografik değişkenlerin TSG ile ilişkisi, travmanın türüne, kronik hastalığın özelliğine ve diğer bireysel faktörlere göre değişebilir.

Bu çalışma, RA hastalarında eğitim düzeyindeki artışın travma sonrası gelişim ile negatif yönde ilişkili olduğunu bulmuştur. Daha spesifik olarak, daha düşük eğitim seviyesi bulunan hastalar ilişkilerinde daha fazla gelişim bildirmişlerdir. Bu bulgu, bazı önemli noktaları gündeme getirmektedir. Eğitim düzeyi ile TSG arasındaki ilişki literatürde tutarlı

değildir. Eğitim seviyesi arttıkça TSG'nin de arttığını gösteren bulgulara rastlanırken (171, 178), tersi bulgularda bildirilmiştir. Bulgularımıza benzer şekilde kanser hastaları (99), diyabet hastaları (23), kemik iliği nakli geçiren hastalar (136) gibi çeşitli sağlıkla ilişkili travma çalışmalarında eğitim seviyesi ile TSG arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Bu bulgunun olası bir açıklaması, düşük eğitim seviyesinin genel olarak hastalık ve yaşam uğraşlarında başkalarının desteği ve bilgisine daha fazla ihtiyaç duyulmasına yol açması olabilir. Bu durum, ilişkilerin günlük yaşamda daha merkezi bir rol oynamasına ve travmatik bir deneyimden sonra ilişkilerde daha fazla gelişme potansiyeli oluşmasına neden olabilir. Çalışmamızda yer alan hastaların büyük çoğunluğu düşük eğitim seviyesine sahip ve çalışmayan kişilerden oluşmaktadır. Bu durum, bulgularımızın yorumlanmasında dikkate alınması gereken bir faktördür. Daha düşük eğitim seviyesine sahip hastaların, travmatik bir deneyimden sonra ilişkilerinde daha fazla gelişme göstermeye açık olması mümkündür.

5.2.3. Travma Sonrası Gelişim ve Hastalıkla İlişkili Faktörler

Çalışmamızda, RA hastalarında objektif hastalık şiddeti ölçümleri ile travma sonrası gelişim arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu, RA hastaları (19), kanserli hastalar (204), kalp krizi geçiren hastalar (205) ve HIV pozitif kişilerde (206) yapılan bazı çalışmalarla tutarlıdır. Bu çalışmalarda da hastalık şiddeti ile TSG arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir. RA ve multiple skleroz hastalarından oluşan bir örnekleimde hastalık şiddeti ile TSG arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Yine de bu ilişkinin zamanla zayıfladığı ve 1 yıl içerisinde anlamını kaybettiği belirtilmiştir (207).

Ayrıca diyabet (23), lupus (21), hemodiyaliz (171) ve kanser hastalarında (22) objektif hastalık şiddetinin TSG ile anlamlı ilişkileri olduğu da gösterilmiştir. Bu bilgiyi destekleyen çalışmalar, yaşanan travmatik deneyimin şiddetindeki artışın travma sonrası gelişimle ilişkili olduğunu rapor etmiştir. Bulgularımız, RA hastalarında hastalık şiddetinin TSG'yi etkileyen tek faktör olmayabileceğini göstermektedir. Hastaların başa çıkma mekanizmaları, sosyal desteği ve psikolojik durumu gibi diğer faktörler de TSG'yi etkileyebilir. Ayrıca, çalışmamızdaki hastaların objektif hastalık şiddetinin nispeten düşük olması ve bulguların zamanla değişebilmesi de göz önünde bulundurulmalıdır. Daha yüksek hastalık aktivitesine sahip hastalarda TSG ile objektif hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olabilir. Ayrıca hastalık şiddetinin farklı yöntemlerle ölçülmesi, bulguların tutarsız olmasına katkıda bulunmuş olabilir.

Bu çalışma, romatoid hastalarında hastalığın kontrol edilebilirlik algısı arttıkça travma sonrası gelişimin "Yaşam Felsefesi" alt boyutunda da artış görüldüğünü göstermiştir. Bu bulgu, kanser hastaları (144), kardiyak hastalar (201) ve İBH hastaları (80) gibi diğer sağlık popülasyonlarında yapılan bazı çalışmalarla tutarlıdır. Çeşitli kronik hastalık popülasyonlarında yapılan çalışmalar, hastalık ve iyileşme süreci üzerinde daha fazla kontrol algılayan hastaların daha fazla TSG bildirdiklerini belirtmiştir. Benzer şekilde, RA hastalarında bireyin kontrol algısının psikolojik iyi oluş ve sosyal uyum gibi birçok yönden olumlu bir etkisi olabileceği gösterilmiştir (149).

RA hastalığı ile yaşamak, yaşamın anlamı ve amacı üzerine derin sorgulamalara yol açabilir. Bu durum, travmatik bir deneyimin etkilerini daha da zorlaştırabilir. Ancak, bireylerin kontrol duygularının artmasının anlam bulma yoluyla olumlu gelişime de yol açabileceği öne sürülmektedir. Hastalığın kontrol edilebilir olduğunu algılayan hastalar, daha

aktif başa çıkma davranışları sergilerler ve yaşam felsefesi alanında değişiklikler gösterebilirler. Bulgularımız, hastaların kontrol algısındaki artışın daha olumlu bir yaşam felsefesi geliştirmesine yardımcı olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda, 10 yıl ve üzeri hastalık süresine sahip RA hastalarının, daha kısa süreli hastalara kıyasla TSG açısından daha yüksek puanlar aldığını gözlemledik. Bu bulgu, alanyazında kanser (141), kafa travması, multipl skleroz (208), romatoid artrit (56) ve sistemik lupus eritematozus (209) gibi çeşitli kronik hastalıkları inceleyen çalışmalarla tutarlıdır. Ancak, bazı çalışmalarda multipl sklerozlu bireyler (210), inflamatuvar barsak hastalığı (IBD) (80), romatoid artrit hastaları (211) ve HIV pozitif kişilerde (212) hastalık süresi ile TSG arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Bulgularımız, 10 yıl ve üzeri RA hastalarında TSG'nin arttığını ve bunun sadece teşhise verilen iyimser bir tepki olmadığını, aksine artrit ile yaşama deneyiminin karakterize ettiği devam eden bir büyüme süreci olduğunu göstermektedir. TSG'nin statik bir sonuç değil, devam eden bir süreç olduğu vurgulanmıştır (14). Kronik bir hastalığın getirdiği zorlukların sürekli travmatik olaylar oluşturabileceği göz önüne alındığında, travma sonrası dönemi tanımlamak zorlaşmaktadır. Bulgularımız, hastaların artrit getirdiği sınırlamalarla başa çıkma yolları geliştirmenin zaman alabileceğini düşündürmektedir. Teşhis sonrası hastaları uzunlamasına takip eden araştırmalar, bu konuya ve zaman içinde gelişmeyi teşvik edebilecek diğer faktörlere dair daha fazla bilgi sağlayabilir.

Çalışmamızda, 10 yıldan az süredir romatoid artrit (RA) hastası olan bireylerin, 10 yıldan fazla süredir hastalığı olanlara kıyasla "Travma Sonrası Gelişim – Kişilerarası İlişkiler" alt boyutunda anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığını gözlemledik. Bu bulgu, uzun süreli kronik hastalıkların ilişkilere "yük" olabileceğini ve potansiyel olarak savunmasız

bir durum yaratabileceğini öne süren çalışmalarla tutarlıdır (213). Ayrıca, RA hastalarında hastalık süresi arttıkça sosyal ağ büyüklüğünün azaldığına dair kanıtlar da mevcuttur (214). Bu durum, 10 yıldan fazla süredir RA hastası olan bireylerde sosyal kaynakların tükenme riskinin artabileceğini göstermektedir. Bu bulgular, RA hastalarında hastalık süresinin artmasıyla birlikte duygusal desteğe olan bağımlılığın ve ilişkilerde yaşanan zorlukların artabileceğini öne sürmektedir. Uzun süreli hastalık süreci, hastaların sosyal ilişkilerindeki dinamikleri ve destek sistemlerini değiştirebilir.

5.3.1. Travma Sonrası Gelişim ve Olay Merkeziliği

Bu araştırma, romatoid artrit hastalarının hastalıklarını kişisel kimliklerinin merkezi bir parçası olarak algılamalarının travma sonrası gelişim ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, RA'nın sadece bir tıbbi durum olmadığını, aynı zamanda kişinin kimliğini ve yaşam deneyimini de derinden etkileyen bir faktör olduğunu vurgulamaktadır. Hastalığı kimliklerinin önemli bir parçası olarak gören hastalarda, TSG'nin toplam puanı ile kişilerarası ilişkiler, yaşam takdiri ve kendilik algısı alt puanlarında artış gözlemlenmiştir. Ayrıca, hastaların hastalıklarını travmatik olarak algılama düzeyinin, hastalıkları kimliklerinin merkezi bir parçası olarak algılama düzeyleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Literatürle uyumlu olarak, birey tarafından daha travmatik olarak algılanan olaylar, kişinin kimliğinin merkezine yerleşme olasılığı en yüksek olan olaylardır (116, 215).

Bir olayın ne kadar merkezi olarak algılandığı, kişinin olay hakkındaki bilişlerini, yaşanan deneyimle başa çıkmak için harekete geçirmeye yönlendirebilir ve böylece gelişme olasılığını artırabilir (27). RA ile yaşamak, bireyin hayatındaki zorlukların farkındalığını artırır. Olayın merkezileştirilmesinin bir sonucu olarak artan bu farkındalık, hastaların

hayatlarında olumlu değişikliklerle karşılaşmasına yol açabilir. Bu durum, alanyazınla da uyumludur (216, 217). Farklı travmatik veya stresli olaylara maruz kalan bireyler (217), felç geçirmiş kişiler (28) ve ayrıca meme kanseri tanısı almış kadınlar (29) için yaşanan olayın merkeziliğinin TSG ile pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Bulgularımız, RA hastalarında hastalık süresinin olay merkeziliği algısıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Hastalık süresi 10 yıl altı olan hastalar, 10 yıl ve üzeri olanlara kıyasla daha düşük olay merkeziliği toplam puanı almışlardır. Bu bulgu, kronik hastalıkla yaşamanın ilk yıllarında hastalığın kimlikte daha az merkezi bir rol oynadığını, ancak zamanla daha önemli hale gelebileceğini düşündürmektedir. Benzer bir bulgu, kronik ağrı hastalarında yapılan bir çalışmada da gözlemlenmiştir (157, 218). Bu çalışmada da 10 yıl ve üzeri hastalıkla yaşamanın hastalığı daha merkezi bir yaşam olayı algısı ile ilişkilendirdiği gösterilmiştir. Bu bulgular, kronik hastalıkla yaşamanın zaman içinde kişinin kimliği üzerinde önemli bir etkiye sahip olabileceğini ve hastalığın algılanmasında ve deneyimlenmesinde değişime yol açabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda, hastalığı merkezi olarak değerlendirmek, TSG'nin tüm alanları ile anlamlı ilişki göstermektedir. Kronik hastalık deneyimleri, kişilerin kendilik algılarında değişimlere, daha fazla kişisel güç elde etmelerine, ilişkilerde ve yaşam takdirinde olumlu değişikliklere yol açabilir (217).

5.3.2 Travma Sonrası Gelişim ve Temel İnançlarda Sarsılma

Çalışmamızda, romatoid artrit hastalarında temel inançlarda sarsılma ile travma sonrası gelişim ve alt boyutları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, RA hastalarında tanı ve hastalığa uyum sürecinde temel inançlarında yüksek düzeyde

sarsıntı yaşayan bireylerin TSG'yi daha yüksek düzeyde deneyimlediğini göstermektedir. Bu bulgu, travma sonrası gelişim ve temel inançlar hakkındaki kuramsal yaklaşımlarla da tutarlıdır (14). Travmatik bir yaşantının ardından bireylerin dünya görüşlerini, insanlara ve kendilerine dair inançlarını sorgulamaları oldukça yaygın bir durumdur. Bu süreç, başlangıçta zorlayıcı olsa da, yeni deneyimleri içeren daha sağlam bir inanç sisteminin oluşmasını sağlayabilir (30). Araştırmamız, RA hastalarının hastalıkla yaşam sürecinde, kendilerini, güçlü ve zayıf yönlerini, gelecek beklentilerini ve hayatın anlamını sorgulamanın TSG'yi etkilediğini göstermektedir. Bu bulguyu destekleyen birçok araştırma mevcuttur. Örneğin, meme kanseri hastaları (168), prostat kanseri hastaları (219), yakın birinin kaybı ve bir aile üyesinin yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı alması gibi (166) hastalıkla ilişkili travmatik olaylar yaşayan kişilerle yapılan araştırmalar da benzer yönde bulgular ortaya koymaktadır.

Kişilerin hayatlarının RA tarafından ciddi şekilde tehdit edildiği algısı arttıkça, dünyanın iyiliği, adilliği, anlamlılığı gibi konular hakkındaki temel inançlarında sarsılma düzeyinin arttığı gözlemlenmektedir. Stres faktörlerinin olumlu değişime yol açması için, kişinin temel inançlarına meydan okuyacak ve baş etme tepkilerini ortaya çıkaracak kadar güçlü olmaları gerektiği bildirilmiştir (14). Kanserli travmatik bir stres faktörü olarak deneyimleyen katılıcılarda bildirilen sonuçlarla tutarlı şekilde, hastalığı daha travmatik olarak algılayan hastaların, temel inançlarında sarsılma düzeyinin arttığını gözlemlenmiştir (178).

Hastaların, temel inanç düzeyinde sarsılma ile ‘Kendilik Algısı’ alt boyutunda pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Kronik, ağrılı ve belirsiz seyirli bir hastalık olan RA, hastaların olaylar üzerinde mutlak bir kontrol sağlamanın mümkün olmadığını görmesine, yeteneklerinin ve güçlü ve zayıf yanlarının farkına varmasına ve uyum sağlama

adına yeni olanakları keşfetmeye güdülenmesine yol açabilir. Temel inançlardaki sarsılmanın kişiler arası ilişkiler alanındaki gelişimi de pozitif yönde etkilediği bulunmuştur. Hastalık süreci, dünyaya ilişkin inançların yanı sıra diğer insanlarla olan ilişkilerin de sorgulanmasına yol açabilir. Bu süreçte kişinin diğerlerinden destek görmesi ve yaşadığı duygusal sıkıntıyı ifade edebileceği birilerinin olması zor zamanlarda başkalarına güvenmeyi ve ilişkilere daha fazla değer vermeyi sağlayabilir. Ayrıca hastalar, “küçük şeylerin” değerini daha iyi anlayabilir, yeni amaçlar belirleyebilir ve yaşamdan duydukları memnuniyeti artırabilirler. Varoluşsal anlamlandırmaları da yeniden düzenlenebilir.

5.3.3. Travma Sonrası Gelişim ve Olay İlişkili Ruminasyon

Bilişsel işleme, sarsılan temel inançları yeniden inşa etme ve hastalıkla yaşamaya uyum sağlama çabalarının önemli bir parçasıdır (14). Bu süreçler, kişinin hastalıkla başa çıkma ve yaşam deneyimini şekillendirme sürecinde kritik bir rol oynar (15). Araştırmamızda, romatoid artrit hastalarında ruminatif süreçlerin travma sonrası gelişme düzeyi ve alt boyutları ile anlamlı ve pozitif ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. Bu bulgu, RA hastalarında ruminatif düşüncelerin travma sonrası büyüme ile güçlü bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir.

Bulgularımız, romatizmal hastalık yaşayan bireylerde ruminasyonun, hastalık deneyiminin bilişsel işlenmesinde temel bir süreç olduğunu gösteren önceki çalışmalarla uyumludur. Örneğin, lupus, RA ve juvenil idiopatik artrit gibi hastalıklarda ruminasyon süreçlerinin, değişen koşullara anlayış kazanmak ve hastalıktan etkilenen gerçek benlik ile "sağlıklı" ideal bir benlik arasındaki uyumsuzluğu azaltmada etkili olabileceği gösterilmiştir (170, 172).

Sonuçlarımız, yaşın hem istemli hem de istemsiz ruminasyon ile anlamlı ve negatif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, Stterlin ve arkadaşlarının çalışmasıyla uyumludur; yaş ilerledikçe, fizyolojik işlevlerdeki gerileme nedeniyle ruminasyon süreçlerinde azalma olasılığının arttığını göstermektedir (220). Ayrıca, kadınların erkeklere kıyasla hem istemli hem de istemsiz ruminasyonu daha fazla deneyimlediği gözlenmiştir. Bu sonuçların, kadınların istemli ve istemsiz ruminasyon süreçlerine daha fazla eğilim gösterdiği şeklindeki yakın tarihli araştırmalarla da uyum olduğu görülmektedir (139).

Bulgularımıza göre, istemsiz ruminasyon, travma sonrası gelişim toplam puanı, kendilik algısı ve yaşam takdiri alt boyutları ile pozitif ve anlamlı bir ilişki göstermektedir. Ancak, alanyazında istemsiz ruminasyonun TSG ile karmaşık bir ilişkiye sahip olduğu bildirilmektedir (175). Calhoun ve Tedeschi, ruminasyonun bireyde bilişsel işleme ve gelişim sürecinin önemli bir parçası olduğunu ve istemsiz olarak ortaya çıktığını savunmaktadır (14). Bu bakış açısına göre, istemsiz ruminasyon, travmatik olayın anlamlandırılması ve TSG'nin gelişimi için gerekli olabilir (175).

Bazı alışmalar da bulgularımıza benzer şekilde, istemsiz ruminasyonun TSG ile pozitif yönde ilişki gösterdiğini bulmuştur (177). Bu çalışmalarda, istemsiz ruminasyonun, olumsuz yaşam olayına verilen doğal bir tepki olduğu ve olayların bilişsel olarak işlenmesini teşvik ederek TSG deneyimine yardımcı olabileceği belirtilmektedir. Ancak, istemsiz ruminasyonun olumsuz psikosomatik tepkilere yol açabileceği ve TSG ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (178). Regresyon analizi sonucunda istemsiz ruminasyon ile TSG arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu, istemsiz ruminasyonun TSG gelişiminde doğrudan bir etkisi olmadığını ancak bilişsel işleme

sürecinde etkisi ile TSG sürecinin başlatılmasında etkili olabileceğini düşündürmektedir (14).

Çalışmamızda istemli ruminasyon, travma sonrası gelişimin tüm boyutları ile pozitif ve anlamlı ilişkiler göstermiştir. Ayrıca regresyon analizi sonucunda istemli ruminasyonun travma sonrası gelişimi anlamlı ve olumlu olarak yordadığı bulunmuştur. Bu bulgular, istemli ruminasyonun travma sonrası gelişim sürecinde önemli bir rol oynadığını öne sürmektedir. İstemli ruminasyonun temelinde, sarsılan anlam dünyasını yeniden kurma, olayın faydalı yanlarını görmeyi sağlayacak alternatif bakış açıları geliştirme ve problem çözme gibi süreçlerin yer aldığı düşünülmektedir (30). Bu süreçler, travma sonrası gelişimi kolaylaştırarak bireyin adaptasyonunu artırabilir. Romatoid artrit hastalarında, hastalıkla yaşamayı anlamlandırmaya çalışmanın, temel inançları yeniden yapılandırmanın ve olayın duygusal yüküyle bilinçli bir şekilde başa çıkmaya çalışmanın TSG sürecine katkı sağladığı görülmektedir. Bu bulgu, TSG kuramının temel varsayımlarıyla ve alanyazındaki diğer araştırma bulgularıyla uyumlu bir şekilde örtüşmektedir (171, 178, 221).

Anlam bulma çabalarının, kişinin kendine güvenini artırması, zorluklarla baş edebileceğini görmesi, içsel gücünü fark etmesi gibi olumlu değişimlere yol açabileceği belirtilmiştir (14, 15). Bu bağlamda, istemli ruminasyonu deneyimleyen bireyler, kendilerini daha güçlü hissedebilir, ilişkilerinde daha derin bağlar kurabilir, yaşamdan daha fazla memnuniyet duyabilir ve varoluşsal anlamlarını yeniden yapılandırabilirler. İstemli ruminasyon ile travma sonrası gelişim arasındaki pozitif ilişki, böbrek yetmezliği hastaları, lupus ve kanser hastaları gibi farklı hastalık gruplarında da benzer şekilde bildirilen sonuçlarla uyumludur (170, 171, 178).

Sonuç olarak, istemsiz ve istemli ruminasyonun travma sonrası gelişim sürecinde farklı rolleri olduğu görülmektedir. İstemsiz ruminasyonun travma sonrası gelişim üzerindeki etkisi daha karmaşıktır ve bilişsel işleme sürecinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Öte yandan, istemli ruminasyonun TSG sürecinde olumlu bir etkisi olduğu ve bireyin adaptasyonunu artırdığı belirlenmiştir. Bu bulgular, travma sonrası gelişimdeki ruminasyon süreçlerinin karmaşıklığını ve önemini vurgulamaktadır.

5.3.4 Travma Sonrası Gelişim ve Algılanan Sosyal Destek

Çalışmamızda, travma sonrası gelişim düzeyi ve alt boyutları ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişkiler göstermiştir. Bu bulgu, sosyal çevreden gelen desteğin, travmatik deneyimlerden sonra iyileşmeyi teşvik edebileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde, daha önce romatoid artrit hastalarıyla yapılan çalışmalarda da algılanan sosyal desteğin TSG'yi anlamlı şekilde yordadığı rapor edilmiştir. Ayrıca, lupus hastaları, diyabet hastaları, kalp krizi geçirenler ve kanser hastaları gibi farklı hastalık gruplarıyla yapılan çalışmalarda da algılanan sosyal desteğin TSG ile pozitif ilişkiler gösterdiği bildirilmiştir. Tüm bu bulgular, algılanan sosyal desteğin TSG'de önemli bir faktör olabileceğini desteklemektedir.

Kuramsal bilgilerle uyumlu olarak, bireylerin sosyal çevrelerini destekleyici bir ortam olarak algılamalarının, stres verici olayın psikolojik etkilerini hafifletmeye ve travmatik deneyimlerin onarılmasına yardımcı olabileceği öne sürülebilir. Destekleyici bir sosyal ortam, bireylerin duygusal rahatlık sağlamasına ve olumlu bilişsel süreçlerin teşvik edilmesine yardımcı olabilir. Regresyon analizi sonuçları, algılanan sosyal desteğin "aile" alt boyutunun TSG'yi anlamlı ve pozitif yönde yordadığını göstermiştir. Aile, bireylerin en temel

sosyal destek kaynağıdır ve romatoid artrit hastaları üzerinde yapılan çalışmalar, destekleyici bir aile ortamının hastalıkla başa çıkma sürecini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bu bulgular, ailenin travmatik deneyimlerle başa çıkma sürecindeki önemini vurgulamakta ve algılanan sosyal desteğin farklı boyutlarının TSG'deki etkilerinin farklı olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda algılanan sosyal desteğin 'arkadaş' ve 'özel bir insan' alt boyutlarının TSG'yi yordamadığı bulunmuştur. Örneklemimizin algılanan sosyal desteğin 'arkadaş' alt boyutunda diğer çalışmalara göre daha düşük puan almaları, örneklemimizin ortalama hastalık süresinin diğer RA hasta çalışmalarına göre uzun olması olabilir. Literatürde, uzun yıllardır kronik bir hastalığa sahip olmak, sosyal ilişkiler için başlı başına bir "yük" oluşturabileceği belirtilmiştir. Bu durum, hastaların aile dışındaki bireylerle daha az zaman geçirmelerine ve bu ilişkilerden daha az destek almalarına yol açmış olabilir.

Sonuç olarak, algılanan sosyal destek, travma sonrası iyileşmede önemli bir rol oynamaktadır. Destekleyici bir sosyal çevre, bireylerin travmatik deneyimlerin psikolojik etkilerini hafifletmesine ve TSG'yi geliştirmesine yardımcı olabilir. Özellikle ailenin sağladığı sosyal destek, TSG'yi olumlu yönde etkileyen önemli bir faktördür. Gelecekteki araştırmalar, sosyal desteğin farklı boyutlarının TSG üzerindeki etkisini ve bu etkileşimin altında yatan mekanizmaları daha ayrıntılı olarak incelemelidir.

5.4. Çalışmamızın Güçlük Yönleri ve Kısıtlılıkları

Çalışmamız bilindiği kadarıyla romatoid artrit hastalarında travma sonrası gelişimi İşlevsel Betimsel Model çerçevesinde değerlendiren ilk çalışmadır. Daha önce RA hastalarında psikolojik sıkıntı ve travma sonrası gelişim varlığına dair yapılan çalışmalar

bulunmasına rağmen, bu çalışma özellikle olay merkeziliği, temel inançlarda sarsılma ve olay ilişkili ruminasyon gibi değişkenlerin travma sonrası gelişim üzerindeki etkisini incelemektedir. Alanyazında TSG sürecinde bahsi geçen değişkenlerin farklı hastalıklara bağlı stres bağlamında ele alındığı görülmesine rağmen, romatoid artrit hastalarında yapılmış benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, kesitsel bir çalışma olması sebebiyle psikolojik sıkıntı ve travma sonrası gelişimin zaman içindeki seyrini değerlendirmek mümkün olmamıştır. Değişkenler arasındaki nedensellik ilişkilerini anlamak için ileriye dönük (boylamsal) çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca, öz bildirim ölçeklerinin kullanılması, bu çalışmada da diğer öz bildirim testlerinde görülen avantajlar ve dezavantajlarla birlikte kısıtlılıklar oluşturmuştur. Çalışmada erkek RA hastalarının nispeten az sayıda olması, cinsiyet farklılıklarının incelenmesinde sınırlamalara neden olabilir. Hastaların tek bir hastaneden seçilmiş olması, bu örneğin diğer RA hastaları için temsil edilebilirlik sorunlarına yol açmış olabilir. Mevcut örneklem, genel RA hasta popülasyonunu tam olarak temsil etmeyebilir; çünkü çoğunlukla evli, çalışmayan, düşük eğitim düzeyine sahip hastalardan oluşmaktadır. Bu homojenlik, cinsiyet, gelir düzeyi, medeni durum, eğitim düzeyi ve çalışma durumu gibi faktörlerin psikolojik sıkıntı ve TSG düzeyleri üzerindeki etkilerinin incelenmesini zorlaştırmış olabilir. Son olarak, çalışma sadece romatoid artrit hastalarıyla yapılmıştır. Çalışma bulgularını özellikle kaygı, depresyon ve travma sonrası gelişim düzeylerini karşılaştırmak için başka bir hastalığı olan bireylerden oluşan bir örneklem veya sağlıklı bireylerden oluşan bir kontrol grubu içermemesi, çalışmanın bir diğer sınırlılığını oluşturmakta ve bu nedenle çalışmanın bulguları temkinli bir şekilde

yorumlanmalıdır. Gelecekteki çalışmalar, boylamsal tasarımlar, daha temsili örneklemeler ve daha kapsamlı ölçüm araçları kullanarak bu sınırlamaları aşabilir.

5.5. Sonuç

Bu çalışma RA hastalarında psikolojik sıkıntı düzeyi ve travma sonrası gelişim üzerine odaklanmıştır. Elde edilen bulgular, RA hastalarında kaygı ve depresyonun yaygın olduğunu, özellikle düşük eğitim düzeyi ve işsizlik gibi sosyo-demografik faktörlerin bu sıkıntıları artırabileceğini göstermektedir. Kadın hastalarda erkeklere kıyasla daha yüksek psikolojik sıkıntı düzeyleri tespit edilmiştir, ancak bu bulgu erkek hasta sayısının sınırlı olması nedeniyle daha fazla araştırmaya ihtiyaç duymaktadır. Objektif hastalık şiddeti ile psikolojik sıkıntı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bununla birlikte, hastaların hastalık aktivitesini algılama şekillerinin, psikolojik sıkıntılarla daha fazla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, hastaların hastalığı travmatik bir deneyim olarak algılamalarının, depresyon ve anksiyete düzeylerini artırdığı tespit edilmiştir.

Hastaların, hastalıkları ile başa çıkma sürecinde önemli bir gelişme gösterdikleri ve alanyazındaki bulgularla tutarlı olarak travma sonrası gelişim deneyimledikleri tespit edilmiştir. Travma sonrası gelişim açısından, cinsiyetler arası anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Ancak, eğitim düzeyindeki artışın, RA hastalarında travma sonrası gelişimle negatif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Daha düşük eğitim seviyesine sahip hastaların, ilişkilerinde daha fazla gelişim bildirdiği görülmüştür. Objektif hastalık şiddeti ile travma sonrası gelişim arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak, hastalığın kontrol edilebilir olduğunu algılayan hastaların, daha olumlu bir yaşam felsefesi geliştirdikleri ve daha aktif başa çıkma davranışları sergiledikleri belirlenmiştir. 10 yıldan uzun süredir hastalığı olan RA

hastalarının, daha kısa süreli hastalara kıyasla travma sonrası gelişim açısından daha yüksek puanlar aldığı gözlemlenmiştir.

RA hastalarının hastalıklarını kişisel kimliklerinin merkezi bir parçası olarak algılamalarının travma sonrası gelişim ile yakından ilişkili olduğu bulunmuştur. RA hastalarında hastalık süresinin olay merkeziliği algısıyla ilişkili olduğu belirlenmiş ve bu durum, kronik hastalıkla yaşamının zaman içinde kişinin kimliği üzerinde önemli bir etkiye sahip olabileceğini göstermiştir. Ayrıca, temel inançlarda sarsılma ile travma sonrası gelişim arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. RA hastalarında tanı ve hastalığa uyum sürecinde temel inançlarında yaşanan sarsıntının, travma sonrası gelişimi etkilediği görülmüştür.

Araştırmada, romatoid artrit hastalarında ruminatif süreçlerin travma sonrası gelişme düzeyi ve alt boyutları ile anlamlı ve pozitif ilişkiler gösterdiği tespit edilmiştir. İstemli ruminasyonun, travma sonrası gelişim sürecinde önemli bir rol oynadığı ve bu süreçlerin travma sonrası gelişimi kolaylaştırarak bireyin adaptasyonunu artırabileceği öne sürülmüştür. Özellikle, regresyon analizi sonucunda istemli ruminasyonun travma sonrası gelişimi anlamlı ve olumlu olarak yordadığı belirlenmiştir. Bu bulgular, istemli ruminasyonun travma sonrası gelişim sürecindeki önemine işaret etmekte ve bireylerin travmatik deneyimleriyle başa çıkmak için bu tür bilişsel süreçlerin kullanımının önemini vurgulamaktadır.

Son olarak, algılanan sosyal destek düzeyi ile travma sonrası gelişim arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişkiler belirlenmiştir. Özellikle ailenin sağladığı sosyal destek, travma sonrası gelişimde önemli bir rol oynamakta ve destekleyici bir sosyal çevrenin, bireylerin travmatik deneyimlerin psikolojik etkilerini hafifletmesine ve travma sonrası gelişimi teşvik etmesine yardımcı olduğu görülmüştür. Regresyon analizi sonuçlarına göre, algılanan sosyal

desteğin özellikle "aile" alt boyutunun, travma sonrası gelişimi anlamlı ve pozitif yönde yordadığı saptanmıştır. Bu bulgular, ailenin sağladığı sosyal destekle birlikte bireylerin travmatik deneyimlerle başa çıkma yeteneklerinin ve travma sonrası gelişim sürecinin desteklenmesinin önemini vurgulamaktadır.

Bu sonuçlar, RA hastalarının psikososyal ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebilecek tedavi ve destek hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önemlidir. Ayrıca, gelecekteki araştırmaların, sosyal desteğin farklı boyutlarının ve ruminatif süreçlerin travma sonrası gelişim üzerindeki etkilerini daha ayrıntılı olarak incelemesi gerekmektedir.



6. KAYNAKLAR

1. Jeffery RC. Clinical features of rheumatoid arthritis. *Medicine*. 2014;42(5):231-6.
2. Durham CO, Fowler T, Donato A, Smith W, Jensen E. Pain management in patients with rheumatoid arthritis. *The Nurse Practitioner*. 2015;40(5):38-45.
3. Parker JC, Smarr KL, Buckelew SP, Stucky-ropp RC, Hewett JE, Johnson JC, et al. Effects of stress management on clinical outcomes in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*. 1995;38(12):1807-18.
4. Dickens C, Jackson J, Tomenson B, Creed F. Association of depression and rheumatoid arthritis. *Psychosomatics*. 2003;44(3):209-15.
5. Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon. *Romatizma*. 2004;19(1):7-13.
6. Black DW, Grant JE. DSM-5® guidebook: the essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders: American Psychiatric Pub; 2014.
7. Gold SD, Marx BP, Soler-Baillo JM, Sloan DM. Is life stress more traumatic than traumatic stress? *Journal of anxiety disorders*. 2005;19(6):687-98.
8. Mol SS, Arntz A, Metsemakers JF, Dinant G-J, Vilters-Van Montfort PA, Knottnerus JA. Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: Evidence from an open population study. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;186(6):494-9.
9. Poh LW, He H-G, Chan WCS, Lee CSC, Lahiri M, Mak A, et al. Experiences of patients with rheumatoid arthritis: a qualitative study. *Clinical nursing research*. 2017;26(3):373-93.
10. Taylor SE. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American psychologist*. 1983;38(11):1161.

11. Hoffman A. Examining posttraumatic growth and mindfulness in individuals with rheumatoid arthritis: University of Iowa; 2017.
12. Abraído-Lanza AF, Guier C, Colón RM. Psychological thriving among Latinas with chronic illness. *Journal of Social Issues*. 1998;54(2):405-24.
13. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual issues. *Posttraumatic growth*: Routledge; 1998. p. 9-30.
14. Tedeschi RG, Calhoun LG. " Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*. 2004;15(1):1-18.
15. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*: Routledge; 1998.
16. Calhoun LG, Tedeschi RG. Perceiving benefits in traumatic events: Some issues for practicing psychologists. *Journal of Training & Practice in Professional Psychology*. 1991.
17. Amiri H, Nakhaee N, Nagyova I, Timkova V, Okhovati M, Nekoei-Moghadam M, et al. Posttraumatic growth after earthquake: A systematic review and meta-analysis. *International journal of social psychiatry*. 2021;67(7):867-77.
18. Kaleta K, Mróz J. Posttraumatic Growth and Subjective Well-Being in Men and Women after Divorce: The Mediating and Moderating Roles of Self-Esteem. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(5):3864.
19. Dirik G, Karanci AN. Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2008;15:193-203.
20. Gil-González I, Pérez-San-Gregorio MÁ, Conrad R, Martín-Rodríguez A. Beyond the boundaries of disease—significant post-traumatic growth in multiple sclerosis patients and caregivers. *Frontiers in psychology*. 2022;13:903508.

21. Xu R, Yan Q, Xu Z, Long X, Yin R. Post-traumatic growth in adult patients with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study in China. *Rheumatology International*. 2023;43(6):1077-85.
22. Koutrouli N, Anagnostopoulos F, Potamianos G. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in breast cancer patients: a systematic review. *Women & health*. 2012;52(5):503-16.
23. Dirik G, Göcek-Yorulmaz E. Positive sides of the disease: Posttraumatic growth in adults with type 2 diabetes. *Behavioral Medicine*. 2018;44(1):1-10.
24. Bala SV, Samuelson K, Hagell P, Fridlund B, Forslind K, Svensson B, et al. Living with persistent rheumatoid arthritis: a BARFOT study. *Journal of clinical nursing*. 2017;26(17-18):2646-56.
25. Sörensen J, Rzeszutek M, Gasik R. Social support and post-traumatic growth among a sample of arthritis patients: Analysis in light of conservation of resources theory. *Current Psychology*. 2021;40:2017-25.
26. Purc-Stephenson R. The Posttraumatic Growth Inventory: Factor structure and invariance among persons with chronic diseases. *Rehabilitation psychology*. 2014;59(1):10.
27. Berntsen D, Rubin DC. The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour research and therapy*. 2006;44(2):219-31.
28. Boals A, Trost Z, Berntsen D, Nowlin L, Wheelis T, Monden K. Event centrality as a unique predictor of posttraumatic stress symptoms and perceived disability following spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2017;55(11):1023-7.

29. Yanik Z. The mediating effect of rumination in relationship to centrality of event, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder among breast cancer survivors: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.
30. Lindstrom CM, Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG. The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2013;5(1):50.
31. Danhauer SC, Russell GB, Tedeschi RG, Jesse MT, Vishnevsky T, Daley K, et al. A longitudinal investigation of posttraumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2013;20:13-24.
32. Capaldi JM, Shabanian J, Finster LB, Asher A, Wertheimer JC, Zebrack BJ, et al. Post-traumatic stress symptoms, post-traumatic stress disorder, and post-traumatic growth among cancer survivors: a systematic scoping review of interventions. *Health Psychol Rev*. 2023;1-34.
33. Tedeschi RG, Calhoun L, Calhoun L, Tedeschi R. The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. *Handbook of posttraumatic growth*. New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates; 2006.
34. Smolen J, Aletaha D, McInnes I. Rheumatoid arthritis (vol 388, pg 2023, 2016). *Lancet*. 2016;388(10055):1984-.
35. Lambert VA, Lambert CE, Kipple GL, Mewshaw EA. Relationships among hardiness, social support, severity of illness, and psychological well-being in women with rheumatoid arthritis. *Health Care for Women International*. 1990;11(2):159-73.
36. Liu L, Xu X, Xu N, Wang L. Disease activity, resilience and health-related quality of life in Chinese patients with rheumatoid arthritis: a multi-center, cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*. 2017;15:1-10.

37. Silman AJ, Pearson JE. Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis. *Arthritis research & therapy*. 2002;4:1-8.
38. Akkoç N. The epidemiology of rheumatic diseases in Turkey and its comparison to other countries. *Ulusal Romatoloji Dergisi*. 2010;2(2):1.
39. Crowson CS, Matteson EL, Myasoedova E, Michet CJ, Ernste FC, Warrington KJ, et al. The lifetime risk of adult-onset rheumatoid arthritis and other inflammatory autoimmune rheumatic diseases. *Arthritis & Rheumatism*. 2011;63(3):633-9.
40. MacGregor A, Silman A. Epidemiology and classification (of rheumatoid arthritis). 2003.
41. Rasker J, Cosh J. Course and prognosis of early rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 1989;18(sup79):45-56.
42. van der Woude D, Young A, Jayakumar K, Mertens BJ, Toes RE, van der Heijde D, et al. Prevalence of and predictive factors for sustained disease-modifying antirheumatic drug-free remission in rheumatoid arthritis: results from two large early arthritis cohorts. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 2009;60(8):2262-71.
43. Carlens C, Hergens M-P, Grunewald J, Ekblom A, Eklund A, Hoglund CO, et al. Smoking, use of moist snuff, and risk of chronic inflammatory diseases. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2010;181(11):1217-22.
44. Liao KP, Alfredsson L, Karlson EW. Environmental influences on risk for rheumatoid arthritis. *Current opinion in rheumatology*. 2009;21(3):279.
45. Kalyoncu U, Akkoç N, Direskeneli H, Gül A, Keser G, Kiraz S, et al. Treat to target (T2T): Recommendations of Turkish Study Group. *Ulusal Romatoloji Dergisi*. 2013;5(2):35.
46. Shlitzhauer TL. *Living with rheumatoid arthritis*: JHU Press; 2014.
47. Pisetsky DS, Clair EWS. Progress in the treatment of rheumatoid arthritis. *Jama*. 2001;286(22):2787-90.

48. Barlow JH, Cullen LA, Rowe I. Comparison of knowledge and psychological well-being between patients with a short disease duration (≤ 1 year) and patients with more established rheumatoid arthritis (≥ 10 years duration). *Patient education and counseling*. 1999;38(3):195-203.
49. Gettings L. Psychological well-being in rheumatoid arthritis: a review of the literature. *Musculoskeletal care*. 2010;8(2):99-106.
50. Eberhardt K, Larsson B-M, Nived K. Psychological reactions in patients with early rheumatoid arthritis. *Patient education and counseling*. 1993;20(2-3):93-100.
51. Birnbaum H, Pike C, Kaufman R, Maynchenko M, Kidolezi Y, Cifaldi M. Societal cost of rheumatoid arthritis patients in the US. *Current medical research and opinion*. 2010;26(1):77-90.
52. Geuskens GA, Burdorf A, Hazes JM. Consequences of rheumatoid arthritis for performance of social roles--a literature review. *The Journal of rheumatology*. 2007;34(6):1248-60.
53. Doeglas D, Suurmeijer T, Krol B, Sanderma R, Van Leeuwen M, van Rijswijk M. Work disability in early rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1995;54(6):455.
54. Katz PP, Yelin EH. Activity loss and the onset of depressive symptoms: do some activities matter more than others? *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 2001;44(5):1194-202.
55. Hsieh P-H, Wu O, Geue C, McIntosh E, McInnes IB, Siebert S. Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review of literature in biologic era. *Annals of the rheumatic diseases*. 2020;79(6):771-7.
56. Sirois FM, Hirsch JK. Associations of psychological thriving with coping efficacy, expectations for future growth, and depressive symptoms over time in people with arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013;75(3):279-86.
57. Ryan S, Hassell A, Dawes P, Kendall S. Control perceptions in patients with rheumatoid arthritis: The role of social support. *Musculoskeletal care*. 2003;1(2):108-18.

58. MacGregor A, Silman A. Rheumatoid arthritis and other synovial disorders: classification and epidemiology. *Rheumatology*. 2003;1:757-64.
59. Krol B, Sanderman R, Suurmeijer TP. Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: concepts, measurement and research. *Patient education and counseling*. 1993;20(2-3):101-20.
60. Ryan S. Psychological effects of living with rheumatoid arthritis. *Nursing Standard* (2014+). 2014;29(13):52.
61. Hill CL, Gill T, Taylor AW, Daly A, Grande ED, Adams RJ. Psychological factors and quality of life in arthritis: a population-based study. *Clinical rheumatology*. 2007;26:1049-54.
62. Blalock S, DeVellis R. Rheumatoid arthritis and depression: an overview. *Bulletin on the rheumatic diseases*. 1992;41(1):6-8.
63. McQuillan J, Fifield J, Sheehan TJ, Reisine S, Tennen H, Hesselbrock V, et al. A comparison of self-reports of distress and affective disorder diagnoses in rheumatoid arthritis: a receiver operator characteristic analysis. *Arthritis Care & Research*. 2003;49(3):368-76.
64. Sheehy C, Murphy E, Barry M. Depression in rheumatoid arthritis—underscoring the problem. Oxford University Press; 2006. p. 1325-7.
65. Iaquinta M, McCrone S. An integrative review of correlates and predictors of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Archives of psychiatric nursing*. 2015;29(5):265-78.
66. Nagyova I, Stewart RE, Macejova Z, van Dijk JP, van den Heuvel WJ. The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: the mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. *Patient education and counseling*. 2005;58(1):55-62.
67. Drosselmeyer J, Jacob L, Rathmann W, Rapp MA, Kostev K. Depression risk in patients with late-onset rheumatoid arthritis in Germany. *Quality of Life Research*. 2017;26:437-43.
68. Tsai PF. Predictors of distress and depression in elders with arthritic pain. *Journal of advanced nursing*. 2005;51(2):158-65.

69. El-Miedany YM, El Rasheed AH. Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine*. 2002;69(3):300-6.
70. Chandarana P, Eals M, Steingart A, Bellamy N, Allen S. The detection of psychiatric morbidity and associated factors in patients with rheumatoid arthritis. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1987;32(5):356-61.
71. Treharne GJ, Kitas GD, Lyons AC, Booth DA. Well-being in rheumatoid arthritis: the effects of disease duration and psychosocial factors. *Journal of health psychology*. 2005;10(3):457-74.
72. VanDyke MM, Parker JC, Smarr KL, Hewett JE, Johnson GE, Slaughter JR, et al. Anxiety in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*. 2004;51(3):408-12.
73. Shen B, Li Y, Du X, Chen H, Xu Y, Li H, et al. Effects of cognitive behavioral therapy for patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Psychology, health & medicine*. 2020;25(10):1179-91.
74. Silva Almodóvar A, Nguyen D, Nahata MC. Evidence Needed for Efficacy of Antidepressant Medications Among Patients with Rheumatoid Arthritis. *Annals of Pharmacotherapy*. 2022;56(9):1065-75.
75. Pearlman LA, Saakvitne KW. Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors: WW Norton & Co; 1995.
76. Beatty JE, McGonagle AK. Chronic health conditions and work identity from a lifespan development frame. *Work and Identity: Contemporary Perspectives on Workplace Diversity*. 2018:9-22.
77. Locock L, Ziebland S. Mike Bury: Biographical disruption and long-term and other health conditions. *The Palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine*. 2015:582-98.
78. Deane KD, Holers VM. Rheumatoid arthritis pathogenesis, prediction, and prevention: an emerging paradigm shift. *Arthritis & Rheumatology*. 2021;73(2):181-93.

79. Wang J, Yang Z, Zheng Y, Peng Y, Wang Q, Xia H, et al. Effects of illness perceptions on health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis in China. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2021;19:1-11.
80. Purc-Stephenson RJ. A gift wrapped in barbed wire: personal growth among individuals with arthritis or inflammatory bowel disease. 2008.
81. Norris FH, Slone LB. The epidemiology of trauma and PTSD. *Handbook of PTSD: Science and practice*. 2007:78-98.
82. Joseph S, Alex Linley P, Harris GJ. Understanding positive change following trauma and adversity: Structural clarification. *Journal of loss and trauma*. 2004;10(1):83-96.
83. Hefferon K, Grealley M, Mutrie N. Post-traumatic growth and life threatening physical illness: A systematic review of the qualitative literature. *British journal of health psychology*. 2009;14(2):343-78.
84. Wu X, Kaminga AC, Dai W, Deng J, Wang Z, Pan X, et al. The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2019;243:408-15.
85. Jayawickreme E, Infurna FJ, Alajak K, Blackie LE, Chopik WJ, Chung JM, et al. Post-traumatic growth as positive personality change: Challenges, opportunities, and recommendations. *Journal of personality*. 2021;89(1):145-65.
86. Yildirim M, Arslan G. A moderated mediation effect of stress-related growth and meaning in life in the association between coronavirus suffering and satisfaction with life: Development of the stress-related growth measure. *Frontiers in psychology*. 2021;12:648236.
87. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual issues. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. 1998;11:22.

88. Calhoun LG, Tedeschi R. Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. USA: Sage Publications; 1995.
89. Infurna FJ, Jayawickreme E. Fixing the growth illusion: New directions for research in resilience and posttraumatic growth. *Current Directions in Psychological Science*. 2019;28(2):152-8.
90. Almedom AM. Resilience, hardiness, sense of coherence, and posttraumatic growth: all paths leading to “light at the end of the tunnel”? *Journal of loss and trauma*. 2005;10(3):253-65.
91. Lepore S, Revenson T. Resiliency and posttraumatic growth recovery, resistance and reconfiguration. W: Calhoun LG, Tedeschi RG (red.). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, Lawrence Erlbaum Publishers, New Jersey; 2006.
92. Tedeschi RG, Calhoun LG, Cann A. Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology*. 2007;56(3):396-406.
93. Taku K, Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG. The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death studies*. 2008;32(5):428-44.
94. Wu KK, Leung PW, Cho VW, Law LS. Posttraumatic growth after motor vehicle crashes. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2016;23:181-91.
95. Calhoun LG, Tedeschi RG. *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*: Routledge; 2014.
96. Waugh A, Kiemle G, Slade P. What aspects of post-traumatic growth are experienced by bereaved parents? A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*. 2018;9(1):1506230.
97. Ulloa E, Guzman ML, Salazar M, Cala C. Posttraumatic growth and sexual violence: A literature review. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*. 2016;25(3):286-304.

98. Powell S, Rosner R, Butollo W, Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of clinical psychology*. 2003;59(1):71-83.
99. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*. 2006;25(1):47.
100. Kalpakjian CZ, McCullumsmith CB, Fann JR, Richards JS, Stoelb BL, Heinemann AW, et al. Post-traumatic growth following spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 2014;37(2):218-25.
101. Kunz S, Joseph S, Geyh S, Peter C. Perceived posttraumatic growth and depreciation after spinal cord injury: Actual or illusory? *Health Psychology*. 2019;38(1):53.
102. Cadell S, Regehr C, Hemsworth D. Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2003;73(3):279-87.
103. Lee SY, Park CL, Laflash S. Perceived posttraumatic growth in cardiac patients: A systematic scoping review. *Journal of traumatic stress*. 2022;35(3):791-803.
104. Rzesutek M, Oniszczenko W, Kwiatkowska B. Stress coping strategies, spirituality, social support and posttraumatic growth in a Polish sample of rheumatoid arthritis patients. *Psychology, health & medicine*. 2017;22(9):1082-8.
105. Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health psychology*. 2004;23(6):595.
106. Baker JM, Kelly C, Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG. An examination of posttraumatic growth and posttraumatic depreciation: Two exploratory studies. *Journal of Loss and Trauma*. 2008;13(5):450-65.

107. Barskova T, Oesterreich R. Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. *Disability and rehabilitation*. 2009;31(21):1709-33.
108. Joseph S, Linley PA. Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical psychology review*. 2006;26(8):1041-53.
109. Frankl VE. *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*: Beacon press; 1963.
110. Piğta M, Rzesutek M. The role of resilience in daily experiences of posttraumatic growth, affect, and HIV/AIDS stigma among people living with HIV. *Scientific reports*. 2023;13(1):796.
111. Schaefer JA, Moos RH. Life crises and personal growth. *Personal coping: Theory, research, and application*. 1992:149-70.
112. Tedeschi RG, Calhoun LG. A clinical approach to posttraumatic growth. *Positive psychology in practice*. 2004:405-19.
113. Krantz DS, Schulz R. A model of life crisis, control, and health outcomes: Cardiac rehabilitation and relocation of the elderly. *Advances in environmental psychology: Psychology Press*; 2013. p. 23-58.
114. Schaefer JA, Moos RH. *Life crises and personal growth*. 1992.
115. McPherson PB, WJ Taylor, HK McNaughton, KM. Living with arthritis—what is important? *Disability and Rehabilitation*. 2001;23(16):706-21.
116. Janoff-Bulman R. Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological inquiry*. 2004;15(1):30-4.
117. Janoff-Bulman R. Schema-change perspectives on posttraumatic growth. *Handbook of posttraumatic growth: Routledge*; 2014. p. 81-99.

118. Jones DR, Johnson JA, Graham-Engeland JE, Park CL, Smyth JM. Is perceived growth associated with momentary indicators of health and well-being in people with asthma or rheumatoid arthritis? *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2018;10(2):254-71.
119. Bostock L, Sheikh AI, Barton S. Posttraumatic growth and optimism in health-related trauma: A systematic review. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2009;16:281-96.
120. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*. 1996;9:455-71.
121. Rezaei F, Doost HTN, Molavi H, Abedi MR, Karimifar M. Depression and pain in patients with rheumatoid arthritis: Mediating role of illness perception. *The Egyptian Rheumatologist*. 2014;36(2):57-64.
122. Ashokan A, Sivasubramanian M, Mitra R. Seeding stress resilience through inoculation. *Neural Plasticity*. 2016;2016.
123. Husivargova A, Timkova V, Macejova Z, Kotradyova Z, Aljubouri MAS, Breznoscakova D, et al. Social participation of rheumatoid arthritis patients: Does illness perception play a role? *Health Psychology*. 2024.
124. Scharloo M, Kaptein A, Weinman J, Hazes J, Willems L, Bergman W, et al. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of psychosomatic research*. 1998;44(5):573-85.
125. Tedeschi RG, Calhoun L. Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric times*. 2004;21(4):58-60.
126. Calhoun LG, Tedeschi RG. Posttraumatic growth: Future directions. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. 1998;1:215-38.
127. Ramjeet J. Finding the evidence for practice: An overview of research in social support and rheumatoid arthritis. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 2003;7(1):43-7.

128. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillan J. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2000;13(3):521-7.
129. Zyrianova Y, Kelly BD, Gallagher C, McCarthy C, Molloy M, Sheehan J, et al. Depression and anxiety in rheumatoid arthritis: the role of perceived social support. *Irish journal of medical science*. 2006;175:32-6.
130. Doeglas D, Suurmeijer T, Krol B, Sanderman R, van Rijswijk M, van Leeuwen M. Social support, social disability, and psychological well-being in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 1994;7(1):10-5.
131. Yalom ID, Lieberman MA. Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry*. 1991;54(4):334-45.
132. Assmann A. Wholesome knowledge: Concepts of wisdom in a historical and cross-cultural perspective. *Life-span development and behavior: Routledge*; 2019. p. 187-224.
133. Pargament KI, Ensing DS, Falgout K, Olsen H, Reilly B, Van Haitsma K, et al. God help me:(I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American journal of community psychology*. 1990;18:793-824.
134. Fakra E, Marotte H. Rheumatoid arthritis and depression. *Joint bone spine*. 2021;88(5):105200.
135. Orille AC, Marton V, Taku K. Posttraumatic growth impacts views of others' trauma: The roles of shared experience and gender. *Journal of Humanistic Psychology*. 2022;62(5):669-82.
136. Widows MR, Jacobsen PB, Booth-Jones M, Fields KK. Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health psychology*. 2005;24(3):266.

137. Prati G, Pietrantonio L. Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of loss and trauma*. 2009;14(5):364-88.
138. Gul E, Karanci AN. What determines posttraumatic stress and growth following various traumatic events? A study in a Turkish community sample. *Journal of traumatic stress*. 2017;30(1):54-62.
139. Vishnevsky T, Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG, Demakis GJ. Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of women quarterly*. 2010;34(1):110-20.
140. Lechner SC, Carver CS, Antoni MH, Weaver KE, Phillips KM. Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2006;74(5):828.
141. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health psychology*. 2001;20(3):176.
142. Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2006;74(5):797.
143. Updegraff JA, Taylor SE. From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events. *Loss and trauma: Routledge*; 2021. p. 3-28.
144. Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*. 2003;22(5):487.
145. Moos RH, Schaefer JA. The crisis of physical illness: An overview and conceptual approach. *Coping with Physical Illness: 2: New Perspectives*. 1984:3-25.

146. Nyklíček I, Hoogwegt F, Westgeest T. Psychological distress across twelve months in patients with rheumatoid arthritis: the role of disease activity, disability, and mindfulness. *Journal of psychosomatic research*. 2015;78(2):162-7.
147. Matcham F, Ali S, Irving K, Hotopf M, Chalder T. Are depression and anxiety associated with disease activity in rheumatoid arthritis? A prospective study. *BMC musculoskeletal disorders*. 2016;17(1):1-9.
148. Zhang L, Cai P, Zhu W. Depression has an impact on disease activity and health-related quality of life in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2020;23(3):285-93.
149. Groarke A, Curtis R, Coughlan R, Gsel A. The role of perceived and actual disease status in adjustment to rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2004;43(9):1142-9.
150. Hamama-Raz Y, Nativ S, Hamama L. Post-traumatic growth in inflammatory bowel disease patients: the role of illness cognitions and physical quality of life. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2021;15(6):1060-7.
151. Leventhal H. The common sense representation of illness danger. *Contributions to medical psychology*. 1980;2:7.
152. Lau RR, Hartman KA. Common sense representations of common illnesses. *Health psychology*. 1983;2(2):167.
153. Scharloo M, Kaptein A, Weinman J, Hazes J, Breedveld F, Rooijmans H. Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*. 1999;26(8):1686-93.
154. Rothbaum F, Weisz JR, Snyder SS. Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of personality and social psychology*. 1982;42(1):5.
155. Frazier P, Steward J, Mortensen H. Perceived control and adjustment to trauma: A comparison across events. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2004;23(3):303-24.

156. Robinaugh DJ, McNally RJ. Trauma centrality and PTSD symptom severity in adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of traumatic stress*. 2011;24(4):483-6.
157. Perri LM, Keefe FJ. Applying centrality of event to persistent pain: A preliminary view. *The Journal of Pain*. 2008;9(3):265-71.
158. Boals A. Using event centrality to predict depressive symptoms after a romantic conflict: A prospective design. *Applied Cognitive Psychology*. 2014;28(2):259-65.
159. Yanık Z. Meme kanserini yenen kişilerde travma sonrası büyüme ve travma sonrası stres bozukluğu ile olayın merkeziliyeti arasındaki ilişkide ruminasyonun aracı etkisi. Bahçeşehir Üniversitesi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2018.
160. Wolfe T, Ray S. The role of event centrality, coping and social support in resilience and posttraumatic growth among women and men. *International Journal of Mental Health Promotion*. 2015;17(2):78-96.
161. Pals JL, McAdams DP. The transformed self: A narrative understanding of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*. 2004:65-9.
162. Acet P. Yetişkinlerde travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası gelişim: Otobiyografik bellek, dönüşmüş benlik ve bilinçli-yeniden değerlendirme modelleri kapsamında bir inceleme: Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.
163. Calhoun LG, Tedeschi RG. *Posttraumatic growth in clinical practice*: Routledge; 2012.
164. Janoff-Bulman R, Frieze IH. A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of social issues*. 1983;39(2):1-17.
165. Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. *Social science & medicine*. 2006;62(5):1153-66.

166. Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG, Kilmer RP, Gil-Rivas V, Vishnevsky T, et al. The Core Beliefs Inventory: A brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, stress & coping*. 2010;23(1):19-34.
167. Park CL, Riley KE, George LS, Gutierrez IA, Hale AE, Cho D, et al. Assessing disruptions in meaning: Development of the global meaning violation scale. *Cognitive Therapy and Research*. 2016;40:831-46.
168. Aydoğdu BE, Dirik G. Meme Kanseri Olan Kadınlarda Psikolojik Belirtiler ve Travma Sonrası Gelişim ile İlişkili Faktörler. *Nesne Dergisi*. 2021;9(22):863-83.
169. Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG, Solomon DT. Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma*. 2010;15(3):151-66.
170. Lu Y, Jin X, Feng L-W, Tang C, Neo M, Ho RC. Effects of illness perception on negative emotions and fatigue in chronic rheumatic diseases: Rumination as a possible mediator. *World Journal of Clinical Cases*. 2022;10(34):12515.
171. Li T, Liu T, Han J, Zhang M, Li Z, Zhu Q, et al. The relationship among resilience, rumination and posttraumatic growth in hemodialysis patients in North China. *Psychology, health & medicine*. 2018;23(4):442-53.
172. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, ten Cate R. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of adolescence*. 2009;32(2):449-54.
173. Brennan KA, Creaven A-M. Living with invisible illness: social support experiences of individuals with systemic lupus erythematosus. *Quality of life research*. 2016;25:1227-35.

174. Soo H, Burney S, Basten C. 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*. 2009;14(7):956-66.
175. Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG, Triplett KN, Vishnevsky T, Lindstrom CM. Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2011;24(2):137-56.
176. Soo H, Sherman K. Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-oncology*. 2015;24(1):70-9.
177. Dunn J, Occhipinti S, Campbell A, Ferguson M, Chambers SK. Benefit finding after cancer: The role of optimism, intrusive thinking and social environment. *Journal of health psychology*. 2011;16(1):169-77.
178. Cordova MJ, Giese-Davis J, Golant M, Kronenwetter C, Chang V, Spiegel D. Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2007;14:308-19.
179. Wills TA, Ainette MG, Baum A, Revenson T, Singer J. 20 Social networks and social support. *Handbook of health psychology*. 2012:465.
180. Hale CJ, Hannum JW, Espelage DL. Social support and physical health: The importance of belonging. *Journal of American College Health*. 2005;53(6):276-84.
181. Cohen S. Social support measurement and intervention. *Social support measurement and intervention A guide for 356 health and social scientists*. 2000:13.
182. Revenson TA. The role of social support with rheumatic disease. *Bailliere's clinical rheumatology*. 1993;7(2):377-96.
183. DİRİK G, Sertel P, Kartal M. Fibromyalji sendromlu hastaların yaşadıkları psikolojik sıkıntılar ile sosyal destek, öz yeterlik ve yeti yitimi ilişkisi. *Duzce Medical Journal*. 2011;13(1):45-52.

184. Doeglas D, Suurmeijer TP, Van den Heuvel W, Krol B, Van Rijswijk M, Van Leeuwen M, et al. Functional ability, social support, and depression in rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*. 2004;13:1053-65.
185. Schaefer JA, Moos RH. The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. 1998;99(126):9781410603401-9.
186. Zeligman M, Varney M, Grad RI, Huffstead M. Posttraumatic growth in individuals with chronic illness: The role of social support and meaning making. *Journal of Counseling & Development*. 2018;96(1):53-63.
187. Yorulmaz H, Bayraktar S, Özdilli K. Posttraumatic growth in chronic kidney failure disease. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:2313-9.
188. Karanci AN, Erkam A. Variables related to stress-related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress and health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*. 2007;23(5):315-22.
189. Wells G, Becker J, Teng J, Dougados M, Schiff M, Smolen J, et al. Validation of the 28-joint Disease Activity Score (DAS28) and European League Against Rheumatism response criteria based on C-reactive protein against disease progression in patients with rheumatoid arthritis, and comparison with the DAS28 based on erythrocyte sedimentation rate. *Annals of the rheumatic diseases*. 2009;68(6):954-60.
190. Boyacıoğlu İ, Aktaş Ç. Olayların Merkeziliği Ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2018;21(41):17-26.
191. Haselden M. Üniversite öğrencilerinde travma sonrası büyümeyi yordayan çeşitli değişkenlerin Türk ve Amerikan kültürlerinde incelenmesi: Bir model önerisi. 2014.

192. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988;52(1):30-41.
193. Eker D, Arkar H. Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1995;30:121-6.
194. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983;67(6):361-70.
195. Aydemir O. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*. 1997;8:187-280.
196. Dirik G. Posttraumatic growth and psychological distress among rheumatoid arthritis patients: An evaluation within the conservation of resources theory. 2006.
197. Uysal H. Fibromiyalji sendromlu ve romatoid artritli hastalarda D vitamini düzeylerinin yaşam kalitesine etkisinin karşılaştırılması. 2019.
198. Botequio Mella LF, Bertolo MB, Dalgalarondo P. Depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32(3).
199. Dirik G, Karanci AN. Psychological distress in rheumatoid arthritis patients: an evaluation within the conservation of resources theory. *Psychology and Health*. 2010;25(5):617-32.
200. Zhai J, Huang Y, Gao X, Jiang H, Xu J. Post-trauma growth in a mainland Chinese population with chronic skin disease. *International journal of dermatology*. 2014;53(4):450-7.
201. Leung YW, Gravely-Witte S, Macpherson A, Irvine J, Stewart DE, Grace SL. Post-traumatic growth among cardiac outpatients: Degree comparison with other chronic illness samples and correlates. *Journal of Health Psychology*. 2010;15(7):1049-63.
202. Arıkan G. Prevalence of traumatic events and determinants of posttraumatic growth in university students: Middle East Technical University; 2007.

203. Rajkumar E, Gopi A, Hareesh P, Romate J, Lakshmi R, Abraham J. Correlates of post-traumatic growth among persons bereaved from cancer: A systematic review and meta-analysis. *Plos one*. 2024;19(3):e0300291.
204. Schulz U, Mohamed NE. Turning the tide: Benefit finding after cancer surgery. *Social science & medicine*. 2004;59(3):653-62.
205. Affleck G, Tennen H, Croog S, Levine S. Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: an 8-year study. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1987;55(1):29.
206. Siegel K, Schrimshaw EW, Pretter S. Stress-related growth among women living with HIV/AIDS: Examination of an explanatory model. *Journal of behavioral medicine*. 2005;28:403-14.
207. Evers AW, Kraaimaat FW, van Lankveld W, Jongen PJ, Jacobs JW, Bijlsma JW. Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2001;69(6):1026.
208. Pakenham KI. Benefit finding in multiple sclerosis and associations with positive and negative outcomes. *Health Psychology*. 2005;24(2):123.
209. Katz RC, Flasher L, Cacciapaglia H, Nelson S. The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of “benefit-finding” in patients with chronic disease. *Journal of behavioral medicine*. 2001;24:561-71.
210. Mohr DC, Dick LP, Russo D, Pinn J, Boudewyn AC, Likosky W, et al. The psychosocial impact of multiple sclerosis: exploring the patient's perspective. *Health psychology*. 1999;18(4):376.
211. Danoff-Burg S, Revenson TA. Benefit-finding among patients with rheumatoid arthritis: Positive effects on interpersonal relationships. *Journal of behavioral medicine*. 2005;28:91-103.

212. Luszczyńska A, Sarkar Y, Knoll N. Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Education and Counseling*. 2007;66(1):37-42.
213. Fyrand L, Moum T, Finset A, Glennås A. The impact of disability and disease duration on social support of women with rheumatoid arthritis. *Journal of behavioral medicine*. 2002;25:251-68.
214. Evers AW, Kraaijmaat FW, Geenen R, Bijlsma JW. Psychosocial predictors of functional change in recently diagnosed rheumatoid arthritis patients. *Behaviour research and therapy*. 1998;36(2):179-93.
215. Groleau JM, Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG. The role of centrality of events in posttraumatic distress and posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2013;5(5):477.
216. Wamser-Nanney R, Howell KH, Schwartz LE, Hasselle AJ. The moderating role of trauma type on the relationship between event centrality of the traumatic experience and mental health outcomes. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*. 2018;10(5):499.
217. Lancaster SL, Kloep M, Rodriguez BF, Weston R. Event centrality, posttraumatic cognitions, and the experience of posttraumatic growth. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2013;22(4):379-93.
218. Grotle M, Vøllestad NK, Veierød MB, Brox JJ. Fear-avoidance beliefs and distress in relation to disability in acute and chronic low back pain. *Pain*. 2004;112(3):343-52.
219. Wilson B, Morris BA, Chambers S. A structural equation model of posttraumatic growth after prostate cancer. *Psycho-Oncology*. 2014;23(11):1212-9.
220. Sütterlin S, Paap M, Babic S, Kübler A, Vögele C. Rumination and age: some things get better. *Journal of aging research*. 2012;2012.

221. Nightingale VR, Sher TG, Hansen NB. The impact of receiving an HIV diagnosis and cognitive processing on psychological distress and posttraumatic growth. *Journal of traumatic stress*. 2010;23(4):452-60.



7. ÖZET

Arka Plan: Romatoid artrit, psikolojik sıkıntılara yol açan, kronik, sistemik bir hastalıktır. Hastalık genellikle bir travma olarak kabul edilmez ancak araştırmalar hastalıktan kaynaklanan yaşam değişikliklerinin travmatik algılanabileceğini göstermektedir. İlgili yazın incelendiğinde, romatoid artrit hastalarının hastalıkla yaşama deneyiminin travma sonrası gelişimle ilişkilendirildiği görülmüştür. Ancak, bu sürece dair bilğimiz sınırlıdır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, romatoid artrit hastalarında, hastalığa karşı verilen psikolojik tepkilerin ‘İşlevsel Betimsel Model’ çerçevesinde incelenmesidir.

Yöntem: Çalışmaya 103 romatoid artrit hastası katılmış ve fizik muayene, laboratuvar incelemelerinin yanı sıra 8 farklı ölçek uygulanmıştır. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemleri, gruplar arası karşılaştırma yaparken Mann Whitney U analizi, Kruskal Wallis, Student T-Testi, değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizleri ve bağımlı değişkenlerin bağımsız değişkenler tarafından ne kadar yordandığını belirlemek için de regresyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Romatoid artrit hastalarının psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim yaşadıklarını tespit edilmiştir. Hastalık süresi, olay merkeziliği, temel inançlarda sarsılma, olay ilişkili ruminasyon ve algılanan sosyal destek gibi faktörlerin travma sonrası gelişim ile anlamlı ilişkiler gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca, istemli ruminasyon ve algılanan sosyal desteğin travma sonrası gelişimi öngördüğü görülmüştür.

Sonuç: Romatoid artrit hastalarının hastalıkla başa çıkma sürecinde psikolojik sıkıntı ve travma sonrası gelişim görülmekte ve istemli ruminasyon ve algılanan sosyal destek travma sonrası gelişimi öngörmektedir.

8. SUMMARY

Background: Rheumatoid arthritis is a chronic, systemic disease that leads to psychological distress. While the disease is not generally acknowledged as trauma, research suggests that the life changes resulting from it can be perceived as traumatic. Examination of relevant literature indicates an association between the experience of living with rheumatoid arthritis and post-traumatic growth. However, our understanding of this process is limited.

Purpose: The aim of this study is to examine the psychological responses to the disease among rheumatoid arthritis patients within the framework of the 'Functional Descriptive Model Betimself Model'.

Method: 103 patients with rheumatoid arthritis were recruited for the study, and 8 different scales were administered alongside physical examinations and laboratory tests. Descriptive analysis methods were used for evaluating sociodemographic data, while Mann Whitney U analysis, Kruskal Wallis test, and Student's t-test were employed for intergroup comparisons. Correlation analyses were conducted to determine the relationships between variables, and regression analyses were utilized to assess the extent to which dependent variables were predicted by independent variables.

Results: It has been determined that patients with rheumatoid arthritis experience psychological distress and post-traumatic growth. Significant relationships have been identified between post-traumatic growth and factors such as disease duration, event centrality, disruption of core beliefs, event-related rumination, and perceived social support.

Furthermore, deliberate rumination and perceived social support have been found to predict post-traumatic growth.

Conclusion: In rheumatoid arthritis patients, psychological distress and post-traumatic growth are observed during the coping process with the disease, and deliberate rumination and perceived social support predict post-traumatic growth.



9. EKLER

9.1. Sosyodemografik Veri Formu

1) Yaşınız:.....

2) Cinsiyetiniz:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

3) Medeni durumunuz:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar
- ☐ Boşanmış/ ayrı
- ☐ Eşi vefat etmiş

4) Çocuğunuz var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet ise kaç tane _____

5) Eğitim durumunuz:

- ☐ İlkokul
- ☐ Orta okul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite

6) Çalışıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Hastalığımın dolaylı çalışmayı bıraktım

7) Size göre ailenizin gelir düzeyi nasıl?

- ☐ Gelir giderden az
- ☐ Gelir gidere denk
- ☐ Gelir giderden fazla

8) Kim/Kimlerle yaşıyorsunuz?

- ☐ Yalnız
- ☐ Eşim ve/ veya çocuklarım
- ☐ Diğer

9) Bugüne kadar herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet ise Belirtiniz.....

9.2. Romatoid Artrit ile İlişkili Bilgi Formu

1) Kaç yıldır RA (romatoid artrit)'iniz var?

- ☐ 1 yıldan az
- ☐ 1-5 yıl
- ☐ 6-10 yıl
- ☐ 10 yıl ve üzeri

2) Romatoid artritiniz nedeniyle hiç hastaneye yattınız mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet ise Kaç kere yattınız?.....

3) Romatoid artrit dışında halen başka bir hastalığınız var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet ise Hastalığınız nedir?.....

4) Romatoid artrit nedeniyle ameliyat oldunuz mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet ise Ne ameliyatı oldunuz?.....

5) Şuanki ağrı düzeyinizi aşağıdaki sayılar üzerinde uygun yeri işaretliyerek gösterir misiniz?

Hiç ağrım yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok fazla

6) Şuanki yorgunluk düzeyinizi aşağıdaki sayılar üzerinde uygun yeri işaretliyerek gösterir misiniz?

Hiç yorgun değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Aşırı yorgunum

7) Hastalığınız şuan ne kadar aktif/ alevli?

- ☐ Hiç /Biraz
- ☐ Orta
- ☐ Fazla /Çok fazla

8) Hastalığınız son günlerde günlük aktivitelerinizi (giyinme, temizlik, ev işleri) yapmanızı ne kadar etkiliyor?

- ☐ Hiç /Biraz
- ☐ Orta
- ☐ Fazla /Çok fazla

9) Hastalığınız nedeniyle hayatınızın ne ölçüde bozulduğunu düşünüyorsunuz?

- Hiç /Biraz
- Orta
- Fazla /Çok fazla

10) Hastalığınızı, hayatınız için ne derecede travmatik bir deneyim olarak değerlendiriyorsunuz?

- Hiç /Biraz
- Orta
- Fazla /Çok fazla

11) Hastalığınızın ne kadar kontrol edilebilir bir hastalık olduğunu düşünüyorsunuz?

- Hiç /Biraz
- Orta
- Fazla /Çok fazla

12) Hastalığınızın ne kadar ciddi olduğunu düşünüyorsunuz?

- Hiç /Biraz
- Orta
- Fazla /Çok fazla

9.3. Olay Merkeziliği Ölçeği

		Hiç katılmıyorum				Tamamen katılıyorum
1.	Bu olay yeni deneyimleri anlamlandırmamda bir rehber, bir referans noktası haline geldi.	1	2	3	4	5
2.	Bu olay ve şimdiki yaşantılarım arasındaki bağlantıları ve benzerlikleri kendiliğinden fark ederim.	1	2	3	4	5
3.	Bu olayın kimliğimin bir parçası haline geldiğini hissediyorum.	1	2	3	4	5
4.	Bu olay hayatımdaki önemli konuların sembolü ya da işareti olarak görülebilir.	1	2	3	4	5
5.	Bu olay benim hayatımı çoğu insanın hayatından farklı kılıyor.	1	2	3	4	5
6.	Bu olay kendimi ve dünyayı anlamamda bir rehber, bir referans noktası haline geldi.	1	2	3	4	5
7.	Bu tür bir olay yaşamamış insanların benden farklı düşündüklerine inanıyorum.	1	2	3	4	5
8.	Bu olay benim kim olduğuma dair çok şey anlatıyor.	1	2	3	4	5
9.	Çoğu zaman, bu olay ve insanlarla şu anki ilişkilerim arasında bağlantılar ve benzerlikler görürüm.	1	2	3	4	5
10.	Bu olayın, hayat hikayemin ana unsurlarından birihale geldiğini hissediyorum.	1	2	3	4	5
11.	Bu tür bir olay yaşamamış insanların kendilerine bakışlarının, benimkinden farklı olduğuna inanıyorum.	1	2	3	4	5
12.	Bu olay benim başka yaşantılara dair hislerimi ve düşüncelerimi etkiledi.	1	2	3	4	5
13.	Bu olay geleceğime nasıl bakacağıma ilişkin bir rehber, bir referans noktası haline geldi.	1	2	3	4	5
14.	Eğer hayatımın bir halısını dokusaydım, bu olay başka pek çok olaya bağlanan ilmekleriyle halının tam ortasında olurdu.	1	2	3	4	5
15.	Hayat hikayem iki ana bölüme ayrılabilir: Bu olaydan öncesi ve bu olaydan sonrası.	1	2	3	4	5

16.	Bu olay hayatımı kalıcı olarak değiştirdi.	1	2	3	4	5
17.	Bu olayın geleceğim üzerindeki etkilerini sık düşünürüm.	1	2	3	4	5
18.	Bu olay hayatımda bir dönüm noktasıydı.	1	2	3	4	5
19.	Eğer bu olay başıma gelmeseydi, bugün başka bir insan olurdum.	1	2	3	4	5
20.	Geleceğim hakkında kafa yorarken sık geriye dönüp bu olayı düşünürüm.	1	2	3	4	5



9.4. Temel İnanç Envanteri

		Hiç olmadı	Çok az düzeyde	Az düzeyde	Orta düzeyde	Büyük düzeyde	Çok büyük düzeyde
1.	Bu olaydan dolayı, insanların başına gelen şeylerin adil olduğuna ne düzeyde inandığımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5
2.	Bu olaydan dolayı, insanların başına gelen şeylerin kontrol edilebilir olduğuna ne düzeyde inandığımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5
3.	Bu olaydan dolayı, diğer insanların neden o şekilde düşündüğü ve davrandığı ile ilgili varsayımlarımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5
4.	Bu olaydan dolayı, diğer insanlarla olan ilişkilerim hakkındaki inançlarımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5
5.	Bu olaydan dolayı, kendi yeteneklerim, güçlü ve zayıf yanlarım hakkındaki inançlarımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5
6.	Bu olaydan dolayı, geleceğime dair beklentilerim hakkındaki inançlarımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5
7.	Bu olaydan dolayı, hayatımın anlamı hakkındaki inançlarımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5
8.	Bu olaydan dolayı, ruhani veya dini inançlarımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5
9.	Bu olaydan dolayı, insan olarak kendi kadrim ya da kıymetim (değerim) hakkındaki inançlarımı ciddi şekilde sorguladım.	0	1	2	3	4	5

9.5. Olay İlişkili Ruminasyon

		Hiç olmadı/Hiç/Asla	Nadiren	Bazen	Sık sık/sıklıkla
1.	İstemediğim halde olayı düşündüm.	0	1	2	3
2.	Olayla ilgili düşünceler aklıma geldi ve onlar hakkında düşünmeden duramadım.	0	1	2	3
3.	Olayla ilgili düşünceler dikkatimi dağıttı ya da beni odaklanmaktan alıkoydu.	0	1	2	3
4.	Olayla ilgili görüntü ya da düşüncelerin zihnime girmesine engel olamadım.	0	1	2	3
5.	Olaya ait düşünceler, anılar ya da görüntüler istemesem de aklıma geldi.	0	1	2	3
6.	Olayla ilgili düşünceler deneyimimi yeniden yaşamama neden oldu.	0	1	2	3
7.	Olayı hatırlatan şeyler, yaşadığım deneyimimle ilgili düşünceleri geri getirdi.	0	1	2	3
8.	Kendimi otomatik olarak ne olmuş olduğu ile ilgili düşünürken buldum.	0	1	2	3
9.	Diğer şeyler beni, yaşadığım deneyimle ilgili düşünmeye yönlendirip durdu.	0	1	2	3
10.	Olayla ilgili düşünmemeye çalıştım ama düşünceleri aklımdan çıkaramadım.	0	1	2	3

		Hiç olmadı/Hiç/Asla	Nadiren	Bazen	Sık sık/sıklıkla
1.	Yaşadığım deneyimden anlam bulup bulamayacağım ile ilgili düşündüm.	0	1	2	3
2.	Yaşamımdaki değişikliklerin deneyimimle uğraşmaktan kaynaklanıp kaynaklanmadığını düşündüm.	0	1	2	3
3.	Kendimi, yaşadığım deneyimle ilgili duygularım hakkında düşünmeye zorladım.	0	1	2	3
4.	Yaşadığım deneyimin sonucunda bir şey öğrenip öğrenmediğim ile ilgili düşündüm.	0	1	2	3
5.	Bu deneyimin dünya ile ilgili inançlarımı değiştirip değiştirmediği hakkında düşündüm.	0	1	2	3
6.	Bu deneyimin geleceğim için ne anlama gelebileceği hakkında düşündüm.	0	1	2	3
7.	Diğerleri ile olan ilişkilerimin, yaşadığım deneyimin ardından değişip değişmediği hakkında düşündüm.	0	1	2	3
8.	Kendimi olayla ilgili duygularımla baş etmeye zorladım.	0	1	2	3
9.	Olayın beni nasıl etkilemiş olduğu hakkında özellikle düşündüm.	0	1	2	3
10.	Olay hakkında düşündüm ve ne olduğunu anlamaya çalıştım.	0	1	2	3

9.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2. Sevinç ve kederimi paylaşabileceğim özel bir insan var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

5. Beni gerçekten rahatlatan bir insan var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşları var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

9.7. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

- 1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.
 - ☐ Çoğu zaman
 - ☐ Birçok zaman
 - ☐ Zaman zaman, bazen
 - ☐ Hiçbir zaman
- 2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
 - ☐ Aynı eskisi kadar
 - ☐ Pek eskisi kadar değil
 - ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
 - ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil
- 3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.
 - ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
 - ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
 - ☐ Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
 - ☐ Hayır, hiç öyle değil
- 4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
 - ☐ Her zaman olduğu kadar
 - ☐ Şimdi pek o kadar değil
 - ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
 - ☐ Artık hiç değil
- 5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
 - ☐ Çoğu zaman
 - ☐ Birçok zaman
 - ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
 - ☐ Yalnızca bazen
- 6) Kendimi neşeli hissediyorum.
 - ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Sık değil
 - ☐ Bazen
 - ☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

9. 8. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği

	Hiç Yaşamadım					Aşırı derecede yaşadım
1. Hayatıma verdiğim değer arttı.	0	1	2	3	4	5
2. Hayatımın kıymetini anladım.	0	1	2	3	4	5
3. Yeni ilgi alanları geliştirdim.	0	1	2	3	4	5
4. Kendime güvenim arttı.	0	1	2	3	4	5
5. Manevi konuları daha iyi anladım.	0	1	2	3	4	5
6. Zor zamanlarda başkalarına güvенеbileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
7. Hayatıma yeni bir yön verdim.	0	1	2	3	4	5
8. Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.	0	1	2	3	4	5
9. Duygularımı ifade etme isteğim arttı.	0	1	2	3	4	5
10. Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
11. Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
12. Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5
13. Yaşadığım her günün değerini anladım.	0	1	2	3	4	5
14. Hastalığımдан sonra benim için yeni fırsatlar doğdu.	0	1	2	3	4	5
15. Başkalarına karşı şefkat hislerim arttı.	0	1	2	3	4	5
16. İnsanlarla ilişkilerimde daha fazlagayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
18. Dini inancım daha da güçlendi.	0	1	2	3	4	5

19. Düşündüğümde daha güçlü olduğumu anladım.	0	1	2	3	4	5
20. İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim.	0	1	2	3	4	5
21. Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5