



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**KADIN HAŞİMOTO HASTALARINDA YAŞAM
KALİTESİ, STRES VE İLGİLİ PSİKOLOJİK
DEĞİŞKENLER ÜZERİNDE DİYALEKTİK
DAVRANIŞÇI TERAPİ’NİN ETKİSİ: RANDOMİZE
KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

DOKTORA TEZİ

KADRİYE SLOCUM

İSTANBUL, 2024



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**KADIN HAŞİMOTO HASTALARINDA YAŞAM
KALİTESİ, STRES VE İLGİLİ PSİKOLOJİK
DEĞİŞKENLER ÜZERİNDE DİYALEKTİK
DAVRANIŞÇI TERAPİ’NİN ETKİSİ: RANDOMİZE
KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

DOKTORA TEZİ

**KADRIYE SLOCUM
(181131030)**

**Danışman
(Prof. Dr. F. Işıl Bilican Yurteri)**

İSTANBUL, 2024

05/02/2024

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Doktora (Ortak) programı öğrencisi 181131030 numaralı Kadriye SLOCUM'un hazırladığı "Kadın Hashimoto Hastalarında Bazı Psikolojik Değişkenler Üzerinde Diyalektik Davranışçı Terapi'nin Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" konulu Doktora tezi ile ilgili Tez Savunma Sınavı, 05/02/2024 Pazartesi günü saat 10:00'da yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabulüne Oy Çakluğu/Oy Birliği ile karar verilmiştir.

Tez adı değişikliği yapılması halinde: Tez adının "Kadın Hashimoto Hastalarında Yaşam Kalitesi, Stres ve İlgili Psikolojik Değişkenler Üzerinde Diyalektik Davranışçı Terapi'nin Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" şeklinde değiştirilmesi uygundur.

Jüri Üyesi	Karar
1. (Danışman) Prof. Dr. İşıl BİLİCAN YURTERİ	Kabul..
2. Prof. Dr. Sefa SAYGILI	Kabul
3. Doç. Dr. Melek ASTAR	Kabul
4. Prof. Dr. Gaye SALTUKOĞLU	Kabul
5. Dr. Öğr. Üyesi Volkan KOÇ	Kabul
6. (İkinci Danışman)*.....	

*2. Danışman varsa doldurulması gerekmektedir.

ETİK BİLDİRİM

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

Kadriye Slocum

**KADIN HAŞİMOTO HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ,
STRES VE İLGİLİ PSİKOLOJİK DEĞİŞKENLER ÜZERİNDE
DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ’NİN ETKİSİ:
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Kadriye Slocum

ÖZET

Araştırmalara göre, Haşimoto hastalığının tedavisinde tıbbi tedavilerin kısıtlı kalabildiği unsurlar bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Diyalektik Davranışçı Terapi Beceri Eğitimi (DDT-BE), Grup Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve bekleme listesi grubunun Haşimoto hastalığı olan kadınlardaki yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete, stres, çok boyutlu psikolojik iyi oluş, duygu düzenleme güçlüğü, duygusal tepkisellik ve sıkıntıya dayanma üzerine etkisini incelemek olmuştur. Randomize kontrollü çalışmada, deneysel işlemler eş zamanlı deney, kontrol ve bekleme listesi olmak üzere yaş, yaşam kalitesi, hastalık süresi, ekonomik durum, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu ve çocukluk çağı travmaları açısından eşleştirilmiş üç gruba uygulanmıştır. Deney grubuna 14-haftalık DDT-BE ve kontrol grubuna 14-haftalık Grup BDT uygulanmıştır. Bekleme listesi grubuna ise herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Çalışmaya Haşimoto hastalığı olan ve tıbbi tedavileri stabil 62 kadın ($\bar{x}=35.85\pm6.37$ yaş) katılmıştır. Tüm katılımcılar gruplara rastgele atanmış, veriler ölçekler aracılığıyla öntest, sontest ve iki ay izlemde toplanmıştır. Bulgulara göre, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarının bağımlı değişkenler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı seviyede herhangi bir etkisi olmamış, sadece DDT-BE gruplarındaki kadınların yaşam kalitesinin genel sağlık alt boyutunda, çok boyutlu psikolojik iyi oluşun çevresel hâkimiyet alt boyutunda, duygusal tepkiselliğin dayanıklılık alt boyutunda ve sıkıntıya dayanmanın tolerans alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı seviyede artış, depresyon, anksiyete, stres ve duygu düzenleme güçlüğü düzeylerinde

istatistiksel olarak anlamlı seviyede azalma olmuştur. Anksiyete ve strese ekonomik durum, genel sağlıkta ise vücut kitle indeksi ortak değişken (covariate) olarak saptanmıştır. Ortak değişkenlerin etkisi dikkate alındığında, stres puanlarındaki azalmayı ekonomik durum %7.4 açıklarken, DDT-BE ek %2.7'lik bir oranla, %10.1 açıklamıştır ($p<.05$). Haşimoto hastalığı olan kadınların, özellikle yaşam kalitesi ve stres açısından, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına kıyasla, DDT-BE'nden faydalandıkları görülmektedir. Mevcut çalışmanın önerileri kapsamında gerçekleştirilecek ileriki araştırmalar, Haşimoto hastalığı tedavi yönergelerinin geliştirilmesine daha fazla katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Haşimoto Hastalığı, Diyalektik Davranışçı Terapi Beceri Eğitimi (DDT-BE), Grup Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Randomize Kontrollü Çalışma

**EFFECT OF DIALECTICAL BEHAVIORAL THERAPY ON
QUALITY OF LIFE, STRESS AND RELATED
PSYCHOLOGICAL VARIABLES IN WOMEN WITH
HASHIMOTO'S DISEASE: RANDOMIZED CONTROLLED
TRIAL**

Kadriye Slocum

ABSTRACT

Literature shows that there are aspects of Hashimoto's disease (HD) where medical treatment can be limited. The aim of the present study, was to investigate the effect of Dialectical Behavioral Therapy Skills Training (DBT-ST), Group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and a waitlist group on quality of life (QOL), depression, anxiety, stress, psychological well-being, difficulties in emotion regulation, emotional reactivity, and distress tolerance among women diagnosed with HD. The study was conducted via randomized controlled experimental design, with interventions being applied simultaneously to an experimental, control and waitlist group, which were matched for age, QOL, disease duration, economic status, level of education, marital status, working status, and childhood trauma. The experimental group received a 14-week DBT-ST intervention, the control group received a 14-week Group CBT intervention, while the waitlist group received no intervention. Participants included 62 women ($\bar{x}=35.85\pm6.37$ years) diagnosed with HD and whose medical treatment was stable. All were randomly assigned to the groups. Outcome variables were evaluated via scales, with data being collected pre-intervention, post-intervention and at two months follow-up. Results demonstrated that while Group CBT and the waitlist group had no statistically significant benefits on the outcome variables, DBT-ST increased the general health dimension of QOL, the environmental mastery subscale of psychological well-being, the persistence subscale of emotional reactivity and the

tolerance subscale of distress tolerance, and decreased depression, anxiety, stress and difficulties in emotion regulation at statistically significant levels. Economic status was identified as a covariate for anxiety and stress, and body mass index for general health. With the effect of covariates considered, DBT-ST explained the decrease in stress by 10.1%, an additional 2.7% compared to economic status which explained it by 7.4% ($p < .05$). Findings demonstrate that DBT-ST, rather than Group CBT and the waitlist group, had beneficial effects on women with HD, specifically in terms of QOL and stress. Future research conducted in lieu with the recommendations of the present study, could further contribute to the development of HD treatment guidelines.

Keywords: Women, Hashimoto's Disease, Dialectical Behavior Therapy Skills Training (DBT-ST), Group Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Randomized Controlled Trial

ÖN SÖZ

Bu çalışmanın konusu ile alakam yüksek lisans yıllarımda başladı. Yüksek lisans tezim kapsamında Haşimoto hastalığı tanısı alan kadınlarla çalışmış ve ileride bu alana daha fazla katkımın olmasını temenni etmiştim. Bunun üzerine doktora tez konumu belirleyerek bu çalışmayı gerçekleştirdim. Bu temennimi gerçekleştirmede bana katkısı olan herkese çok müteşekkire olmakla beraber, bazılarını burada ismen anmak isterim.

Beni Diyalektik Davranışçı Terapi ile tanıştıran ve tüm geri bildirimleri ile tezimi akademik anlamda daha iyi noktalara getiren danışman Hocam Prof. Dr. F. Işıl Bilican Yurteri'ye, tez izleme komitemde olan ve tezimi katkılarıyla güçlendiren Hocalarım Prof. Dr. Haşim Ercan Özmen ve Doç. Dr. Melek Astar'a, Haşim Ercan Hoca'nın emekliliğinin ardından tez izleme komitemin yeni üyesi olmayı kabul eden ve tez sürecimin tamamlanmasında önemli katkısı olan Hocam Prof. Dr. Sefa Saygılı'ya, tez savunma sınavıma katılmayı kabul eden kıymetli Hocalarım Prof. Dr. Gaye Saltukoğlu ve Dr. Öğr. Üyesi Volkan Koç'a, lisans yıllarımdan beri hayatımın bir parçası olan ve benim üzerimde sayısız emeği olan Hocam Prof. Dr. Medaim Yanık'a, katılımcı toplamamda bana katkıları olan Prof. Dr. Mehmet Mahir Atasoy, Doç. Dr. Vahdet Görmez, Op. Dr. Havva Pars Ağargün, Uzm. Dr. Güler Türkes Çelik, Dyt. Abdülsemih Özkorkmaz ve Dyt. Gülsevim Kurt Yazıcı'ya, çalışmamda katılmak isteyen ve çalışmanın sonuna kadar bana eşlik eden tüm kıymetli katılımcılarıma, katılımcılar ile öngörüşmelerin gerçekleştirilmesi ve uygulama sürecinde katılımcılarla irtibatımda bana asistanlık yapan Klinik Psikolog Aybike Ak'a, çalışmamın ilânında kullandığım afişi benim için tasarlayan sevgili Gülnihal Aydın'a, akademinin tohumlarını bende eken ve bu çalışmayı sevinçle okuyacak ilk insanlar olan babacığım ve anneciğime, varoluşsal olarak akademinin gönlümdeki önemini fark ettiğim ben ile olan ve bu yolculukta yoldaşım olan eşime, bana destek olan diğer tüm aile üyelerime ve geri bildirimleri ile bu süreci benim için renklendiren kıymetli arkadaşım Asiye Ağargün'e çok teşekkür ediyorum.

Şubat, 2024

Kadriye Slocum

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
ÖN SÖZ.....	viii
TABLO LİSTESİ	xiv
KISALTMALAR	xxiv
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
1. ÇALIŞMANIN KURAMSAL ÇERÇEVESİ VE İLGİLİ LİTERATÜR	4
1.1. HAŞİMOTO HASTALIĞI.....	4
1.1.1. Haşimoto Hastalığının Tanımı.....	4
1.1.2. Haşimoto Hastalığının Etiyolojisi.....	6
1.1.3. Haşimoto Hastalığının Sıklığı	12
1.1.4. Haşimoto Hastalığının Evreleri	13
1.1.5. Haşimoto Hastalığının Teşhisi	14
1.1.6. Haşimoto Hastalığında Şikâyetler ve Belirtiler.....	15
1.1.7. Haşimoto Hastalığının Tedavisi.....	16
1.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN TERAPİ YÖNTEMLERİ	20
1.2.1. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT).....	20
1.2.1.1. BDT'nin Evreleri	25
1.2.1.2. BDT'de Kullanılan Teknikler.....	25
1.2.2. Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT).....	28
1.2.2.1. DDT'nin Kökenleri ve Kuramsal Altyapısı.....	29
1.2.2.2. DDT'nin BDT'den Farkları.....	32
1.2.2.3. DDT'nin Bileşenleri	33
1.2.2.3.1. Diyalektik Davranışçı Terapi Beceri Eğitimi (DDT-BE)	36
1.2.2.3.1.1. Farkındalık	36
1.2.2.3.1.2. Duygu Düzenleme	40

1.2.2.3.1.3. Kişilerarası Etkililik	42
1.2.2.3.1.4. Sıkıntıya Dayanma.....	44
1.3. İLGİLİ LİTERATÜR	45
1.3.1. Tedavi Edilen Haşimoto Hastalığı ve Psikolojik Belirtiler	49
1.3.2. Haşimoto Hastalığının Tedavisinde Gelişim Önerileri.....	52
1.3.3. Haşimoto Hastalığı Olan Bireylerin İlaç Tedaviyle Tam Olarak İyi Olamamalarının Potansiyel Nedenleri.....	59
1.4. BAZI PSİKOLOJİK DEĞİŞKENLERİN TANIMLARI.....	64
1.4.1. Yaşam Kalitesi.....	65
1.4.2. Depresyon	66
1.4.3. Anksiyete.....	66
1.4.4. Stres.....	67
1.4.5. Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş	68
1.4.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	69
1.4.7. Duygusal Tepkisellik	70
1.4.8. Sıkıntıya Dayanma.....	70
1.5. AMAÇ	71
1.6. HİPOTEZLER.....	71
İKİNCİ BÖLÜM	73
2. YÖNTEM.....	73
2.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ	73
2.1.1. Araştırma Sürecinde Yürütülen İşlemler	76
2.2. ÇALIŞMA GRUBU	77
2.2.1. Katılımcı Toplama Süreci	77
2.2.2. Katılımcı Kaybı ve Nihai Çalışma Grubu	78
2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	80
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu	81
2.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)	81
2.3.3. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu.....	82
2.3.4. WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm	84

2.3.5. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği – Kısa Form (DASS-21)	86
2.3.6. Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (ÇBPIOÖ).....	87
2.3.7. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği – Kısa Form (DDGÖ-16)	88
2.3.8. Duygusal Tepkisellik Ölçeği (DTÖ)	89
2.3.9. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ).....	90
2.3.10. Memnuniyet ve Öneri Formu	91
2.4. İŞLEM	92
2.4.1. Deney Grubuna Uygulanan İşlemler	92
2.4.1.1. Geliştirilme Süreci	92
2.4.1.2. Amacı ve Genel Özellikleri.....	94
2.4.1.3. Oturumların Genel Akışı	95
2.4.1.4. Oturumlar ve İçerikler	96
2.4.2. Kontrol Grubuna Uygulanan İşlemler	100
2.4.2.1. BDT Programının Geliştirilme Süreci	100
2.4.2.2. Amacı ve Genel Özellikleri.....	101
2.4.2.3. Oturumların Genel Akışı	102
2.4.2.4. Oturumlar ve İçerikler	102
2.4.3. Bekleme Listesi Gruplarına Uygulanan İşlemler	105
2.4.4. Grupların Oluşturulma Süreci	105
2.4.4.1. Çalışmayı Yarıda-Bırakma (Drop-out) Öncesi Homojenlik Bulguları	106
2.4.4.2. Çalışmayı Yarıda-Bırakma (Drop-out) Sonrası Homojenlik Bulguları	119
2.5. VERİ ANALİZ TEKNİKLERİ	127
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	136
3. BULGULAR.....	136
3.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	136
3.2. KULLANILAN ÖLÇEKLERİN BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLERİ	140
3.2.1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33).....	140
3.2.1.1. Katılımcıların Kendi İfadeleri ile Detaylandığı Travmatik Yaşantılar	142

3.2.2. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu.....	144
3.2.3. WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm	149
3.2.4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21).....	151
3.2.5. Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (ÇBPİÖÖ).....	152
3.2.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği – Kısa Form (DDGÖ-16)	154
3.2.7. Duygusal Tepkisellik Ölçeği (DTÖ)	155
3.2.8. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ).....	157
3.2.9. Memnuniyet ve Öneri Formu	158
3.3. DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ (DDT)’NİN ETKİSİ.....	160
3.3.1. WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm Alanları Üzerine Etkisi.....	160
3.3.1.1. Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	160
3.3.1.2. Genel Sağlık Üzerine Etkisi	163
3.3.1.3. Sosyal Baskı Üzerine Etkisi.....	167
3.3.1.4. Bedensel Alan Üzerine Etkisi.....	170
3.3.1.5. Ruhsal Alan Üzerine Etkisi.....	173
3.3.1.6. Sosyal Alan Üzerine Etkisi	175
3.3.2. Depresyon Anksiyete Stres Üzerine Etkisi	178
3.3.2.1. Depresyon Üzerine Etkisi	178
3.3.2.2. Anksiyete Üzerine Etkisi	181
3.3.2.3. Stres Üzerine Etkisi	186
3.3.3. Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş Üzerine Etkisi.....	191
3.3.3.1. Çevresel Hâkimiyet Üzerine Etkisi	191
3.3.3.2. İnsanlarla Olumlu İlişki Üzerine Etkisi.....	194
3.3.3.3. Kendini Kabul Üzerine Etkisi.....	197
3.3.3.4. Kişisel Gelişim Üzerine Etkisi.....	199
3.3.3.5. Özerklik Üzerine Etkisi	202
3.3.3.6. Yaşam Amacı Üzerine Etkisi	205
3.3.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü Üzerine Etkisi	207
3.3.5. Duygusal Tepkisellik Üzerine Etkisi	210

3.3.5.1. Dayanıklılık Üzerine Etkisi	210
3.3.5.2. Hassasiyet Üzerine Etkisi	213
3.3.5.3. Tepkisellik Üzerine Etkisi	216
3.3.6. Sıkıntıya Dayanma Üzerine Etkisi	219
3.3.6.1. Özyeterlilik Üzerine Etkisi	219
3.3.6.2. Regülasyon Üzerine Etkisi	222
3.3.6.3. Tolerans Üzerine Etkisi	224
3.4. İSTATİSTİKSEL OLARAK ANLAMLI OLAN BULGULARIN ÖZETİ..	227
3.5. UYGULAMA SÜRECİNDE KATILIMCILARIN VERDİĞİ BAZI GERİ BİLDİRİMLER	229
3.5.1. Uygulama Sürecinin Sınır Çizmeye Faydaları.....	230
3.5.2. Uygulama Sürecinin Duygu Düzenlemeye Faydaları.....	230
3.5.3. Uygulama Sürecinin Farkındalığa Faydaları.....	231
3.5.4. Uygulamanın Grup Formatında Gerçekleştirilmesinin Faydaları ..	232
3.5.5. Uygulama Sürecinde Katılımcıların Hayatlarında “İlk”ler	233
3.5.6. Uygulama Sürecinin Anti-TPO Seviyelerine Faydaları.....	234
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	235
4. TARTIŞMA VE ÖNERİLER	235
4.1. TARTIŞMA.....	235
4.2. SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER	252
SONUÇ.....	254
KAYNAKÇA	257
EKLER.....	283

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1: Araştırmanın Deneysel Deseni.....	76
Tablo 2: Araştırma Sürecinde Yürütülen İşlemlerin Haftalara Göre Dağılımı.....	78
Tablo 3: Çalışma Sürecinde Yaşanan Katılımcı Kayıpları.....	82
Tablo 4: Haşimoto Hastalığı olan Kadınlar için DDT-BE Oturumları (her biri 120 dakika şeklinde).....	99
Tablo 5: Haşimoto Hastalığı olan Kadınlar için Grup Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) Oturumları (her biri 60 dakika şeklinde).....	105
Tablo 6: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının Yaş Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması.....	109
Tablo 7: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının Hastalık Süresi Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması.....	110
Tablo 8: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Öntest Yaşam Kalitesi Puanı Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması.....	110
Tablo 9: Deney Gruplarının Yaş Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması.....	111
Tablo 10: Deney Gruplarının Hastalık Süresi Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması.....	111
Tablo 11: Deney Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Öntest Yaşam Kalitesi Puanı Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması.....	112
Tablo 12: Kontrol Gruplarının Yaş Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması.....	112
Tablo 13: Kontrol Gruplarının Hastalık Süresi Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması.....	112
Tablo 14: Kontrol Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Öntest Yaşam Kalitesi Puanı Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması.....	113
Tablo 15: Bekleme Listesi Gruplarının Yaş Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması.....	113
Tablo 16: Bekleme Listesi Gruplarının Hastalık Süresi Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması.....	114

Tablo 17: Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Puanı Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması.....	114
Tablo 18: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Medeni Durum ile Deney, Kontrol, Bekleme Listesi Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	115
Tablo 19: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Ekonomik Durum ile Deney, Kontrol, Bekleme Listesi Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	116
Tablo 20: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Eğitim Düzeyi ile Deney, Kontrol, Bekleme Listesi Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	116
Tablo 21: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Çalışma Durumu ile Deney, Kontrol, Bekleme Listesi Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	117
Tablo 22: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Duygusal İhmal Puanı Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması.....	118
Tablo 23: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Duygusal Taciz Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	118
Tablo 24: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Fiziksel İhmal Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	119
Tablo 25: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Fiziksel Taciz Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	119
Tablo 26: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Cinsel İstismar Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	120
Tablo 27: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Aşırı Koruma-Kontrol Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	120
Tablo 28: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının Yaş Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması.....	121
Tablo 29: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının Hastalık Süresi Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması.....	122
Tablo 30: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Öntest Yaşam Kalitesi Puanı Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması.....	122
Tablo 31: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Medeni Durum ile Deney, Kontrol, Bekleme Listesi Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	123
Tablo 32: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Ekonomik Durum ile Deney, Kontrol, Bekleme Listesi Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	124

Tablo 33: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Eğitim Düzeyi ile Deney, Kontrol, Bekleme Listesi Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	124
Tablo 34: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Çalışma Durumu ile Deney, Kontrol, Bekleme Listesi Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması.....	125
Tablo 35: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Duygusal İhmal Puanı Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması.....	126
Tablo 36: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Duygusal Taciz Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	126
Tablo 37: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Fiziksel İhmal Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	127
Tablo 38: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Fiziksel Taciz Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	127
Tablo 39: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Cinsel İstismar Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	128
Tablo 40: Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Aşırı Koruma-Kontrol Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	128
Tablo 41: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının Öntest Puanlarına Ait Homojenlik Testi Sonuçları.....	130
Tablo 42: Çalışmanın Bağımlı Değişkenleri Öntest Puanlarının Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarına Ait Shapiro-Wilk Normallik Testi Sonuçları.....	131
Tablo 43: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarında Bulunan Katılımcıların Bağımlı Değişkenleri Ölçen Ölçeklerde Elde Ettikleri Öntest Puanlara İlişkin Değerler.....	134
Tablo 44: Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	139
Tablo 45: Tüm Çalışma Grubunun CTQ-33 Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	142
Tablo 46: Deney Grubunun CTQ-33 Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	143
Tablo 47: Kontrol Grubunun CTQ-33 Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	143
Tablo 48: Bekleme Listesi Grubunun CTQ-33 Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	143
Tablo 49: Tüm Çalışma Grubunun DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu Alanlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	147

Tablo 50: Deney Grubunun DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu Alanlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	148
Tablo 51: Kontrol Grubunun DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu Alanlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	149
Tablo 52: Bekleme Listesi Grubunun DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu Alanlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	150
Tablo 53: Tüm Çalışma Grubunun WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	152
Tablo 54: Deney Grubunun WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	152
Tablo 55: Kontrol Grubunun WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	152
Tablo 56: Bekleme Listesi Grubunun WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	152
Tablo 57: Tüm Çalışma Grubunun DASS-21 Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	153
Tablo 58: Deney Grubunun DASS-21 Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	153
Tablo 59: Kontrol Grubunun DASS-21 Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	154
Tablo 60: Bekleme Listesi Grubunun DASS-21 Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	154
Tablo 61: Tüm Çalışma Grubunun ÇBPİÖÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	155
Tablo 62: Deney Grubunun ÇBPİÖÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri..	155
Tablo 63: Kontrol Grubunun ÇBPİÖÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	155
Tablo 64: Bekleme Listesi Grubunun ÇBPİÖÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	155
Tablo 65: Tüm Çalışma Grubunun DDGÖ-16 İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	156
Tablo 66: Deney Grubunun DDGÖ-16 İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	156
Tablo 67: Kontrol Grubunun DDGÖ-16 İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	157
Tablo 68: Bekleme Listesi Grubunun DDGÖ-16 İlişkin Betimleyici İstatistikleri...	157

Tablo 69: Tüm Çalışma Grubunun DTÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	158
Tablo 70: Deney Grubunun DTÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri..	158
Tablo 71: Kontrol Grubunun DTÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.	158
Tablo 72: Bekleme Listesi Grubunun DTÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	158
Tablo 73: Tüm Çalışma Grubunun SDÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	159
Tablo 74: Deney Grubunun SDÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri..	159
Tablo 75: Kontrol Grubunun SDÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.	159
Tablo 76: Bekleme Listesi Grubunun SDÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri.....	159
Tablo 77: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	163
Tablo 78: WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümü Puanlarının Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarına Göre Welch Robust Testi ile İncelenmesi.....	163
Tablo 79: WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Alt Boyutu Puanlarının Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Welch Robust Testi Sonrası Tamhane Testi Sonuçları.....	164
Tablo 80: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Genel Sağlık Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	165
Tablo 81: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Genel Sağlık Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	166
Tablo 82: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Genel Sağlık Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	167
Tablo 83: WHOQOL-BREF (TR) Genel Sağlık Alt Boyutu Öntest Puanlarının Vücut Kitle İndeksi Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması.....	168
Tablo 84: Vücut Kitle İndeksinin WHOQOL-BREF (TR) Genel Sağlık Alt Boyutu Üzerine Etkisinde Grup Farkına İlişkin Yapılan Kovaryans (ANCOVA) Testi Sonuçları.....	169

Tablo 85: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Sosyal Baskı Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	170
Tablo 86: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Sosyal Baskı Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	170
Tablo 87: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Sosyal Baskı Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	171
Tablo 88: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Bedensel Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	172
Tablo 89: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Bedensel Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	173
Tablo 90: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Bedensel Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	174
Tablo 91: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Ruhsal Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	175
Tablo 92: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Ruhsal Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	176
Tablo 93: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Ruhsal Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	177
Tablo 94: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Sosyal Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	178
Tablo 95: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Sosyal Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	178
Tablo 96: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Sosyal Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	179
Tablo 97: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Depresyon Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	180
Tablo 98: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Depresyon Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	181

Tablo 99: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Depresyon Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.	182
Tablo 100: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Anksiyete Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	183
Tablo 101: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Anksiyete Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	184
Tablo 102: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Anksiyete Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	185
Tablo 103: DASS-21 Anksiyete Alt Boyutu Öntest Puanlarının Ekonomik Durum Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması.	186
Tablo 104: Ekonomik Durumun DASS-21 Anksiyete Alt Boyutu Üzerine Etkisinde Grup Farkına İlişkin Yapılan Kovaryans (ANCOVA) Testi Sonuçları.....	187
Tablo 105: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Stres Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	188
Tablo 106: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Stres Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	189
Tablo 107: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Stres Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması..	190
Tablo 108: DASS-21 Stres Alt Boyutu Öntest Puanlarının Ekonomik Durum Kategorileri Açısından Welch Robust Testi ile Karşılaştırılması.....	191
Tablo 109: Ekonomik Durumun DASS-21 Stres Alt Boyutu Üzerine Etkisinde Grup Farkına İlişkin Yapılan Kovaryans (ANCOVA) Testi Sonuçları.....	192
Tablo 110: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Çevresel Hâkimiyet Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	193
Tablo 111: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Çevresel Hâkimiyet Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	194
Tablo 112: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Çevresel Hâkimiyet Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	195

Tablo 113: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ İnsanlarla Olumlu İlişki Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	196
Tablo 114: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ İnsanlarla Olumlu İlişki Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	197
Tablo 115: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ İnsanlarla Olumlu İlişki Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	198
Tablo 116: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Kendini Kabul Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	199
Tablo 117: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Kendini Kabul Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	200
Tablo 118: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Kendini Kabul Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	201
Tablo 119: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Kişisel Gelişim Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	202
Tablo 120: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Kişisel Gelişim Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	202
Tablo 121: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Kişisel Gelişim Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	203
Tablo 122: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Özerklik Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	204
Tablo 123: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Özerklik Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	205
Tablo 124: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Özerklik Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	206
Tablo 125: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Yaşam Amacı Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	207
Tablo 126: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Yaşam Amacı Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	208

Tablo 127: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Yaşam Amacı Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	209
Tablo 128: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DDGÖ-16 Duygu Düzenleme Güçlüğü Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	210
Tablo 129: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DDGÖ-16 Duygu Düzenleme Güçlüğü Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	210
Tablo 130: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DDGÖ-16 Duygu Düzenleme Güçlüğü Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	211
Tablo 131: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Dayanıklılık Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	213
Tablo 132: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Dayanıklılık Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	213
Tablo 133: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Dayanıklılık Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	214
Tablo 134: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Hassasiyet Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	216
Tablo 135: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Hassasiyet Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	216
Tablo 136: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Hassasiyet Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	217
Tablo 137: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Tepkisellik Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	219
Tablo 138: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Tepkisellik Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	219
Tablo 139: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Tepkisellik Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	220
Tablo 140: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Özyeterlilik Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	222

Tablo 141: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Özyeterlilik Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	222
Tablo 142: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Özyeterlilik Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	223
Tablo 143: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Regülasyon Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	224
Tablo 144: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Regülasyon Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	225
Tablo 145: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Regülasyon Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	226
Tablo 146: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Tolerans Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	227
Tablo 147: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Tolerans Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	227
Tablo 148: Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Tolerans Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması.....	228
Tablo 149: İstatistikî Olarak Anlamlı Olan Bulguların Özeti.....	229

KISALTMALAR

ark.	Arkadaşları
Anti-TPO	Anti tiroid peroksidaz
Anti-TG	Anti-tiroglobulin
ACT	Kabul ve Kararlılık Terapisi
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
bkz.	Bakınız
bs.	Basım
CTQ	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
ÇBPİÖÖ	Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş Ölçeği
DASS-21	Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği
DDGÖ-16	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form
DDT	Diyalektik Davranışçı Terapi
DDT-BE	Diyalektik Davranışçı Terapi Beceri Eğitimi
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-5	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5.Baskı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ	Duygusal Tepkisellik Ölçeği
HLA DR3	DR3 tipli insan lökosit antijeni
LT3	Liotironin
LT4	Levotiroksin
MBCT	Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi
NICE	Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmeliyet Enstitüsü
s.	Sayfa/sayfalar
SDÖ	Sıkıntıya Dayanma Ölçeği
SKB	Sınırdaki Kişilik Bozukluğu
T3	Triiyodotironin
T4	Tiroksin

TEMD	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TRH	Tirotropin salgılatıcı hormon
TSH	Tiroid uyarıcı hormon
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
VKİ	Vücut Kitle İndeksi
WHOQOL-BREF	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Sürüm



GİRİŞ

Bağıışıklık sistemi, bakteri ve virüs gibi vücuda zararlı olabilecek tüm etkenlerden vücutu korumakla yükümlü olan sistemdir. Ancak, belli başlı durumlarda bağışıklık sistemi vücutun organ, eklem ve dokularını bir yabancı olarak algılayarak, vücutun kendi hücre ve dokularına saldırır. Bu saldırı sonucu ortaya çıkan rahatsızlıklar otoimmün hastalıklar olarak tanımlanır. Otoimmün hastalıklar sistemik olduklarında tüm vücutu etkiler, organ spesifik olduklarında ise yaşanan hastalığa bağlı olarak sadece bir organı etkilerler. Organ spesifik otoimmün hastalıkları arasında en yaygın olan hastalık %30 oranı ile otoimmün tiroid hastalıklarıdır. Otoimmün tiroid hastalıkları arasında ise en yaygın olan hastalık popülasyonun %10 ilâ %12'sinde görülen Haşimoto hastalığıdır. Kadınlarda 4 ilâ 10 kat daha fazla görülen bu rahatsızlık, aynı zamanda hipotiroidinin en sık sebebidir.

Hipotiroidi tablosunda tiroid bezi vücutun ihtiyaç duyduğu kadar tiroid hormonu üretemez ve bunun sonucu olarak bireyde tiroid hormon yetersizliği ortaya çıkar. Hipotiroidinin birçok sebebi olabilirken, Haşimoto hastalığındaki tiroid hormon yetersizliği vücutta ortaya çıkan otoimmün tepki kapsamında, tiroid bezinin özellikle anti tiroid peroksidaz (anti-TPO) hücreleri tarafından hasar görmesi sonucu yeterince tiroid hormonu üretememesinden kaynaklıdır. Haşimoto hastalığını diğer hipotiroidi tablolarından ayıran ve otoimmün bir hastalık yapan da bu hücrelerin varlığına dayanmaktadır. Ana tedavisi ise, ortaya çıkan bu tiroid hormon yetersizliğini tiroid hormon ilaçları ile dışarıdan sağlamaktır. Ancak, alanyazın incelendiğinde, yeterli miktarda ilaç tedavisine rağmen ve başka bir deyişle, ilaç tedavisi ile tiroid hormon yetersizliği giderilmesine rağmen, Haşimoto hastalığı olan bireylerin tam olarak iyi olamadığını bulgulayan birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar, hipotiroidi olan bireylere kıyasla, özellikle Haşimoto hastalığı olan bireylerin daha düşük yaşam kalitesi ve psikolojik iyi oluştan muzdarip olduklarını ve depresyon ve anksiyete gibi psikolojik tanıları almaya daha yatkın olduklarını göstermektedir. Bu bulguların bir

uzantısı olarak, Haşimoto hastalığı olan bireylerin, tıbbi tedavilerinin yanı sıra, ne tür tedavilerden faydalanabilecekleri gündem olmuştur.

Tıbbi tedavi ile Haşimoto hastalığı olan bireylerin, hipotiroidi bireylere kıyasla, neden tam olarak iyi olamadıklarını inceleyen çalışmalarda birkaç kanı ortaya çıkmaktadır. Bunlardan biri, Haşimoto isminin tetikleyici olabileceği ve bu kapsamda Haşimoto hastalığı olan bireylerin tıbbi tedavi ile normal tiroid değerleri olmasına rağmen daha düşük yaşam kalitesine sahip olup, daha çok depresyon ve anksiyete geliştirebildikleri yönündedir. Bir diğer kanı, Haşimoto hastalığı olan bireylerin tiroid hormon yetersizliği giderildiğinde bile, tiroid değerlerinin hipotiroidi bireylere kıyasla daha yüksek bir referans aralığında olmasından dolayı, hipotiroidi bireylere kıyasla daha düşük yaşam kalitelerinin olduğu yönündedir. Ancak daha yaygın olan kanı, Haşimoto hastalığı olan bireylerin ilaç tedavisine rağmen tam olarak iyi olamamalarının bu hastalığı tanımlayan otoimmün tepkiye bağlı olduğu yönünde olmuştur. Bu çalışmalar, özellikle anti-TPO düzeyleri ile yaşam kalitesi, psikolojik iyi oluş, depresyon ve anksiyetenin de aralarında olduğu birçok psikolojik değişken arasında anlamlı seviyelerde ilişki olduğunu saptamıştır.

Bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda, ilaç tedavisine ek olarak Haşimoto hastalığı olan bireylerin hastalıklarının temel sebebi olan otoimmün tepkiyi azaltabilecek yöntemlerden faydalanabilecekleri düşünülmüştür. Bu otoimmün tepkinin etiyolojisi incelendiğinde, genetik yatkınlık, travmatik deneyimler ve beslenmenin yanı sıra, stresin olduğu görülmektedir. Haşimoto hastalığı ve stres arasındaki ilişkinin henüz net olmadığını bulgulayan çalışmaların olması ile birlikte, stresin Haşimoto hastalığı etiyolojisinde önemli olduğunu vurgulayan çalışmalar da bulunmaktadır. Öyle ki, Haşimoto hastalığı tanısını almadan önce bireyler tarafından belirtilen en yaygın tetikleyicinin “çok fazla stres” olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda, alanyazın stres ile baş etmek için vücutta oluşan adaptasyonların hipotalamus-hipofiz-tiroid aksında bozulmalar ortaya çıkararak uzun vadede Haşimoto hastalığını tetikleyebildiğini ve bu kapsamda anti-TPO seviyelerinin yükseldiğini göstermektedir. Benzer olarak, hipotalamus-hipofiz-tiroid aksındaki bozulmaların Haşimoto hastalığını tetiklediği takdirde depresyonun ortaya çıktığını bulgulayan çalışmalar vardır. Travmatik deneyimler, depresyon, anksiyete, stres ve

yaşam kalitesini Haşimoto hastalığı olan kadınlarda inceleyen bir diğer çalışma, stres ve yaşam kalitesi arasında negatif yönlü anlamlı bir korelasyon olduğunu ve yaşam kalitesindeki varyansı açıklayan değişkenlerin %11.8 ile depresyon ve %9.8 ile stres olduğunu saptamıştır. Bu bulgular kapsamında, stresin otoimmün tepki açısından Haşimoto hastalığı tanısı almadan önce, hem de yaşam kalitesi ve depresyon açısından Haşimoto hastalığı tanısı aldıktan sonra önem arz ettiği düşünülmektedir.

Bu bulgular ile uyumlu olarak, hâlihazırda Haşimoto hastalığı olan bireyler için gerçekleştirilen tek uygulamalı çalışma 60 Haşimoto hastalığı olan kadına uygulanan 8-haftalık stres yönetimi programı olmuştur. Bu uygulama sonucunda katılımcılarda hem otoimmün tepki azalmış, hem de depresyon, anksiyete ve stres seviyeleri düşerek, yaşam kaliteleri artmıştır. Bu tez çalışmasının temel amacı, Haşimoto hastalığı olan bireylere stres yönetiminin de içinde olduğu farklı psikolojik yöntemler uygulayarak, Haşimoto hastalığı olan bireylerin tıbbi tedavilerini destekleyebilecek yöntemlere ilişkin literatüre katkı sağlamak olmuştur. Bu kapsamda, Haşimoto hastalığı olan 62 kadına 14-haftalık Diyalektik Davranışçı Terapi Beceri Eğitimi (DDT-BE), 14-haftalık Grup Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve bekleme listesi grubu şeklinde üç farklı yöntemden biri uygulanarak, bu uygulamaların yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete, stres, çok boyutlu psikolojik iyi oluş, duygu düzenleme güçlüğü, duygusal tepkisellik ve sıkıntıya dayanma üzerindeki etkileri öntest, sontest ve izlem ölçümlü, eşleştirilmiş grup desen kapsamında incelenmiştir. Alanyazın incelendiğinde, bu türden psikolojik müdahalelerin uygulanmasının akabinde Haşimoto hastalığı olan kadınların tüm bu psikolojik değişkenleri üzerinde ne türden değişimlerin olduğunun karşılaştırılarak incelendiği, bildiğimiz kadarı ile, ilk çalışma özelliğini taşıdığı söylenebilir.

Takip eden bölümlerde, öncelikle Haşimoto hastalığının tanımı, çalışmada kullanılan terapi yöntemleri, çalışmadaki psikolojik değişkenlerin tanımları ve çalışmanın hipotezleri detaylandırılacaktır. Ardından, çalışmanın yöntemi, kullanılan veri toplama araçları, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının oluşturulması ve bu gruplara uygulanan işlemler ve veri analiz teknikleri ele alınacaktır. Bu bölümü, çalışmanın bulguları takip edecektir. Son olarak ise, ortaya çıkan sonuçlar ilgili literatür kapsamında tartışılarak, ileriki çalışmalara yönelik öneriler verilecektir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. ÇALIŞMANIN KURAMSAL ÇERÇEVESİ VE İLGİLİ LİTERATÜR

Bu bölümde araştırmanın kuramsal çerçevesi kapsamında Haşimoto hastalığı, çalışmada kullanılan terapi yaklaşımları ve çalışmada dikkate alınan bazı psikolojik değişkenlerin kavramsal olarak tanımları, ilgili literatür ile beraber detaylandırılacak, çalışmanın amacı ve hipotezi tanımlanacaktır.

1.1. HAŞİMOTO HASTALIĞI

1.1.1. Haşimoto Hastalığının Tanımı

Haşimoto hastalığı tiroid bezi ile ilişkili otoimmün bir rahatsızlıktır. Tiroid bezi üreme, beslenme, maddelerin hücreler tarafından kullanımı, tuz ve sıvı dengesini ayarlama, metabolik aktiviteyi düzenleme, büyüme ve gelişme gibi birçok kritik görevin sorumlusu olan endokrin sistemine ait bir salgı bezidir. Boynun ön tarafında, cildin altında yer alır. Ceviz büyüklüğünde ve 15-20 gram ağırlığındadır. Sağ ve sol lob olmak üzere iki lobu bulunur ve bu loblar kelebek kanatlarını andırdığından şekli kelebek şeklinde olarak tanımlanır. Her iki lobun da en uzun boyu 45 mm civarındadır.

Tiroid bezi T3 ve T4 olmak üzere, iki türlü tiroid hormonu üreterek depolar ve vücuttaki ihtiyaca göre gerekli miktarı kan dolaşımına bırakır. Bu hormonların arasında T4 hormonu %80 oranında salgılanırken, T3 hormonu %20 civarında salgılanır. Ancak, T4 hormonu daha çok bir depo vazifesi görür çünkü hücrelere giremez. Dolayısıyla, kandaki konsantrasyonu daha düşük olmasına rağmen, T3 hormonu T4 hormonuna kıyasla metabolik etkinliği daha yüksek olan ve hücrelere girip etkili olan hormondur. Bu nedenle, T4 hormonu T3 hormonuna dönüşür ve bu dönüşümün bozulması hâlinde T3 yeterince oluşamamakta ve tiroid hormonları etkilerini gösterememektedir. Örneğin, sağlıklı bir birey günde 30 mikrogram kadar T3 oluşturur ve bunun 5 mikrogram kadarı (yani %20 civarı) tiroid bezinden direkt

olarak salgılanırken, geri kalan 25 mikrogram kadarı (yani %80 civarı) tiroid dışındaki dokularda T4'ün T3'e dönüşmesi ile oluşur (Özata, 2020, s.149).

Tiroid bezi ile ilişkili tüm bu üretim ve dolaşıma salınımlar beynimizin tabanında bulunan hipotalamus ve hipofiz bezi tarafından sıkı denetimler altında gerçekleşmektedir. Hipotalamus-hipofiz-tiroid aks olarak tanımlanan bu denetim sisteminde, hipotalamus tiotropin salgılatıcı hormon (TRH) salgılayarak hipofiz bezini uyarır ve hipofiz bezi de bu uyarının sonucu tiroid uyarıcı hormon (TSH) salgılayarak tiroid bezinin her türlü çalışmasını ayarlar. Öyle ki, tiroid bezinin kandan iyot alımından, tiroid bezinin büyümesinden, tiroid hormonlarının yapımından ve bezden salgılanmalarından TSH sorumludur. Bu görevi çerçevesinde, kanda T4 ve T3 hormonları azaldıysa hipofiz bezinden TSH salınımı artmakta, kanda T4 ve T3 hormonu fazlaysa da TSH salınımı azalmaktadır. Tiroid hormonlarının azaldığı ve dolayısıyla TSH salınımının arttığı tablo hipotiroidi olarak tanımlanırken, tiroid hormonlarının arttığı ve dolayısıyla TSH salınımının azaldığı tablo da hipertiroidi olarak tanımlanmaktadır.

Hipotiroidi ve hipertiroidinin birçok farklı sebebi bulunmaktadır. Bu sebepler arasında, hipotiroidinin en yaygın sebebinin Haşimoto hastalığı, hipertiroidinin de en yaygın sebebinin Graves hastalığı olduğu görülmektedir (Pishdad ve ark., 2017; Bogusławska, Godlewska, Gajda ve Piekietko-Witkowska, 2022). Ortaya çıkardıkları tablo oldukça farklı olsa da, hem Haşimoto hastalığı hem de Graves hastalığı otoimmün tiroid hastalıklarıdır. Buna dayalı olarak, hem Haşimoto hastalığında ortaya çıkan hipotiroidi tablosunun, hem de Graves hastalığında ortaya çıkan hipertiroidi tablosunun kökenleri bağışıklık sisteminde olan değişimlere dayanmaktadır (Okosieme ve ark., 2015; Attard, Sze ve Vella, 2022). Fakat, Haşimoto hastalığı sadece en yaygın otoimmün tiroid hastalığı değil, tüm otoimmün hastalıklar arasında en yaygın otoimmün hastalık olarak bildirilmektedir (Wiersinga, 2018). Öyle ki, Haşimoto hastalığı popülasyonun %10 ilâ %12'sinde saptanırken, Graves hastalığında bu oran %3 olarak rapor edilmektedir (Vanderpump, 2011; Antonelli ve ark., 2020). Aynı zamanda, bu sıklığın son yıllarda ciddi bir artış seyri gösterdiği de görülmektedir. Örneğin, son 30 yılda Sicilya'da görülme sıklığı 10 kat artmış, Avusturya'da görülme sıklığı 8 kat artmıştır (Benvanga ve Trimarchi, 2008; Ott ve ark., 2011a; Weetman,

2012). Etkili bir şekilde tedavi edilmesi adına yenilikçi tedavilerin ihtiyaç duyulduğu bir halk sağlığı problemi olduğunu bildiren çalışmalar da olmuştur (Leese ve ark., 2008; Wang ve ark., 2017; Erçetin ve ark., 2020).

Bağışıklık sistemi vücuda zarar verecek her şeyi tanıyıp, tehlikeli olan her şeye karşı savaşarak vücudumuzu koruyan ve bunu yaparken de vücuda ait olan hiçbir şeye zarar vermeyen bir sistemdir. Ancak, belli başlı durumlarda bağışıklık sistemi bizden olanı korumada toleransını kaybetmekte ve bizden olmayana karşı bizi korumak yerine, farklı bir bağışıklık yanıtı geliştirerek bizden olana zarar verebilmektedir. Bu şekilde zarar verdiğinde otoimmün hastalıklar ortaya çıkmakta ve bağışıklık sisteminin etki seviyesine göre bu hastalıkların bazıları bütün vücudu etkilerken, bazıları da sadece bir organa hasarı içermektedir (Weiner, 1991). Haşimoto hastalığında olan durum organa özel türdendir. Bağışıklık sisteminin zarar verdiği organ ise tiroid bezidir. Bağışıklık sistemi anti tiroid peroksidaz (anti-TPO) antikoru ve anti-tiroglobulin (anti-TG) antikoru üretir ve bu antikorlar tiroid bezine bağlanarak tiroid hücrelerine zarar verirler. Haşimoto hastalığının kapsamında özellikle anti-TPO antikorlarının kritik rol oynadığını gösteren birçok çalışma bulunmakla birlikte, anti-TPO antikorları Haşimoto hastalarının neredeyse tümünde (>%90) saptanırken, anti-TG antikorlarının hastaların yaklaşık %80'inde bulunduğu ortaya çıkmıştır (McLachlan ve Rapoport, 2004; Zaletel, 2007; Zaletel ve Gabersček, 2011). Tiroid bezi bağışıklık sistemi tarafından bu şekilde zarar gördükçe vücut yeterince tiroid hormonu üretemez ve bunun sonucunda hipotiroidi tablosu ortaya çıkar. Tüm bu gerçekler dikkate alındığında, Haşimoto hastalığının bağışıklık sisteminin kendi bedenine saldırma yanıtı geliştirmesi sonucunda belli başlı antikorlar tarafından tiroid bezinin zarar gördüğü ve hipotiroidinin ortaya çıktığı en yaygın otoimmün hastalık olduğu söylenebilir.

1.1.2. Haşimoto Hastalığının Etiyolojisi

Haşimoto hastalığı otoimmün bir hastalık olması dolayısıyla, hastalığın etiyolojisini anlamak otoimmün hastalıkların kökenlerini anlamayı arz eder. Alanyazın incelendiğinde, bireyleri otoimmün hastalıkları geliştirmeye duyarlı hâle getiren genlerin bulunması gibi biyolojik faktörlerin hastalıkları açıklamakta yetersiz kalabildiği, birçok zaman genetik ifadeyi başlatan belli tetikleyicilerin de olduğu

ortaya çıkmıştır. Başka bir deyişle, otoimmün hastalıkların gelişiminde genetik yatkınlığın yanı sıra, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin genler ile etkileşimi girdiği ve rahatsızlıkların bu çoklu etkileşim sonucu ortaya çıktığı görülmektedir (Guarneri ve Benevnga, 2007; Mizokami, Li, El-Kaissi ve Wall, 2004; Tomer ve Huber, 2009; Fuller-Thomson, Kao, Brennenstuhl ve Yancura, 2013).

Haşimoto hastalığının gelişiminde genetik aktarımı kanıtlayan birçok çalışma bulunmaktadır. Örneğin, Haşimoto hastalığı olan bireylerin tek yumurta ikizi kardeşlerinde anti-TPO %53'ünde anti-TG %47'sinde, çift yumurta ikizi kardeşlerinde anti-TPO %22'sinde anti-Tg %13'ünde, sağlıklı kontrol grubu bireylerinde ise anti-TPO %9'u ve anti-TG %7'sinde saptanmıştır (Brix, Hansen, Kyvik ve Hegedüs, 2004). Benzer olarak, Haşimoto hastalığı olan 264 bireyi (%92'si kadın; $\bar{x}=31\pm13$ yaş) inceleyen bir çalışma, bu bireylerin 861 birinci derece akrabasının %38.3'ünde antikor pozitifliği saptamış ve Haşimoto hastalığı geliştirme risklerinin genel popülasyona kıyasla 9 kat daha fazla olduğunu bildirmiştir (Bothra ve ark., 2017). Haşimoto hastalığı olan bireylerin birinci derece akrabalarında antikor pozitifliğinin bulunma olasılığının %60 oranında olduğunu bulgularan çalışmalar da olmuş, bu bireylerin özellikle de kız kardeşleri ya da kız çocuklarında Haşimoto hastalığı görülme oranının %25 şeklinde olduğu rapor edilmiştir (Özata, 2020; Arıkan, 2021). Aynı zamanda, Haşimoto hastalığının DR3 tipli insan lökosit antijeni (HLA DR3) taşıyan bireylerde 4-5 kat daha sık görüldüğü ortaya çıkmıştır (Attard ve Vella, 2018).

Ancak, bu sahadaki çalışmalara dayalı olarak, Haşimoto hastalığının etiyolojisinde göze çarpan bir diğer bulgu Haşimoto hastalığında çevrenin genler kadar ya da genlerden daha etkili olduğu yönündedir. Bunun en güçlü kanıtı, tek yumurta ikizleri ile yapılan çalışmalarda ortaya çıkmıştır. Tek yumurta ikizlerinin DNA'ları aynı olduğundan, genetik hastalıklarda da ikizler arasında %100 uyum bulunmaktadır. Fakat, Danimarkalı tek yumurta ikizlerinde yapılan bir çalışmada ikizlerin birinde Haşimoto hastalığı var ise, diğerinde Haşimoto hastalığının görülme oranının %55 olduğu saptanmıştır. Bu bulgulara göre, hastalığın gelişiminde genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin hastalığın oluşumunda eşit oranda etkin rol oynadığı rapor edilmiş ve Haşimoto hastalığının etiyolojisinde psikososyal faktörlerin önemi vurgulanmıştır (Brix, Kyvik ve Hegedüs, 2000).

Benzer olarak, Haşimoto hastalığında genlerin penetrasyonu, yani hastalığın oluşumunda genlerin katkısının ne seviyede önemli olduğu üzerine gerçekleştirilen çalışmalar, Haşimoto hastalığının gelişiminde genlerin penetrasyonunun %30 ila %70 arasında olduğu ve Haşimoto hastalığında genlerin mutlak belirleyici olmadığını bulgulamıştır (McLeod ve Cooper, 2015; Skov ve ark., 2021; Arıkan, 2021; Attard, Sze ve Vella, 2022). Bu sonuçlar ışığında, otoimmün tiroid hastalıklarının %79 oranında genetik eğilim, %21 oranında da çevresel faktörlerden kaynaklandığını bildiren geçmiş literatürün tersi ortaya çıkmış ve hastalığın son yıllarda eskiden hiç olmadığı kadar hızlı bir artışla görülmesi bunun en önemli bir kanıtı olarak verilmiştir (Paknys, Kondrotas ve Kevelaitis, 2009; Wasniewska ve ark., 2012; Ajjan ve Weetman, 2015; Özata, 2020). Örneğin, son 30 yılda Sicilya’da görülme sıklığı 10 kat artmış, Avusturya’da görülme sıklığı 8 kat artmıştır (Benvanga ve Trimarchi, 2008; Ott ve ark., 2011a; Weetman, 2012).

Haşimoto hastalığının tetikleyicilerinden psikososyal faktörler incelendiğinde, literatürde travmatik deneyimlerin oldukça önemli olduğu görülmektedir. Öyle ki, travmatik stres ile otoimmün tiroid hastalığı arasındaki ilişki çok eskilere dayanmaktadır. Bu ilişkinin kökenleri özellikle 1825 yılında, bir kadının tekerlekli sandalyesi yanlışlıkla merdivenlerden aşağı yuvarlandıktan kısa bir süre sonra tirotoksikoz hastalığına yakalanması ile gündeme gelmiştir (Wentz, 2021, s.259). Ardından, bu sahada birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar arasında Haşimoto hastalığının adaptif fizyolojinin bir sonucu olarak ortaya çıktığına dikkatleri çeken çalışmalar bulunmaktadır. Adaptif fizyolojinin temeli, vücudumuzun hayatta kalmak için çevresine adapte olmayı içerir. Bu bağlamda, Haşimoto hastalığı vücudun baskın stres kaynaklarına ve tehditlerine karşı bir savunma mekanizmasını temsil ettiği kanısı bulunmaktadır.

Bu kaniya göre potansiyel tehditler toksinler, enfeksiyonlar, besin eksiklikleri ve güncel stresli durumları içerdiği gibi geçmişte çözülmemiş duygusal stres kaynaklarını da içerebilmektedir (Jung ve ark., 2019; Song, Fang, Tomasson ve ark., 2018; Slocum ve Sever, 2018; Slocum ve Bilican, 2023). Bu bağlamda, şu türden durumlarda Haşimoto hastalığının hayatta kalabilmek için koruyucu bir faktör olabileceği gündeme gelmiştir: istismar durumlarında Haşimoto hastalığı gibi

hipotiroidi bir tablo geliştirmek uyuma, geri çekilme, saklanma isteği sağlayarak hayatta kalma şansını artırabilir; cinsel istismar geçmişine bağlı Haşimoto hastalığı gibi hipotiroidi bir tablo geliştirmek hem doğurganlığı azaltabilir, hem de sa dökölmesi, kilo alma ve solgun cilt gibi belirtiler ile potansiyel istismarcıya çekici görünmemeyi sağlayabilir; Haşimoto hastalığında tiroid hücrelerinin parçalanmasıyla ortaya çıkan anksiyete kişinin potansiyel tehlikelere karşı daha fazla tetikte olmasını sağlayarak onu ek travmalardan koruyabilir (Wentz, 2021, s.257). Bu olasılıklar ile uyumlu olarak, Haşimoto hastalığı olan iki kadının travmatik yaşantılarını ve duygulanımlarını projektif yöntemler çerçevesinde inceleyen bir çalışmada, Haşimoto hastalığı olan kadınların kadınsı olana ve anne olmaya yönelik potansiyel travmalarının olduğu ortaya çıkmıştır (Slocum ve Sever, 2019).

Tüm bu gerçekler daha sonra, Haşimoto hastalığının önemli bir tetikleyicisinin Güvenlik Teorisi'nin olabileceğini gündeme getirmiştir (Wentz, 2021, s.54). Kişi Haşimoto hastalığı geliştirmektedir çünkü aslında yaşadığı travma sonucu dünya artık tehlikeli bir yer hâline geldiğinden kendini güvende hissetmiyordur ve adaptif fizyolojisi de bu güvensizliğe rağmen hayatta kalabilmeyi Haşimoto hastalığının özelliklerini benimseyerek çözmüştür. Bu teori ile uyumlu olarak, Haşimoto hastalığı olan birçok kişinin tanı konmadan ortalama on yıl önce hastalık belirtilerinin başladığını ve hastaların yaklaşık %80'inin hastalık başlamadan önce sıra dışı bir duygusal stres yaşadıklarını ortaya çıkaran bulgular vardır (Wentz, 2021, s.260). Bu teoriyi destekleyen bir bulgu da, çocuklukta fiziksel istismar yaşamış olma ve tiroid hastalıkları arasındaki ilişkinin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini inceleyen Fuller-Thomson, Kao, Brennenstuhl ve Yancura (2013)'nin çalışmasında görölebilir. Çalışmanın örneklemini 18 yaş ve üzeri toplam 13070 (%48.4'ü erkek, %51.6'sı kadın) katılımcıdan oluşmuş ve çalışmanın değişkenlerini ele alan bir anketi (Örn. "Tiroid hastalığınız var mı?", "ocuklukta fiziksel istismara uğradınız mı?" vb.) doldurmaları istenmiştir. Erkek katılımcıların %1.7'si tiroid hastalığı bildirirken, kadın katılımcıların %8.6'sı bildirmiştir. Çocuklukta fiziksel istismar yaşamış olma sorusuna ise erkek katılımcıların %4.9'u "evet" yanıtı verirken, kadın katılımcıların %9.6'sı "evet" yanıtını vermiştir. Tüm veriler daha sonra, erkek ve kadınlara ayrı ayrı ve yaş, ırk, çocuklukta stresörler (ebeveynlerin madde bağımlısı olması gibi), sağlık

davranışları (alkol kullanımı düzeyi gibi), genel stres seviyesi, ruhsal sağlık ve sosyoekonomik düzey kontrol edilerek analiz edilmiştir. Erkeklerde çocuklukta fiziksel istismar yaşamış olma ile tiroid hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişki saptanmazken, kadınlarda çocuklukta fiziksel istismar yaşamış olma ile tiroid hastalıkları arasında hem tüm yedi değişken (yaş, ırk, çocuklukta stresörler, sağlık davranışları, genel stres seviyesi, ruhsal sağlık, sosyoekonomik düzey) kontrol edildiğinde, hem de yedi değişken teker teker kontrol edildiğinde istatistiksel olarak oldukça anlamlı ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır. Öyle ki, çocuklukta fiziksel istismara uğrayan kadınların, bu travmayı yaşamamış akranlarına kıyasla %40 daha olasılıkla tiroid hastalığı geliştirdikleri saptanmıştır (%95GA=1.05-1.88).

Travmanın yanı sıra, Hashimoto hastalığının gelişiminde psikososyal faktör olarak öne çıkan diğer unsurun kronik stres olduğu görülmektedir. Vücudun normal, stressiz ve sağlıklı olduğu denge hâli homeostaz hâlidir ve bu hâlde iken vücutta hastalıklar oluşmaz. Ancak, birey uzun süre strese maruz kaldığında, fizyolojik dengeyi korumak, yani homeostaz hâline tekrar ulaşmak için, vücut allostatik hâline girer. Allostatik hâlinde fiziksel, psikolojik ya da çevrede ortaya çıkan değişimlere karşı tekrar denge hâline ulaşabilmek için vücut kendi içinde değişiklikler yapar ve bu değişimler ile adaptasyon akut streste, yani kısa süreli streste kolay olurken, uzun süreli streste, yani kronik streste, adaptasyon kolay olmaz. Öyle ki, uzun süreli strese maruz kalmak hipotalamustan kortikotropin hormonunun salınımında artışa, bunun akabinde hipofizden adrenokortikotropik hormonunun salınımında artışa ve bu da daha sonra adrenal bezinden kortizol hormonunun salınımında artışa neden olur. Stres devam ettikçe vücutta kronik kortizol yüksekliği ortaya çıkar ve bu da vücuttan süregelen allostatik hâlini talep ettiğinden vücutta allostatik yük oluşur (Kudielka ve Wust, 2010).

Bu süreçte, tiroid bezinin işleyişinden sorumlu olan hipotalamus-hipofiz-tiroid aksının bozulması gibi değişimler ile vücut adaptasyon sağlamak için çok ağır bedeller ödemekte ve bu bozulmaların metabolik etkileri ile nihai olarak bağışıklık sistemi baskılanmak zorunda kalmaktadır. Baskılanan bağışıklık sistemi artık iyi çalışamaz ve bu nedenle otoimmün hastalıklara vücutta zemin oluşmaktadır. Oluşan zeminden ise ileri aşamada Hashimoto hastalığı tetiklenerek, anti-TG antikorlarında yükselme olsa

da, özellikle anti-TPO antikorlarında yükselme olduğu görülmektedir (Elenkov ve Chrousos, 2002; Carta ve ark., 2004; Friedman ve ark., 2005; Plaza ve ark., 2010; Özata, 2020 s.83).). Başka bir deyişle, stres Hashimoto hastalığını tanımlayan otoimmün tepkinin kökenleri arasında yer almaktadır (Elenkov ve Chrousos, 2002; Carta ve ark., 2004). Bu bulgulara benzer olarak, 2015 yılında gerçekleştirilen ve Hashimoto hastalığı tanısı almadan önce en yaygın tetikleyicileri saptamayı amaçlayan bir çalışmada, katılımcıların %69'una tekabül eden iki binin üzerinde katılımcı en yüksek oran ile “çok fazla stres” yanıtını vermiştir. Bunu takip eden yanıt %23 oranı ile “doğum” ve %20 oranı ile “yeni bir eve taşınmak” olmuştur (Wentz, 2021, s.69).

Ancak, stresin Graves hastalığını tetiklediğine dair birçok çalışma bulunmakta iken, stres ve Hashimoto hastalığı arasındaki ilişkinin aynı şekilde net olmadığını bulgulayan ve bu alanda daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (Mizokami, Li, El-Kaissi ve Wall, 2004; Wiersinga, 2016). Örneğin, Hashimoto hastalığı olan 790 bireyin birinci ve ikinci düzey akrabalarını 5 yıl üzerinde takip eden bir çalışma, strese maruz kalma ve anti-TPO geliştirip, geliştirmeme arasında herhangi bir ilişki olmadığını saptamıştır (Effraimidis, Tijssen, Brosschot ve Wiersinga, 2012).

Genler ve çevre ilişkisi, travma ve kronik stres dışında, Hashimoto hastalığının etiyolojisinde önemi vurgulanan bazı diğer faktörler de vardır. Bu konuda birçok çalışma bulunsa da tüm faktörleri özetleyen en güncel veriler, Attard, Sze ve Vella (2022)'nin çalışmasıdır. Çalışmanın amacı, Hashimoto hastalığı ile istatistiksel olarak anlamlı seviyede ilişkisi olan ve aynı zamanda, bireylerin değiştirebileceği şeyler arasında olma özelliğini taşıyan çevresel faktörleri tespit etmek olmuştur. Çalışmanın örneklemini toplam 324 katılımcıdan oluşmuş ve bu katılımcıların 164'ü ($\bar{x}$ =50 yaş, %75.5 kadın) anti-TPO pozitifliği ile Hashimoto hastalığı olan bireyler, 160'ı ($\bar{x}$ =49 yaş, %67.5 kadın) da son 12 ay boyunca anti-TPO pozitifliği görülmemiş ve Hashimoto hastalığı olmayan bireyler olmuştur. Tüm katılımcılara hem sigara kullanımı, stres düzeyi, ilaç kullanımı ve doğurganlık özgeçmişi gibi çevresel unsurların ele alındığı bir anket verilmiş, hem de vitamin D, iyot ve selenyum gibi Hashimoto hastalığı ile literatürde ilişkilendirilen vitamin ve minerallerin incelenmesi için biyokimyasal tetkikler yapılmıştır. Bulgular, Hashimoto hastalığı olan bireylerin istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha fazla paket yılı sigara dumanına maruz kaldığını ve anti-TPO

pozitifliği olasılığının hem kadın olmak, hem de sigara kullananların sigara kullanmayı bırakması ile anlamlı seviyede arttığını göstermiştir. Kışın doğmuş olmanın ve iyot-zengin besinler tüketmenin ise anti-TPO pozitifliği olasılığını düşürdüğü ortaya çıkmıştır.

Sigara kullananların sigarayı bırakmanın akabinde anti-TPO pozitifliği geliştirilmesi başka çalışmalarda da saptanmış ve bu riskin özellikle de sigaranın bırakıldığı ilk 2 yılda olduğu tespit edilmiştir (Effraimidis, Tijssen ve Wiersinga, 2009; Carlé ve ark., 2012). Benzer olarak, kışın doğmuş olmanın anti-TPO pozitifliği açısından koruyucu faktör olması farklı çalışmalarda da tespit edilmiş ve bu bulgu hijyen hipotezi ile açıklanmıştır (Krassas ve ark., 2007). Hijyen hipotezi, çocukluk çağında farklı mikrop ve bazı enfeksiyonlara maruz kalmanın bağışıklık sisteminin gelişimine katkı sağladığını önerir. Bu türden mikrop ve enfeksiyonlar kış aylarında daha fazla olabileceği çerçevesinde kış aylarında doğan çocukların bağışıklık sistemlerinin daha geliştiği ve dolayısıyla ileride otoimmün hastalıklara karşı daha dayanıklı olabildikleri düşünülmüştür. İyot hususuna yönelik ise, Haşimoto hastalığına genetik yatkınlığı olan bireylerde iyot alımının tehlikeli olabileceğini gösteren çalışmalar olmakla birlikte, fazla iyot alımının Haşimoto hastalığını tetiklediğini bulgulayan birçok çalışma bulunmaktadır (Pedersen ve ark. 2011; Wiersinga, 2016). Bu sonuçlar ışığında, iyot eksikliğinin temkinli bir şekilde giderilmesinin ve sigara kullanmaya hiç başlamamanın anti-TPO pozitifliği açısından koruyucu olduğu ifade edilmiştir (Attard, Sze ve Vella, 2022).

1.1.3. Haşimoto Hastalığının Sıklığı

Haşimoto hastalığı en yaygın otoimmün tiroid hastalığı olmanın yanı sıra, tüm otoimmün hastalıkları arasında popülasyonun %10 ilâ 12'sinde görülen en yaygın otoimmün hastalıktır (Dayan ve Daniels, 1996; Vanderpump, 2011; American Thyroid Association, 2017; Hu ve Rayman, 2017; Ruggeri ve ark., 2017; Wiersinga, 2018; Guldvog ve ark., 2019; Özata, 2020, s.100). Aynı zamanda, hastalığın oluşumunda genlerin yanı sıra, bireyin stres düzeyleri, yaşanan ortamlardaki hijyen seviyeleri ve tüketilen ürünlerin besin değerleri gibi çevresel faktörlerin de önemli olması kapsamında görülme sıklığı son yıllarda ciddi bir artış seyri gösterdiği görülmektedir (Caturegli, De Remigis ve Rose, 2009; Ajjan ve Weetman, 2015). Örneğin, son 30

yılda Sicilya’da görülme sıklığı 10 kat artmış, Avusturya’da görülme sıklığı 8 kat artmıştır (Benvanga ve Trimarchi, 2008; Ott ve ark., 2011a; Weetman, 2012). Bu kapsamda, ciddi bir halk sağlığı problemi olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (Leese ve ark., 2008; Wang ve ark., 2017; Erçetin ve ark., 2020).

Haşimoto hastalığı tanısı alan bireylerin %95’i kadındır ve erkeklere kıyasla kadınlarda 4 ilâ 10 kat daha yaygındır (Vanderpump, 2011; Merrilli ve Mu, 2015; Okosieme ve ark., 2015; Ragusa ve ark., 2019; TEMD, 2019). Tüm yaşlarda ortaya çıksa da 30-50 yaş arasındaki kadınlarda daha sık olduğu görülmektedir (Vanderpump, 2011; Wasniewska ve ark., 2012; McLeod ve Cooper, 2015; Ruggeri ve ark., 2017; TEMD, 2019). Bu bulguları destekleyen bilimsel çalışmalar da vardır. Örneğin, Ege Üniversitesi’nin yürüttüğü bir çalışmada Haşimoto hastalığı tanısı almış 769 bireyin verileri incelenmiş ve hastaların %94.3’ünün kadın, %5.7’sinin erkek olduğu ve hastaların %63.6’sının 30-50 yaş arasında olduğu saptanmıştır (Arıkan, 2021, s.20).

1.1.4. Haşimoto Hastalığının Evreleri

Haşimoto hastalığının ortaya çıkma süreci beş evreden oluşmaktadır. Birinci evrede, bireylerde sadece Haşimoto hastalığını geliştirecek genetik yatkınlık bulunur. Bu evrede otoimmün sisteminin tiroid bezine saldırdığına yönelik hiçbir bulgu olmamakla birlikte, hastalığın herhangi bir belirtisi de görülmez. İkinci evrede, otoimmün sistemi tiroid bezine saldırmaya başlamıştır ve bunun izleri antikorların pozitifliği ile tiroid bezi tetkiklerine yansır. Ancak, tiroid bezinde olan harabiyet henüz yüksek seviyede olmadığından, TSH, T3, T4 gibi tiroidle ilgili diğer tüm tetkikler normal aralıklarda olur. Bu bulgulardan yola çıkarak, gelişmiş testlerle antikor pozitifliği bazen aranmayıp, bazı bireylerde erken tanı şansı atlanabilmektedir. Bununla birlikte, bireylere bazen anksiyete, depresyon ya da hastalık hastalığı gibi tanılar konmakta ve psikososyal stresleri artabilmektedir (Wentz, 2021, s.60). Üçüncü evrede, antikorlar tarafından saldırılar devam eder ve tiroid bezi otoimmün saldırıları telafi edemeyecek kadar hasar alır. Bu noktada, hastalığın izleri tiroid fonksiyonlarının incelendiği tüm tetkiklere yansır ve bunun en açık göstergesi TSH düzeylerinde artışın görülmesi ile olur. Dördüncü evrede, tiroid bezi ileri düzeyde hasar alır ve yeterince tiroid hormonu üretemez hâle gelir. Bunun sonucunda, laboratuvar bulgularında sadece TSH yüksek değildir. Tiroid bezinin ürettiği T3 ve T4 hormonları düşüktür ve

hastalığın belirtileri oldukça belirginleşir. Bireyler artık Haşimoto hastalığının koşullarını karşılar ve tanıyı alır. Beşinci ve son evre ise, bireylerin Haşimoto hastalığına ek olarak, lupus, eklem iltihabı, Sjögren hastalığı ve sedef gibi ek otoimmün hastalıklar geliştirmesini içerir. Alanyazın incelendiğinde, hem bu türden otoimmün rahatsızlıkların, hem de otoimmün olmayan kronik rahatsızlıkların Haşimoto hastalığını eşlik etmesi nadir bir durum değildir. Özellikle polikistik over hastalığı, fibromiyalji, vitiligo, iltihaplı romatizma ve aritmi bu rahatsızlıkların başında yer almaktadır (Özata, 2021).

En ideal olanın hastalığın tanısının ikinci evrede konulmasıdır çünkü bu evrede konulduğu takdirde bireylerin yaşam tarzlarında gerekli değişimleri yapabilecekleri ve tiroid hormonlarını koruyarak hastalığın ilerlemesini durdurabilecekleri düşünülmektedir (Wentz, 2021, s.61). Haşimoto hastalığının başlangıç, orta, ileri ve ciddi gibi sınıflandırmaları bulunmamakta ve hastalığa yönelik hafif veya ciddi gibi ayrımlar ve yorumlamalar yapılmamaktadır. Haşimoto hastalığına yönelik tek yorum, Haşimoto hastalığı vardır ya da Haşimoto hastalığı yoktur şeklindedir (Arıkan, 2021, s.22).

1.1.5. Haşimoto Hastalığının Teşhisi

Haşimoto hastalığının teşhisinde en başta tiroid bezi ile ilintili tüm tetkiklerin incelenmesi önemlidir. En iyi kan tahlilleri de, otoimmün sisteminin tiroid bezine olan tepkisini ortaya koyan anti-TPO ve anti-TG tiroid antikorlarını ölçen testlerdir. Bu antikorlar arasında, anti-TG antikorları bazı bireylerde hastalık olmaksızın normal referans aralığından yüksek olabilirken, güncel tıp ve Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) raporlarında, Haşimoto hastası bireylerin %80-90'ında anti-TPO antikorları görüldüğü bulgulanmıştır (TEMED, 2019; Wentz, 2021, s.58). Bu bağlamda, antikor tahlillerinde anti-TPO ve anti-TG antikorlarının ikisinin ya da özellikle de anti-TPO antikorlarının normal referans aralığından yüksek olması durumunda Haşimoto hastalığı düşünülmelidir (Arıkan, 2021, s.21). Bu tahlillerde, antikor sayısı ne kadar yüksekse tiroid bezine olan saldırının da o denli yüksek olduğu yorumu yapılmaktadır (Wentz, 2021, s.58). Ancak, bazı bireylerde tiroid antikor bulguları negatif olarak sonuçlanmasına rağmen, yani normal referans aralığından yüksek olmamasına rağmen, Haşimoto hastalığı bulunabilmektedir. Dolayısıyla,

Haşimoto hastalığının atlanmaması adına, tiroid antikorları negatif çıktığı takdirde Haşimoto hastalığının teşhisi için tiroid bezi ultrasonografisi talep edilmeli, ultrasonografi bulguları incelenmelidir. Tiroid ultrasonografisinde uzmanlar Haşimoto hastalığına uygun değişimlerin başında yalancı nodüllerin varlığını ve tiroid dokusunun yoğunluğunda karakteristik değişikliklerin bulunmasını bildirmiştir (Wentz, 2021, s.59).

1.1.6. Haşimoto Hastalığında Şikâyetler ve Belirtiler

Bahsedilmiş olduğu gibi, Haşimoto hastalığı hipotiroidi tablosunun en yaygın sebebidir. Ancak bununla birlikte bilinmelidir ki, Haşimoto hastalığı hipotiroidi ile eş anlamlı değildir (Arıkan, 2021, s.23). Dolayısıyla, Haşimoto hastalığında şikâyetler ve belirtiler hipotiroidi tablosundan kaynaklı olanlar ve Haşimoto hastalığının doğasından kaynaklı olanlar şeklinde ele alınabilir.

Hipotiroidi tablosundan kaynaklı en yaygın şikâyet ve belirtiler sabahleyin uyanmada zorluk, daha çok uyku isteği ya da gün içinde uyuklama, kolay yorulma, yorgunluk, bitkinlik ya da enerji azlığı, üşüme ya da kendini soğuk hissetme, saç dökülmesi ya da saçlarda azalma, kilo alma ya da kilo verememe, kaslarda ağrı ya da kas güçsüzlüğü, fibromiyalji, eklem ağrıları, hatırlamada zorluk ya da unutkanlık, yavaş düşünme, konsantrasyon zorluğu, bazı kadınlarda adet sıklığının azalması veya adetlerin kesilmesi, gebe kalamama, depresyon, cinsel istek azlığı, reflü, bağırsaklarda gaz, reflekslerin yavaşlaması ve göz etrafının, göz kapaklarının ve göz altının şişmesini şeklindedir. Daha nadir görülen belirtiler ise gözlerde büyüme ve kalpte çarpıntıdır (Özata, 2021, s.145-46).

Diğer taraftan, yapılan çalışmalar, hipotiroidi olan bireylere kıyasla, özellikle Haşimoto hastalığı olan bireylerin daha düşük yaşam kalitesi ve psikolojik iyi oluştan muzdarip olduklarını ve depresyon ve anksiyete gibi psikolojik tanılar almaya daha yatkın olduklarını göstermektedir (Saravanan ve ark., 2002; Bianchi ve ark., 2004; Ott ve ark., 2011; Watt ve ark., 2012; Quinque ve ark., 2013; Giynaş Ayhan ve ark., 2014; Peterson ve ark., 2018; Vasovic, Nikolic-Djurovic ve Djukic, 2020). Bunun potansiyel nedenleri incelendiğinde ise, birkaç kanı ortaya çıkmaktadır. Bunlardan biri Haşimoto hastalığı olduğunun bilgisinin bireyin yaşam kalitesini ve psikolojik değerlerini

etkilediği yönündedir. Öyle ki, Haşimoto isminin tetikleyici olabileceği ve bu kapsamda Haşimoto hastalığı olan bireylerin normal tiroid değerleri olmasına rağmen daha düşük yaşam kalitesine sahip olup, daha çok depresyon ve anksiyete geliştirebildikleri önerilmiştir (Yalçın ve ark., 2017). Bir diğer kanı ise, Haşimoto hastalığı olan bireylerin tiroid hormon yetersizliği giderildiğinde bile, tiroid değerlerinin hipotiroidi bireylere kıyasla daha yüksek bir referans aralığında olmasından dolayı, hipotiroidi bireylere kıyasla yaşam kalitelerinin düşük olduğu yönündedir (Yalçın ve ark., 2017; Morón-Díaz ve ark., 2021). Ancak daha yaygın olan kanı, Haşimoto hastalığı olan bireylerin ilaç tedavisine rağmen tam olarak iyi olamamalarının bu hastalığı tanımlayan otoimmün tepkiye bağlı olduğu yönünde olmuştur. Bu çalışmalar, özellikle anti-TPO düzeyleri ile yaşam kalitesi, psikolojik iyi oluş, depresyon ve anksiyetenin de aralarında olduğu birçok psikolojik değişken arasında anlamlı seviyelerde ilişki olduğunu saptamıştır (Carta ve ark., 2004; Müssig ve ark., 2011; Ott ve ark., 2011; Groer ve Vaughan, 2013; Giynaş Ayhan ve ark., 2014; Yalçın ve ark., 2017; Djurovic ve ark., 2018).

Bir çalışma, Haşimoto ensefalopatisi hastalarında anti-TPO hücrelerinin serebellar astrosit hücrelerine bağlandığını saptamış ve bu kapsamda, anti-TPO hücrelerinin beyinde yarattığı bazı değişimler sonucu Haşimoto hastalığı olan bireylerin psikolojik iyi oluşlarının, Haşimoto hastalığı olmayan bireylere kıyasla daha düşük olabileceğini bildirmiştir (Blanchin ve ark., 2007). Birçok çalışma ise, anti-TPO düzeyleri ile düşük yaşamış olma oranları arasında güçlü korelasyonlar saptamıştır (Kutteh ve ark., 1999; Bussen, Steck ve Dietl, 2000; Dendrinis ve ark. 2000; Bağış, Gökçel ve Saygılı, 2001; Poppe, Velkeniers, Glinde, 2007). Bir diğer çalışma ise, Haşimoto hastalığı olan kadınların yaşam kalitesini etkileyen unsurları travmatik deneyimler, depresyon, anksiyete ve stres açısından mercek altına almış, stres ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğunu ve yaşam kalitesindeki varyansı açıklayan değişkenlerin %11.8 ile depresyon ve %9.8 ile stres olduğunu saptamıştır (Slocum ve Bilican, 2023).

1.1.7. Haşimoto Hastalığının Tedavisi

Haşimoto hastalığında tedaviye başlamayı gerektiren tek durum tiroid hormonlarının yetersiz olması, yani hipotiroidi tablosunun varlığıdır (Arıkan, 2021,

s.60). Ancak, Haşimoto hastalığı hipotiroidinin en yaygın sebebi olması çerçevesinde, Haşimoto hastalığı olan bireylerin büyük çoğunluğunun tiroid bezi yeterince tiroid hormonu üretememekte ve tiroid hormon yetersizliğı yaşamaktadırlar. Bu bağlamda, Haşimoto hastalığı tedavisinin ana amacı vücuttaki tiroid hormon eksikliğini dışarıdan verilecek tiroid hormon ilaçları ile gidererek, kişiyi tiroid hormonlarının normal referans aralığında olduğı ve ötiroid olarak tanımlanan tabloya geri getirmektir (Okosieme ve ark., 2015). TEMD, Ulusal Sağılık ve Bakım Mükemmeliyet Enstitüsü (NICE), Amerika Tiroid Derneğı, Avrupa Tiroid Derneğı ve İngiliz Tiroid Derneğı'nin tedavi yönergeleri incelendiğinde, bunu sağılamak için ana yöntem tiroid ilacı kullanımıdır (Okosieme ve ark., 2015; NICE Guidelines, 2019; TEMD, 2019; ETA Guidelines, 2021).

Bu amaçla bulunan iki ilaç grubu vardır. Bunlar liotironin (LT3) ve levotiroksin (LT4) ilaçlarıdır. LT3, T3 hormonu sağılarken, LT4, T4 hormonu sağılamaktadır. LT3 ilaçları kuvvetlidir ve kanda tiroid hormonlarını oldukça hızlı bir şekilde artırırlar. Ancak, kuvvetli olmaları nedeniyle hem kalp çarpıntısı yapabilmekte, hem de kalp hastalarında riskli olabilmektedirler. Aynı zamanda, yarı ömürleri 1 gün olduğundan kandan hemen temizlenerek, bireyin günde 2-3 defa kullanmasını gerektirmektedirler. Dolayısıyla, T3 ilaçları çok kullanılmamakla birlikte, sadece T3 ilaçları ile tedavi de tercih edilmemektedir. T3 ilaçlarına kıyasla, LT4 ilaçlarının yarı ömrü 7 gündür. Bu bağlamda, T4 ilacı alındıktan sonra vücuda sağıladığı T4 hormonunun %50'si en fazla 7 gün içinde vücuttan temizlenmekte ve bu sayede, kanda sabit ve dalgalı olmayan bir tiroid hormon seviyesi oluşturmaktadır. Bu özelliklerine dayalı olarak, Haşimoto hastalığındaki tiroid yetersizliğini gidermek için en çok reçete edilen ilaç LT4 ilacıdır (Özata, 2021; Wentz, 2021).

İlaçların ne zaman alınması gerektiğine yönelik çalışmalar farklı sonuçlar gösterebilir, aç olarak alınmalarının önemi sabittir. Örneğin, kahvaltıdan önce alındığı takdirde kahvaltıdan en az 30 dakika önce, mümkünse 1 saat önce alınması gerektiğı vurgulanmıştır (Arkıan, 2021, s.62). Aynı zamanda, geceleyin bağırsak hareketlerinin yavaşladığı ve böylece ilaçların bağırsaklarda kaldığı süre uzadığından, tiroid ilacını geceleyin almanın emilimi artırdığını bulgulayan çalışmalar olmuştur. İlaçların biyoyararını özellikle kahve, greyfurt suyu, soya fasulyesi, kalsiyum ve demir

etkilerken, ilaçlardaki hormonların emilimini çölyak hastalığı, laktoz intoleransı, giardia enfeksiyonu, kilo alımı ve gebeliğin etkilediği bildirilmiştir (Arıkan, 2021, s. 62; Özata, 2021, s.155). LT4 ilacı alınmasına rağmen TSH seviyelerinin düşmemesinin en yaygın sebebinin ilacın düzensiz kullanılması, atlanması ya da aç alınmaması yönünde olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu unsurlar oldukça önemlidir (Özata, 2021, s.155). Hipotiroidisi ≥ 2 yıl boyunca LT4 ile tedavi edilen 856 katılımcı (%86'sı kadın) ile gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların sadece %39'unun ilaçlarını önerildiği gibi yemekten en az 30 dakika önce aldığı ortaya çıkmıştır (Mehuys ve ark., 2023).

İlaçların doğru şekilde ve yeterli seviyede kullanıldığı bireylerle gerçekleştirilen çalışmalarla ilaç tedavisine rağmen Haşimoto hastalığı olan bireylerde iyilik hâlinin tam olarak sağlanmadığı da ortaya çıkmıştır (Quinque ve ark., 2013; Giynaş Ayhan ve ark., 2014; Yalçın ve ark., 2017; Peterson ve ark., 2018). Amerika Tiroid Derneği, Avrupa Tiroid Derneği ve İngiliz Tiroid Derneği'nin tedavi yönergeleri de bu durumu şu sözlerle ifade etmiştir: "LT4 kullanımına rağmen hastaların bir kısmının tedavilerinden memnuniyetsiz olduklarını ve TSH düzeyleri normal referans aralığında olmasına rağmen semptomlarının devam ettiğini kabul ediyoruz" (Okosieme ve ark., 2015). Yönergeler aynı zamanda, bu ihtiyacı gidermek amaçlı hem LT4 hem de LT3 ilaçlarının bir arada kullanımını inceleyen çalışmaların olduğunu, ancak bu kombin tedavinin de bu hasta grubundaki ihtiyaçları karşıladığına yönelik henüz yeterli kanıt olmadığını bildirmiştir (NICE Guidelines, 2019; ETA Guidelines, 2021).

Bu bulgular ile ilintili olarak, sadece LT4 ilacı ile değil de, hem LT4 hem de LT3 ilaçları ile Haşimoto hastalığındaki hipotiroidi tablosunun tedavisini inceleyen 2029 çalışma gerçekleştirilmiştir (Lan ve ark., 2022). Ardından, bu çalışmaların bulguları birçok meta analiz ile değerlendirilmiştir. Bunlardan biri Wiersinga ve arkadaşlarının (2012) çalışmasıdır. Bu çalışma, LT4 ve LT3 ilaçlarının kombin tedavisinin ve sadece LT4 ilaç tedavisini karşılaştıran on bir randomize kontrollü çalışmanın meta analizini incelemiş ve bu iki tedavi yöntemi arasında bireylerin yaşam kalitesi, duygudurum, bilişler ve tiroid belirtileri açısından herhangi bir farkın olmadığını bulgulanmıştır (Wiersinga ve ark., 2012). Benzer bir meta analiz, Lan ve

arkadaşlarının (2022) çalışmasıdır. Bu çalışma, LT4 ve LT3 kombin ilaç tedavisi ile sadece LT4 ilaç tedavisi arasındaki farkı inceleyen on sekiz çalışmanın meta analizini gerçekleştirmiş ve bu iki yöntem arasında bireylerin depresyon, anksiyete, yorgunluk, ağrı ve öfke açısından istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farkın olmadığını ortaya koymuştur (Lan ve ark., 2022). Bu bulgular ışığında, araştırmacılar kombin tedavinin değil de sadece LT4 ilaç tedavisinin ilk tercih olması gerektiğini vurgulamış, bu hasta grubunun iyilik hâllerindeki eksikliği T3 ve T4 kombin ilaç tedavisinin çözemediğini ve iyilik hâlini artırmak için ilaçtan farklı yöntemlere ihtiyaç duyuluyor olabileceğinin altını çizmiştir (Wiersinga ve ark., 2012; Wiersinga, 2019; Wiersinga, 2021; Lan ve ark., 2022). İlaç kullanımına rağmen memnuniyetsizlik bildiren Haşimoto hastalığı bireylerin ihtiyaçlarını giderebilecek ek ve tamamlayıcı bir tedavi yönteminin henüz bulunmadığını bildiren çalışmalar olmakla birlikte, bu bireylerin etkili bir şekilde tedavi edilmesi adına yenilikçi tedavilere ihtiyaç duyulduğunu ve bir halk sağlığı problemi olduğunu bildiren çalışmalar da olmuştur (Leese ve ark., 2008; Wang ve ark., 2017; Guldvog ve ark., 2019; Erçetin ve ark., 2020).

Haşimoto hastalığı olan bireylerin ilaç tedavisine rağmen tam olarak iyi olamamalarının özellikle yaşam kalitesi, psikolojik iyi oluş, depresyon ve anksiyete gibi önemli psikolojik değişkenlerin anti-TPO düzeyleri ile anlamlı ilişkilerinin olmasından kaynaklı olabileceğini bildiren çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda, ilaç tedavisine ek olarak Haşimoto hastalığı olan bireylerin hastalıklarının temel sebebi olan otoimmün tepkiyi ve başka bir deyişle anti-TPO oluşumunu, azaltabilecek yöntemlerden faydalanabilecekleri düşünülmektedir. Bahsedilmiş olduğu gibi, bu otoimmün tepkinin etiyolojisinde, genetik yatkınlık, travmatik deneyimler ve beslenmenin yanı sıra stres bulunmaktadır. Haşimoto hastalığı ve stres arasındaki ilişkinin henüz net olmadığını bulgulayan çalışmaların olması ile birlikte, stresin Haşimoto hastalığı etiyolojisinde önemli olduğunu vurgulayan çalışmalar da bulunmaktadır (Elenkov ve Chrousos, 2002; Carta ve ark., 2004; Friedman ve ark., 2005; Plaza ve ark., 2010; Özata, 2020 s.83). Benzer olarak, çalışmalar hipotalamus-hipofiz-tiroid aksındaki bozulmaların Haşimoto hastalığını tetiklediği takdirde depresyonun ortaya çıktığını göstermektedir (Jackson, 1998; Elenkov ve Chrousos, 2002; Pearce, Farwell ve Braverman, 2003; Jara ve ark., 2006; Giynaş Ayhan ve ark.,

2014; Kotkowska ve Strzelecki, 2022). Travmatik deneyimler, depresyon, anksiyete, stres ve yaşam kalitesini Haşimoto hastalığı olan kadınlarda inceleyen bir diğer çalışma ise, stres ve yaşam kalitesi arasında negatif yönlü anlamlı bir korelasyon olduğunu ve yaşam kalitesindeki varyansı açıklayan değişkenlerin %11.8 ile depresyon ve %9.8 ile stres olduğunu ortaya koymuştur (Slocum ve Bilican, 2023). Bu bulgular kapsamında, stresin otoimmün tepki açısından Haşimoto hastalığı tanısı almadan önce, hem de yaşam kalitesi ve depresyon açısından Haşimoto hastalığı tanısı aldıktan sonra önem arz ettiği görülmektedir. Bunun ile bağlantılı olarak da, özellikle stres seviyelerini düşürebilecek psikolojik yöntemlerin ilaç tedavisine rağmen tam olarak iyi olamayan Haşimoto hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete gibi önemli psikolojik değişkenleri üzerinde faydalı olabileceği düşünülmektedir. Takip eden bölümde, Haşimoto hastalığı olan kadınların stres seviyeleri ve yaşam kaliteleri gibi ilintili diğer psikolojik değişkenleri üzerinde faydalı olabileceği düşünülen iki tedavi yöntemi, ilgili literatür kapsamında detaylandırılacaktır.

1.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN TERAPİ YÖNTEMLERİ

Bu bölümde tarihsel olarak gelişim süreçleri dikkate alınarak öncelikle Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yaklaşımı, ardından Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT) yaklaşımı detaylandırılacaktır.

1.2.1. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) tek bir terapi yöntemini ya da okulunu temsil etmeyen, çeşitli terapi okullarını içinde barındıran bir çatı kavramdır. Bu çeşitliliği düşünüldüğünde sürecin başından günümüze kadar üç kuşaktan söz edilir. Birinci kuşakta davranışçı terapiler, ikinci kuşakta bilişsel terapiler, üçüncü kuşakta ise kabul ve farkındalık temelli terapiler yer alır. Üçüncü kuşak aynı zamanda, üçüncü dalga (third wave) terapiler olarak bilinmektedir (Hayes, 2004; Sargın ve Sargın, 2015; Vatan, 2016).

Davranışçı terapilerin kökeni ünlü Rus fizyolog, Ivan Petroviç Pavlov'a dayanır. Pavlov, 1890'lı yıllarda köpeklerde normal koşullarda herhangi bir tepki doğurmayan bir uyarı, örneğin zil sesi, yine köpeklerde normal koşullarda salya

akımına sebep olan bir uyaran, örneğin zil sesi etten önce verildiğinde, yani zil sesinden hemen sonra köpek et ile beslendiğinde, bir süre sonra köpeklerin sadece zil sesini duyduğunda da salya akıttıklarını fark eder. Bu şekilde, ilk defa klasik koşullanma olarak tanımlanan fenomen keşfedilmiş ve psikoloji tarihinde ilk defa bir davranışın sebebi deneysel bir şekilde açıklanarak, uyaran ve teki arasında nesnel bir bağ olduğu ortaya çıkmıştır (Özdel, 2015). Daha sonra, 1920’li yıllarda Pavlovyen klasik koşullanmanın insan öğrenmelerinde de geçerli olduğunu John Broadus Watson, Küçük Albert deneyi ile göstermiştir. Bu deneyde, Küçük Albert’in fobik tepkilerinin klasik koşullanma ile açıklandığı deneysel olarak ortaya çıkmıştır (Watson ve Rayner, 1920). Watson, davranışların insanların anlayışından bağımsız dış faktörler tarafından yönlendirildiğini bu sözleri ile daha da açıklık getirmiştir: “Bana bir düzine sağlıklı bebek verin, kendi özel davranışçı yöntemlerimle onları yetiştirerek, başka bir şeye gereksinim duymaksızın onları doktor, avukat, sanatçı, esnaf hatta dilenci veya hırsız yapabilirim” (Watson ve Rayner, 1920).

Davranışçılığı bütün insan psikolojisini açıklayan bütüncül bir kuram hâlinde sistemleştiren kişi ise edimsel koşullanma teorisi ile B. F. Skinner olmuştur. Klasik koşullanmada ortaya çıkan tepki genelde refleks bir tepki iken, zil sesi ve salya eşleşmesindeki gibi, edimsel koşullanmada bütün motor sistemini ilgilendiren kompleks bir davranış ortaya çıkar ve davranış ödül ve cezalar ile biçimlendirilir. Bu durumda, örneğin bir fare kırmızı düğmeye basınca yemek geldiğini, mavi düğmeye basınca da elektrik şoku yediğini görürse, mavi düğmeye basmaması gerektiğini öğrenir. Yani, fare hangi düğmeye basması gerektiğini ödül olan yemek ve ceza olan elektrik şoku ile öğrenir. Buna dayalı olarak, Skinner davranışların daima başka etkenler tarafından kontrol edildiğini savunmuş ve kişinin belli bir mesleği seçmesinin özgür bir seçim gibi görünmesine rağmen, aslında ait olduğu ailedeki koşullanmalar, ya da toplumdaki ekonomik dengeler gibi faktörlerden kaynaklandığını ifade etmiştir (Skinner, 1938). Ardından, 1960’lı yıllardan itibaren tüm bu davranışçı ilkelerin terapi ortamına aktarımına başlanmış ve bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere davranışçı yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemler arasından önemli bir örnek Joseph Wolpe’nin fobilerin tedavisinde halen kullanımı devam eden sistemik duyarsızlaştırma tekniğidir. Bu teknikte, kişi kaçındığı ya da korktuğu uyaranlara kademeli bir şekilde maruz

bırakılır ve maruz bırakıldıkça uyaranların yarattığı olumsuz etkinin körelmesi amaçlanır (Wolpe, 1961).

Bilişsel terapilerin doğuşu ise davranışçılığın açıklayamadığı bazı bulgular ortaya çıkınca başlamıştır. Bunun en önemli örneği, Amerikalı psikolog Tolman'ın gizli öğrenme olarak tanımladığı fenomen ile olmuştur. Tolman bu fenomeni farelerle yaptığı bir deneyde keşfetmiştir. Bu deneyde iki grup fare vardır. Bir grup fare bir labirente bırakılmış, labirentin çıkışına bir yiyecek bırakılarak ödüllendirilmiş ve bu ödül sonucunda fareler labirente konuldukları her sefer yiyeceğe daha hızlı bir şekilde ulaşmışlardır. Diğer grup fare ise, yine labirente konmuş, fakat yiyecek gibi herhangi bir şey ile ödüllendirilmemiştir. Davranışçı kuram, bu ikinci grup fareye herhangi bir pekiştireç verilmemesi kapsamında labirente yönelik hiçbir şey öğrenmediklerini savunur. Ancak, deneyin ikinci aşamasında, labirentin çıkışına yiyecek konulduğunda ikinci grup farenin, ödüllendirilen grup fare kadar hızlı bir şekilde yemeğe ulaştıkları ortaya çıkmıştır. Bunun açıklaması, bu grup farenin labirentin içinde rastgele dolaşırken labirent ile ilgili zihinlerinde bilişsel bir harita oluşturdukları, yani davranışçı kuramın aksine herhangi bir pekiştireç olmadan da öğrendikleri şeklinde olmuştur (Tolman, 1948). Bu bulgu ile ilintili olarak, bilişsel terapiler algıların, anlamlandırmaların ve bilişlerin, davranışları ve duyguları belirlediğini, yani uyaran ve tepki arasındaki bağı bireyin bilişlerinden etkilendiğini savunmuştur (Özcan ve Gül Çelik, 2017).

Bu bakış açısının tarihçesine yakından bakıldığında, aslında milattan sonra 100 yılları civarında Roma'da bir köle olan Epiktetos'a dayandığı görülmektedir. Öyle ki, Epiktetos'u bilişsel terapilerin atası olarak kabul edenler vardır (Robertson, 2010). O zamanlar, Epiktetos dış nesnelerin bize zarar verme olasılığının olmadığını, kendi inançlarımız ve davranışlarımızın bize zarar verdiğini dile getirmiştir. Bu bağlamda, insanları rahatsız eden “şey”ler değil, insanları etkileyen durumlara, kişilere ya da olaylara yükledikleri anlamlardan geçtiğini açıklamıştır (Özcan ve Gül Çelik, 2017; Türkçapar ve Sargın, 2012). Epiktetos'dan başlayarak, daha sonra Tolman'ın keşfi ile desteklenen bu bilişsel yaklaşım, George Kelly, Julian Rotter, Albert Bandura ve Martin Seligman gibi isimlerin katkılarıyla zenginleşmiş ve ardından Aaron T. Beck ve Albert Ellis tarafından tüm bu öğrenme ilkeleri psikoterapinin merkezine taşınarak

psikoloji uygulamalarında paradigma değişimine neden olmuştur (Rioch, 1985; Hersen ve Sledge, 2002).

Beck ve Ellis, davranışçı terapist ya da deneysel psikolog olmamaları, psikodinamik yönelimli terapi eğitimi almış kişiler olmaları çerçevesinde, davranışçı terapilerin aksine bilişsel terapiler araştırma laboratuvarlarında doğmamış, bu iki ismin klinik uygulamalarında yaptıkları gözlemlerle hayat bulmuştur (Beck, 1972). Bunun ile ilintili olarak örneğin Ellis şu ifadelerde bulunmuştur: “Aldığım sonuçlardan hâlâ tam olarak tatmin olmamıştım. Birçok danışanım büyük ölçüde düzelmelerine rağmen çok azı gerçekten iyileşmişlerdi. Psikanalitik terapinin etkinliğini sorguladıkça çok temel bir şeyin eksik olduğunu fark ettim” (Türkçapar ve Sargın, 2012, s.11). Ellis’in fark ettiği şey ise, dinamik psikoterapinin bilişleri dikkate almaması olmuştur. Beck’i psikanalizden uzaklaştıran ve bilişsel terapilerin oluşumunda kilit rol oynamasını sağlayan ise hem klinik pratiği hem de deneysel çalışmaları olmuş, bu açıdan en önemli deneysel çalışmaları ise depresyon hastaları ile yaptıkları olmuştur. Bunların arasında ise, bayan bir hasta ile yaptığı bir seans özellikle belirtilmiştir. Bu seansta bayan divanda yatmakta ve erkeklerle olan cinsel deneyimlerini Beck’e anlatmaktadır. Beck bir noktada defteri bir kenara bırakır ve bayana bu konuyu anlatmanın ona neler hissettirdiğini sorar ve bayan kaygılı olduğunu ifade eder. Duyguların altındaki bilinçdışı işleyişleri araştırmaya yönelik eğitim alan Beck bu yanıtın ardından kaygılı olmasının sebebinin cinsel istekleri ile yüz yüze gelmesinden ve bu isteklerinin terapisti tarafından onaylanmayacağını düşünmesinden kaynaklandığının yorumunu yapar. Bayan hasta ise aslında kaygısının sebebinin terapistini, yani Beck’i sıkıyor olmasından kaynaklandığını ifade eder. Beck, bu türden deneyimlerinin sayısı artıkça düşünceler ve duygular arasında görülebilir bir ilişki olduğunu ve ruhsal sorunların altında bilinçte ya da bilince çok yakın düşünce sorunlarının olduğu sonucuna varmıştır. Psikanalizden kopuşunun bir açıklaması olarak bulgularını *Depresyon: Nedenleri ve Tedavisi* başlıklı kitabında da ele almıştır (Beck, 1972).

Buradan hareketle, Ellis davranışçı okulun kullandığı A-B-C formülasyonunu bilişsel kurama uyarlayarak, bilişsel model olarak tanımlanan A-B-C üçlüsünü oluşturmuştur. Davranışçı terapilerde “A” aktive edici olayı/uyarıcıyı, “B” davranışı,

“C” de davranışın sonuçlarını temsil ederken, bilişsel modelde “A” yine aktive edici olay/uyarıcı olarak kalmış, ama “B” rasyonel olmayan inançlar ve “C” de kişinin hatalı bir şekilde aktive edici olaya bağladığı ama aslında akılcı olmayan inançlardan kaynaklanan sonucu olarak değişmiştir (Ellis ve Dryden, 1997; Özdel, 2015). Bu bağlamda, “A” bir video kamerasının kaydettiği görüntüler gibi, durumu tanımlarken, “B” bu görüntülerin, genellikle bireyin farkındalığının hemen altında süzülen ama gerçek olarak algılanan yorumlamasını, “C” de bu yorumlamalar sonucunda ortaya çıkan duygular, fiziksel hisler, davranışlar ve tepkiler bütünü olmuştur (Williams ve Penman, 2020, s. 158). Bireyin rasyonel olmayan inançlarını kavramsallaştırırken ise, Ellis’in bilişsel modeli, otomatik düşünceler ve şemalar olmak üzere bilişleri iki ana başlıkta inceler. Şemalar da kendi içinde ara inançlar ve temel inançlar olmak üzere iki gruba ayrılır ve ara inançlar, kurallar olarak da bilinir. Dolayısıyla, bilişsel modelde “B” aslında otomatik düşünceler, ara inançlar/kurallar ve temel inançlar olmak üzere üç grup bilişi temsil etmektedir ve herhangi bir uyarıcı ile ilintili bilişler kavramsallaştırılırken bu üç grup bilişin tanımlanması gerekir. Bu durumda, örneğin yemek yeme uyarıcısına maruz kalan bir kişide, otomatik düşünce olarak “yersen kilo alırım”, ara inanç olarak “zayıf olursam ilgi görürüm”, temel inanç olarak da “sevilmiyorum” bilişleri ile “B” kavramsallaştırılabilir ve bu üç biliş kişiye genelde iç içe geçmiş üç daire üzerinden anlatılır. Bu dairelerin en dışında otomatik düşünceler bulunurken, ara inançlar ikinci dairede, temel inançlar da en iç dairede temsil edilir (Beck, 2011; Beck ve Haigh, 2014).

Başlangıçta sadece depresyonun tedavisi ile sınırlı olan bilişsel terapiler, 1980’li yıllarda panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi anksiyete bozukluklarını ele almış, ardından kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları ve somatoform bozukluklarına yönelerek, 1980’lerin sonuna doğru psikotik bozukluklarını da kapsayan bir terapi yöntemi olmuştur. Bilişsel terapinin bu rahatsızlıklardaki etkinliği birçok klinik çalışma ile gösterilmesi kapsamında, bu yıllarda psikoterapilerin etkisiyle ilgili geleneksel şüphelerin aşılması da kolaylaşmıştır (Salkovskis, 1996). Bilişsel devrim daha sonra davranışçı terapistlerin hemen hemen tamamının bu akımla bütünleşmesi ile 1980’lerde klinik psikoterapide egemen bir terapi yöntemi olan bilişsel davranışçı terapiyi (BDT) ortaya

çıkarmıştır (Özdel, 2015). Davranışçı ve bilişsel yaklaşımların bütünleşmesi sonucunda ortaya çıkan BDT, psikoterapi alanının en başarılı entegrasyon örneklerinden birisi olarak anılmaktadır (Schultz ve Schultz, 2004).

1.2.1.1. BDT'nin Evreleri

BDT genellikle dört evreden oluşur. İlk evre, ön aşama ya da tedaviye giriş olarak tanımlanır ve ana unsuru klinik değerlendirmeyi içerir. Bu değerlendirme kapsamında kişinin yaşadığı sorunun kavramsallaştırılması için var olan semptomlar ve semptomlar ile ilintili bilişsel, duygusal ve davranışsal özellikler öğrenilir. Kişinin tedavi olma motivasyonu ve terapiden beklentileri araştırılır. Ardından, terapist edindiği bu bilgiler ile kişinin BDT formülasyonunu yapar. İkinci evre, BDT'nin ilk seansı olarak da bilinir ve bu evrede ana amaç kişiye psikoeğitim vermektir. Psikoeğitim kapsamında kişiye bilişsel model tanıtılır ve yaşadığı problemler bilişsel modelin unsurları ile anlatılır. Üçüncü evre ise, kişinin rahatsızlığına özgü BDT tedavi protokolünün uygulandığı evredir. Bu bağlamda, kişinin ana semptomlarına uygun bilişsel davranışçı teknik ve müdahaleler ile genellikle haftada bir ya da iki kez 60 dakikalık seanslar olarak uygulanır ve semptomların belirgin düzeyde azalana kadar devam eder. Semptomlar belirgin düzeyde azaldığında üçüncü evre tamamlanır ve bireyler iyilik hâlini sürdürüm ve yinelemeyi önleme olarak tanımlanan son evreye geçer. Bu evrede öğrenilenlerin seans odası dışına genelleştirilmesi, becerilerin sürdürümü ve yinelemeyi önleme tekniklerine odaklanılır. Tedavinin yoğunluğu azaltılır, kişiye daha çok sorumluluk verilir ve tedavinin bitirilmesi ile tedavi süreci tamamlanır (Beck, 1972; Türkçapar, 2008; Beck ve Haigh, 2014; Özdel, 2015; Özcan ve Gül Çelik, 2017).

1.2.1.2. BDT'de Kullanılan Teknikler

BDT'de kullanılan teknikler temelde hem bilişsel hem de davranışsal teknikler barındırır. Bilişsel teknikler ile bilişlerin (otomatik düşünceler, ara inançlar ve temel inançlar) saptanması, bu bilişlerin hangi türden işlevsel olmayan düşüncelerden (seçici soyutlama, hep ya da hiç düşünme, felaketleştirme, etiketleme, kişiselleştirme, aşırı genelleme, olumluyu yok sayma, duygusal çıkarsama, küçümseme veya büyütme, zihin okuma, -meli ve -malı ifadeler, ya olursa) olduğunun saptanması ve bilişsel

yeniden yapılandırma ile işlevsel olmayan düşüncelerin yeniden yapılandırılması amaçlanır (Beck, 1972; Türkçapar, 2008; Özdel, 2015). Bilişlerin saptanmasında bilişsel modele yönelik psikoeğitim ve sokratik sorgulama teknikleri önem taşırken, bilişsel yeniden yapılandırma için çifte standart, derecelenmiş düşünme, özelleştirme, yeniden atfetme ve araştırma kullanılan teknikler arasında yer alır (Ellis, 1994; Ellis ve Dryden, 1997; Beck, 2011; Türkçapar, 2012).

Davranışsal tekniklerin hedefi ise, bilişsel yöntemlerin amacını desteklemek ve pekiştirmektir. Bunun için kullanılan teknikler davranış deneyleri olarak tanımlanır ve aktif deneyler ve gözleme dayalı deneyler olmak üzere iki çeşittir. Aktif deneylerde, kişi aktif roldedir ve bilişlerin geçerliliğini test etmek için sistemik duyarsızlaştırma çerçevesinde maruz bırakma teknikleri gibi gerçek durumlarda ya da rol yapma tekniği gibi sanal durumlarda yer alır. Bu durumda, örneğin kaygılıyken oluşan kalp çarpıntısından öleceğini düşünen bir kişinin bu bilişinin doğruluğunu test etmesi adına, seansta kaygılı olduğu zamanlardaki kalp çarpıntısını deneyimletecek aktiviteler yaptırılıp, sonuçları aktif olarak deneyimlemesi sağlanabilir. Gözleme dayalı deneyler ise, aktif deneylerin bireyi fazlasıyla zorlayacağı durumlarda kullanılır ve kişinin kendisi gözlemci olurken, terapist aktif rolde olur. Örneğin, kızardığında herkesin ona güleceğini düşünen biri için terapist yüzüne bolca allık sürerek kalabalık bir ortama girebilir ve kişi terapistte gülünüp, gülünmediğini ya da ne seviye gülündüğünü gözlemleyebilir (Beck, 2011; Türkçapar, 2012; Özdel, 2015).

Son olarak, hem bilişsel hem de davranışsal teknikler kapsamında BDT'nin en temel teknikleri arasında psikoeğitim ve ev ödevleri bulunmaktadır. BDT ekolünde bilişler merkez öneme sahip olması çerçevesinde psikoeğitim teknikleri ile kişinin yaşadıklarını bilişsel olarak tam anlamıyla anlaması amaçlanır. Psikoeğitim teknikleri kapsamında, bireyin kendisine psikoeğitim verilmesinin yanı sıra, kişinin ailesi, öğretmenleri ve arkadaşları gibi çevresindeki kişilere de psikoeğitim verilebilmektedir. Bazen de psikoeğitsel grup terapileri olarak tanımlanan teknik ile, benzer rahatsızlıktan muzdarip bir grup bireye toplu olarak psikoeğitim verilir. Grup formatında verilen bu psikoeğitimlerin, kronik rahatsızlığı ve travma bozuklukları olan bireylerde özellikle faydalı olduğu bulgulanmış, kişilerarası becerileri, özgüveni ve umudu artırırken, sosyal izolasyon ve güvensizliği azalttığı saptanmıştır (Herman ve

Schatzow, 1984; Goodman ve Nowak-Scibelli, 1985; Cole ve Barney, 1987; Alexander ve ark., 1989; Hazzard, Rogers ve Angart, 1993; Lubin ve Johnson, 1997; Lubin ve ark., 1998; Çetinkaya Duman ve ark., 2006). BDT terapileri grup formatında gerçekleştirildiği durumlarda, öğretilen tekniklerin faydalı olabilmesi için haftada bir, 1 ilâ 2 saatlik oturumlar şeklinde, 12 ilâ 16 hafta boyunca gerçekleştirilmesi önerilmektedir (Rose, 1999).

BDT’de verilen ev ödevleri ise, terapi sürecinde öğretilenlerin daha etkili olması adına, kişinin öğrendiklerini pekiştirmesini ve kazandığı yeni becerileri seans dışına genelleyebilmesini ve bu şekilde iyileşme sürecine katkıda bulunmayı amaçlar (Persons, Burns ve Perloff, 1988; Burns ve Auerbach, 1992; Kazantzis, Deane ve Ronan, 2000; Scheel, Hanson ve Razzhavaikina, 2004). Bu kapsamda, ev ödevleri bireyin öğretilen bilgi ya da teknikleri seans dışında bireysel olarak uygulamasını içerir ve BDT bu ödevlerin kişinin düzeyine uygun, yapılabilir, seans içinde örneklendirilmiş veya başlatılmış ve sonucundan çok terapi sürecine vurgu yapacak biçimde sonuçları ele alınmış formatta olmasını önemser. Bu türden ödevlere bazı örnekler olay, düşünce ve sonuçlarının kayıtlarını içeren günlüklerin tutulmasını, ölçek doldurulmasını, seans ile ilintili materyal okumalarını ve davranış değişikliği deneylerini barındırır (Türkçapar, 2012). BDT’de teknik olarak ev ödevlerine verilen önem BDT seans akışına ya da grup terapilerine de yansımaktadır. Öyle ki, her seansın ya da grup oturumunun ilk dakikaları ödev kontrolüne ayrılmalıdır (Beck, 2011).

Hâlihazırda, BDT’nin otoimmün hastalıklar arasında multipl skleröz, iltihabi bağırsak sendromu, sedef hastalığı, eklem iltihabi ve erken başlangıçlı sistemik lupus eritematozus gibi hastalıklar üzerine uygulandığı, ancak henüz Haşimoto hastalığı olan bireylere uygulanmadığı görülmektedir (van den Akker ve ark., 2017; Mikocka-Walus ve ark., 2017; Koulil ve ark., 2018; Cunningham ve ark., 2019). Bu otoimmün hastalıkların bazılarında, BDT ile hastalığın seyri ya da ilişkili belirtilerinde herhangi bir değişimin olmadığı saptanması ile birlikte, bazılarında BDT’nin depresif belirtileri ve tükenmişliği azaltabildiği ve fiziksel ve psikolojik iyi oluşu artırabildiği ortaya çıkmıştır (van den Akker ve ark., 2017; Koulil ve ark., 2018; Cunningham ve ark., 2019). Bu bağlamda, Haşimoto hastalığı olan bireylerde de faydalı olabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda, mevcut çalışmada bireysel BDT’den ziyade, grup

BDT tercih edilmiştir çünkü, Haşimoto hastalığı olan bireylere kendileri ile aynı tanıyı alan kişilerle olmalarının faydalı olabileceği düşünülmüştür. Nitekim, Haşimoto isminin tetikleyici olabileceği ve bu kapsamda, Haşimoto hastalığı olan bireylerin normal tiroid değerleri olmasına rağmen daha düşük yaşam kalitesine sahip olup, daha çok depresyon ve anksiyete geliştirebildiklerini öneren çalışma olmuştur (Yalçın ve ark., 2017).

1.2.2. Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT)

1990'lı yıllarda, geleneksel davranış terapisine bilişsel değişim stratejilerinin eklenmesiyle bireyde herhangi bir fark olmadığını savunan ve ikinci dalga terapilerini eleştiren bir akım ortaya çıkmıştır. Bu akım, işlevsel olmayan düşünceler ve davranışlar arasındaki doğrusal ve dolaylı tüm etkileşimlerde aslında kişinin içsel yaşantılarının ihmal edildiğini ve kişinin içsel deneyimlerini çalışmakla ilgili yeni yöntemlere ihtiyaç olduğunu vurgulamıştır (Linehan, 1993). Bireylerin psikolojik durumlarını doğrudan değiştirmek yerine, psikolojik olayların işlevini ve bu olaylarla ilişkilerini fark etmelerinin önemli olduğunu, değişim ile birlikte kabulün gerektiğini savunmuştur (Herbert ve Forman, 2011; Sargın ve Sargın, 2015; Uğuz ve Kır, 2019). Bu akımın bir sonucu olarak, BDT'de üçüncü kuşak olarak tanımlanan dönem başlamış ve birinci kuşak terapilerinin ana teması olan davranış ve ikinci kuşak terapilerinin ana teması olan davranış ve biliş ek olarak içsel deneyimlerin farkındalığı ve kabul temaları eklenmiştir (Vatan, 2016). Örneğin, ikinci kuşaktaki “ne düşünüyorum veya ne hissediyorum” soruları, “düşüncelerim veya hislerim bana ne söylemeye çalışıyor” şeklini almış ve bunun bir sonucu olarak, ilk kuşaktan itibaren biliş ve davranışların gölgesinde kalan duygular, üçüncü kuşaktaki yaklaşımlarla birlikte BDT alan yazanına duygu kavramını katmıştır (Forman ve Herbert, 2009).

İçsel yaşantılar davranışlar gibi üçüncü bir kişi tarafından açıkça gözlemlenip değerlendirilemeyeceği için, üçüncü kuşakta odak kişinin tüm bunları kendi farkındalığı üzerinden ortaya koymasını sağlayacak metotlara ve bunların kabul sürecini destekleyecek yöntemlere kaymıştır (Herbert ve Forman, 2011). Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT) bu metotları sağlayan ve üçüncü dalga terapileri olarak tanımlanan terapiler arasında bulunmaktadır (Linehan, 1993). Bu bölümde, DDT'nin

kökenleri ve kuramsal altyapısı, DDT'nin BDT'den farkları ve DDT'nin bileşenleri kapsamında bu çalışmada kullanılan DDT-BE detaylandırılacaktır.

1.2.2.1. DDT'nin Kökenleri ve Kuramsal Altyapısı

DDT'nin kökenleri 1970'lerin sonlarında standart BDT protokollerini intihar davranışı gösteren bireylerde kullanan Marsha M. Linehan (1993)'in karşılaştığı üç temel soruna dayanmaktadır. Bu sorunların ilki, Linehan'ın salt değişim odaklı terapilerin danışanlarda sözel saldırılarda bulunmak ya da terapiyi bırakmak gibi tepkilere neden olduğunu gözlemlemesi olmuştur. İkincil olarak, bireysel terapi seans sürelerinin intihar ve kendine zarar verme davranışlarının ele alınması gibi, önceki haftanın gündemlerinin irdelenmesi ve yeni becerilerin öğretilmesi için yetersiz olduğunu tespit etmiştir. Son olarak ise, Sınırdaki Kişilik Bozukluğu (SKB) olan bireylerin, seansta istenmeyen bir konunun açılması gibi olumsuz duygular yaşadıklarında terapistte saldırganlık ve içe kapanma gibi olumsuz sözel davranışlarda bulunarak, terapistin konuyu değiştirmesini sağlayabildiklerini ve farkında olmadan terapistin bu davranışını pekiştirerek yanlış terapi yöntemlerini destekleyebildiklerini fark etmiştir (Çelebi, 2017). Linehan, bu tespitlerinden yola çıkarak daha sonra 1990'lı yıllarda DDT'yi başlangıçta duygu düzenleme sorunları, kronikleşmiş kendine zarar verme ve intihar eğilimi olan SKB bireyler için geliştirmiştir.

Linehan (2015a), yaygın duygu düzenleme sorunları olan bireylerdeki kronik intihar düşüncesini, kesme ve yakma gibi kendine zarar verme davranışlarını, yeme problemlerini ve madde kullanımlarını, duygudurumlarını kontrol etmek için başvurdukları yollar olarak görmüş ve DDT yöntemi ile bu zararlı davranışları daha etkili baş etme yöntemleri öğretmekle çözmeyi amaçlamıştır. Alanyazın incelendiğinde, bu amacına ulaştığı da gözlenmektedir. Literatürde, DDT'nin SKB olan bireylerde intihar eğilimini, kendine zarar verme davranışını, depresyonu, madde bağımlılığını, kaygıyı ve öfkeyi azalttığı, kendine güven ve uyum kabiliyetlerini de artırdığına yönelik güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Linehan, 1991; Linehan, 1999; Koons ve ark., 2001; Courbasson, Nishikawa ve Dixon, 2012; Andreasson ve ark., 2016). Farklı çalışmalarda, DDT alan SKB bireylerin kontrol gruplarına kıyasla daha düşük oranda uygulamayı yarıda bırakma (drop-out) özelliği gösterdikleri ortaya çıkmıştır (Verheul ve ark., 2003; Soler ve ark., 2009; Farrés ve ark., 2018). Bir sene üzerinde yarıda

bırakma oranlarının kontrol grubunda %77 iken, DDT grubunda %37 olması özellikle dikkat çekici olmuştur (Verheul ve ark., 2003). Aynı zamanda, SKB olan bireylerin yaklaşık dört psikolojik tanıya sahip olmaları kapsamında DDT'nin tanı-ötesi (transdiagnostik) uygulamaları olan bir tedavi stratejisi olduğu görülmüş ve uygulanabilirliği duygu düzenleme güçlükleri yaşayan bireylere genişletilmiştir (Ritschel, Lim ve Stewart, 2015; Çelebi, 2017; Üstündağ Budak, Kocabaş ve Göksu, 2020).

Transdiagnostik yaklaşımı ile, DDT hâlihazırda pek çok randomize kontrollü çalışma ve randomize olmayan çalışmalar ile farklı psikolojik bozukluklar ve popülasyonlar üzerinde etkinliği saptanmış, kanıta dayalı bir tedavi yöntemidir (Linehan, 1993; Linehan, 1999; Rathus ve Miller, 2000; Stoffers ve ark., 2012; Linehan, 2015a). Etkililiği kanıtlanan psikolojik tablolar arasında depresyon, tekrarlayan dirençli depresyon, yeme bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), duygudurum bozuklukları, dissosiyatif semptomlar, madde kullanım bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu ve sosyal kaygı bozukluğu bulunmaktadır (Linehan, 1993; Lynch ve ark., 2003; Feldman ve ark., 2009; MacPherson, Cheavens ve Fristad, 2013; Courbasson, Nishikawa ve Dixon, 2012; Engle ve ark., 2013; Fleming ve ark., 2015; Chugani, 2015; Linehan, 2015a; Navarro-Haro ve ark., 2019; Slocum ve ark., 2021). Fibromiyalji ve polikistik over sendromu gibi kronik fiziksel rahatsızlıklarda da kullanılmış, bu tablolarda rahatsızlıkla ilgili problemlerin yanı sıra, kaygı yönetimi ve kişilerarası iletişimde problemler gibi gündelik yaşamın işleyişinde faydaları olduğu bulgulanmıştır (Yavuz, 2020; Gündoğan ve Arıkan, 2022). Düşük riskli gruplarla yapılan çalışmalarda, DDT'nin genel psikopatolojileri azalttığı ve dayanıklılığı ve iyi olma hâlini artırdığı ortaya çıkmıştır (Linehan ve ark., 1991; Pistorello ve ark. 2012; Panepinto ve ark., 2015; Goldstein ve ark. 2015). Son zamanlarda, klinik gruplarda başarılı bir terapi yaklaşımı olduğu kanıtlanan bu yaklaşım, koruyucu bir yöntem olarak da kullanılmaktadır (Üstündağ Budak ve Kocabaş, 2019; Üstündağ Budak, Kocabaş ve Göksu, 2020).

DDT'nin kuramsal altyapısı üç temel teoriye dayanmaktadır: biyososyal teori, davranış teorisi ve diyalektik teori (Linehan, 1993; Linehan, 2015a; Çelebi, 2017;

Üstündağ Budak, Kocabaş ve Göksu, 2020). DDT, başta SKB ve duygu düzenleme bozuklukları olmak üzere, psikopatolojilerin gelişimini biyososyal teori ile açıklar. Bu teoriye göre, duygu regülasyon problemlerinin gelişiminde daha yoğun ve sık duygulara veya dürtüselliklere yatkın olma gibi biyolojik faktörler ve yoğun duyguları ret ederek bireylerin ihtiyaçlarını geçersiz kılan aile gibi çevresel faktörlerin etkileşimi söz konusudur (Linehan, 2015a; Çelebi, 2017). Nitekim, kişinin ihtiyaçlarını ve duygularını onaylamayan, DDT dili ile, geçersiz kılan (invalidation) çevre, kişinin duygularını tanımasından, isimlendirmesinden ve düzenlemesinden alıkoyarak, duygusal gelgitler yaşamasına neden olur (Linehan, 2015a; Crowell, Beauchaine ve Linehan, 2009).

Psikopatolojilerin oluşmasının ve sürdürülmesinin bir diğer sebebini ise DDT davranış teorisi ile açıklar. Buna dayalı olarak, DDT davranış kavramını bireyin duyguları, düşünceleri ve gözlemlenen davranışları olmak üzere, bireyin gerçekleştirdiği her şeyi kapsayan bir kavram olarak tanımlar ve sorunlu davranışların temelinde işlevsiz davranışların pekiştirilmesinin, işlevsel davranışların cezalandırılmasının, beceri eksikliklerinin ve işlevsel olmayan bilişlerin öğrenilmesi gibi davranışsal faktörlerin yattığını belirtir (Linehan, 2015a). Bu bakış açısı ile, DDT tedavi teknikleri arasına klasik ve edimsel koşullanma teknikleri, cezalandırma, rol yapma, model olarak öğrenme ve maruz bırakma gibi birçok davranışsal yöntem entegre etmiş ve davranışsal kuram DDT tedavi yaklaşımına yön veren ana unsurlardan biri olmuştur (Çelebi, 2017). Buna bir örnek davranışsal ekolden türeyen DDT “24 saat kuralı”dır. Bu kural, danışan kendisine zarar verici davranışta bulunduğu zaman geçerli olur ve danışanın terapistinden 24 saat boyunca herhangi bir beceri desteği ya da telefon görüşmesi hizmeti almasını yasaklar. Bu sayede, danışanın kendisine zarar verici davranışının terapistin ilgi ve sıcaklığı ile pekişmesi, yani terapistin ilgi ve sıcaklığının pozitif pekiştireç olması, engellenir (Dimeff ve Koerner, 2007).

DDT’ye yön veren bir diğer yaklaşım ise tedavi yönteminin isminde bulunan ve DDT’yi diğer BDT yaklaşımlarından ayıran en önemli faktörlerden biri olan diyalektik teoridir. Kelime olarak “diyalektik”, “tartışma, söyleşi” anlamına gelen, “dialegein” Yunan teriminden türer. Immanuel Kant ve Georg Hegel gibi filozoflar

tarafından ise zıtlıklarla ilişkili konularda diyalektik kelimesinin kullanıldığı gözlemlenir (Linehan, 1993). DDT’de ise, diyalektik ne sadece bir şeyi açıklamak için kullanılan bir terim, ne de terapi sürecinde kullanılan bir tekniğe verilen isimdir. Diyalektik, terapisti ve DDT alan bireyi bir bütün olarak tanımlayan bir yaşam biçimi, bir dünya görüşüdür. Dolayısıyla, DDT’nin ismini oluşturan elzem yapıtaş ve perspektiftir. Bu dünya görüşünde, hemen hemen her perspektifin tam zıttı bir karşılığı olabilen bir dünyada, önemli olanın bu zıtlıklardan – tez ve antitezden – bir sentez yaratmak olduğu bulunur (Linehan, 1993; Rosenthal ve Lynch, 2005). Dolayısıyla, DDT’de bardak ne dolu ne de boştur, bardak hem dolu hem de boştur. Terapistin bireyi etkilediği kadar, birey de terapisti etkileyebilmektedir ve sadece bireyin rahatsızlıklarını düzeltmek gündem olmamakta, bireyi bir bütün olarak görmek ve onunla yaşamaya değer bir hayat kurmak üzere yolculuk yapmak öncelenmektedir (Lynch ve ark. 2006; Dimeff ve Koerner, 2007). Bunun yansımaları olarak DDT’inde birçok anlamda diyalektik süreçler yer alırken, özellikle cereyan eden diyalektik, değişim ve kabul arasında olan diyalektik süreçtir. Bu bağlamda, DDT değişim ve kabul arasında bir sentez oluşturmanın önemine vurgu yapar. Bu, değişim ve kabul arasında eşit bir paylaşım olması gerektiği anlamına gelmez. Ancak, hangi bağlamda hangi çözümün daha etkili olduğuna göre sentez süreci gerçekleşir ve duygu düzenleme ve kişilerarası etkililik gibi değişim stratejilerine ya da farkındalık ve sıkıntıya dayanma becerileri gibi kabul stratejilerine yönelinilir (Swales, Heard ve Williams, 2000; McMain, Korman ve Dimeff, 2001; Lynch ve ark., 2006; Swales, 2009).

1.2.2.2. DDT’nin BDT’den Farkları

DDT, bilişsel ve davranışsal kuramları içinde barındırmakla birlikte, BDT yaklaşımından önemli farkları vardır. İki tedavi yaklaşımı karşılıklı ele alındığında, BDT protokollerinde bulunmayan bu on özelliğin eklendiği görülmektedir: 1) Değişim ile birlikte kabule yapılan vurgu, değişim ve kabulün sentezde olması ve kabulün bir parçası olarak geçerli kılmanın (validation) önemsenmesi. Bu sayede, danışanın içinde bulunduğu durumun duygusal, bilişsel ve davranışsal anlamda bir bütün olarak geçerli kılınması ve danışanın kendi değer ve düşünce dünyasında olduğu gibi kabulünü deneyimlemesi; 2) Farkındalık becerilerinin hem terapistler hem de danışanlar

tarafından uygulanması, danışanlara has bir yöntem olarak tutulmaması; 3) Terapiye engel olan davranışların hem danışanlar hem de terapistler tarafından fark edilmesi ve tedavi edilmesi, gerektiğinde terapistin de değişime yönelmesi; 4) Terapötik ilişkiyi birinci derece öneme sahip bir konuma getirerek, terapi sürecinde terapistin de kendini açmasını teşvik etmesi ve bunu tedavi edici bir unsur olarak görmesi; 5) Tedavi protokolüne diyalektik süreçleri entegre etmiş olması; 6) Tedavi sürecine tedavi aşamaları perspektifini getirerek, tedavide ele alınacak olan davranışların bu davranışların tehdit edicilik düzeylerine ve ciddiyetlerine göre hiyerarşik bir şekilde ele alması; 7) Tedavi protokolüne özgül intihar riski değerlendirmesi getirmesi ve intihar riski yönetimi tekniklerini kullandığı yöntemler arasında bulundurması; 8) Sadece bireysel terapi seanslarından oluşmaması, diğer kanıta dayalı tekniklerin entegrasyonu ile oluşturduğu beceri eğitimlerini tedavi protokolünün bir parçası yapması; 9) Terapistlerin süpervizyonunu içeren konsültasyon ekiplerini terapinin ayrılmaz bir parçası yapması; 10) Günlük kartlar olarak isimlendirdiği haftalık takip kartları sayesinde birçok terapi sonucu ve çıktısını uzun süreli ölçmesi ve değerlendirmesi (Linehan, 2015a; Çelebi, 2017; Üstündağ Budak ve Kocabaş, 2019).

1.2.2.3. DDT'nin Bileşenleri

DDT diğer tedavi yöntemlerinden farklı olarak, bireysel terapi seanslarının yanı sıra, grup formatında gerçekleştirilen DDT-BE, öğrenilen becerilerin pekiştirilmesi için danışanların terapistleri ile gerçekleştirebildikleri telefon görüşmeleri ve haftada 1 – 2 saatlik toplantılarla DDT terapistlerinin bir araya gelerek diyalektik felsefenin ilkeleri kapsamında birbirlerinin süpervizyonunu gerçekleştirdikleri konsültasyon ekibi toplantıları olmak üzere toplam dört ögeden oluşan bir tedavi yaklaşımıdır (Sargın ve Sargın, 2015). Bunların bir arada bulunarak uygulandığı protokol standart DDT protokolü olarak tanımlanırken, bu dört öge arasındaki DDT-BE, DDT terapistleri ya da diğer ekollerden terapistler tarafından ihtiyaç duyulduğunda kendi başına bir tedavi modülü olarak yürütülebilen bir yöntem olma özelliğini taşımaktadır (Linehan, 2015a). Mevcut çalışmanın deneysel işlemlerinde kullanılan yöntem de bu olmuştur.

Hâlihazırda, gözlemlediğimiz kadarı ile, DDT-BE'nin otoimmün hastalıklarda incelendiği bir çalışma henüz bulunmamaktadır. Bu kapsamda da, DDT-BE'nin

Haşimoto hastalığının üzerine etkisi henüz bilinmemektedir. Yürütülen çalışmaların, DDT-BE'nin fibromiyalji (Yavuz, 2020) ve polikistik over sendromu (Gündoğan ve Arıkan, 2022) gibi tıbbi tanılara olan etkisinin incelendiği, ya da depresyon (Arı, 2020) ve sosyal kaygı bozukluğu (Slocum ve ark., 2022) gibi psikolojik tanılara etkisinin incelendiği çalışmalar olduğu görülmektedir. Bu çalışmalar, 10-haftalık DDT-BE'nin fibromiyalji hastalarının ilişkilerini dengelemelerinde ve duygularını düzenlemelerinde etkili olduğunu (Yavuz, 2020), polikistik over sendromu hastalarında 12-haftalık DDT-BE'nin hastalığın ortaya çıkardığı problemlerle baş etmeye yardımcı olduğunu ve anksiyeteyi azaltma ve kişilerarası ilişkilerdeki problemleri çözmede faydalı olduğunu (Gündoğan ve Arıkan, 2022), depresyon hastalarında 10-haftalık DDT-BE'nin depresyon ve duygu düzenleme güçlüğü seviyelerini düşürmede etkili olduğunu (Arı, 2020) ve sosyal kaygı bozukluğu olan bireylerde 8-haftalık DDT-BE'nin sosyal kaygı bozukluğunun kaçınma bileşenini azaltmada ve bilinçli farkındalık becerilerini artırmada etkili olduğunu ortaya koymuştur (Slocum ve ark., 2022).

Haşimoto hastalığı olan kadınlarda DDT-BE'nin etkisini incelemeyi amaçlayan bu çalışmada, tüm bu bilimsel bulgular dikkate alınmakla beraber, Haşimoto hastalığı olan kadınların BDT'ye kıyasla, DDT-BE'nden faydalanabilme ihtimalleri dört kanıya dayanmıştır. Öncelikle, DDT'nin BDT'den farkları bölümünde bahsedilmiş olan DDT'deki değişim ve kabul sentezinin Haşimoto hastalığı olan kadınlara faydalı olabileceği düşünülmüştür. Bunun en güçlü sebebi ise, Haşimoto hastalığının tanımlayıcı özelliklerinden olan otoimmün tepkinin azalabilmesi için bu bireylerde bir değişim sürecinin gerekeceği ve bu değişim sürecinin de onlara faydalı olabilmesi için kendilerindeki değişim ya da değişimleri kabul etmelerinin gerekeceğine dayanmıştır. İkincisi, alanyazında Haşimoto hastalığı olan kadınların yaşam kalitelerinin artması ve depresyon, anksiyete ve otoimmün tepkilerinin azalabilmesi için stresi azaltabilecek yöntemlerden faydalanabilecekleri gözlenmektedir (Markomanolaki ve ark., 2019) ve DDT-BE'nde strese faydalı olabilecek, farkındalık ve sıkıntıya dayanma olmak üzere, iki modül bulunmaktadır (Kabat-Zinn ve ark., 1986; Peterson ve Pbert, 1992; Specia ve ark., 2000; Davidson ve ark., 2003; Bowen ve ark., 2006; Morone, Greco ve Weiner, 2008; Grant ve Rainville,

2009; Swales, 2009). Bu iki modül, DDT-BE'nde kabul modülleri olarak tanımlanmaktadır ve bu kabul modülleri, Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) kapsamında ele alındığında, ACT'nin BDT kadar etkili olduğunu bulgulayan çalışmalar ile birlikte, ACT'nin BDT'ye kıyasla depresyonu azaltmada ve yaşam kalitesini arttırmada daha etkili olduğunu bulgulayan bir meta-analiz çalışması da bulunmaktadır (Ruiz, 2012). Benzer olarak, bu kabul modüllerinin bir parçası olan farkındalık modülü, Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT) kapsamında değerlendirildiğinde, MBCT'nin depresyon (Manicavasgar, Parker ve Perich, 2011; Omid ve ark., 2013) ve anksiyete (Sheikhzadeh, Zanjani ve Baari, 2021) gibi tanılar üzerinde BDT kadar etkili olduğunu bulgulayan çalışmalar olduğu gibi, MBCT'nin bazı alanlarda BDT'den daha faydalı olabildiğini bulgulayan çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin, bu çalışmaların birinde, MBCT'nin yaşam kalitesi ve ağrı üzerine BDT'den daha faydalı olduğu ortaya çıkmıştır (Pardos-Gascón ve ark., 2021).

Üçüncüsü, Haşimoto hastalığı tanısını aldıktan sonra depresyon ve anksiyete geliştirmeye daha yatkın olduğu saptanan bu hasta grubunun, diğer psikoterapi yöntemlerinden ziyade, içinde duygu düzenleme modüllerini barındıran bir yöntemden faydalanabilecekleri düşünülmüştür. Bahsedilmiş olduğu gibi, otoimmün hastalıklar dışındaki hastalıklara DDT-BE'nin bu alanlara faydasının olduğu saptanmıştır (Yavuz, 2020; Arı, 2020; Gündoğan ve Arıkan, 2022; Slocum ve ark., 2022). Aynı zamanda, yine kabul modüllerinden olan farkındalık modülünün depresyon ve anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu ve depresyonu olan bireylerde depresyon yinelenme oranını azaltabildiğini bulgulayan çalışmalar da bulunmaktadır (Godfrin ve van Heeringen, 2010; Kuyken ve ark., 2016). Son olarak ise, Haşimoto hastalığı olduğunun bilgisinin bireyin yaşam kalitesini ve psikolojik değerlerini etkileyebileceğini öneren çalışmalar kapsamında, içinde kişilerarası etkililik becerilerini barındıran bir yöntemin, diğer psikoterapi yöntemlerine kıyasla bu hasta grubuna faydalı olabileceği düşünülmüştür (Yalçın ve ark., 2017). Bahsedilmiş olduğu gibi, otoimmün hastalıklar dışındaki hastalıklara DDT-BE'nin bu alanlara faydasının olduğu saptanmıştır (Brodsky ve Stanley, 2013; Yavuz, 2020; Gündoğan ve Arıkan, 2022). İlerleyen satırlarda, faydalı olabileceği öngörülen bu yöntemin amacı ve içerikleri detaylandırılacaktır.

1.2.2.3.1. Diyalektik Davranışçı Terapi Beceri Eğitimi (DDT-BE)

DDT'nin özünde, bahsedilmiş olduğu gibi, değişim ve kabulün sentezi bulunmaktadır. Hem bilişsel hem de davranışsal olarak bu senteze ulaşmayı sağlayacak becerileri danışanlara kazandırmak ise, grup formatında gerçekleştirilen DDT-BE'nin hedefidir. Haftada bir defa, ortalama iki saatlik oturumlar şeklinde ve geleneksel bir psikoterapi grubundan ziyade daha çok sınıf formatında gerçekleşen bu beceri eğitimleri, terapistin yönetiminde, ilk saatinde bir önceki haftada öğrenilen becerilerin ve ev ödevlerinin gözden geçirilmesi, ikinci saatte de yeni becerilerin öğretilmesi şeklinde gerçekleşir (Linehan, 2015a; Sargın ve Sargın, 2015). Değişim ve kabulün sentezini kazandırma amacı kapsamında, değişim modülleri olarak kategorize edilen duygu düzenleme ve kişilerarası etkililik modülleri ve kabul modülleri olarak kategorize edilen farkındalık ve sıkıntıya dayanma modülleri olmak üzere toplam dört modülden oluşur. Bu bölümde, bu modüller ilgili literatür kapsamında detaylandırılacaktır.

1.2.2.3.1.1. Farkındalık

Farkındalık, DDT-BE'nin en merkezinde olan beceri olması dolayısıyla DDT temel becerileri olarak da tanımlanır ve kabul becerilerinde yer alan bir modüldür (Linehan ve Wilks, 2015). Bu modülün ana amacı, bireye etrafında olan her şeyi değiştirmek istemeden gözlemleyebilmeyi ve ardından tam anlamıyla, tek farkındalıkla, o âna katılabilmeyi kazandırmaktır. Birey, etrafında olanları şimdiki ânda oldukları gibi kabul etmeyi ve onlara yargıda bulunmaksızın bilinçli bir şekilde dikkatini vermeyi öğrenir. Bu sayede, birey bilinçsiz düşünme alışkanlıklarından (otomatik pilot) ve hayatı doyasıya yaşamaktan alıkoyacak davranış döngülerinden bazılarını kırarak, dünyayı doğrudan duyuları aracılığıyla deneyimleme imkânı kazanır (Marra, 2005; Williams ve Penman, 2020).

Yaşam tarzı açısından, birçok insan gündelik hayatta âna odaklanmak dışında geçmiş, gelecek, insanlar, endişeler ve düşünceler gibi birçok şeye odaklanır. Farkındalık ise, şimdide var olmaktır. Ânı reddetmek, bastırmaya çalışmak, ândan kaçınmak gibi tüm tutumların tersidir. Bireyin sahip olmak istedikleri ile meşgul olması ile değil, şu ânda sahip olduğu hayatı tam anlamıyla fark etmesi ile ilgilidir. Bu hâl, bir şeyin ilk defa yapıldığı âna benzetilebilir. Bireyin yeni bir adrese gittiği ân, bir

müzik aletini ilk defa kullandığı ân, yeni bir giysiyi giydiğini ân gibi. Bu türden ânlarda bireyin duyuları tam anlamıyla açık, dikkati yüksektir. Hiçbir şeyi kaçırmadan o ânda var olmaktadır. Farkındalık da bu hâlin hayatın tüm alanlarına genellenmesini içerir. Dolayısıyla, âna odaklanırken zihin bölündüğünde, farkındalık teknikleri ile zihin tekrar tekrar var olan âna geri getirilir. Düşünce, duygu ve görüşler ile olan güçlü bağlar serbest bırakılır ve ânı olduğu gibi deneyimleme tekrar tekrar teşvik edilir. Geçen sene, geçen ay ya da önceki haftanın bireyin kendisine söz verdiği gelecek olmadığı, sahip olacağı tek ânın, şu ân olduğu kazandırılır (Çelebi, 2017; Williams ve Penman, 2020). Bu kapsamda, farkındalık bilinçli olarak içinde bulunulan ânı yargılamadan, ret etmeden ve bağlı kalmadan, sadece fark ederek yaşamak olarak tanımlanabilir (Linehan, 2015a).

Farkındalık becerileri üç tanedir. Bunlar, bilge akıl, “ne” becerileri ve “nasıl” becerileri şeklindedir. DDT’ye göre duygusal akıl, mantıksal akıl ve bilge akıl (wise mind) olmak üzere zihnin üç temel hâli bulunmaktadır. Duygusal akıl, anlık ruh hâline bağlı olan, duygu-odaklı, sıcak akıl olarak tanımlanır ve aktif olduğu durumlarda birey hisleri ve bir şeyler yapma ya da söyleme dürtüleri tarafından yönetilir. Gerçekler, gerekçeler ve mantık önemli değildir. Ancak, bu akıl ilk defa ev sahibi olma, ödül kazanma gibi durumlarda yaşanan yoğun duygu ânları ile karıştırılmamalıdır. Bu tür duygular sağlıklı ve yaşanmalıdır. Açlık, yorgunluk, yoğun stres gibi durumlar sonucu ortaya çıkabilen yoğun duygulardan dolayı rasyonel hareket edilemeyen ânlar duygusal akıl daha iyi temsil etmektedir.

Diğer yandan, mantıksal akıl, sakin, rasyonel ve görev odaklı akıl olarak tanımlanır. Aktif olduğu durumlarda zihin gerçekler, gerekçeler, mantık ve faydalar tarafından yönetilerek, bireyin değer ve hisleri önemsizleşir. Bu durumun bir benzetmesi, kişinin bir işi tüm duyguları görmezden gelerek yapması olabilir. Birini öldürmek üzere görevlendirilen birinin, bir sonraki cinayeti planlaması gibi. Bilge akıl (wise mind) ise, duygusal akıl ve mantıksal akılın sentezi olmakta olup, duyguların ve mantığın yanı sıra sezgisel olarak bireyin doğruluğunu bildiği bilgilerden oluşur. MBCT’de, “yapan akıl (doing mind)” ile “olan akıl (being mind)” kavramlarının sentezi de bilge akıla örnek olmaktadır. Bilge akıl, DDT’de “orta yol” olarak da

tanımlanmaktadır. Bu akıldayken, birey beceriler kullanabilmekte, aktiviteleri yaparken farkındalıkla hareket edebilmektedir (Linehan, 2015a; Swales, 2009).

“Ne” becerileri, farkındalık uygularken ne yaptığımızı içeren beceriler olup, bireye farkındalıkla gözlemlemeyi, tanımlamayı ve katılmayı kazandırmayı amaçlar. Farkındalıkla gözlemlemek, çevrede olup biten olayları, bireyin duygu ve düşüncelerini, onları sonlandırmadan ya da uzatmaya çalışmadan, sadece oldukları gibi gözlemlemesini, farkındalıkla tanımlamak gözlemlenenleri sınıflandırarak, uygun sözcüklerle şimdiyi tanımlamasını ve farkındalıkla katılmak da bireyin kendi tepkilerinden rahatsız olmadan, olayların akışından kendini koparmadan, var olan âna tamamen dâhil olarak katılmasını içerir (Marra, 2005; Van Dijk, 2012).

“Nasıl” becerileri ise, farkındalık uygulamalarını nasıl yaptığımızı öğreten becerilerdir ve yargılamadan, tek farkındalıkla ve etkili bir biçimde olmak üzere üç beceriden oluşur. Farkındalık, yargılamadan yapılan bir beceridir. Bunu başarabilmek için bireyin ayırt edici ifadelerini korurken, “iyi” ve “kötü”, “doğru” ve “yanlış” gibi yorum içeren ifadelerinden arınması öğretilir. Bu duruş, bireyin olumsuz değerlendirdiği durumlara olumlu bir gözle bakması gerektiği anlamına gelmemekte, sadece yargılama eyleminden tamamen vazgeçmesi anlamına gelmektedir. Bu sayede, DDT bireyin yargı içeren etiketlerden etkilenecek gündemden kopmasına engel olarak, davranışlar ve davranışların sonuçlarına odaklanmasını sağlar (Marra, 2005; Çelebi, 2017). İkincil olarak, farkındalık tek farkındalıkla yapılan bir beceridir. Bu, birey ne yapıyorsa yapsın sadece onu yapma hâlidir. Örneğin, yemek yerken sadece yemek yemeli, yürürken sadece yürümeli, konuşurken sadece konuşmalıdır. Farkındalık, dikkatin birden fazla durum ve aktiviteye bölündüğü hâlin tersidir. Son olarak, farkındalık etkili bir biçimde yapılır. Etkili biçimde bir şeyi yapmak, haklı olmayı ispatlamak gibi duygusal gerekçelerden ziyade, hedefe ulaşmak için uygun becerileri kullanmayı içerir. DDT gerekli olan beceri kullanılmadığı takdirde hedefe ulaşmanın daha zor olması ile birlikte, acı çekme olasılığının da daha fazla olduğunu savunur. Kısa süreli mutluluk yerine, etkili bir biçimde becerileri kullanmanın her zaman daha kazançlı olduğunu ve bunu başarmak için herhangi bir durumda bireyin şu soruyu öncelemesi gerektiğini öğretir: İşe yarayacak ve sonuç verecek çözüm nedir? (Van Dijk, 2012; Çelebi, 2017).

Farkındalığın etkileri üzerine birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar, beynin mutluluk, empati ve şefkat gibi olumlu duygularla ilintili olan kısımlarının farkındalık yapıldıkça güçlendiğini ve daha aktif hâle geldiğini göstermektedir. Örneğin, beyin görüntüleme araştırmaları, depresyon tanısı olan bireylerde farkındalık aktivitelerinin ilk birkaç dakikası içinde beynin nezaket ve empati ile yaklaşma özelliklerini kontrol eden bölgelerini harekete geçirdiğini göstermiştir (Barnhofer ve ark., 2010). Bu ağlar güçlendikçe, anksiyete, stres ve öfkenin ardında yatan beyin kalıplarını da olumlu yönde etkilediği, bu kalıpların ortaya çıktıkları ân yok olmalarını kolaylaştırdığı kanıtlanmıştır (Williams ve Penman, 2015, s. 62). Farklı çalışmalar, farkındalık becerilerinin kronik stres endikasyonlarını azalttığını, kronik ağrı ve kanser gibi sağlık tablolarının ortaya çıkardığı şikâyetleri azaltmakta etkili olduğunu ve yaygın kaygı bozukluğu, panik bozukluk ve agorafobide anksiyete ve panik belirtilerini azalttığını, hatta bu azalmaları da koruyabildiğini ortaya koymuştur (Kabat-Zinn ve ark., 1986; Peterson ve Pbert, 1992; Specia ve ark., 2000; Davidson ve ark., 2003; Bowen ve ark., 2006; Morone, Greco ve Weiner, 2008; Grant ve Rainville, 2009). Bağışıklık sistemini güçlendirdiği ve bu sayede soğuk algınlığıyla, griple ve diğer hastalıklarla savaşmaya yardımcı olduğu da kanıtlanmıştır (Black ve Slavich, 2016).

Bir diğer çalışma sekiz hafta süren MBCT'nin depresyona girme olasılığını kayda değer seviyede düşürdüğünü, hatta daha önceden üç kere ya da daha fazla depresyon epizodu yaşamış kişilerde tekrar depresyona girme olasılığını yaklaşık olarak yüzde 40 ilâ 50 oranında düşürdüğünü göstermiştir (Kuyken ve ark., 2016). Benzer olarak, antidepresan kullanan katılımcılarla gerçekleştirilen bir çalışmada, kontrol grubuna sadece antidepresan verilmiş, deney grubuna ise hem antidepresan hem de MBCT uygulanmıştır. Ortaya çıkan bulgular, kontrol grubuna kıyasla farkındalığın uygulandığı deney grubundaki kişilerde depresyon tekrarının yüzde 68'den, yüzde 30'a kadar düştüğünü göstermiştir (Godfrin ve van Heeringen, 2010).

Aynı zamanda, MBCT'nin, depresyon (Manicavasgar, Parker ve Perich, 2011; Omidı ve ark., 2013) ve anksiyete (Sheikhzadeh, Zanjani ve Baari, 2021) gibi tabloların üzerinde BDT kadar etkili olduğunu bulgulayan çalışmalar olduğu gibi, MBCT'nin, BDT'den daha etkili alanların olduğunu bulgulayan çalışmalar da

bulunmaktadır. Bu çalışmaların birinde, MBCT ve BDT'nin, yaşam kalitesi, ağrı ve uyku üzerindeki etkileri incelenmiş ve bulgular BDT'nin uyku üzerinde faydalı olduğunu ancak, MBCT'nin yaşam kalitesi ve ağrı üzerine BDT'den daha faydalı olduğunu ve tüm değişkenlerde genel olarak MBCT'nin etki büyüklüklerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Pardos-Gascón ve ark., 2021). İkinci bir çalışmada ise, obsesif kompulsif bozukluğu olan katılımcılara ya 12-haftalık MBCT (30 katılımcı), ya da 12-haftalık Stres Yönetimi Programı (30 katılımcı) uygulanmış ve bulgular, obsesif kompulsif belirtileri azaltmada MBCT'nin daha etkili olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda, Stres Yönetimi Programı'nı yarıda-bırakma oranları %80 iken, MBCT'de bu oran %27 olmuştur (Mathur ve ark., 2021). Bir diğer çalışmada ise, yineleyen depresyonu olan bireylerde, BDT'ye kıyasla MBCT'nin rüminasyonu daha etkili bir seviyede azalttığı ortaya çıkmıştır (Melyani, 2013).

1.2.2.3.1.2. Duygu Düzenleme

Duygu düzenleme, DDT-BE'nin değişim becerilerinde yer alan bir modüldür. Birey uygun duygu düzenleme becerilerine sahip olmayınca, duygulardan kaçınır ve bu kaçınma davranışı sonucunda bireyin anksiyete, depresyon ve dürtü kontrolü gibi belirtilerinin şiddetinde artış olur (Linehan, 1993; Marra, 2005). Dolayısıyla, birçok psikolojik bozukluğun temelinde duygu düzenleme problemlerinin yattığı bildirilmektedir (Gross ve Levenson, 1997; Ögel, 2012; Koerner, 2012). Bu bireylere duygu düzenleme becerilerini öğretmek ise bu türden psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde etkin rol oynamaktadır (Ögel, 2012). Örneğin, amigdala duygusal olaylarla ilişkili hafızanın oluşumunda ve depolanmasında rol oynayan beyin bölümüdür ve DDT kapsamında beceriler kazanan bireylerin azalmış amigdala aktivitesi ile ilişkili duygu düzenleme bozukluklarında önemli azalmalar yaşadıklarını gösteren nörolojik çalışmalar bulunmaktadır (Goodman ve ark., 2014).

Bireyin bu modülde yaşadığı duyguları anlaması ve adlandırabilmesi en öncelikli hedeftir. Akabinde, istenmeyen duyguların yaşanma sıklığını azaltma, duygusal zihne yatkınlığını azaltarak duygusal hassasiyeti azaltma ve duygusal acıyı azaltma amaçlanır (Linehan, 2015a). Birey elinden gelenin en iyisini yapmasına rağmen duygularını değiştirme gücünü kaybettiği anlar, bireyin duygularının kontrolü dışına çıktığı anlar olarak tanımlanır. Duygu düzenleme becerileri bu anlarda bireyin

tekrar duygularını kontrol edebilmeyi ve yönetebilmeyi kazandırır. Duygular otomatikçe bağlanıp yaşanılabilirdi gibi, kontrol altına alınabilirdi ve duygu düzenleme becerileri kullanıldıkça öğrenilen becerilerin otomatikçe bağlanabilirdi öğretilir (Çelebi, 2017). Duyguları yönetebilmek, duyguları yok etmek değildir. Öyle ki, diğr beceri modüllerinde olduğu gibi, duygu düzenleme becerileri de farkındalık becerileri entegre edilerek bireye kazandırılır. Örneğın, duyguları anlamak ve adlandırmak, duyguların farkındalığını içerir ve duyguların farkındalığı, duyguları yargılamadan, tek farkındalıkla ve etkili bir biçimde gözlemleyebilmekten geçer (Marra, 2005; Çelebi, 2017).

Birey, duygusunu tanımlayabilmek için farkındalıkla gözlemlemeye ek olarak, duyguyu tetikleyen olayı saptamayı, olayı nasıl yorumladığını fark etmeyi, bu yorumların vücudunda ne türden değışimler ortaya çıkardığını fark etmeyi, tüm bunların bir sonucu olarak da yaptığı eylemi gözlemlemeyi ve bu eylemin ikincil etkilerini fark etmeyi öğrenir (Linehan, 2015a). Birey, duygu, düşünce ve davranışın birbiriyle bağlantılı olduğunu ve bu üçlüden biri değıştiğinde diğrlerinin de etkilenebileceğı konusunda farkındalık kazanır (Van Dijk, 2012). Bu farkındalık kazanıldığında, duygu düzenleme becerileri yaşanan duygunun gerçekler ile uyumlu olup olmadığını anlamak için bireye duygularını bazı adımlar ile analiz etmesini öğretir. Bu adımlar arasında olaya ilişkin yapılan yorumu fark etmek ve diğr tüm olası yorumlar üzerine düşünmek, olası bir tehdit olup olmadığını değıerlendirmek ve ortada bir tehdit olduğu takdirde bu tehditin gerçekleşme olasılığını puanlayarak, tüm olasılıklar gerçekleştiğı takdirde de bireyin bu olasılıklarla baş edebilmesine yönelik kendine puan vermesi aşamalar arasında yer alır. Duygular gerçeklerle uyumlu olup olmadıklarına ek olarak, duygular belirli bir duyguyu yaşamının etkili olup olmayacağı, başka bir deyişle işe yarayıp yaramayacağı açısından da incelenir. Duygunun hangi teknik ile düzenleneceğı, gerçeklerle uyumlu olup olmamaya ve duyguyu yaşamının etkili olup olmadığına dayalı olarak belirlenir. Bu tekniklerin en başlıcaları ise, karşıt eylem ve problem çözme teknikleridir (Linehan, 2015a, Linehan ve Wilks, 2015).

Duyguların gerçeklerle uyumlu olup olmama açısından analizi, duyguyu yaşamının etkili olup olmama açısından değıerlendirilmesi ve bunların sonucuna göre

duyguyu karşıt eylem ya da problem çözme ile yaşamak bireyin duygusal tepkilerini değiştirerek bu modülün istenmeyen duyguların yaşanma sıklığını azaltma hedefini karşılar. Duygusal tepkileri değiştirmek yine hedefler arasında bulunan ve bireyin acı veren duygularının yoğunluğunun azalmasını içeren boyuta da yardımcı olur. Zor durumlarla önceden başa çıkma tekniği ile de, bu acı veren duyguların bireye eskisi kadar endişe vermemesi amaçlanır (Brodsky ve Stanley, 2013). Bunlara ek olarak, bu modül bireyin yaşadığı pozitif duyguların deneyimini artırarak, olumsuz duygulara karşı hassasiyetini azaltmayı amaçlar. Bu kapsamda, bireyin yaşamaya değer bir hayat inşa edebilmesi için hem kısa vadeli hem de uzun vadeli amaçlar belirlemesi desteklenir. Ardından, bu amaçlara yönelik bireyin yeterlilik geliştirmesi teşvik edilir (Linehan, 2015a; Linehan 2015b).

1.2.2.3.1.3. Kişilerarası Etkililik

Kişilerarası etkililik, DDT-BE'nin değişim becerilerinde yer alan bir modüldür. Temel kişilerarası etkililik becerileri, yeni ilişkiler kurmak ve zararlı olan ilişkileri sonlandırmak ve ilişkilerde orta yolda yürümeyi başarmak olmak üzere üç unsuru kapsar. Temel kişilerarası etkililik becerileri arasında, etkili bir şekilde başkalarından istekte bulunmak ya da yapılması istenmeyen taleplere etkili bir biçimde hayır demek ve çatışmalı ilişkilerle etkili bir biçimde baş etme becerilerini kazanmak yer alır (Van Dijk, 2012). En başta da bireyin ilişkilerinde önceliklerini nasıl netleştireceği konusunda beceriler kazanması hedeflenir. Bunun için birey kendisine: “Niçin konuşacağım?”, “Niçin adım atacağım?” gibi sorular sormayı, farkındalıkla, duygularını ve düşüncelerini gözlemlemeyi öğrenir. Kişilerarası etkililik becerileri ya bir hedefe ulaşmak için, ya ilişki kalitesini artırmak için ya da öz-saygıyı artırmak için nasıl adımlar atılacağını öğretir. Hedef odaklı adımlar için DEAR-MAN, ilişki kalitesi için GIVE ve öz-saygı için FAST teknikleri vardır. Bu teknikler kapsamında hayır diyebilmek gibi temel kişilerarası etkililik becerilerinin hedeflerine ulaşılır. Örneğin, hayır diyebilmek için birey DEAR-MAN tekniğini kullanabilmektedir (Brodsky ve Stanley, 2013; Linehan 2015a).

Yeni ilişki kurmak ve zararlı olan ilişkileri sonlandırmak için, birey öncelikle yıkıcı bir ilişki ile çatışan ilişki arasındaki farkı öğrenir. Ardından, yıkıcı olan ilişkilerin Bilge Akıl ile nasıl sonlandırılabilceği yönünde bilgi ve beceriler kazanır.

İlişkileri sonlandırırken birey aynı zamanda geçerli olan duygularını fark etmeyi ve bu duyguları onaylamayı kendini onaylama teknikleri kapsamında öğrenir. Tepkilerinin geçerli olup olmadığına emin olmak için tüm gerçekleri kontrol etmeyi, gerektiğinde geçerli olanı onaylama konusunda çevresinde güvendiği biriyle değerlendirme yapmayı öğrenir (Linehan, 1993; Linehan, 2015a). İlişkilerde orta yolda yürümek, “evet” ve “hayır”, “doğru” ve “yanlış” paradokslarındaki gibi, ilişkilerde de paradoksların olduğuna dikkatleri çeker. Bu paradokslara örnek, “diğerlerini kırmamak için onaylamak” ile “hataları fark etmek ve kabul etmek” paradokslarıdır. Kişilerarası etkililik becerileri, bu paradoksları terazinin iki ucu üzerinden betimler ve bu terazileri dengede tutarak, modüllerde değişim ve kabul sentezinde olduğu gibi, paradoksların sentezini sağlamayı ve bu sayede ilişkilerde orta yolda yürümeyi kazandırmayı amaçlar (Linehan, 2015a).

Kişilerarası etkililik becerileri bilişsel yeniden yapılandırma öğeleri de içerir (Brodsky ve Stanley, 2013). Bunun bir parçası, ilişki mitleridir. Bireye, tek tek hedefe ulaşmaya çalışırken, ilişki kalitesini ve öz-saygıyı etkileyebilecek ilişki mitlerine yönelik bilgiler verilir ve kendini bu mitler kapsamında gözlemlemesi öğretilir. Bu mitlere birkaç örnek, “İstediğimi ya da ihtiyacım olanı almayı hak etmiyorum”, “Eğer rica edersem, bu çok zayıf bir insan olduğumu gösterir”, “Bir ricaya hayır demek her zaman bencil bir şeydir”, “Bu davranışın benim duygularımı inciteceğini bilmeleri gerekirdi; ben onlara söylememeliydim” şeklindedir. Ardından, saptanılan mitler ve çarpık düşünceler yeniden yapılandırılarak, yapılandırmaların eyleme geçmesine yardımcı olmak için gerektiğinde edimsel yönetim kullanılır (Skinner, 1948). Edimsel yönetim, davranışların sonuçlarının bir fonksiyonu olduğunu savunur. Bu kapsamda, yapılan herhangi bir davranış bireyin hoşuna gittiğinde o davranış tekrarlanır, hoşuna gitmediğinde de tekrarlanmaz. Edimsel yönetim kapsamında, kişilerarası etkililik modülünde bireye ceza, pozitif ve negatif pekiştirme gibi teknikleri ilişkilerinde nasıl kullanabileceği öğretilir (Linehan, 2015a, Çelebi, 2017).

Çalışmalar, ilişki sorunlarının ve duygu düzenleme problemlerinin oldukça bağlantılı olduğunu göstermektedir. Öyle ki, duygu düzenleme problemi yaşayan bireylerin çoğunluğunun kişilerarası ilişkilerinde de problem yaşadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar, bireylerin yaşadıkları duygu düzenleme

problemleri kapsamında bulundukları ilişkilere istemsizce zarar verebildiklerini ya da kişilerarası etkileşimden tamamen kendilerini soyutlayarak, kaçınabildiklerini bildirmektedir (Linehan ve Wilks, 2015). Benzer olarak, kişilerarası ilişkilerde doyum eksikliği duygu düzenleme problemlerini tetiklemekte ve depresyona sebep olabilmektedir (Segrin, 2000). Yeterli kişilerarası ilişkileri olmayan bireylerin kendilerini kaygılı, yalnız ve depresif hissettikleri de bulgulanmıştır (Van Dijk, 2012). DDT-BE'nin kişilerarası etkililik modülünün tüm bunlara katkı sağladığı gözlenmektedir (Linehan, 2015a).

1.2.2.3.1.4. Sıkıntıya Dayanma

Sıkıntıya dayanma, DDT-BE'nin değişim becerilerinde yer alan bir modüldür. Gerçeği kabul etmek ve kriz durumlarıyla baş etmeyi öğrenmek olmak üzere iki temel amacı vardır. Gerçeği kabul etmek, onaylamak, teslim olmak, dirençsiz olmak ya da değişime karşı olmak değildir. Kabul edilemeyecek bir şeyin kabul edilmesi de değildir (Linehan, 1993). Kabul sözcüğünün kökü “yakalamak”, “algılamak” sözcüklerine dayanmakta olup, bir şeyi almak veya yakalamak anlamına gelir. Bununla birlikte, kabul her şeyin gerçekten nasıl olduğuna yönelik derin ve doğru bir anlayışın kazanıldığı bir duraksamadır, çünkü birey tüm gerçekleri anladıktan sonra kabul ile her şeyin olduğu gibi kalmasına izin verebilir. Birey, bu noktaya iki adımla gelir. Bu adımların ilkinde onu huzursuz eden tüm düşünce, duygu ve bedensel duyumların farkına varır. Ardından, aktif bir şekilde, radikal kabul, zihni yöneltmek, yarı-gülümseme ve gönüllü eller gibi teknikler ile tüm duygu, düşünce ve duyumlarını kabul eder (Linehan, 2015a).

Sıkıntıya dayanma modülü radikal kabulün neden faydalı olduğunu da öğretir. Bu faydaların başlıcaları, gerçekliği değiştirebilmek için gerçekliği kabul etmek gerektiği; gerçekliği reddetmenin ya da inkâr etmenin gerçekliği değiştirmede, gerçekliği reddetmenin bireye daha çok acı vermekle birlikte, acıyı ıstıraba dönüştürebildiği ve kabul etmenin başlangıçta üzücü olsa da sonrasında derin bir huzur getirdiği şeklindedir (Linehan, 1993; Linehan, 2015a). Aynı zamanda, kabul bireyi tüm tetikleyici unsurlardan uzak tutarak, hem ani tepkiler vermesini önler hem de tepki vermesi için bireye daha çok alan ve zaman sunar. Birey, deneyimlediği zorlukların tüm acı nüanslarının ve en ince ayrıntılarının farkına vararak, bunlara verilebilecek en

becerikli tepkiyi düşünme imkânını kazanır ve zamanla, en akıllıca tepkinin hiçbir şey yapmamak olduğunu fark eder (Williams ve Penman, 2020). Ortaya çıkan bulgulara göre, kabul ettikten ve durumları açıklama ya da durumlardan kurtulma eğiliminden vazgeçtikten sonra, bir ilkbahar sabahının pususunun geçmesi gibi doğal bir şekilde kabul edilen gerçekliğin silinip gitmesi ve bireyin özgürleşmesi mümkündür (Linehan, 2015a; Williams ve Penman, 2020).

Sıkıntıya dayanma modülünün kriz durumlarıyla baş etme teknikleri ise, bireye kriz durumlarını diğer durumlardan ayırt etme becerisini kazandırmak ile başlar. Kriz becerilerinin en yararlı olacağı durum ve şartlar detaylandırılır. DDT-BE kriz durumlarını aşırı stres barındıran, kısa süreli ve krizin derhal çözülmesi için yoğun bir stresin olduğu durumlar olarak tanımlar. Dolayısıyla, kriz durumlarında kullanılan beceriler, günlük sorunlar için, hayattaki tüm problemlerin çözümü için ya da hayatı yaşamaya değer kılmak için kullanılmaz. Öğrenilen becerilerin başlıcaları ise, durup, dürtülerle hareket etmenin avantaj ve dezavantajlarının değerlendirildiği “DAGİ” (dur, bir adım geri git, gözlemler, akılcı ilerle) tekniği, duygusal uyarılmaya karşıt bir eylem olarak vücut kimyasını değiştirecek eylemlerde bulunmayı içeren “SESE” (soğuk su, yoğun egzersiz, solunum hızını ayarla, eşleştirilmiş kas gevşeme hareketleri) tekniği, beş duyu (görmek, duymak, koklamak, tatmak, dokunmak) ile “kendini yatıştırma” tekniği ve “âni iyileştirme” (iyi olanı görmeye çalışmak, es vermek, şimdi dua etmek, güzel olan bir şeyi imgelemek, düşünceleri revize edip kendini cesaretlendirmek) tekniğidir (Linehan, 1993; Linehan, 2015a). Çalışmalar, kriz durumlarında baş etme yöntemlerinin bireylerin zorlu durumlarla baş etme becerilerini artırarak, stres düzeylerini azaltabildiğini göstermiştir (Swales, 2009). İlerleyen bölümde tez konusu ile ilintili literatür ele alınacaktır.

1.3. İLGİLİ LİTERATÜR

Çalışmanın konusu ile ilgili alanyazın incelendiğinde, gözlemlendiği kadarı ile Haşimoto hastalığına yönelik ulusal bazda henüz herhangi bir psikolojik müdahalenin yapıldığı uygulamalı bir çalışma yürütülmemiş ve yayımlanmamıştır. Uygulamalı çalışmaların eksikliğinin yanı sıra, Türkiye’de dört olgu sunumuna ek olarak, Haşimoto hastalığı ile ilgili dokuz makaleye ulaşılmıştır. Bu çalışmaların arasında da, sadece medikal odaklı olmaları dolayısıyla bu tez kapsamında ele alınamayan

makaleler bulunmaktadır. Benzer olarak, BDT ve DDT'ye yönelik ulusal bazdaki çalışmalar incelendiğinde, BDT alanında sayıca daha fazla uygulamalı çalışma bulunsa da, hem BDT, hem de DDT'nin ele alındığı birçok uygulamalı çalışmanın olduğu gözlenmiştir. Ancak, bu çalışmalar BDT sahasında ya tinnitus (Bal, 2021) ve vajinismus (Balcı, 2014; Özdel, 2009) gibi medikal tanılarda BDT'nin etkisinin incelendiği ya da şizofreni (Çapar Çiftçi, 2021) ve anksiyete bozuklukları (Sevinç Tok, 2014) gibi psikolojik tanılarda BDT'nin etkisinin incelendiği çalışmalardır. Otoimmün hastalıklarda BDT'nin etkisinin incelendiği çalışmalar değildir. DDT alanında ise, durumun benzer olduğu gözlenmiştir. Yürütülen ve yayımlanan çalışmalar, otoimmün hastalıklarda DDT'nin etkisinin incelendiği çalışmalar olmayıp, DDT'nin fibromiyalji (Yavuz, 2020) ve polikistik over sendromu (Gündoğan ve Arıkan, 2022) gibi tıbbi tanılara olan etkisinin incelendiği, ya da depresyon seviyesi (Arı, 2020) ve sosyal kaygı bozukluğu (Slocum ve ark., 2022) gibi psikolojik tanılara etkisinin incelendiği çalışmalar olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, bildiğimiz kadarı ile, mevcut çalışma, DDT-BE'nin otoimmün hastalığı olan bireylere uygulanıp incelendiği ilk çalışma, hem de Grup BDT ve DDT-BE'nin bir otoimmün hastalık üzerindeki etkilerinin karşılaştırılarak incelendiği ilk çalışma özelliğini taşıdığı söylenebilir.

Tez konusu ile ilgili uluslararası alanyazın incelendiğinde ise, uygulamalı çalışmaların diğer çalışmalara kıyasla daha az sayıda olduğu, ancak, aralarında uygulamalı çalışmaların da bulunduğu birçok çalışmaya ulaşılmıştır. Bu uygulamalı çalışmaların büyük çoğunluğunun sadece medikal odaklı olduğu da gözlenmiştir. Medikal odaklı bu çalışmalarda, Hashimoto hastalığı olan bireylere LT4 ilaç tedavisinin yanı sıra gluten gibi gıdaların dâhil edilmediği farklı beslenme protokollerinin, Vitamin D, selenyum, magnezyum gibi takviye ürünlerinin kullanımının ve akupunktur, manuel terapi gibi alternatif yöntemlerin etkisi incelenmiştir. Örneğin, Pakistan'da gerçekleştirilen bir çalışma LT4 ilaç tedavisi alan 64 katılımcının (58'i kadın) TSH düzeylerine ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Form (WHOQOL-BREF) ile ölçülen yaşam kalitesi düzeylerine Ramazan orucunun etkisini incelemiştir. Katılımcılar hem Ramazan orucu başlamadan önce kan vermiş, hem de ölçeği doldurmuş, ardından da Ramazan orucunda sonraki bir hafta içerisinde yine kan vermiş ve ölçeği doldurmuştur. Ortaya çıkan bulgular, LT4 ilacının alındığı saat ile

yemeğin yendiği saatin etkisi olmaksızın katılımcıların TSH düzeylerinde Ramazan orucu öncesi ve sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğunu ve WHOQOL-BREF ölçeğinin bedensel alan, ruhsal alan ve sosyal alan puanlarında istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir artışın olduğunu göstermiştir (Sheikh, Mawani ve Mahar, 2018).

Ancak tezin konusu kapsamında ele alınabilecek uygulamalı çalışmalar Haşimoto hastalığı olan bireylere psikolojik müdahalelerin ya da spesifik olarak DDT ve BDT odaklı uygulanan psikolojik müdahalelerin uygulandığı çalışmalardır ve bu kapsamda, gözlemlendiği kadarı ile DDT alanında Haşimoto hastalığı ya da diğer otoimmün hastalıklara uygulanan henüz uluslararası hiçbir çalışma bulunmamaktadır. BDT alanında ise, otoimmün hastalığı olan bireylerle gerçekleştirilen uygulamalı çalışmalar bulunsun da, Haşimoto hastalığı olan bireylere uygulanan uygulamalı çalışmaların bulunmadığı gözlenmiştir. Bu çalışmalara birkaç örnek multipl skleroz hastalarında tükenmişlik üzerine BDT'nin etkisini inceleyen randomize kontrollü çalışma (van den Akker ve ark., 2017), iltihabi bağırsak sendromu hastalarına 10-haftalık online BDT, 10-haftalık yüz-yüze BDT ya da sadece standart tedavinin etkilerinin incelendiği randomize kontrollü çalışma (Mikocka-Walus ve ark., 2017), online BDT'nin sedef hastalığı ve eklem iltihabi üzerine etkisini inceleyen çalışma (Koulil ve ark., 2018) ve erken başlangıçlı sistemik lupus eritematozus hastaları için BDT protokolünün geliştirildiği ve test edildiği çalışmadır (Cunningham ve ark., 2019). Multipl skleroz hastalarında, BDT'nin kısa süreli tükenmişliği azaltabildiği, ancak uzun süreli azalmalar için ek çalışmalara ihtiyaç duyulduğu bildirilmiş (van den Akker ve ark., 2017), iltihabi bağırsak sendromu hastalarında BDT'nin psikolojik iyi oluş, baş etme ve yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir faydasının olmadığı ve 24 aylık bir süre boyunca hastalığın seyrinde herhangi bir değişim ortaya çıkarmadığı saptanmış (Mikocka-Walus ve ark., 2017), sedef hastalığı ve eklem iltihabi hastalarında online BDT'nin fiziksel ve psikolojik iyi oluşu artırdığı ve bu artışların 6 ay izlemde sürdürüldüğü ortaya çıkmış (Koulil ve ark., 2018), erken başlangıçlı sistemik lupus eritematozus hastalarında ise, BDT'nin özellikle tükenmişlik ve depresif belirtileri azaltmada etkili olduğu bulgulanmıştır (Cunningham ve ark., 2019).

Alanyazın incelendiğinde, spesifik olarak Haşimoto hastalığına uygulanan bir tane psikoterapi çalışması bulunmaktadır ve burada uygulanan psikolojik müdahalenin herhangi bir terapötik yöntemden bağımsız olarak 8-haftalık stres yönetimi eğitiminin test edildiği bir çalışma olduğu görülmektedir. Hâlihazırdaki çalışmanın kapsamında olması dolayısıyla detaylandırılacak olan bu çalışma, Markomanolaki ve arkadaşları (2019) tarafından yürütülmüş, randomize kontrollü çalışmadır. Çalışmaya 25-76 yaş aralığında Haşimoto hastalığı olan toplam 60 kadın dahil edilerek, her bir gruba 30'ar kadın olacak şekilde, ya 8-haftalık stres yönetimi eğitimi grubuna ya da standart tedavi uygulaması grubuna rastgele atanmış ve stres yönetiminin hem anti-TPO, anti-TG ve TSH düzeylerine etkisi, hem de yaşam biçimi, VKİ ve depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine etkisi incelenmiştir. Anti-TPO, anti-TG ve TSH değerleri kan tahlilleri ile elde edilirken, yaşam biçimi, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri öz-bildirim ölçekleri kapsamında değerlendirilmiş ve tüm bu tahliller ve ölçekler hem uygulama öncesi hem de uygulama sonrası toplanmıştır. Yaşam biçimi için Sağlıklı Yaşam ve Öz-Denetim Envanteri (Healthy Lifestyle and Personal Control Questionnaire) kullanılırken, depresyon, anksiyete ve stres için Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği (DASS-21) ölçeği kullanılmıştır. 8-haftalık stres yönetimi eğitiminin birinci haftasında yaşam biçimini daha sağlıklı yöne nasıl değiştirilebileceği, ikinci haftasında diyafram nefesi, üçüncü haftasında kademeli rahatlama yöntemi, dördüncü haftasında bilişsel yeniden yapılandırma tekniği, beşinci haftasında beslenmede ayarlamalar, altıncı haftasında güdümlü imgeleme eğitimleri verilmiş, yedinci ve sekizinci haftalarında da öğrenilen tekniklerin hayata geçirilmesi teşvik edilmiştir. Ortaya çıkan bulgular, çalışmanın kontrol grubu çerçevesinde standart tedavinin devam ettiği gruba atanan kadınlara kıyasla, 8-haftalık stres yönetimi eğitimine katılan kadınların istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşük depresyon, anksiyete ve stres seviyelerinin olduğu, daha yüksek yaşam biçimi puanlarının olduğu ve anti-TG oranlarında istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşüşün olduğu ortaya çıkmıştır. Kısa süreli bu müdahalenin, Haşimoto hastalığı olan kadınların fiziksel ve ruhsal hayatlarına olan katkısını saptamanın akabinde, Markomanolaki ve arkadaşları çalışmalarında Haşimoto hastalığı olan kadınlara yönelik daha çok uygulamalı çalışmaların gerektiği vurgusunu yapmıştır (Markomanolaki ve ark., 2019).

Bu bölümde, mevcut çalışma açısından önem taşıyan diğer çalışmalar, tedavi edilen Haşimoto hastalığı ve psikolojik belirtiler, Haşimoto hastalığının tedavisinde gelişim önerileri ve Haşimoto hastalığı olan bireylerin ilaç tedavisiyle tam olarak iyi olamamalarının potansiyel nedenleri olmak üzere üç kategoride detaylandırılacaktır.

1.3.1. Tedavi Edilen Haşimoto Hastalığı ve Psikolojik Belirtiler

Tedavi edilen Haşimoto hastalığı ve psikolojik belirtiler açısından ele alınabilecek çalışmaların ilki, tiroid hormon seviyeleri normal referans aralığında olan, yani ötiroid Haşimoto hastaları ile, ötiroid guatr hastalarını, depresyon ve anksiyete prevalansı açısından incelemeyi ve karşılaştırmayı amaçlamıştır (Gıynaş Ayhan ve ark., 2014). Çalışmanın örneklemini 51 (49 kadın, 2 erkek) Haşimoto hastası ve 45 (41 kadın, 4 erkek) guatr hastası oluştururken, hastaların sosyodemografik özellikleri ile eşleştirilmiş 68 (64 kadın, 4 erkek) sağlıklı birey kontrol grubu olarak kullanılmıştır. Değerlendirme araçları olarak hem DSM-IV'ün Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi, hem de Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri olmak üzere iki öz-bildirim ölçeği kullanılmıştır. Sonuçlara göre, Haşimoto, guatr ve kontrol grubu arasında depresyon, duygudurum ve anksiyete bozukluklarının herhangi biri, depresif bozukluk, anksiyete bozukluklarının herhangi biri ve obsesif kompulsif bozukluk açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ortaya çıkmıştır. Haşimoto ve guatr grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmaz iken, Haşimoto ve kontrol grubu arasında depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluk prevalansının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öyle ki, yaşam boyu majör depresyon epizodu dâhil olmak üzere herhangi bir depresif bozukluk geliştirme olasılığı Haşimoto hastalığı olan grupta %29.4 ilâ %33.3, guatr grubunda da %22.2 ilâ %24.4 olarak saptanmış, bu oranların kontrol grubunda ise %5.9 olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bulgular çerçevesinde, özellikle Haşimoto hastalığının depresif bozukluklara ve anksiyete bozukluklarına yatkınlığı artırdığı vurgusu yapılmıştır. Gıynaş Ayhan ve arkadaşları (2014) Haşimoto hastalığında bu tür tabloların daha yaygın olmasının nedeninin ise tiroid hormon seviyelerinden ziyade, anti-TPO düzeyleri ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.

İkinci çalışma, Yalçın ve arkadaşları (2017) tarafından yayımlanan ve Haşimoto hastalığı ötiroid (tiroid hormon seviyeleri normal referans aralığında olma)

evresine LT4 ilaç tedavisi ile ya da LT4 ilaç tedavisi olmaksızın ulaşan hastaları birbirleri ile yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete açısından karşılaştıran ilk çalışma olarak kendini tanımlayan çalışmadır. Bu bağlamda, çalışmaya en az 3 ay boyunca LT4 ilaç tedavisi ile (44 katılımcı) ya da LT4 ilaç tedavisi olmaksızın (49 katılımcı) ötiroid Haşimoto hastalığı evresine ulaşan 93 hasta katılmış ve bu hastalar 31 yaş ve cinsiyeti eşleşmiş ötiroid kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Bulgular, LT4 ilaç tedavisi ile ötiroid Haşimoto hastalığı olan grup ile LT4 ilaç tedavisi olmadan ötiroid Haşimoto hastalığı olan grup arasında yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Bu bağlamda, psikolojik iyi oluşun LT4 ilaç tedavisi ile tam olarak sağlanmadığı ortaya çıkmıştır (Yalçın ve ark., 2017). Bununla birlikte, ötiroid Haşimoto hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinin ötiroid kontrol grubuna nazaran daha düşük olduğu ve ötiroid Haşimoto hastalığı olan bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin ötiroid kontrol grubuna nazaran anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yalçın ve ark., 2017).

Üçüncü çalışmaya ötiroid Haşimoto hastalığı ve subklinik hipotiroidisi olan toplam 43 hasta katılmış ve bu hastalar ötiroid Haşimoto hastalığı olanlar (toplam 32 hasta) ve subklinik hipotiroidisi olanlar (toplam 11 hasta) şeklinde iki gruba ayrılarak her iki grup depresif semptomlar açısından Beck Depresyon Envanteri ile değerlendirilmiştir (Telci Çaklılı, 2019). Ortaya çıkan bulguların karşılaştırılması için ek 31 kişilik kontrol grubu dâhil edilmiş ve bu kişiler aynı envanteri doldurmuştur. Bulgular, kontrol grubu ile ötiroid Haşimoto hastalığı grubu arasında Beck depresyon skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğunu ve ötiroid Haşimoto hastalığı olan hastalar ile subklinik hipotiroidisi olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını göstermiştir (Telci Çaklılı; 2019). Aynı zamanda, 43 kişilik hasta grubunun %35'inin (n=15) depresyon skoru ≥ 17 olarak saptanmış, ötiroid hastalarının %34'ünde (n=11), subklinik hipotiroidisi olan hastaların da %36'sında (n=4) orta ve yüksek seviyede depresif semptomlar görülmüştür (Telci Çaklılı, 2019). Bu bağlamda, çalışma hipotiroidi tablolarında depresyonun nadir görülen bir rahatsızlık olmadığını ve gerekli durumlarda yakından araştırılmasının gerektiğini vurgulamıştır.

Dördüncü çalışma, Pop ve arkadaşları (1998) tarafından yürütülen çalışmadır. Menopoz öncesi kadınlarda Haşimoto hastalığı ile depresyon arasındaki ilişkiyi merak eden araştırmacılar, 6846 kadından rastgele 583 perimenopoz (47-54 yaş arası) kadın seçmiş ve bu kadınların hem tiroid biyokimya değerlerini incelemiş, hem de Edinburgh Depresyon Ölçeği uygulamıştır. Ortaya çıkan bulgular, tiroid biyokimya değerleri ya da menopozda olmanın depresyon ile ilişkisinin olmadığını göstermiştir. Tüm değişkenler arasında sadece yüksek anti-TPO düzeyleri ile depresyon arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir ilişkinin olduğu ortaya çıkmıştır. Öyle ki, pozitif anti-TPO'su olan kadınların, anti-TPO'su pozitif olmayan kadınlara nazaran depresyonda olma risklerinin üç kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Bunun sonucu olarak, postmenopoz tablosundan ziyade, yüksek anti-TPO düzeylerinin depresyona ciddi yatkınlık oluşturduğu kanısına ulaşılmıştır (Pop ve ark., 1998).

Beşinci çalışmada, iyi huylu tiroid hastalığı olan 426 (Haşimoto hastalığı tanısı olanlar=%6.6) 19 yaş ve üstü (Haşimoto hastalığı olanlar $\bar{x}$ =55.1 yaş; Haşimoto hastalığı olmayanlar $\bar{x}$ =51.4 yaş) ötiroid kadının tiroid ameliyatı öncesi tiroid değerleri, belirti envanteri ile ölçülen belirti yükü ve Sağlık Durumu Anketi – Kısa Form (SF-36) ile ölçülen yaşam kaliteleri incelenmiştir (Ott ve ark., 2011b). Bu. Haşimoto hastalığı olan kadınların anti-TPO değerlerinin ortalaması baz alınarak, anti-TPO değerleri <121.0 IU/mL olan kadınlar ile diğer ötiroid hastalığı olan kadınlar arasındaki belirti yükü ve yaşam kalitesi karşılaştırılmıştır. Ortaya çıkan bulgular, tüm kadın katılımcılar arasında Haşimoto hastalığı olan kadınların bildirdiği belirti sayısının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha fazla olduğunu ve yaşam kalitelerinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşük olduğunu göstermiştir. Saçta kuruluk, kronik yorgunluk, kronik sinirlilik, kronik kaygı, meme kanseri özgeçmişi ve erken düşük en çok rapor edilen belirtiler arasında olmuştur (Ott ve ark., 2011b). Bu bağlamda, çalışma Haşimoto hastalığı olan kadınların yüksek belirti yükü ve düşük yaşam kalitesinden muzdarip olduğunu bulgulamıştır (Ott ve ark., 2011b).

Altıncı çalışma, Siegmann ve arkadaşlarının (2018) çalışmasıdır. Bu çalışma, Google Akademik, EBSCO, Web of Knowledge ve PubMed veritabanlarını başlangıç tarihlerinden itibaren 5 Aralık 2017 tarihine kadar otoimmün tiroiditi ya da depresyon ve anksiyete ya da tüm bu alanlar üzerine gerçekleştirilen vaka-kontrol çalışmalarına

yönelik taramış ve 69262 katılımcının dâhil olduğu toplam on dokuz çalışmanın sistematik incelemesi ve meta analizini gerçekleştirmiştir. Analizler otoimmün tiroiditi, Haşimoto hastalığı ve subklinik hipotiroidisi olan tüm bireylerin daha büyük bir olasılıkla depresyon ve anksiyete belirtileri geliştirdiklerini ve daha büyük bir olasılıkla depresyon (risk oranı=3.56; %95GA=2.14-5.94) ve anksiyete (risk oranı=2.32; %95GA=1.40-3.85) tanıları aldıklarını ortaya koymuş ve bu riskin olması dolayısıyla otoimmün tiroiditi, Haşimoto hastalığı ve subklinik hipotiroidisi olan bireylerde, erken tedavi ile tedavi süreçlerinin geliştirilebilmesi adına bu durumların dikkate alınması gerektiğinin vurgusunu yapmıştır (Siegmann ve ark., 2018).

Bir diğer çalışma ise, Haşimoto hastalarında aleksitiminin depresyon, anksiyete ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişkisini incelemekle birlikte, Haşimoto hastalarının bu üç klinik psikolojik tablonun şiddet düzeyi ile kontrol grubundaki şiddet düzeyleri arasındaki farkı araştırmayı hedeflemiştir (Martino ve ark., 2021). Buna dayalı olarak, çalışmanın örneklemini 21 (%90.5 kadın, $\bar{x}$ =57.6 yaş) Haşimoto hastalığı olan birey ve 16 (%62.5 kadın, $\bar{x}$ =58.8 yaş) sağlıklı birey oluşturmuş ve veri toplama araçları olarak Toronto Aleksitimi Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Hamilton Anksiyete Ölçeği ve Sağlık Durumu Anketi – Kısa Form (SF-36) kullanılmıştır. Bulgulara göre, Haşimoto hastalarında aleksitimi ile depresyonun kognitif boyutu arasında negatif korelasyon, değerlendirilen tüm psikolojik faktörler açısından da (aleksitimi, depresyon, anksiyete ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi) Haşimoto hastalığı olan bireyler ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır. Martino ve arkadaşları bu bulgunun örneklemin küçüklüğünden kaynaklanmış olabileceğini izah etmiştir ve ele alınan faktörlerin Haşimoto hastalığı olan bireylerde daha çok incelenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Çalışmalarında Haşimoto hastalığı olan bireylerde aleksitiminin önemli olduğunun bir nebze saptandığı ve bu tablonun bu hasta grubundaki depresyon tablosuyla ilişkili olabileceği yönünde bulgularının olduğunu belirtmişlerdir (Martino ve ark., 2021).

1.3.2. Haşimoto Hastalığının Tedavisinde Gelişim Önerileri

Farklı çalışmalar ise, Haşimoto hastalığı olan bireylerin tedavi ile ötiroid (tiroid değerleri normal referans aralığında olma) evresine ulaşmalarına rağmen, yaşam

kalitesi ve psikolojik iyi oluş gibi birçok boyutta tam anlamıyla iyi olamadıklarını gösteren sonuçlar bulgulamıştır. Bu araştırmalar, bu çalışmanın temel hipotezlerine de altyapı oluşturmaları dolayısıyla oldukça önemlidir ve bu bölümde detaylandırılacaktır.

Birinci çalışma, literatürde TSH düzeyleri normal referans aralığına düştüğünde bile, LT4 ilaç tedavisi ile tedavi edilen bireylerin kronik yorgunluk ve düşük psikolojik iyi oluş gibi ilişkili belirtilerden şikâyetçi olduğunu, ancak henüz bunun sebebinin LT4 ilaç tedavisinden mi ya da tesadüfi psikolojik rahatsızlıklardan mı kaynaklı olduğu yönünde hiçbir çalışmanın olmaması dolayısıyla bu konuyu ele almayı amaçlamıştır (Saravanan ve ark., 2002). Bu bağlamda, 63000 hastanın kaydının olduğu bir havuzdan en az dört ay boyunca LT4 ilaç tedavisi alıyor olan 18-75 yaş aralığında 961 (%85'i kadın, %64.1 hipotiroidi hastası) hasta rastgele seçilmiş ve verileri karşılaştırmak üzere yaş ve cinsiyet eşleştirilmiş kontrol grubu oluşturulmuştur. Ardından, tüm bireylerin laboratuvar bulgularına ulaşılmış ve LT4 ilacına hiçbir atıf yapılmaksızın katılımcılara sadece “İlaç kullanan bireylerin nasıl hissettiğini merak ediyoruz” bilgilendirilmesi yapılarak psikolojik iyi oluşlarını ölçmek amacıyla Genel Sağlık Ölçeği – Kısa Form ile tiroid hastalığının hayatlarına olan etkisini incelemek amacıyla Tiroid Belirti Envanteri öz-bildirim ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Tüm veriler, hasta grubu (h), normal TSH aralığında olan hasta grubu (nh) ve kontrol grubu (k) olmak üzere üç gruba ayrılmış ve karşılaştırılmıştır. Hem h grubu hem de nh grubu, k grubuna nazaran istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha fazla kronik rahatsızlık ve LT4 ilaç tedavisinin dışında kronik ilaç kullanımı rapor etmiştir. Psikotrop ilaçların kullanımı tüm gruplar arasında benzer seviyede rapor edilirken, depresyon geçmişi, k grubuna nazaran, h ve nh grubunda istatistiksel olarak oldukça anlamlı seviyede daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Cinsiyet ve yaşa ek olarak, kronik rahatsızlık ve kronik ilaç kullanımı kontrol edildiğinde bile, h ve nh gruplarının hem psikolojik iyi oluş hem de tiroid belirtisi puanlarının, k grubundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşması sabit kalmıştır. Bu bulgular ışığında, çalışma LT4 ilaç tedavisi ile tedavi edilen hastaların, normal TSH aralığında bile, aynı yaştaki hemcinslerinden istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük psikolojik iyi oluşlarının olduğunu saptayan ilk çalışma olmuştur ve

Saravanan ve arkadaşları (2002) LT4 ilaç tedavisi ile tedavi edilen bireylerin ruhsal sağlıklarının aynı yaştaki hemcinslerine ulaşabilmesi adına hâlihazırdaki tedavilerin geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğunun altını çizmişlerdir.

İkinci çalışma, tiroid hastalıklarından muzdarip olanların deneyimledikleri yaşam kalitesine yönelik az çalışmanın olduğunu ve özellikle de tedaviden sonra ötiroid evresine ulaşan Haşimoto ve guatr hastaları tarafından deneyimlenen yaşam kalitesinin henüz literatürde incelenmediğini gözlemlemiş ve bu konuları ele almak istemiştir (Bianchi ve ark., 2004). Bu amaçla, çalışmanın örnekleme sadece hipotiroidi (81 katılımcı) ve hipertiroidi (45 katılımcı) tanısı alan bireyleri içermemiş, bu tanı gruplarının en yaygın tanılarını barındıran ve tedavileri stabil noktaya gelen hipotiroidinin en yaygın örneği için ötiroid Haşimoto tanısı alan (51 katılımcı) ve hipertiroidinin en yaygın örneği olarak ötiroid guatr tanısı alan (191 katılımcı) bireyleri de içermiştir. Bu şekilde, toplam 368 (%87.7'si kadın) 18-85 yaş aralığında (sadece %5.2'si 75 yaş ve üzeri) birey çalışmaya katılmış ve öz-bildirim ölçekleri ile hem yaşam kaliteleri hem de sağlık profilleri incelenmiştir. Yaşam kaliteleri için Sağlık Durumu Anketi – Kısa Form (SF-36), depresyon, anksiyete, isteksizlik gibi duygudurum/davranım bozukluklarının değerlendirilmesi için de Nottingham Sağlık Profili kullanılmıştır. Sonuçlar tüm katılımcılarda düşük yaşam kalitesinin olduğunu göstermekle birlikte, dikkate alınması gereken en önemli husus bu düşük yaşam kalitesinin sadece yoğun tiroid belirtileri yaşayanlarda değil, bariz hiçbir tiroid belirtisi olmayan ötiroid Haşimoto ve guatr hastalığı olan bireylerde de olduğu yönünde olmuştur. Aynı zamanda, tüm katılımcılarda yüksek oranda duygudurum/ davranım bozukluklarının olduğu ve bu belirtilerin de istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bulgular ışığında, çalışma tiroid hastalığı olan bireylerin tiroid fonksiyonundan bağımsız olarak düşük yaşam kalitesinden muzdarip olduğunu vurgulamış ve bu hasta grubunun daha bütünüyle tedavi için alandaki uzmanların bu gerçeği dikkate alması gerektiğinin altını çizmiştir.

Üçüncü çalışma, Haşimoto hastalığı tablosunun yaşam kalitesini etkilediği ve bunun LT4 ilaç tedavisi ile tedavi edilmeye çalışıldığı, ancak tedavi sonrası bu bireylerin yaşam kalitesinde ne türden değişikliklerin olduğunun henüz literatürde

incelenmediğini gözlemlemek üzerine, bu konuyu ele almayı amaçlamıştır (Winther ve ark., 2016). Çalışma 18-91 yaş arası ($\bar{x}$ =47 yaş) 78 (%90'ı kadın) Haşimoto hastalığı olan bireyden toplanan Tiroid Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği (ThyPRO) ve Sağlık Durumu Anketi – Kısa Form (SF-36) verileri ile birlikte 19-81 yaş arası ($\bar{x}$ =50 yaş) genel popülasyondan toplanan 739 (%81'i kadın) bireyin ThyPRO verileri ve 18-99 yaş arası ($\bar{x}$ =50 yaş) genel popülasyondan toplanan 6638 (%54'ü kadın) bireyin SF-36 verilerinden oluşmuştur. Çalışmada kullanılan ThyPRO ve SF-36 olmak üzere, iki ölçek de tüm katılımcılardan hem LT4 ilaç tedavisine başlamadan önce, hem de LT4 ilaç tedavisine başladıktan altı hafta sonra ve altı ay sonra toplanmıştır. Ortaya çıkan bulgular, Haşimoto hastalığı bireylerin terapiye başlamadan önce genel popülasyona kıyasla ThyPRO ölçeğinin tüm alt boyutlarında (guatr semptom, hipertiroidi semptom, hipotiroidi semptom, göz semptom, yorgunluk semptom, bilişsel, anksiyete, depresyon, emosyonel, sosyal yaşamda bozulma, günlük yaşamda bozulma, cinsel yaşamda bozulma, kozmetik şikâyetler) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıklarını göstermiştir. SF-36'nın sekiz alt boyutundan (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık) yedisinde (ağrı hariç) bulguların aynı olduğu ve Haşimoto hastalığı olan bireylerin genel popülasyona kıyasla istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşük puan aldıklarını göstermiştir. ThyPRO ölçeğinde istatistiksel olarak en anlamlı alt boyut yorgunluk alt boyutu iken, SF-36 ölçeğinde de istatistiksel olarak en anlamlı boyut zindelik/yorgunluk alt boyutu olmuştur. LT4 ilaç tedavisine başladıktan altı hafta sonra ThyPRO ölçeğinin on üç alt boyutundan dokuzunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileşme gözlenmiştir. SF-36'da ise, iyileşmeye yönelik bulgular sadece LT4 ilaç tedavisine başladıktan altı ay sonraki ölçümlerde saptanmıştır. Bu bağlamda, LT4 ilaç tedavisinin SF-36'nın sekiz altı boyutundan beşine (fiziksel rol, ağrı, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon ve mental sağlık) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde faydalı olduğu gözlenmiştir. LT4 ilaç tedavisine başladıktan altı ay sonraki ölçümlerde ThyPRO ölçeğinin dokuz alt boyutunda saptanan iyileşmenin, cinsel yaşamda bozulma dışında sekiz alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı seviyede, devam ettiği ve depresyon ve kozmetik şikâyetler açısından ek iyileşmelerin de olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bulgular çerçevesinde, LT4 ilaç tedavisinin hem ThyPRO hem de SF-36 alt boyutları açısından faydaları olsa da,

bu hasta grubunun tedavisinde yetersiz kaldığı bulgulanmış ve dolayısıyla Haşimoto hastalığı olan bireylerin yanlış umutlandırılmaması adına LT4 ilaç tedavisinin etkilerine yönelik doğru bilgilendirilmeleri gerektiği ve aynı zamanda, bu hasta grubunda yaşam kalitesine iyi gelebilecek yöntemlere yönelik ek çalışmaların gerektiği vurgusu yapılmıştır (Winther ve ark., 2016).

Dördüncü çalışma, uzun süreli LT4 ilaç tedavisinin Haşimoto hastalarında bilişsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine ne türden etkilerinin olduğunu ele almayı amaçlamıştır (Djurovic ve ark., 2018). Çalışmanın örneklemini uzun süreli LT4 ilaç tedavisi gören 20-75 yaş arası 130 Haşimoto hastası bireyden ve 20-49 yaş arası 111 sağlıklı bireyi içeren kontrol grubundan oluşmuştur. Tüm katılımcıların tiroid biyokimya değerleri toplanmış ve bilişsel fonksiyon Mini Mental Durum Testi gibi testler aracılığıyla değerlendirilirken, yaşam kalitelerini değerlendirmek için Sağlık Durumu Anketi – Kısa Form (SF-36) ve depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirmek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılmıştır. Bulguları karşılaştırmak için tüm katılımcılar ardından 20-49 yaş arası ve 50 yaş ve üzeri olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Haşimoto hastalığı olan bireylerin 50'si 20-49 yaş arası grubunu, 71'i de 50 yaş ve üzeri grubunu oluştururken, kontrol grubunun 79'u 20-49 yaş grubunu, 32'si de 50 yaş ve üzeri grubunu oluşturmuştur. Ortaya çıkan bulgular, Haşimoto hastalığı olan bireylerin ortalama TSH, anti-TPO ve anti-TG düzeylerinin, kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğunu göstermiştir. Benzer olarak, Haşimoto hastalığı olan bireylerin, kontrol grubuna kıyasla, global bilişsel fonksiyonları, kavramsal takipleri ve sözel düşünme testlerinde istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşük puan aldıkları ve hem 20-49 yaş arası hem de 50 yaş ve üzeri grubunun depresyon puanlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu, anksiyetenin de 20-49 yaş arası grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Aynı zamanda, Haşimoto hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinin kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak oldukça anlamlı seviyede daha düşük olduğu ve anti-TPO düzeyleri ile toplam SF-36 puanı ile ortaya çıkan genel sağlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif korelasyonun olduğu saptanmıştır. Depresyon ise hem TSH hem de anti-TPO düzeyleri ile korelasyon göstermiştir. Bu

bulgular doğrultusunda, çalışma uzun süreli LT4 ilaç tedavisi ile tedavi edilen Haşimoto hastalığı olan bireylerin bilişsel fonksiyon ve yaşam kalitesi açısından anlamlı düzeyde bozulmalarının olduğunu ve bu hasta grubundaki bu nöropsikolojik faktörleri ele alan LT4 ilaç tedavisini tamamlayıcı ek yöntemleri inceleyen çalışmalara ihtiyaç olduğunun altını çizmiştir (Djurovic ve ark., 2018).

Beşinci ve altıncı çalışma ise, Haşimoto hastalarının ötiroid evresinde yaşam kalitelerinin ve psikolojik iyi oluşlarının genel topluma göre daha düşük olmasının nedenini araştırmak için bizzat ötiroid Haşimoto hastalığı olan bireylere öz-bildirim soruları yöneltmiştir. Bu bağlamdaki ilk çalışma Peterson ve arkadaşları tarafından yürütülen (2018) çalışmadır. Bu çalışmanın verilerine Amerikan Tiroid Organizasyonu'nun web sayfasında yayımlanan online anketi dolduran bireyler üzerinden ulaşılmış ve çalışma kapsamında %96'sı kadın, toplam 11166 hipotiroidisi olan bireyin yanıtları sadece LT4 ilaç tedavisi alan, LT4+LT3 kombin ilaç tedavisi alan ve sadece kurutulmuş tiroid özü (Hoang ve ark., 2013) tedavisi alan gruplar olmak üzere, toplam üç grupta incelemiştir. Çalışma katılımcıların %43'ü olmak üzere, hipotiroidinin en sık sebebinin Haşimoto hastalığı olduğunu ve katılımcıların bir kısmı bir yıldan daha az bir süre tedavi görüyor olmasına rağmen, %63'ü ortalama altı yıl tedavi görüyor olduğunu bildirmiştir. Aynı zamanda, sadece LT4 ilaç tedavisi alan katılımcı sayısı 6949 ile çoğunlukta iken, sadece kurutulmuş tiroid özü kullananların sayısı 3239 ve LT4+LT3 ilaçlarını kullananların sayısı 978 olmuştur. Ortaya çıkan bulgular, "Var olan tedavinizden ne kadar memnunsunuz?" sorusuna verilen ortalama yanıtın 10 üzerinden 5 (IQR=3-8) olduğunu ve bu memnuniyetin sadece LT4 ilaç tedavisi alan grupta, hem LT4+LT3 kombin ilaç terapi alan gruba hem de sadece kurutulmuş tiroid özü tedavisi alan gruba nazaran daha düşük olduğunu göstermiştir. Bu bağlamda, sadece LT4 ilaç tedavisi görenlerin tedaviden memnuniyeti 10 üzerinden 5 (IQR=3-7) iken, LT4+LT3 kombin ilaç tedavisi alan grubun memnuniyeti 10 üzerinden 6 (IQR=3-8) ve sadece kurutulmuş tiroid özü tedavisi alan grubun memnuniyeti 10 üzerinden 7 (IQR=4-8) olmuştur. Ancak, "Tedavinizde yeni yöntemlere sizce ne kadar ihtiyaç var?" sorusuna 1 ile 10 puan arasında (1=ihtiyaç yok ile 10=ciddi düzeyde ihtiyaç var) hem LT4 ilaç tedavisi gören hem LT4+LT3 ilaç tedavisi gören, hem de sadece kurutulmuş tiroid özü tedavisi gören tüm gruplar aynı

şekilde 10 üzerinden 10 puan vermiştir ve benzer bir şekilde “Tanınız hayatınızı ne kadar çok etkilemiştir?” sorusuna 1 ile 10 puan arasında (1=etkilenmedi ile 10=oldukça etkilendi) benzer yanıtlar rapor edilmiştir. Bu bağlamda, sadece LT4 ilaç tedavisi görenler tanılarının hayatlarını 10 üzerinden 9 (IQR=7-10), LT4+LT3 kombin ilaç tedavisi görenler tanılarının hayatlarını 10 üzerinden 10 (IQR=8-10) ve sadece kurutulmuş tiroid özü tedavisi görenler tanılarının hayatlarını 10 üzerinden 10 (IQR=9-10) etkilediğini belirtmiştir. Çalışma, aynı zamanda katılımcılara “Hâlihazırdaki tedavinizden memnun değil iseniz tiroid rahatsızlığınızın sizi etkilediği alanlar nelerdir?” sorusunu yöneltmiştir ve bu bağlamda katılımcıların %77’sinin süregelen yorgunluk ve enerji düşüklüğünü, %69’unun kilo yönetimini, %58’inin bilişsel yeteneklerindeki sorunsalları ve %45’inin duygudurumlarındaki değişiklikleri bildirdiği saptanmıştır. Bununla birlikte, katılımcıların üçte ikisi yaşadıkları sıkıntılarının bir kısmının rahatsızlıklarını eşlik eden fiziksel komorbiditeler ortaya çıkardığı stresten kaynaklandığını düşündükleri de ortaya çıkmıştır. Tüm bu bulguları göz önünde bulundurarak, çalışma hem Haşimoto hastalığı tanısını alanların daha bütünüleyici tedavisi için ek tedavi yöntemlerinin araştırılmasına oldukça güçlü bir ihtiyacın olduğunu belirtmiş, hem de Haşimoto hastalığı tanısı ile tedavi edilen bireylerde yaşam kalitesinin etkilendiği bahsi geçen alanların dikkate alınması ve tedavi sürecinin planlanması adına hasta ile de paylaşılması gerektiği vurgusu yapmıştır. Haşimoto hastalarında memnuniyetsizliğin sebebini bizzat bireylerin kendisine danışarak cevap arayan ikinci çalışma ise, İngiliz Tiroid Organizasyonu tarafından gerçekleştirilen, %97’si kadın ($\bar{x}$ =48.4 yaş), 969 hipotiroidi (%85.6 Haşimoto hastası, tanı konma süresi $\bar{x}$ =9 sene) tanısı alan bireyin anket doldurarak katıldığı çalışmadır (Mitchell ve ark., 2020). Bulgular, %75.8’i dâhiliye uzmanının takibi ile, %87.3’ü LT4 ilacı ya da LT3 ilacı ya da LT4+LT3 kombin ilaç tedavisi ile ve %12.7 kurutulmuş tiroid özü ile tedavi edilen bu bireylerin, “Hâlihazırdaki tedavinizden memnun musunuz?” sorusuna %77.6’sı “memnun değilim” seçeneğini seçerek yanıt verdiğini göstermiştir. Yaşam kalitesine yönelik yöneltilen, “Hâlihazırdaki yaşam kalitenize 0 ile 100 arasında (0=berbat ve 100=mükemmel) değerlendirir misiniz?” sorusuna verilen yanıtın ise ortalama 48.3 (46.7 – 50.0) ile düşük yaşam kalitesi yönünde olduğu saptanmıştır. Katılımcılar, memnuniyetsizliklerinin en büyük sebebi olarak ise uzmanları tarafından yanlış

bilgilendirilmiş olmaları çerçevesinde, ilaç tedavisi ile tam olarak iyi olmayı beklerken aslında tedavi sonuçlarının o kadar da iyi olmadığını deneyimledikleri şeklinde olmuştur. Öyle ki, bu çalışmada özellikle altı çizilen öneri uzmanların Haşimoto hastalığı olan bireylere tanı anında ilaç tedavisinin neticelerine yönelik daha kapsamlı bir bilgilendirme yapmaları yönünde olmuştur. Bu bulgular çerçevesinde, Haşimoto hastalığı olan bireylerde tedavideki eksikliğe ek olarak, alandaki uzmanlara yönelik de memnuniyetsizliğin olduğunun altı çizilmiş ve saptanan düşük yaşam kalitesi ile birlikte ortaya çıkan tedaviye yönelik memnuniyetsizliğin giderilmesi adına ek tedavi yöntemlerinin değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç olduğu rapor edilmiştir.

1.3.3. Haşimoto Hastalığı Olan Bireylerin İlaç Tedavisiyle Tam Olarak İyi Olamamalarının Potansiyel Nedenleri

Haşimoto hastalığı olan bireylerin ilaç tedavisiyle tam olarak iyi olamamalarının potansiyel nedenleri de incelenmiştir. Hâlihazırdaki çalışma kapsamında bahsedilmesi önemli olan sekiz çalışma bulunmaktadır.

İlk çalışma, Carta ve arkadaşlarının (2004) anti-TPO seviyeleri ile anksiyete ve duygudurum bozuklukları arasında olan ilişkileri incelemeyi amaçlayan çalışmasıdır. Çalışmaya, normal popülasyondan 18 yaş üstü 222 (%57.2'si kadın; %42.8 erkek) birey katılmış ve tüm tiroid biyokimya değerlerinin toplanmasının yanı sıra, DSM-IV kapsamında psikolojik değerlendirme gerçekleştirilmiştir. Ortaya çıkan bulgular, yüksek anti-TPO düzeyleri olan bireyler ile Majör Depresyon Epizodu, Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk ve Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu tanısı alma arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir korelasyon olduğunu göstermiştir. Bu bulgular ışığında, Carta ve arkadaşları (2004), bu bireylerdeki otoimmün tepki ve psikiyatrik tanıların aynı bağışıklık-endokrin sistem anormalliğinden kaynaklı olabileceğini vurgulamıştır. Bu bağışıklık-endokrin sistem anormalliğine yönelik ise, farklı çalışmaların da belirtmesi kapsamında, özellikle hipotalamus-hipofiz-tiroid aksındaki bozulmaların önemli olduğu önerilmiştir (Elenkov ve Chrousos, 2002; Carta ve ark., 2004).

İkinci çalışma, Groer ve Vaughan (2012)'ın çalışmasıdır. Çalışma, gebe kadınlarda gebe olma süresi boyunca ve doğum sonrasında, duygudurum bozuklukları geliştirme ile anti-TPO düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını incelemeyi

amaçlamıştır. Çalışma için, gebe 631 kadın anti-TPO pozitifliği açısından değerlendirilmiş ve 63'ünün anti-TPO düzeylerinin normalin üstünde olduğu ortaya çıkmış ve çalışmaya davet edilmiştir. Doğum sonrası 6 ay boyunca izlem koşulu ile birlikte 47'si çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Bu kadınları karşılaştırmak üzere, anti-TPO düzeyleri normal referans aralığında olan 72 kadın rastgele seçilip, çalışmaya dâhil edilmiştir. Tüm kadınlardan hem gebe süresi boyunca hem de doğum sonrası 6 ay izlem süreci boyunca belli başlı vakitlerde, çalışmanın amacından habersiz olan bir hemşire tarafından tiroid biyokimya değerlerinin incelenmesi için kan alınmış ve laboratuvara getirilmiştir. Aynı zamanda, duygudurumlarını değerlendirmek üzere Duygudurum/Ruh Hali Profili (POMS) kullanılmıştır. Ortaya çıkan bulgular, anti-TPO düzeyleri normal referans aralığında olan gebe kadınlara kıyasla, anti-TPO düzeyleri normalin üzerinde olan gebe kadınların, istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha çok depresif belirtilerinin olduğunu ve POMS'un depresyon alt boyutunda 20'nin üzerinde puan alma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu kadınların aynı zamanda, anti-TPO düzeyleri normal referans aralığında olan kadınlara kıyasla, doğum sonrası da daha yüksek depresyon, öfke ve total duygudurum bozukluğu puanı aldıkları saptanmıştır. Bu bulgular üzerine, Groer ve Vaughan (2012) anti-TPO düzeylerinin, demografik faktörlerden bağımsız olarak, gebe kadınlarda doğum öncesi ve sonrasında özellikle depresif belirtiler geliştirme riskini artırdığını bildirmiştir. Bu kapsamda, gebe kadınların anti-TPO düzeyleri takip edildiği takdirde, bu türden duygudurum bozuklukları yaşama olasılıklarının önlenilebileceği önerilmiştir.

Üçüncü çalışma, Hashimoto hastalığının en belirleyici bulgularından olan yüksek anti-TPO değerlerinin daha kötü psikolojik iyi oluşla ilişkili olabileceği ve üç yıllık bir süre zarfında psikososyal tablonun da anti-TPO değerleri ile öngörülebileceği varsayımını incelemeyi amaçlamıştır (Müssig ve ark., 2012). Çalışmada ötiroid (tiroid değerleri normal referans aralığında olma) evresinde olan ve LT4 ilaç tedavisi stabil olan 64 (%88'i kadın; $\bar{x}$ =46 yaş) Hashimoto hastalığı olan bireyin hem 2012 yılındaki endokrin değerlerine, hem de buna ilave olarak katılımcıların bir kısmının üç yıl önceki endokrin değerlerine ulaşılmıştır. Endokrin değerleri ile beraber, ruhsal sağlıklarının temsili olarak tüm katılımcıların 90 sorulu ve 5'li likert tipi ölçekli Psikolojik Belirti Tarama Testi SCL-90-R öz-bildirim ölçeğini doldurmaları

istenmiştir. Yaş, cinsiyet ve tiroid fonksiyonu değerleri kontrol edildiğinde, Haşimoto hastalarının SCL-90-R'nin hem Genel Belirti Düzeyi (GSI), Pozitif Belirti Toplamı (PST) ve Pozitif Belirti Düzeyi (PSDI) olmak üzere üç indeksinde, hem de somatizasyon, obsesif-kompulsif ve depresyon belirti gruplarında, anti-TPO değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşük değerler ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte, Haşimoto hastalığının en önemli bulgularından olan yüksek anti-TPO değerlerinin, yine yaş, cinsiyet ve tiroid fonksiyonu değerleri kontrol edildiğinde, somatizasyon, obsesif-kompulsif, depresyon ve psikotizm belirti grupları ile istatistiksel olarak anlamlı seviyede ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Aynı zamanda, araştırmacıların varsayımları ile uyumlu olarak, SCL-90-R'nin Genel Belirti Düzeyi (GSI), Pozitif Belirti Toplamı (PST) ve Pozitif Belirti Düzeyi (PSDI) indekslerindeki düşük tabloyu, üç yıl önceki >100.0 IU/L anti-TPO değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede öngördüğü saptanmıştır. Bu bağlamda, çalışma Haşimoto hastalarında görülen yüksek anti-TPO tablosunun daha düşük fiziksel ve psikolojik iyi oluş ile ilişkili olmakla beraber, Haşimoto hastalarının gelecekteki olası sağlık algılarını da öngörebileceğini rapor etmiştir.

Dördüncü çalışmaya Haşimoto hastalığı olan 19-88 yaş aralığında ($\bar{x}=44$) 199 katılımcı (184'ü kadın) katılmış ve çalışma Haşimoto hastalığı ile ilintili tıbbi tablo ile katılımcıların yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır (Watt ve ark., 2012). Katılımcıların tıbbi tablolarının ölçme aracı olarak kan değerleri alınırken, yaşam kaliteleri Tiroid Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği (ThyPRO) ile incelenmiştir. Sonuçlara göre, katılımcıların tiroid fonksiyonları ile yaşam kaliteleri arasında hiçbir ilişkinin olmadığı, sadece anti-TPO düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişkinin olduğu ortaya çıkmıştır. Bu ilişkilere yönelik, tek değişkenli analizde anti-TPO ile Guatr semptomları, depresyon, anksiyete, duygusal hassasiyet ve sosyal hayatta yitim arasında ilişki saptanırken, çok değişkenli analizde anti-TPO ile Guatr semptomları ve depresyon ile anksiyete arasındaki ilişkiler devam etmiş, duygusal hassasiyet ile sosyal hayatta yitim arasındaki ilişkinin sadece depresyon ile ilintili olarak devam ettiği ortaya çıkmıştır. Bu bulgular doğrultusunda, çalışma Haşimoto hastalığı olan bireylerde tiroidin fonksiyonalitesinden ziyade anti-TPO seviyelerinin yaşam kalitesini etkilediğini vurgulamıştır (Watt ve ark., 2012).

Beşinci çalışma, Kelderman-Bolk, Visser, Tijssen ve Berghout'un (2015) çalışmasıdır. Bu çalışmada, tedaviye rağmen Haşimoto hastalığı olan bireylerin genel olarak daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarının literatürde bilindiğini ancak bunun sebeplerinin tam olarak açıklanamadığını gözlemlediklerini ve bu çalışma ile Haşimoto hastalığı olan bireylerin düşük yaşam kalitesinin sebeplerine daha çok ışık tutmayı amaçladıklarını ifade etmişlerdir. Düşük yaşam kalitesinin potansiyel sebeplerini saptamak amacıyla, LT4 ilaç tedavisi ile tedavi edilmekte olan 90 (%77.8 kadın, $\bar{x}$ =48 yaş) bireye Sağlık Durumu Anketi – Kısa Form (SF-36), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ve Yorgunluk Çok Boyutlu Değerlendirme Skalası (MFI20) verilmiş ve VKİ hesaplanıp, tiroid değerleri ile birlikte diğer kan değerleri alınmıştır. Ortaya çıkan bulgular, genel popülasyona kıyasla Haşimoto hastalığı olan bireylerin daha düşük yaşam kalitelerinin olduğunu ve yaşam kaliteleri ile VKİ arasında ters yönde bir ilişkinin olduğunu göstermiştir. Bu bağlamda, çalışma ilaç ile tedavi edilen Haşimoto hastalığı olan bireylerde düşük yaşam kalitesinin yüksek VKİ ile ilişkili olduğunu bulgulamış ve bu bireylerde kilo alımına dikkat edilmesi gerektiğini bildirmiştir (Kelderman-Bolk, Visser, Tijssen ve Berghout, 2015).

Altıncı çalışma, Yalçın ve arkadaşları (2017) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya, ötiroid (tiroid hormon seviyeleri normal referans aralığında olma) evresine LT4 ilaç tedavisi ile ya da LT4 ilaç tedavisi olmaksızın ulaşan Haşimoto hastalığı olan bireyler dâhil edilmiş ve bu bireyler kendileri ile eşleşmiş ötiroid kontrol grubu ile yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete açısından karşılaştırılmıştır. Ortaya çıkan bulgular, ötiroid Haşimoto hastalığı olan bireylerin, ötiroid kontrol grubuna nazaran, anlamlı seviyede daha düşük yaşam kalitesi ve psikolojik iyi oluştan muzdarip olduklarını göstermesi üzerine çalışma, Haşimoto hastalığı olan bireylerin ötiroid evresinde bile diğer ötiroid vakalarına göre neden daha kötü bir tabloya sahip olduklarının üzerine durmuştur. Bu açıklamalardan birinde, Haşimoto hastalığı olduğunun bilgisinin bireyin yaşam kalitesini ve psikolojik değerlerini etkilediği yönünde olmuştur. Bu kanıya göre, Haşimoto isminin tetikleyici olabileceği ve bu kapsamda Haşimoto hastalığı olan bireylerin normal tiroid değerleri olmasına rağmen daha düşük yaşam kalitesi ve daha çok depresyon ve anksiyete geliştirebildiklerini önermiştir. Ancak, Yalçın ve arkadaşlarının (2017) daha güçlü bir şekilde savunduğu

kanı, Haşimoto hastalığı olan bireylerin bizzat vücutlarının içindeki bağışıklık sistemi tepkisinden, yani otoimmüniteden, tedaviye rağmen tam olarak iyi olamadıkları yönünde olmuş ve buna yönelik iki varsayımda bulunmuşlardır. Bu varsayımlardan birincisinde çalışmaya katılan bireylerin anti-TPO seviyeleri ile ruhsal sağlıkları arasında negatif korelasyon olduğunu ve farklı çalışmalarda saptanan benzer bulgulardan yola çıkarak, yüksek tiroid otoantikorlarının beyinde bazı değişikliklere sebebiyet vererek otoimmünitesi olmayan bireylere kıyasla daha düşük psikolojik iyi oluşa neden olabileceği yönünde olmuştur (Blanchin ve ark., 2007). Bunun ile ilintili olarak bu hasta grubunda beyin incelemelerinin önemli olabileceği vurgulanmıştır. İkinci varsayımda ise, çalışmaya katılan tüm bireyler ötiroid olmasına rağmen, çalışmadaki ötiroid Haşimoto hastalarının TSH düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla bir nebze daha yüksek olduğu ve ötiroid Haşimoto hastaları ile kontrol gruplarını karşılaştıran önceki çalışmalarda da benzer olarak daha yüksek TSH düzeylerinin saptanması çerçevesinde, diğer ötiroid hastalarına kıyasla ötiroid Haşimoto hastalarının yaşam kalitelerindeki düşüşün normal referans aralığında olsa bile kontrol gruplarındaki TSH düzeylerine kıyasla daha yüksek TSH düzeylerine sahip olmalarından kaynaklanıyor olabileceği kanısı olmuştur (Yalçın ve ark., 2017).

Yedinci çalışmada, araştırmacılar sadece hipotiroidizmin daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunun birçok çalışmada tespit edildiğinin farkında olmakla birlikte Haşimoto hastalığı tanısı alan bireylerin ötiroid evresine ulaşmalarına rağmen daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını ve daha çok depresyon ve anksiyete yaşadıklarını gözlemlediklerini izah etmiş ve bu bulgulara dayalı olarak bizzat otoimmün tablosunun ötiroid (tiroid değerleri normal referans aralığında olan) Haşimoto hastalarında düşük yaşam kalitesi ve daha yüksek oranda duygudurum bozuklukları ile ilintili olabilme olasılığını incelemek istemişlerdir (Vasovic, Nikolic-Djurovic ve Djukic, 2020). Bu amaç doğrultusunda, çalışmaya 130 (%90'ı kadın) ötiroid Haşimoto hastalığı olan birey katılmış ve ardından araştırmacılar tarafından 20-49 yaş arası 59 katılımcı ve 50 yaş ve üzeri 71 katılımcıdan oluşan iki gruba ayrılmışlardır. Benzer olarak, karşılaştırma amaçlı hiçbir tıbbi tanısı olmayan 111 eşleştirilmiş katılımcı ile kontrol grubu oluşturulmuş ve tekrar araştırmacılar tarafından 20-49 yaş arası 79 katılımcı ve 50 yaş ve üzeri 32 katılımcı olmak üzere iki

gruba ayrılmışlardır. Ardından tüm katılımcılara depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesini ölçen öz-bildirim ölçekleri verilmiştir. Aynı zamanda, TSH, anti-TPO ve anti-TG değerleri incelenmiştir. Ortaya çıkan bulgulara göre, ötiroid Haşimoto hastalığı olan bireylerin kontrol grubuna nazaran istatistiksel olarak oldukça anlamlı seviyede daha depresif oldukları ve 50 yaş ve üzeri gruplarda kontrol grubundaki bireylerin, ötiroid Haşimoto hastalığı olan bireylere kıyasla, istatistiksel olarak oldukça anlamlı seviyede daha yüksek yaşam kalitesi puanlarına sahip oldukları saptanmıştır. Benzer olarak, TSH değerlerinden bağımsız olarak, sadece anti-TPO değerlerinin bu bireylerdeki düşük yaşam kalitesi ve depresyon ile istatistiksel olarak anlamlı seviyede ilişkili olduğu gözlenmiştir. Bu bağlamda, Haşimoto hastalığındaki ruhsal sağlık tablosunda otoimmünitenin kritik rol oynadığı bulunmuştur (Vasovic, Nikolic-Djurovic ve Djukic, 2020).

Sekizinci çalışma, Haşimoto hastalığı olan ancak TSH düzeyleri normal aralıkta olan bireylerin tiroid değerleri ile sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir (Morón-Díaz ve ark., 2021). Çalışmanın örneklemini, normal referans aralığında TSH değerleri olan 218 (%85.8 kadın, $\bar{x}$ =54 yaş) bireyden oluşmuş, tiroid değerleri çalışmaya katılımdan birkaç gün önce laboratuvarında ölçülmüş ve tiroid değerlerinden haberdar olmadan sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla Tiroid Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği (ThyPRO)'ni doldurmaları istenmiştir. Sonuçlar, normal referans aralığında olsa bile, daha yüksek TSH değerlerinin daha düşük sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini öngörebildiğini göstermiştir. Bunun en büyük göstergesi ise, TSH değerleri ile bu hasta grubunun anksiyolitik ve antidepresan ilaç kullanımı arasında saptanan ilişki olmuştur. TSH değerlerinin ayrıyeten yorgunluk ve duygusal hassasiyet ölçütleri ile korelasyonlarının olduğu ortaya çıkmıştır (Morón-Díaz ve ark., 2021).

1.4. BAZI PSİKOLOJİK DEĞİŞKENLERİN TANIMLARI

Tez konusu ile ilintili alanyazındaki tüm bu bulgular dikkate alındığında, bu çalışmanın bağımlı değişkenlerini Haşimoto hastalığı açısından önem arz eden bazı psikolojik değişkenler oluşturmaktadır. Bu psikolojik değişkenler, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete, stres, çok boyutlu psikolojik iyi oluş, duygu düzenleme güçlüğü,

duygusal tepkisellik ve sıkıntıya dayanma şeklindedir. Bu bölümde, bu değişkenler tanımlanacak ve çalışma kapsamındaki önemlerine değinilecektir.

1.4.1. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması” olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 1998). Bu bağlamda, yaşam kalitesi bireyin genel sağlık düzeyi, sosyal çevresi, yaşadığı ortamdaki olanaklar ve güvenlik düzeyi, eğitim sistemi, ekonomik refah gibi birçok unsurdan etkilenebilen oldukça karmaşık ve bireysel bir algıdır. Yaşam kalitesi yüksek olan bireyler, tüm bu gerçekler göz önünde bulundurulduğunda genel olarak kendilerini hayattan memnun olarak tanımlayan ve başka bir deyişle, genel sağlıklarını, sosyal bağlarını, yaşadıkları ortamın kurallar sistemini, kazançlarını vb. kendi değerlerine göre göz önünde bulundurduklarında yaşamlarından mutlu olan bireylerdir. Yaşam kalitesi düşük olan bireyler ise, tam bu bireylerin aksine, kendi değer sistemleri ile yaşadıkları gerçeklere baktıklarında, yaşamlarından memnun olmayan, yaşadıkları hayattan tam anlamıyla tat alamayan bireylerdir (DSÖ, 1998).

Son yıllarda, birçok çalışma tiroid rahatsızlıklarının yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceğini bulgulamıştır (Bianchi ve ark., 2004; Pelúcio, Nardi, Ornelas ve Levitan, 2016; Winther ve ark., 2016; Yalçın ve ark., 2017; Peterson ve ark., 2018; Mitchell ve ark., 2020; Vasovic, Nikolic-Djurovic ve Djukic, 2020). Türkiye’de de bir çalışma Haşimoto hastalarında yaşam kalitesini (Yalçın ve ark., 2017), bir diğer çalışma da primer hipotiroidi tablosunun genelinde yaşam kalitesini incelemiştir (Talay ve Türker, 2021) ve benzer şekilde, Haşimoto hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinin düşük olabileceği ve fiziksel ve ruhsal sağlıklarını iyileştirici çalışmalara ihtiyaç duyulduğu vurgusu yapmıştır. Alanyazın incelendiğinde, psikolojik bir müdahalenin uygulanmasının akabinde Haşimoto hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinde ne türden değişimlerin olduğunun incelendiği bir çalışmanın olmadığı görülmektedir.

1.4.2. Depresyon

Depresyon, genellikle iki hafta boyunca süregelen üzüntü hâlinin yaşandığı ve beden, düşünce ve duygudurum düzeyine olumsuz etkilerin olduğu bir rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır (Johnson ve Indvik, 1997; National Institute of Mental Health, 2007; APA, 2013). Genel belirtileri arasında ilgi ve istekte azalma, düşünme ve konsantre olma yetisinde azalma, diyet yapmaksızın önemli seviyede kilo alma ya da verme, değersizlik veya yüksek düzeyde suçluluk, intihar düşünceleri ve yorgunluk ve enerjide azalma bulunmaktadır (APA, 2013). Aynı zamanda, literatürde Haşimoto hastalığının yol açabileceği en öncelikli psikiyatrik semptom arasındadır (Gülseren ve ark., 2006; Watt ve ark., 2012; Groer ve Vaughan, 2012; Giynaş Ayhan ve ark., 2014; Ittermann ve ark., 2015; Pelúcio, Nardi, Ornelas ve Levitan, 2016; Yalçın ve ark., 2017; Yıldız ve ark., 2017; Markomanolaki ve ark., 2019; Siegmann ve ark., 2018; Vasovic, Nikolic-Djurovic ve Djukic, 2020). Öyle ki, Haşimoto hastalığı olan bireylerin hayatlarında en az bir Majör Depresyon epizodu yaşama olasılıklarının %6 ilâ %17 arasında olduğunu bulgulayan çalışmalar bulunmaktadır (Horwath ve Weissman, 1995; Carta ve ark., 2004). Bir diğer çalışmada ise, yaşam boyu majör depresyon epizodu dâhil olmak üzere herhangi bir depresif bozukluk geliştirme olasılığının Haşimoto hastalığı olan grupta %29.4 ilâ %33.3 olduğu, guatr grubunda %22.2 ilâ %24.4 olduğu ve bu oranların sağlıklı kontrol grubunda %5.9 olduğu ortaya çıkmıştır (Giynaş Ayhan ve ark., 2014). Hâlihazırda, psikolojik bir müdahalenin uygulanmasının akabinde Haşimoto hastalığı olan bireylerin depresif semptomlarında ne türden değişimlerin olduğunu incelendiği bir çalışmanın olmadığı görülmektedir.

1.4.3. Anksiyete

Anksiyete istenmeyen durumlar ile karşılaşma olasılığı olduğunda ya da karşılaşıldığında, bireyin anormal ve kontrol edilemeyen seviyede endişe, kaygı, gerilim ve korku yaşaması hâlidir ve genellikle tedirginlik, kötü olasılıklara takılma, uyuyamama, durumlardan ya da bireylerden kaçınma gibi birçok belirtinin eşlik ettiği bir tabloya dönüşebilmektedir (Yılmaz, Boz ve Arslan, 2017). Depresyonun yanı sıra, literatürde Haşimoto hastalığının yol açabileceği en öncelikli psikiyatrik semptomlardan bir diğeridir (Carta ve ark., 2004; Gülseren ve ark., 2006; Groer ve Vaughan, 2012; Watt ve ark., 2012; Giynaş Ayhan ve ark., 2014; Ittermann ve ark.,

2015; Pelúcio, Nardi, Ornelas ve Levitan, 2016; Yalçın ve ark., 2017; Yıldız ve ark., 2017; Markomanolaki ve ark., 2019; Siegmann ve ark., 2018; Vasovic, Nikolic-Djurovic ve Djukic, 2020). Alanyazın incelendiğinde, psikolojik bir müdahalenin uygulanmasının akabinde Haşimoto hastalığı olan bireylerin anksiyete seviyelerinde ne türden değişimlerin olduğunun incelendiği bir çalışmanın olmadığı görülmektedir.

1.4.4. Stres

Stres kavramı ilk kez Hans Selye tarafından 1936 yılında ortaya konmuş ve memnuniyet verici olup olmadığına bakılmaksızın, bedenin her türlü değişime uyum sağlamak için gösterdiği yaygın tepkisi olarak tanımlanmıştır. Son yıllarda, bireysel ve toplumsal düzeyde artarak gündem olan bu durumu Monat ve Lazarus (1991) da ele almış ve içsel ve dışsal taleplerin, bireyin uyum kaynaklarını aşması ya da ona külfet olması hâlinde stresin ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Ayrıca, Lazarus (1966) bireyin bir olaya ya da duruma ilişkin algıladığı tehditi stresin ana nedeni olarak görmüştür. Tüm bunlar dikkate alındığında, stresin baskı, beklenti ya da tehdit kaynaklı olduğu ve bireyin mücadele kabiliyetinin ya da en azından kendi yeterliliği konusundaki algısının olumsuz etkilendiği bir tablo olduğu söylenebilir. Yaşandığında, suçluluk, asabiyet, kararsızlık, huzursuzluk, uyku düzeninde değişim ve hüüzün gibi durumlar genel belirtileri arasındadır (APA, 2013).

Stresin Haşimoto hastalığındaki önemi hipotalamus, hipofiz ve tiroid bezinin birbirine bağımlı olarak çalışan ve birbirlerini kontrol eden üç bez olmasına dayanmaktadır. Hipotalamus-hipofiz-tiroid aksi olarak tanımlanan bu üçlü ilişkide, tiroid bezini hipofiz bezi kontrol ederken, hipofiz bezini de hipotalamus organı kontrol etmektedir. Bu bağlamda, bu aksdaki herhangi bir bozukluk bilişsel fonksiyonlarda azalma, organların metabolik işleyişinde aksaklık gibi birçok başka rahatsızlığın yanı sıra tiroid bozukluklarına da zemin oluşturmaktadır (Zoeller, Tan ve Tyl, 2007; Kansagra, McCudden ve Willis, 2010; Fuller-Thomson, Kao, Brennenstuhl ve Yancura, 2013). Özellikle kronik stres ile baş etmek için vücutta oluşan adaptasyonların hipotalamus-hipofiz-tiroid aksında bozulmalar ortaya çıkararak uzun vadede Haşimoto hastalığını tetikleyebildiğini ve bu kapsamda anti-TPO seviyelerinin yükseldiğini tespit eden çalışmalar bulunmaktadır (Elenkov ve Chrousos, 2002; Carta ve ark., 2004; Friedman ve ark., 2005; Plaza ve ark., 2010; Özata, 2020, s.39-83).

Dolayısıyla, stresin azaltılmasının bu aksın işleyişini koruması çerçevesinde, Haşimoto hastalığına da iyi gelebileceği düşünülmüştür. Örneğin, bir çalışma Haşimoto hastalığı olan bireylerde stres ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede negatif korelasyon saptamıştır (Slocum ve Bilican, 2023).

Bu bulgular ışığında, Haşimoto hastalığı olan bireylere uygulanan hâlihazırdaki tek uygulamalı çalışma, stres seviyelerini düşürmeye amaçlayan 8-haftalık stres yönetimi eğitiminin, Haşimoto hastalığı olan kadınların hem anti-TPO, anti-TG ve TSH düzeylerine etkisini, hem de yaşam biçimlerine, vücut kitle indekslerine ve depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine etkisini inceleyen çalışma olmuştur (Markomanolaki ve ark., 2019). Ortaya çıkan bulgular, çalışmanın kontrol grubu çerçevesinde standart tedavinin devam ettiği gruba atanan kadınlara kıyasla, 8-haftalık stres yönetimi eğitimine katılan kadınların istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşük depresyon, anksiyete ve stres seviyelerinin olduğu, daha yüksek yaşam biçimi puanlarının olduğu ve anti-TG oranlarında istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşüşün olduğu ortaya çıkmıştır. Kısa süreli bu müdahalenin, Haşimoto hastalığı olan kadınların fiziksel ve ruhsal hayatlarına olan katkısını saptamanın akabinde, Markomanolaki ve arkadaşları çalışmalarında Haşimoto hastalığı olan kadınlara yönelik daha çok uygulamalı çalışmaların gerektiği vurgusunu yapmıştır (Markomanolaki ve ark., 2019).

1.4.5. Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş

Çok boyutlu psikolojik iyi oluş kavramı Carol Ryff'in çalışmalarına dayanmaktadır. Ryff 1960 ve 1970'li yıllarda yaşam doyumu ölçümlerinin sadece insanların hayatları hakkında ne hissediyor olması sorusuyla ölçülüyor olmasının rasyonel ya da kavramsal bir arka plan içermiyor olmasını düşünmüştür ve iyi oluş kavramını anlamak adına gelişim psikolojisi, hümanistik psikoloji ve varoluşsal psikoloji gibi birçok alanda okumalar ve incelemeler yapmıştır. Bu araştırmalar sonucunda, Allport, Jung, Jahoda, Frankl ve Maslow gibi birçok ismin teorilerine dayanarak Ryff iyi oluşun çok boyutlu olduğu kanısına ulaşmış, çok boyutlu psikolojik iyi oluşun da altı boyuttan oluştuğunu belirtmiştir. Bu altı boyut, çevresel hâkimiyet, insanlarla olumlu ilişkiler, kendini kabul, kişisel gelişim, özerklik ve yaşam amacı olarak tanımlanmıştır (Devran, 2018).

Bu boyutlardan çevresel hâkimiyet boyutu, kişinin çevresindeki fırsatlardan yararlanabilme, günlük faaliyetler, iş ve aileye ilişkin karar mekanizmalarına katılabilme ve tüm bunları yönetebilmede yeterlilik duygusunu temsil etmektedir; insanlarla olumlu ilişkiler boyutu güçlü merhamet, empati ve samimiyet sahibi olmakla birlikte başka insanlarla sıcak ve güvene dayalı ilişkiler kurabilmeyi içermektedir; kişisel gelişim kişinin kendini gerçekleştirme ve bireysel potansiyele ulaşmasını temsil etmektedir; kendini kabul bireyin benliğinin iyi ve kötü özelliklerini, geçmiş yaşamını tüm olumlu ve olumsuz deneyimlerini tanıyarak, bu özellikleri bir bütün olarak kabul etmesi ve kendinden emin olmasını içermektedir; özerklik bireyin gündelik yaşamında başkalarının isteğine göre değil de kendi istek ve düşüncelerine göre hareket edebilmeyi temsil etmektedir; yaşam amacı ise kişinin hayatın anlamlı olduğuna yönelik katkı sağlayan tüm amaç ve hedeflere sahip olmayı kapsamaktadır (Ruini ve ark., 2003).

Bu boyutların tümü kapsamında literatür incelendiğinde, sadece kendini kabul boyutunun Haşimoto hastalığı olan bireylerde araştırıldığı görülmektedir (Slocum ve Sever, 2018). Ulusal ve uluslararası bazda Haşimoto hastalığının depresyon ve anksiyete gibi tanıları alma olasılığını artırması, ek otoimmün hastalıklarla bir arada görülebilmesi, ömür boyu LT4 ilaç tedavisine ihtiyacı ortaya çıkarması gibi fiziksel ve ruhsal etkileri göz önünde bulundurulduğunda, bu hasta grubunun psikolojik iyi oluşlarının olumsuz yönde etkilendiğine vurgusu birçok çalışmada yapılmıştır (Saravanan ve ark., 2002; Wekking, 2005; Müssig ve ark., 2012; Watt ve ark., 2012; Yalçın ve ark., 2017; Talay ve Türker, 2021). Fakat, hâlihazırda ne ulusal ne de uluslararası bazda, bizzat çok boyutlu psikolojik iyi oluşun bu hasta grubunda incelendiği ve herhangi bir deneysel işlemin uygulanmasından önce ve sonra bu hasta grubunun çok boyutlu psikolojik iyi oluşunda ne türden değişimlerin olduğunun incelendiği bir çalışmanın bulunmadığı görülmektedir.

1.4.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenleme güçlüğü, bireyin yaşadığı olumsuz duygular karşısında dürtüsel davranışlarını kontrol etmede, hedefe yönelik davranışlarını sürdürmede ve uyumsal duygu düzenleme stratejilerine erişiminde güçlük çekmesi olarak tanımlanmaktadır (Elmas, Cesur ve Oral, 2017). Haşimoto hastalığının daha fazla

depresyona, anksiyete ve bazen de intihar eğiliminde artışa sebep olduğu yaygın bir şekilde bilinmektedir (Fulga, Perju-Dumbrava ve Crassas, 2008; Ott ve ark., 2011b; Perju-Dumbrava ve ark., 2019). Örneğin, alanyazın hipotalamus-hipofiz-tiroid aksındaki bozulmalar Haşimoto hastalığını tetiklediği takdirde depresyonun ortaya çıktığını göstermektedir (Jackson, 1998; Elenkov ve Chrousos, 2002; Pearce, Farwell ve Braverman, 2003; Jara ve ark., 2006; Giynaş Ayhan ve ark., 2014; Kotkowska ve Strzelecki, 2022). Bu bulgular çerçevesinde bu hasta grubunun duygularını düzenlemede güçlük çekiyor olabilecekleri düşünülmüş ve bu değişken çalışmaya dâhil edilmiştir. Alanyazın incelendiğinde, duygu düzenleme güçlüğü'nün bu hasta grubunda bir değişken olarak incelendiği bir çalışma ve herhangi bir deneysel işlemin uygulanmasından önce ve sonra da bu hasta grubunun duygu düzenleme güçlüklerinde ne türden değişimlerin olduğunun incelendiği bir çalışmanın olmadığı görülmektedir.

1.4.7. Duygusal Tepkisellik

Duygusal tepkisellik, kişiler arası ilişkilerde ortaya çıkan durumlar karşısında bireyin yaşadığı duygular, bu duyguların yoğunlukları ve ortaya konulan tepkiler olarak tanımlanmaktadır (Seçer, Halmatov ve Gençdoğan, 2013). Mathew (2008) tarafından, özellikle depresyon, anksiyete ve duygu durum bozuklukları ile ilişkili olduğu belirtilmiş ve son zamanlarda, bu ilişkiler birçok farklı çalışmada doğrulanmıştır (Davidson ve ark., 2002; Suveg ve Zeman, 2004; Mennin, Heimberg, Turk ve Fresco, 2005). Depresyon ve anksiyetenin Haşimoto hastalığını eşlik eden en yaygın ruhsal bozukluklar olduğu göz önünde bulundurulduğunda, Haşimoto hastalığı olan bireylerin duygusal tepkiselliklerinin de etkileniyor olabileceği düşünülmüştür. Alanyazın incelendiğinde, hem Haşimoto hastalığı olan bireylerin duygusal tepkiselliklerini araştıran hem de psikolojik bir müdahalenin uygulanmasının akabinde Haşimoto hastalığı olan bireylerin duygusal tepkisellik seviyelerinde ne türden değişimlerin olduğunun incelendiği bir çalışmanın olmadığı görülmektedir.

1.4.8. Sıkıntıya Dayanma

Sıkıntıya dayanma, bireyin yaşadığı tüm duygusal durumları kapsamakta ve tüm bu duygusal durumlar ile birlikte bireyin olumsuz psikolojik durumları yaşantılama ve bunlara dayanma kapasitesini temsil etmektedir (Brown ve ark., 2005;

Simons ve Gaher, 2005). Deneysel anlamda, fiziksel ve psikolojik olmak üzere iki bağlamda ölçülen bu kavram, bireyin fiziksel ya da psikolojik rahatsızlığına rağmen seçili görevi devam etmeye ne kadar dayanabildiğini objektif olarak değerlendirmeyi sağlamaktadır (Sargın ve ark., 2012). Literatürde özellikle duygu düzenleme bozukluğu ile ilgili ele alındığı görülmekte ve olumsuz duygusal yaşantıları bastırmak ya da onlardan kaçınmak yerine bu duyguları kabullenmenin sıkıntıya dayanmayı artırabileceği yönünde bulgular bulunmaktadır (Hayes ve ark., 2004). Depresyon ve anksiyetenin Haşimoto hastalığını eşlik eden en yaygın ruhsal bozukluklar olduğu göz önünde bulundurulduğunda, Haşimoto hastalığı olan bireylerin bastırdıkları ya da kaçındıkları olumsuz duygusal yaşantılarının olabileceği, bu bağlamda sıkıntıya dayanma düzeylerinin düşük olabileceği ve fiziksel olarak yaşadıkları rahatsızlıkla birlikte hayatlarındaki görevlere dayanmada zorluk yaşıyor olabilecekleri düşünülmüştür. Alanyazın incelendiğinde, sıkıntıya dayanmanın bu hasta grubunda bir değişken olarak incelendiği bir çalışma ve herhangi bir deneysel işlemin uygulanmasından önce ve sonra bu hasta grubunun sıkıntıya dayanma düzeylerinde ne türden değişimlerin olduğunun incelendiği bir çalışmanın olmadığı görülmektedir.

1.5. AMAÇ

Literatürdeki bulguları ve eksiklikleri göz önünde bulundurarak tasarlanan bu çalışmanın temel amacı, Haşimoto hastalığı olan kadınlarda DDT-BE, Grup BDT ve bekleme listesi grubunun yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres, çok boyutlu psikolojik iyi oluş, duygu düzenleme güçlüğü, duygusal tepkisellik ve sıkıntıya dayanma üzerindeki etkisini inceleyerek, DDT-BE, Grup BDT ve bekleme listesi grubunun bu değişkenler açısından Haşimoto hastalığı olan kadınların ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadıkları, karşıladıkları takdirde de ne düzey karşıladıkları ve nerede eksik kaldıkları hususlarını bilimsel olarak ele almak ve alanyazına katkı sağlamak olmuştur.

1.6. HİPOTEZLER

Bu araştırmanın hipotezleri, DDT-BE'ne katılan Haşimoto hastalığı olan kadınların, yaşam kalitesi (yaşam kalitesi, genel sağlık, bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan alt boyutları), çok boyutlu psikolojik iyi oluş (çevresel hâkimiyet,

insanlarla olumlu ilişki, kendini kabul, kişisel gelişim ve özerklik alt boyutları), duygusal tepkisellik (dayanıklılık, hassasiyet ve tepkisellik alt boyutları) ve sıkıntıya dayanma (özyeterlilik, regülasyon ve tolerans alt boyutları) puanlarında Grup BDT ve bekleme listesi gruplarında yer alan Haşimoto hastalığı olan kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde artış olacağı; yaşam kalitesinin sosyal baskı alt boyutu, çok boyutlu psikolojik iyi oluşun yaşam amacı alt boyutu, depresyon, anksiyete, stres ve duygu düzenleme güçlüğü puanlarında Grup BDT ve bekleme listesi gruplarında yer alan Haşimoto hastalığı olan kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde azalma olacağı ve tüm bu artış ve azalışların uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümlerinde devam edeceği yönünde olmuştur. Demografik değişkenler arasında, eğitim düzeyi, ekonomik durum, çalışma durumu ve VKİ ortak değişken (covariate) olabileceği düşünülmüş ve bu kapsamda incelenmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

Bu bölümde, hâlihazırdaki araştırmanın deseni, çalışma grubu, veri toplama araçları, çalışma sürecinde uygulanan işlemler ve kullanılan veri analiz teknikleri tanımlanmıştır.

2.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ

Bu çalışma DDT-BE'nin, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres gibi psikolojik değişkenler üzerindeki etkisinin incelendiği deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın bağımsız değişkenini tedavi türü oluştururken, bağımlı değişkenlerini ise yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres, çok boyutlu psikolojik iyi oluş, duygu düzenleme güçlüğü, duygusal tepkisellik ve sıkıntıya dayanmanın ölçüldüğü ölçme araçlarında katılımcıların aldığı puanlar oluşturmuştur. Çalışma 18-45 yaş aralığında Haşimoto hastalığı tanısı alan kadın katılımcılarla üç tedavi grubu üzerinden (deney, kontrol ve bekleme listesi grupları) yürütülmüştür. Deney grubuna DDT-BE, kontrol grubuna ise Grup BDT uygulanmıştır. Bekleme listesi grubuna ise izlem ölçümlerinin toplanmasının akabinde aynı şekilde grup terapisinin uygulanacağı sözü verilmiş, bunun dışında hiçbir uygulama yapılmamıştır.

Araştırmada deney-kontrol-bekleme listesi gruplu, öntest, sontest ve izlem ölçümlü olması kapsamında 3x3'lük split-plot (karışık) deneysel desendir. Bu desende birinci etmen deneysel işlem gruplarını (deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarını) içerirken, ikinci etmen ise bağımlı değişkene ilişkin tekrarlı ölçümleri (öntest, sontest ve izlem ölçümleri) temsil etmektedir. Bu desen çerçevesinde, araştırmada uygulanan deneysel işlemler başlamadan iki hafta önce öntest ölçümleri toplanmıştır. Akabinde, iki hafta sonra, deney grubuna 14 hafta üzerinde yürütülen 14-oturumluk DDT-BE uygulanmış, deney grubuna paralel olarak da kontrol grubuna 14 hafta üzerinde yürütülen 14-oturumluk Grup BDT uygulanmıştır. Bu süreç boyunca bekleme listesi grubu ile herhangi bir çalışma yapılmamış, sadece izlem ölçümleri toplandıktan sonra

onlara da 14 hafta üzerinde yürütülen 14-oturumluk grup terapisinin uygulanacağı sözü verilmiştir. Uygulamanın tamamlandığı aynı hafta ise bu sefer sontest ölçümleri toplanmıştır. DDT-BE'nin yukarıda belirtilen psikolojik değişkenler üzerindeki etkisinin zaman etkisinden bağımsız ve uzun süreli olup olmadığını test etmek amacıyla bu sontestlerin uygulanmasından iki ay sonra, tüm gruplardan izlem ölçümleri toplanmıştır. Çalışma süresi boyunca tüm gruplarda yer alan katılımcılara deneysel işlem öncesi ve sonrasında bağımlı değişkenlere ilişkin ölçümler aynı veri toplama araçları kullanılarak toplanmış, araştırmanın deneysel deseni Tablo 1'de gösterilmiştir. İzlem ölçümleri toplandıktan sonra, bekleme listesi gruplarına 14 hafta üzerinde yürütülen 14-oturumluk grup terapisi aynı uygulayıcı tarafından verilmiştir.

Tablo 1.

Araştırmanın Deneysel Deseni

Grup	Öntest	İşlem	Sontest	İzlem
Deney	O ₁ , O ₂ , O ₃ , O ₄ , O ₅ , O ₆ , O ₇ , O ₈ , O ₉	14 hafta üzerinde yürütülen 14-oturumluk DDT-BE	O ₃ , O ₄ , O ₅ , O ₆ , O ₇ , O ₈ , O ₉	O ₃ , O ₄ , O ₅ , O ₆ , O ₇ , O ₈ , O ₉ , O ₁₀
Kontrol	O ₁ , O ₂ , O ₃ , O ₄ , O ₅ , O ₆ , O ₇ , O ₈ , O ₉	14 hafta üzerinde yürütülen 14-oturumluk Grup BDT	O ₃ , O ₄ , O ₅ , O ₆ , O ₇ , O ₈ , O ₉	O ₃ , O ₄ , O ₅ , O ₆ , O ₇ , O ₈ , O ₉ , O ₁₀
Bekleme listesi	O ₁ , O ₂ , O ₃ , O ₄ , O ₅ , O ₆ , O ₇ , O ₈ , O ₉	İşlem yok	O ₃ , O ₄ , O ₅ , O ₆ , O ₇ , O ₈ , O ₉	O ₃ , O ₄ , O ₅ , O ₆ , O ₇ , O ₈ , O ₉ , O ₁₀

Not. O₁=Kişisel bilgi formu, O₂=Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33), O₃=DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu, O₄=WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm, O₅=Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-Kısa Form (DASS-21), O₆=Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (ÇBPIÖÖ), O₇=Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16), O₈=Duygusal Tepkisellik Ölçeği (DTÖ), O₉=Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ), O₁₀=Memnuniyet ve Öneri Formu.

Çalışmada ortaya çıkacak verilerin, çalışmada yapılan uygulamanın etkisini doğru bir şekilde açıklayıp açıklamadığından daha emin olmak adına bu çalışmanın deneysel deseninde iç ve dış geçerliliği sağlayabilecek bazı faktörlere de dikkat edilmiştir. Bu bağlamda, iç geçerlilik için dikkat edilen unsurlar şu şekilde olmuştur: 1) Hawthorne etkisini kontrol etmek amacıyla çalışmanın desenine hem kontrol hem de bekleme listesi grubu eklenmiştir. Hawthorne etkisi, beklenti etkisi olarak da bilinmektedir. Bu etkiye göre çalışmaya katılan katılımcılar deney için seçildiklerinin farkında olduklarında kendilerinden olumlu yönde değişim beklendiğini varsayarak bu

beklenti yönünde eğilim gösterirler. 2) Veri toplama araçlarından kaynaklanabilecek iç geçerliliğe tehditleri kontrol etmek amacıyla çalışmaya katılan tüm katılımcılara tüm ölçümlerde aynı veri toplama araçları verilmiş ve sadece araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Aynı zamanda, ölçme araçlarının neyi ölçtüğüne yönelik katılımcılara herhangi bir bilgi verilmemiştir. Ölçekler “Ruhsal Durum Soruları” şeklinde genel bir başlık altında katılımcılara sunulmuştur. Bu sayede, merkeze yönelme etkisi de kontrol edilmiştir. 3) Uygulamaları gerçekleştiren araştırmacıdan kaynaklanabilecek iç geçerliliğe tehditleri kontrol etmek amacıyla çalışmada uygulanan tüm deneysel işlemler aynı araştırmacı tarafından, aynı mecra üzerinden ve aynı şekilde uygulanmıştır. 4) Uygulamaların gerçekleştiği gün ve saatlerden kaynaklanabilecek iç geçerliliğe tehditleri kontrol etmek amacıyla grupların birbirine denk olup olmadıkları kontrol edilmiş, denk gruplar oluşturulmuştur. 5) İç geçerliliği tehdit edebilecek katılımcı kaybını önlemek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi grupları 28’er kişiden oluşturulmuş ve çalışmanın süreci üzerinde olabilecek katılımcı kayıplarına rağmen gruplarda yeterli sayıda katılımcının bulunduğu dikkat edilmiştir. 6) Seçici katılımcı kaybını kontrol etmek için tüm katılımcılardan öntest ölçümleri toplanmış ve katılımcı kaybı öncesi ve sonrasında tüm grupların birbirine denk olup olmadıkları test edilmiş, denk gruplar oluşturulmuştur. 7) Yanlı gruplamadan kaynaklanabilecek iç geçerliliğe tehditleri kontrol etmek için tüm gruplara atanan katılımcılar rastgele grup atama yöntemi ile denk gruplar oluşana kadar rastgele olarak gruplara atanmıştır. Bu sayede olgunlaşma etkisinin de kontrol altına alındığı varsayılabilir, çünkü yansız atamada olgunlaşma etkisinin tüm deneysel koşullarda eşit bir şekilde ortaya çıkacağı varsayılmaktadır.

Dış geçerlilik için ise şu hususlara dikkat edilmiştir: 1) Ölçüm-tepki etkileşimi etkisini önlemek amacıyla, öntest ölçümleri ile oturumların başlangıcı arasında, sontestler ile izlem ölçümleri arasında belli bir süre bırakılmıştır. 2) Genelleme gücünü artırabilmek ve veri analizlerinde ortaya çıkabilecek sınırlılıkları önlemek amacıyla tüm gruplara atanan katılımcıların yeterli sayıda olmasına dikkat edilmiştir. 3) Zaman-tedavi etkileşiminden kaynaklı değişimlerin araştırmanın geçerliliği üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla, deneysel işlemlerin tamamlanmasından iki ay sonra izlem ölçümleri toplanmıştır. 4) Çalışmada uygulanan tüm deneysel işlemler

katılımcıların kendi tercih ettikleri gündelik hayat ortamlarında online mecralar üzerinden gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla çalışmaya katılan katılımcıların araştırmacının etkisinden, deneysel ortamın fiziki ve psiko-sosyal yapısından etkilenmelerinin önlenmiş olabileceği düşünülmektedir. 5) Katılımcıların çalışmadaki performanslarını etkileyecek özel eğilimler geliştirme olasılıklarını kontrol etmek için, tüm katılımcılara uygulama grubu ya da bekleme listesi grubuna rastgele atanmış olma bilgisi dışında, çalışmanın hipotezi ve uygulama sürecine yönelik herhangi bir bilgi verilmemiştir. Tüm süreç boyunca, çalışmanın modeli ve hipotezini araştırmacı dışında kimse bilmemiştir.

2.1.1. Araştırma Sürecinde Yürütülen İşlemler

Çalışma için 1 Haziran 2021 tarihinde Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'na çalışmanın uygunluğunun incelenmesi için başvuru yapılmış ve 09.06.2021 evrak tarihi ve 41 sayılı evrak ile etik kurul onayı alınmıştır (bkz. Ek-1). Ardından, 10 Haziran 2021 tarihinde çalışma için katılımcıların toplanmasına başlanmıştır. Çalışma 6 Ağustos 2022 haftası, bekleme listesi gruplarına her hafta bir oturum olmak üzere ardışık 14 hafta boyunca toplam 14-oturumluk deneysel işlemlerin uygulanmasından iki ay sonra memnuniyet ve öneri formunun toplanması ile sona ermiş, yaklaşık bir yıl iki ay sürmüştür. Süreç Tablo 2'de detaylandırılmıştır.

Tablo 2.

Araştırma Sürecinde Yürütülen İşlemlerin Haftalara Göre Dağılımı

Tarih	İşlemler
10 Haziran – 29 Ağustos 2021	Çalışmanın topluma tanıtımı ve potansiyel katılımcılarla öngörüşmelerin gerçekleştirilmesi
30 Ağustos – 12 Eylül 2021	Bilgilendirilmiş onam formlarının toplanması
13 – 20 Eylül 2021	Öntest ölçümlerinin toplanması
20 – 27 Eylül 2021	Homojen grupların oluşturulması ve katılımcıların atandıkları gruba ilişkin bilgilendirilmesi
27 Eylül – 27 Aralık 2021	Deney ve kontrol gruplarına ardışık 14 hafta üzerinde yürütülen 14-oturumluk deneysel işlemlerin uygulanması
27 Aralık 2021 – 3 Ocak 2022	Sontest ölçümlerinin toplanması
21 – 28 Şubat 2022	İzlem ölçümlerinin toplanması
28 Şubat – 6 Haziran 2022	Bekleme listesi gruplarına ardışık 14 hafta üzerinde yürütülen 14-oturumluk deneysel işlemlerin uygulanması
6 – 13 Ağustos 2022	Bekleme listesi gruplarından memnuniyet ve öneri formunun toplanması

2.2. ÇALIŞMA GRUBU

2.2.1. Katılımcı Toplama Süreci

Bu çalışmada, hem Türkiye'nin farklı illerinden hem de olabildiğince çok sayıda kişiye ulaşabilme hedefi ile araştırmacı tarafından çalışma için @hasimotovepsikoloji şeklinde bir instagram hesabı ve “Kadriye Slocum İnce ile Haşimoto ve Psikoloji” isminde bir YouTube kanalı açılmıştır. Aynı zamanda, çalışmayı anlatan bir poster tasarlanmış (bkz. Ek-2) ve araştırmacı tarafından hem bir tanıtım video içeriği hem de çalışmanın aşamalarının detaylandırıldığı iki video içeriği hazırlanmıştır. Daha sonra bu içeriklerin tümü bahsi edilen iki sosyal medya hesabına yüklenerek, olabildiğince çok sayıda kişiye ulaştırılmış ve 18-45 yaş aralığında Haşimoto hastalığı olan kadın katılımcıların arandığı duyurulmuştur. Bu paylaşım ve tanıtım süreci 10 Haziran – 29 Ağustos 2021 tarihleri boyunca kartopu yöntemi ile artarak devam etmiş, özellikle araştırmacının bilgilendirdiği uzman hekimlerin kendi istekleri doğrultusunda çalışmanın duyurusunu bireysel sosyal medya hesapları üzerinden paylaşması ile yüksek bir ivme kazanmıştır. Bu sayede, kısa bir süre içerisinde Türkiye'nin farklı illerinden birçok kişiye ulaşılmış, çalışmanın haberini alan toplam 301 kişi çalışmaya katılma talebinde bulunmuştur.

Bu 301 kişiden 78'i Haşimoto hastalığı tanısı almış olma, 18-45 yaş aralığında olma ve kadın olma gibi bazı net koşulları karşılamamaları dolayısıyla çalışmadan elenmiş, 223 kişi çalışma için uygunluklarının daha yakından değerlendirmesi için çalışmanın telefon görüşmesi aşamasına kabul edilmişlerdir. Bu telefon görüşmesinde çalışmaya dâhil olma uygunlukları detaylı bir şekilde incelenmiş, telefon görüşmesindeki sorularda da görülebileceği gibi (bkz. Ek-3) çalışmaya dâhil olma kriterleri şu maddeleri içermiştir: 1) Kadın olmak, 2) 18-45 yaş aralığında olmak, 3) Dâhiliye alanında uzman doktor tarafından ve laboratuvar bulguları çerçevesinde Haşimoto hastalığı tanısı almış olmak, 4) Tiroid tedavisinin stabil olması ve stabil tablonun en az 6 ay devam ediyor olması, 5) Menopozda olmamak, 6) Hamile ya da emziriyor olmamak, 7) Tiroid kanseri olmamak ya da önceden tiroid kanseri tanısı almış olup kanser tedavisi görmüş olmamak, 8) Tiroid bezinin ameliyat ile alınmamış olması, 9) Haşimoto hastalığı için alınan tedaviyi yetersiz bulmak ve ek tedavilere ihtiyaç duyuyor olmak, 10) Psikotik herhangi bir tanı almış olmamak ve bu

spektrumdaki sebeplerden ötürü hastane yatışının olmuş olmaması, 11) Hâlihazırda psikolojik herhangi bir tedavi görüyor olmamak ve önceden psikoterapi geçmiş bulunuyor ise kullanılan teknikler arasında DDT yöntemi ile tedavi görmüş olmamak, 12) Yakın zamanda psikolojik iyi oluşu ciddi düzeyde etkileyebilecek stresli bir yaşam olayı yaşamış olmamak (bir yakının ölümü, kafa travması gibi ağır düzeyde fiziksel yaralanma vb.), 13) Grup uygulamalarına katılmayı kabul ediyor olmak, 14) Grup uygulamaları online ve Zoom mecrası üzerinden gerçekleştirileceği dolayısıyla bu mecraları kullanma becerilerine sahip olmak. Tüm bu soruların yakından ele alındığı telefon görüşmeleri çalışma için potansiyel katılımcı olan 223 kişinin her biri ile ortalama 15-20 dakika sürmüş ve psikoloji alanında yüksek lisans yapmakta olan bir öğrenci tarafından, araştırmacının desteği ve takibi ile gerçekleştirilmiştir. Nihai olarak, çalışmanın koşullarını tam olarak karşılamamalarından dolayı bu 223 kişiden 133 kişi daha elenmiş (ana sebepler tiroid tedavisinin stabil olmaması ya da en az 6 ay boyunca stabil olmaması) ve 90 kişi çalışmada katılımcı olmaya hak kazanmıştır.

2.2.2. Katılımcı Kaybı ve Nihai Çalışma Grubu

Bu çalışmada, katılımcı toplama süreci Haziran – Ağustos 2021 tarihleri arasında devam etmiş, çalışmanın uygulama kısmına Ağustos 2021 tarihinde başlanmıştır. Dolayısıyla çalışmaya bazı katılımcılar Haziran 2021’de kabul edilirken bazıları da Ağustos 2021’de kabul edilmiştir. Yaklaşık üç ay süren bu katılımcı toplama sürecinde çalışmanın uygulama kısmı başlayana kadar bir kişi erken menopoza girdiğinden ve menopozda olmama koşulunu karşılamadığından, bir kişi de ciddi bir ameliyat geçirdiğinden ve yakın zamanda stresli bir yaşam olayı yaşamama koşulunu karşılamadığından çalışmadan elenmiştir. Dolayısıyla, Ağustos 2021 tarihinde toplam katılımcı sayısı 90 kişiden 88’e düşmüştür ve çalışmada katılımcı olmaya hak kazanmış bu 88 kişiye çalışmanın sürecinin detaylandırıldığı bilgilendirilmiş onam formu, online Google Doküman olarak araştırmacı tarafından katılımcıların e-mail adreslerine teker teker iletilmiştir (bkz. Ek-4). Bilgilendirilmiş onam formunda “çalışmaya katılmayı kabul ediyorum” ve “çalışmaya katılmayı kabul etmiyorum” şeklinde iki seçenek yer almış, çalışmaya katılmayı kabul edip, isim bölümüne de ismini yazan herkes çalışmaya kabul edilmiştir. Dört kişi bu koşulları

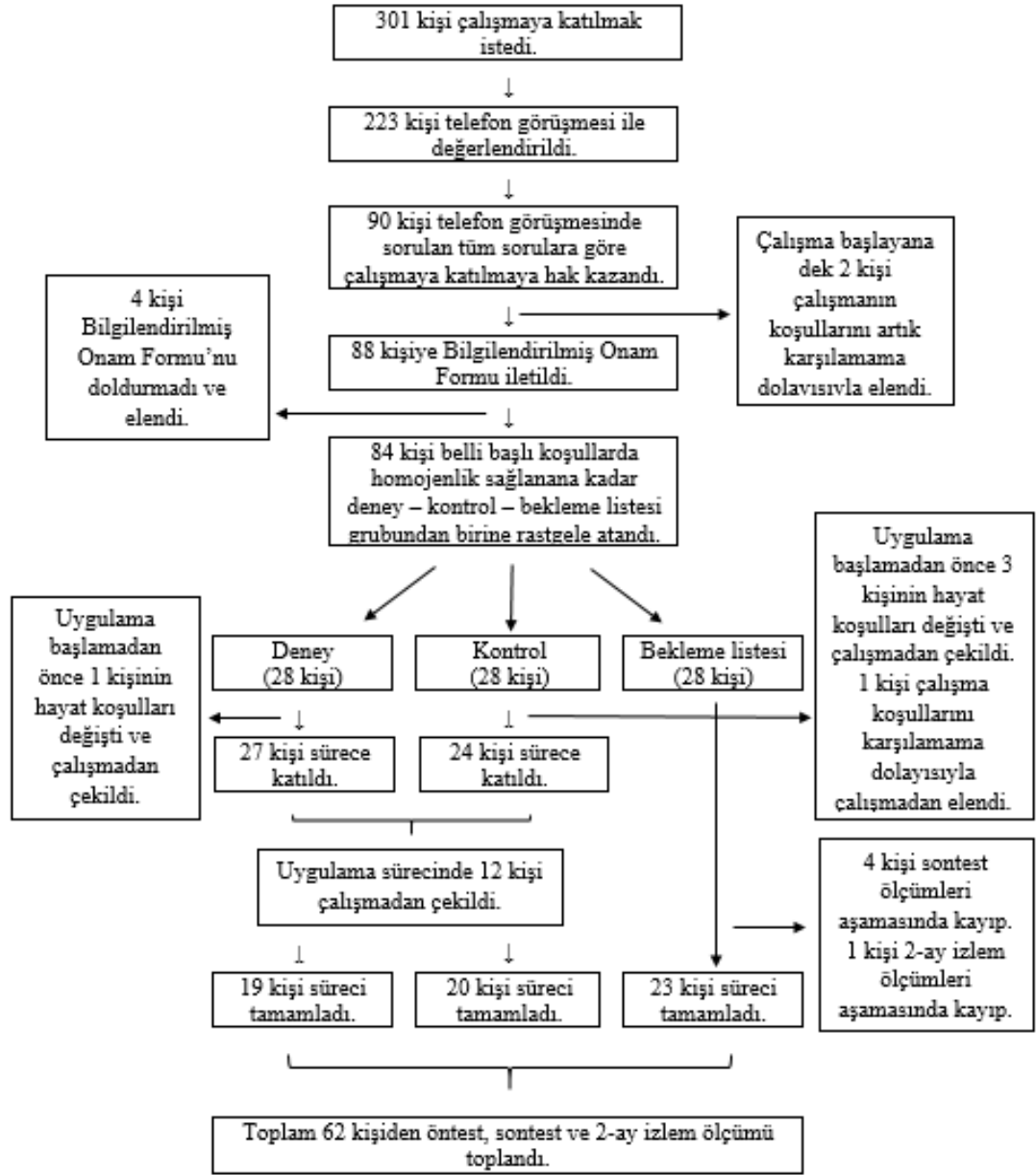
karşılamamış olma dolayısıyla çalışmadan elenerek, bu aşamada toplam katılımcı sayısı 84 olmuştur.

Onam formları araştırmacıya ulaştıktan sonra, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının bazı ölçek verilerine göre homojen bir şekilde oluşturulması için uygulama oturumlarının başlamasından bir hafta önce bu 84 katılımcıya kişisel bilgi formu ile birlikte, araştırmanın bağımlı değişkenlerini ölçen ölçekleri içeren öntest ölçümleri yine Google Doküman olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış ve katılımcıların e-mail adreslerine teker teker iletilmiştir. Bu e-maillerde araştırmacı her katılımcıya ölçek doldururken anonimlik sağlamasına adına üç haneli rakamsal bir kod vermiştir. Bu sayede, katılımcılar e-maillerine gelen öntest ölçeklerini kendilerine atanan üç haneli kod ile doldurmuştur (Örn. 102). Bu verilere dayanarak, ileriki aşamalarda detaylandırılacak olan deney, kontrol ve bekleme listesi grupları, her biri 28 katılımcıdan oluşacak şekilde oluşturulmuş ve katılımcılar gruplarına ilişkin bilgilendirilmiştir. Ancak uygulama süreci başlamadan önce, bir katılımcı çalışma koşullarını tam olarak karşılamamış olma dolayısıyla çalışmadan elenirken, dört kişi de hayatlarındaki bazı koşulların değişmesi dolayısıyla çalışmadan çekilmiştir. Bu sebeple, çalışmanın deneysel uygulama süreci 18-45 yaş aralığında Haşimoto hastalığı tanısı alan 79 katılımcıdan oluşmuştur.

Uygulama sürecinde ise, deney ve kontrol gruplarından toplam onbir kişi çalışmadan çekilmiş, bir kişi babasını kaybetmesi üzerine çalışmadan elenmiştir. Bekleme listesi grubundan ise, sontest ve izlem ölçümleri aşamalarında toplam üç kişi ölçekleri doldurmadıklarından, bir kişi de annesi kaybetmesi üzerine çalışmadan elenmiştir. Dolayısıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi grubu, öntest, sontest ve izlem ölçümlü bu araştırmanın katılımcılarını nihai olarak 18-45 yaş aralığında

Tablo 3.

Çalışma Sürecinde Yaşanan Katılımcı Kayıpları



Haşimoto hastalığı tanısı alan 62 kadın oluşturmuştur. Çalışma sürecinde yaşanan katılımcı kayıpları ve nihai katılımcı sayısı Tablo 3'te detaylandırılmıştır.

2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada, çalışmanın başında katılımcıların demografik özelliklerini öğrenmek amacı ile hazırlanan kişisel bilgi formu ve çalışmanın sonunda

katılımcıların süreci değerlendirmesi için hazırlanan memnuniyet ve öneri formuna ek olarak toplam sekiz adet ölçek kullanılmıştır. Bu ölçekler, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33), DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu, WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-Kısa Form (DASS-21), Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (ÇBPİÖÖ), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği – Kısa Form (DDGÖ-16), Duygusal Tepkisellik Ölçeği (DTÖ) ve Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ)’dir. Bu bölümde, çalışmada kullanılan bu veri toplama araçları detaylandırılmıştır.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu bizzat bu çalışma için hazırlanmıştır ve katılımcıların yaşı, doğum yeri, eğitim durumu, çalışma durumu gibi demografik soruların yanı sıra, Hashimoto hastalığını ele alan; “Hashimoto hastalığınız olduğunu kaç yaşında öğrendiniz?”, “Hashimoto hastalığınız hayatınızı ne kadar etkiliyor?”, “Ailenizde Hashimoto hastalığı olan başka biri var mı?” gibi sorular da içermiştir. Soruların tümü ekler bölümünde bulunmaktadır (bkz. Ek-5).

2.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (bkz. Ek-6), Bernstein (1994) tarafından geliştirilen 20 yaş öncesi, çocukluk ve ergenlik döneminde ihmal ve istismar yaşantılarını niceliksel olarak değerlendirmede kullanılan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Şar ve arkadaşları tarafından yapılmış, CTQ-28 şeklinde 28 sorudan oluşan kısa versiyon (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012) ve CTQ-33 şeklinde 33 sorudan oluşan gözden geçirilmiş ve genişletilmiş versiyon (Şar, Necef, Mutluer, Fatih ve Türk-Kurtça, 2021) olmak üzere iki versiyonu bulunmaktadır. Bu çalışmada, 33 maddelik gözden geçirilmiş ve genişletilmiş versiyon tercih edilmiştir. CTQ-33’ün geçerlilik ve güvenilirliğine yönelik bulgular, Türkçesinin de İngilizce özgün biçimi gibi geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiş. Geçerlilik, yapı geçerliliği kapsamında Türkçe kullanımına uygun bulunurken, ölçeğin güvenilirliğine yönelik iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri .87, test tekrar test Pearson korelasyon katsayısı .91 ($p < .001$) ile yüksek düzeyde bulunmuştur. Her bir sorunun puanı ile o

soru dışta tutularak belirlenen CTQ-33 puanı arasında Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmış, Madde 1 ($r=.34$) dışında tüm sonuçların .35'in üstünde, çoğunluğunun da .50 üzerinde olduğu saptanmıştır (Şar, Necef, Mutluer, Fatih ve Türk-Kurtça, 2021). Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri .81 olmuştur.

CTQ-33, 5'li likert tipi (1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Kimi zaman, 4=Sık olarak, 5=Çok sık) bir ölçektir ve ters kodlanan 11 sorusu bulunmaktadır (1.,2.,4.,5.,7.,10.,13.,19.,26.,28.,31. soru). Ölçeğin altı alt boyutu, duygusal ihmal (5.,7.,13.,19.,28. soru), duygusal taciz (3.,8.,14.,18.,25. soru), fiziksel ihmal (1.,4.,6.,2.,26. soru), fiziksel taciz (9.,11.,12.,15.,17. soru), cinsel istismar (20.,21.,23.,24.,27. soru) ve aşırı koruma-kontrol (29-33 arası sorular) şeklindedir. Toplam puan ölçeğin 28 maddelik ilk biçimi için 25-125 arasında, bu çalışmada kullanılan genişletilmiş altı bölümlü biçimi için ise 25-150 arasındadır. Daha yüksek puanlar daha çok çocukluk çağı travmalarının bulunduğu anlamına gelmektedir.

Son olarak, CTQ-33'ten inkâr (minimize etme) puanı hesaplanabilmektedir. Bu bağlamda, inkâr puanı için ilgili üç soru içerisinde (10.,16.,22. sorular) 10. soruya verilen yanıtın öncelikle ters çevrilmesi gerekmektedir. Ardından, her bir soru için en yüksek puanın (5 puan verilmesi) seçilmesi durumunda, 1 puan verilip, verilen tüm 1 puanların toplanması ile inkâr puanı elde edilmektedir. Bu şekilde, toplam inkâr puanı 0–3 arasında olabilmekte ve CTQ-33 toplam puanını etkilememekte, ayrı olarak hesaplanmaktadır (Şar, Necef, Mutluer, Fatih ve Türk-Kurtça, 2021).

Halihazırdaki çalışma travmaya yönelik daha kapsamlı veriye ulaşmak adına CTQ-33 ölçeğinin hemen ardına bu soruyu da eklemiştir: “Yukarıdaki sorular ışığında (fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar vb.) paylaşmak istediğiniz herhangi bir anı ya da eklemek istediğiniz herhangi bir detay ya da travma var ise lütfen yazınız.” Bu soruyu yanıtlamak zorunlu kılınmamış, katılımcılar kendi isteklerine göre yanıt vermiştir.

2.3.3. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu

DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu (bkz. Ek-7), DSM-5 kriterlerine göre genel belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla Amerikan

Psikiyatri Birliği (2013) tarafından geliştirilmiş bir öz-bildirim ölçeğidir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Çökmüş, Balıkçı, Aydemir ve DSM-5 Ölçek Çalışma Grubu tarafından 2017 yılında tamamlanmıştır ve ortaya çıkan bulgular Türkçe kullanım için geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir. Geçerlilik için yapı geçerliliği açıklayıcı faktör analizi kapsamında değerlendirilmiş, açıklayıcı faktör analizi için örneklem yeterliliği için Barlett katsayısı 3007.76 ($<.001$), Kaiser-Meier-Olkin katsayısı da .92 olarak saptanmıştır. Güvenilirlik analizleri için ise hem Belirti Tarama Listesi-90-Gözden Geçirilmiş (SCL-90-R) ile DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği'nin toplamlarının, hem de alt boyutlarının puanlarının iç tutarlılık analizleri gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin tamamı ile alt ölçeklerinin iç tutarlılığı .94 olarak saptanırken, madde toplam puan korelasyon katsayıları ise .30 ile .79 ($p<.001$) olarak bulunmuştur (Çökmüş ve ark., 2017). Bu bulgular kapsamında, ölçeğin oldukça iyi iç tutarlılığı olduğu bulgulanmıştır. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri .89 olmuştur.

Ölçek toplam 23 sorudan ve 13 alt alandan oluşmaktadır. Bu alt alanlar sırasıyla, I. Depresyon (2 soru), II. Öfke (1 soru), III. Mani (2 soru), IV. Anksiyete (3 soru), V. Somatik belirtiler (2 soru), VI. İntihar düşüncesi (1 soru), VII. Psikoz (2 soru), VIII. Uyku sorunları (1 soru), IX. Hafıza (1 soru), X. Tekrarlayan düşünce ve davranışlar (2 soru), XI. Dissosiyasyon (1 soru), XII. Kişilik (2 soru) ve XIII. Madde kullanımı (3 soru) şeklindedir.

Ölçek son iki haftayı değerlendirmekte olup, her soru 5'li likert tipi değerlendirme sağlamaktadır (0=Hiç; 1=Hafif, 1 veya 2 günden az; 2=Orta, birkaç gün; 3=İlımlı, günlerin yarısından çoğunda ve 4=şiddetli, neredeyse her gün). Madde kullanımı, intihar düşüncesi ve psikoz hariç, bir alt alan içindeki herhangi bir maddenin orta (2) veya daha fazla derecelendirilmesi bu alt alan için ek araştırma ve daha detaylı bir değerlendirmenin gerekli olup olmadığını belirlemek için yol göstermektedir (Çökmüş ve ark., 2017). Madde kullanımı, intihar düşüncesi ve psikoz için ise hafif (1) veya daha fazla derecelendirme, bu alan için ek araştırma ve daha detaylı bir değerlendirmenin gerekli olup olmadığına işarettir (Çökmüş ve ark., 2017).

2.3.4. WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm

WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm (bkz. Ek-8), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen, WHOQOL-100 olan orijinal ölçeğin 26 soruluk kısa sürümüdür. Türkçe uyarlama çalışmaları Eser, Fidaner, Fidaner, Eser, Elbi ve Göker tarafından 1999 yılında tamamlanmıştır. WHOQOL-BREF'in bazı sürümlerinde uluslara özgü özel sorular eklenmekte olup, Türkçe versiyonuna da “sosyal baskı” diye bir soru (27. soru) eklenmiştir. Eklenen bu soru ile Türkçe ulusal kısa sürümü toplam 27 sorudan oluşmaktadır. Bu hâliyle psikometrik özellikleri ile klinik kullanıma uygun görülmüş, geçerlilik ve güvenilirlik açısından da WHOQOL-100'e uygun bir alternatif olduğu saptanmıştır. Özellikle kronik hastalığı olanlara tedavi uygulayan uzmanların hastalarının tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitelerini belirleyebilmek konusunda uygun bir gereç olduğu ve tedavi girişimlerinin bu anket tarafından değerlendirilmesinin rahatsızlıklara yeni bir bakış açısı sağlayacağı bildirilmiştir (Eser ve ark., 1999).

Ölçek, yapı geçerliliği, eş zaman geçerliliği ve ayırt edici geçerlilik kapsamında kullanıma uygun görülürken, güvenilirlik değerlendirmeleri için iç tutarlılık ve test-tekrar-test kullanılmıştır. Gerçekleştirilen analizlerde ölçeğin iç tutarlılığının oldukça yüksek düzeyde olduğu saptanmış, Cronbach alfa değerleri bedensel alanda .83, ruhsal alanda .66, sosyal alanda .53 ve çevresel alanda .73 olarak bulunmuştur. Test-tekrar-test Pearson korelasyon katsayıları ise, her soru için .57 ile .81 arasında değişmiştir (Eser ve ark., 1999). Mevcut çalışmada ölçeğin tümünün Cronbach alfa değeri .89, ayrı ayrı alanların Cronbach alfa değerleri ise bedensel alan için .80, ruhsal alan için .79, sosyal alan için .68 ve çevresel alan için .76 olmuştur.

Ölçek bedensel alan (3.,4.,10.,15.,16.,17.,18. soru), ruhsal alan (5.,6.,7.,11.,19.,26. soru), sosyal alan (20.,21.,22. soru) ve çevresel alan (8.,9.,12.,13.,14.,23.,24.,25. soru) olmak üzere toplam dört alt alandan oluşmaktadır. Bedensel alan, “Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?”, “Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?”, “Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?”, “İş görme kapasitenizden ne kadar

hoşnutsunuz?” gibi günlük aktiviteler, ağrı, rahatsızlık canlılık, bitkinlik, uyku ve dinlenme ile ilgili sorulardan oluşurken, ruhsal alan “Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?”, “Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?”, “Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?”, “Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?”, “Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?”, “Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?” gibi olumlu ve olumsuz duygular, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama, beden imgesi ve dış görünüş ve benlik saygısına ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Sosyal alan ise “Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?”, “Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?”, “Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?” gibi sorular olmak üzere diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorular içermektedir.

Çevresel alan, “Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?”, “Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?”, “Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?” gibi bedensel güvenlik ve emniyet, ulaşım, maddi kaynaklar, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım imkânlarına erişim olanağı gibi durumları değerlendirmesi ve bu çalışmanın dışında olmaları kapsamında hipotezlere dâhil edilmemiştir.

Bu dört alt alana ek olarak, ölçekteki “Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?” şeklinde olan 1. soru ile yaşam kalitesi puanı, “Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?” şeklinde olan 2. soru ile genel sağlık puanı ve “Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?” şeklinde olan 27. soru ile sosyal baskı puanı elde edilmektedir.

Ölçekteki tüm sorular 5’li (1-5 arası) likert sorulardır ve bu kapsamda bedensel alanda alınabilecek puanlar 5-35 arasında, ruhsal alanda alınabilecek puanlar 5-30 arasında, sosyal alanda alınabilecek puanlar 5-15 arasında, çevresel alanda alınabilecek puanlar 5-40 arasında ve yaşam kalitesi, genel sağlık ve sosyal baskı sorularında alınabilecek puanlar 1-5 arasında olabilmektedir. Sosyal baskı puanında daha düşük puanlar, diğer tüm alanlarda ise, daha yüksek puanlar ilişkili alanda daha iyi olmaya işaret etmektedir. Türkiye’nin de aralarında olduğu 23 ülkeden, 12-97 yaş arası (%3’ü 12 yaş altı; $\bar{x}$ =45 yaş) toplam 11830 (%53’ü kadın) kişiye uygulanan ölçekte en yaygın olarak %43.4 kişinin yaşam kalitesi puanı 4 ve %39.6 kişinin genel

sağlık puanı 4 olarak saptanırken, sağlıklı olan bireylerin bedensel alanda ortalama 15.4 puan, bir tür rahatsızlığı olan bireylerin bedensel alanda ortalama 13.1 puan, sağlıklı olan bireylerin ruhsal alanda ortalama 14.8 puan, bir tür rahatsızlığı olan bireylerin ruhsal alanda ortalama 13.7 puan ve sağlıklı olan bireylerin sosyal alanda ortalama 14.8 puan, bir tür rahatsızlığı olan bireylerin de sosyal alanda ortalama 14.0 puan aldığı saptanmıştır (Skevington, Lofty ve O'Connell, 2004). Bu çalışmada, bir tür rahatsızlığı olan bireylerde en yaygın olan rahatsızlıklar ise şu şekilde bildirilmiştir: %17'sinde kanser, %11'inde şeker hastalığı, %11'inde depresyon, %11'inde kalp rahatsızlığı ve %11'inde kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları (Skevington, Lofty ve O'Connell, 2004).

Ölçeğin puanlaması, WHOQOL Türkiye Grup tarafından yapıldığından, bu çalışmada WHOQOL-BREF (TR) ölçeğinden elde edilen veriler WHOQOL Türkiye Merkezi'ne gönderilmiş ve WHOQOL Türkiye Grup tarafından iletilen veriler çalışmanın analizlerinde kullanılmıştır.

2.3.5. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği – Kısa Form (DASS-21)

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, S. H. Loviband ve P. H. Loviband (1995) tarafından depresyon, anksiyete ve stresin belirtilerini hem klinik örneklemede hem de normal örnekleme uygun bir biçimde ölçmek amacıyla, 42 sorudan oluşan bir öz-bildirim ölçeği olarak geliştirilmiştir. Bu versiyon, daha sonra 21 sorudan oluşan kısa forma dönüştürülmüştür. Bu çalışmada da 21 sorudan oluşan bu kısa formu kullanılmıştır. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Türkçe kısa formunun (bkz. Ek-9) geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını tamamlayan Yılmaz, Boz ve Arslan (2017) Türkçe kısa formunun geçerli ve güvenilir bir yapıya sahip olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada, geçerlilik için Doğrulayıcı Faktör Analizi ile yapı geçerliliği test edilmiş ve ölçeğin faktör yüklerinin .41 ile .81 arasında değiştiği, güvenilirlik katsayılarının da .755 ile .822 arasında değiştiği ortaya çıkmıştır. Bu bulgulara dayalı olarak ölçekte yapı geçerliliğinin sağlandığı bildirilmiştir. Güvenilirlik için ise, iç tutarlılık kullanılmış ve ölçeğin Cronbach alfa değerlerinin oldukça yüksek çıktığı ortaya çıkmıştır (depresyon için .80, anksiyete için .81 ve stres için .75). Mevcut çalışmadaki Cronbach alfa değerleri depresyon için .90, anksiyete için .84 ve stres için .90 olarak saptanmıştır.

Ölçekte depresyon, anksiyete ve stres olmak üzere üç alt boyut bulunmakta ve her alt boyut 7 soru üzerinden hesaplanmaktadır. Depresyon alt boyutunu 2.,6.,8.,11.,14.,16. ve 21. soru, anksiyete alt boyutunu 1.,3.,10.,13.,15.,19. ve 20. soru ve stres alt boyutunu da 4.,5.,7.,9.,12.,17. ve 18. soru oluşturmaktadır. Ölçekte yer alan her soru belirtinin şiddetine göre 4'li likert üzerinden değerlendirilmektedir (0=Hiçbir zaman, 1=Bazen ve arasıra, 2=Oldukça sık, 3=Her zaman). Dolayısıyla, her alt boyutta minimum 0 maksimum 21 puan alınabilmektedir. Daha yüksek puanlar ilişkili alt boyut belirtilerinde daha şiddetli bir tablonun göstergesi olarak yorumlanmaktadır (Yılmaz, Boz ve Arslan, 2017). Şiddeti değerlendirmek için ortaya çıkan puanlar iki ile çarpılmalıdır. Bu kapsamda, depresyon için 0-9 puan arası normal, 10-13 puan arası hafif, 14-20 puan arası orta, 21-27 puan arası ileri, 28+ puan çok ileri şiddet olarak, anksiyete için 0-7 puan arası normal, 8-9 puan arası hafif, 10-14 puan arası orta, 15-19 puan arası ileri, 20+ puan çok ileri şiddet olarak, stres için de 0-14 puan arası normal, 15-18 puan arası hafif, 19-25 puan arası orta, 26-33 puan arası ileri, 34+ puan çok ileri şiddet olarak yorumlanmaktadır (Yılmaz, Boz ve Arslan, 2017).

2.3.6. Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (ÇBPIÖÖ)

Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (bkz. Ek-10), Ryff'in çok boyutlu iyi oluş modeli (çevresel hâkimiyet, insanlarla olumlu ilişkiler, kendini kabul, kişisel gelişim, özerklik, yaşam amacı) üzerinden geliştirilen, yetişkinlere uygulanan ve altı alt boyutu bulunan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin orijinal versiyonu her bir alt boyut için 20 sorudan oluşurken, daha sonra Ryff ve Keyes (1995) her bir alt boyut için 20 sorudan 3'er soru seçerek ölçeğin kısa versiyonunu geliştirmiştir. Bu sayede, kısa form altı alt boyutta 3'er soru şeklinde toplam 18 sorudan oluşturulmuştur. Bu çalışmada ölçeğin kısa versiyonu kullanılmıştır. İmamoğlu (2004) tarafından ölçek Türkçe'ye uyarlanmış olup, yapı geçerliliği Doğrulamalı Faktör Analizi ve Açıklayıcı Faktör Analizi kapsamında, güvenilirliği de Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı ile değerlendirilmiştir. Faktör analiz sonuçları ölçeğin Türkçe kullanıma uygun olduğunu gösterirken, ölçeğin Cronbach alfa değerinin .79 olduğu bildirilmiştir (İmamoğlu, 2004). Mevcut çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa değeri .73 olarak saptanmıştır.

Ölçekte her bir soru 5'li likert üzerinden değerlendirme sunmaktadır (1=Hiç katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen

katılıyorum). Her alt boyut için en az 3 en fazla 15 puan alınabilmekte ve çevresel hâkimiyet, insanlarla olumlu ilişki, kendini kabul, kişisel gelişim ve özerklik için yüksek puanlar daha iyi psikolojik iyi oluşa işaret ederken, yaşam amacı alt boyutunda düşük puanlar daha iyi psikolojik iyi oluşa işaret etmektedir. Ölçeğin 1.,5.,7.,9.,12.,13.,15. ve 18. soruları ters kodlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve ilişkili soruları şu şekildedir: çevresel hâkimiyet (4.,5., 6. soru), insanlarla olumlu ilişki (13.,14.,15. soru), kendini kabul (10.,11.,12. soru), kişisel gelişim (16.,17.,18. soru), özerklik (1.,2.,3. soru) ve yaşam amacı (7.,8.,9. soru). Türkiye’de ölçeğin 400 ilâ 700 katılımcıya uygulandığı çalışmalarda katılımcıların aldıkları ortalama puanlar, çevresel hâkimiyet alt boyutunda ortalama 10.0 ± 2.1 ile 10.2 ± 2.0 puan, insanlarla olumlu ilişki alt boyutunda ortalama 10.9 ± 2.6 ile 11.0 ± 2.5 puan, kendini kabul alt boyutunda ortalama 10.6 ± 2.2 ile 11.4 ± 1.9 puan, kişisel gelişim alt boyutunda ortalama 12.0 ± 2.2 ile 12.4 ± 2.2 puan, özerklik alt boyutunda ortalama 10.5 ± 1.8 ile 10.8 ± 1.9 puan ve yaşam amacı alt boyutunda ortalama 10.7 ± 2.2 ile 11.5 ± 2.0 puan şeklinde olmuştur (Göcen, 2012; Devran, 2018; Ulu, 2018).

2.3.7. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği – Kısa Form (DDGÖ-16)

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Gratz ve Roemer (2004) tarafından duygu düzenleme güçlüklerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Orijinal versiyonu 36 sorudan oluşmaktadır ve Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Rugancı ve Gençöz (2010) tarafından yapılmıştır. Çalışmada kullanılan ve toplam 16 sorudan oluşan kısa formunun (bkz. Ek-11) geliştirilme süreci, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ise Yiğit ve Güzey-Yiğit (2019) tarafından tamamlanmıştır. Ölçeğin geçerliliği, yapı geçerliliği ve yordama geçerliliği kapsamında değerlendirilmiştir. Yapı geçerliliği için Doğrulayıcı Faktör Analizi kullanılmıştır. Güvenilirlik için ise, ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı .92 olarak hesaplanmış, test-tekrar-test güvenilirliği ise .83 ve iki yarım test güvenilirliği .88 olarak bulunmuştur (Yiğit ve Güzey-Yiğit, 2019). Ortaya çıkan bulgular, DDGÖ-16’nın duygu düzenleme güçlüğü ölçmek için Türkçede geçerli ve güvenilir bir öz-bildirim ölçeği olduğunu ortaya koymuştur (Yiğit ve Güzey-Yiğit, 2019). Hâlihazırdaki çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri .96 olarak saptanmıştır.

Ölçeğin her bir sorusu 5’li likert değerlendirme sunmaktadır (1=Hemen hemen hiç %0-%10, 2=Bazen %11-%35, 3=Yaklaşık yarı yarıya %36-%65, 4=Çoğu zaman %66-%90, 5=Her zaman %91-%100) ve ters kodlanan sorusu bulunmamaktadır. Ölçekte en düşük 16, en yüksek 80 puan alınabilirken, daha yüksek puanlar duygu düzenleme güçlüğüne daha fazla olduğuna işaret etmektedir (Yiğit ve Güzey-Yiğit, 2019). Ölçeğin 18-28 yaş arası, 316 lisans öğrencisine uygulandığı bir çalışmada (%53.5’i kadın, %46.5’i erkek), kadınların ortalama 41.26 ± 13.32 puan aldığı gözlenmiştir (Yiğit ve Güzey-Yiğit, 2019).

2.3.8. Duygusal Tepkisellik Ölçeği (DTÖ)

Duygusal Tepkisellik Ölçeği (bkz. Ek-12), Nock, Wedig, Holmberg ve Hooley (2008) tarafından bireylerin duygusal tepkisellik düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Seçer, Halmatov ve Gençdoğan (2013) tarafından yapılmıştır. Geçerlilik için yapı geçerliliği kullanılmış ve Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulamalı Faktör Analizi ile incelenmiştir. Bu analizlerde ölçeğin üç faktörlü yapısının doğrulandığı ortaya çıkmıştır. Güvenilirlik için uygulanan analizlerde, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .82, iki yarı güvenilirlik katsayısı .81 ve test-tekrar-test güvenilirliği .83 olarak saptanmıştır. Madde toplam korelasyonlarının ise .31 ile .49 arasında değiştiği görülmüştür. Sonuç olarak, Türk toplumunda duygusal tepkisellik üzerine yapılacak olan araştırmalarda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu rapor edilmiştir (Seçer, Halmatov ve Gençdoğan, 2013). Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri .92 olarak saptanmıştır.

Üç faktörlü yapı gösteren ölçeğin, dayanıklılık, hassasiyet ve tepkisellik şeklinde üç alt boyutu bulunmakta ve toplam 17 sorudan oluşmaktadır. Dayanıklılık 11., 12.,13.,14.,15.,16. ve 17. soru ile, hassasiyet 1.,2.,3.,4. ve 5. soru ile, tepkisellik de 6.,7.,8.,9. ve 10. soru ile hesaplanmaktadır. Her bir soru 4’lü likert tipi değerlendirme sağlamakta (4=Hiç katılmıyorum, 3=Katılmıyorum, 2=Katılıyorum, 1=Tamamen katılıyorum) olup, dayanıklılık için toplam puan 7-28 puan arası, hassasiyet için toplam 5-20 puan arası ve tepkisellik için toplam 5-20 puan arası alınabilmektedir. Bu alt boyutlarda alınan yüksek puanlar hassasiyet ve tepkiselliğin düşük, dayanıklılığın ise yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Seçer, Halmatov ve Gençdoğan, 2013). Türkiye’de 18-64 yaş arası ($\bar{x}=31.04$ yaş), 339 bireye (%61.95’i

kadın, %27.73'ü erkek) uygulanan ölçekte, kadınların dayanıklılık alt boyutunda ortalama 13.38 ± 2.91 puan, hassasiyet alt boyutunda ortalama 15.41 ± 3.08 puan ve tepkisellik alt boyutunda da ortalama 16.34 ± 4.51 aldıkları ortaya çıkmıştır (Teyfur, 2023).

2.3.9. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ)

Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (bkz. Ek-13), sıkıntıya dayanma kapasitesindeki kişisel farklılıkları ölçmek için Simons ve Gaher (2005) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Sargın, Özdel, Utku, Kuru, Yalçınkaya-Alkar ve Türkçapar (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinal versiyonunda dört faktörlü bir yapı bulunmakta iken, Türkçe uyarlama çalışmasında dikkat çelinmesi alt boyutunun, tolerans alt boyutu içerisinde ifade edilebileceğine kanaat getirilmiş ve bu sayede, özyeterlilik, regülasyon ve tolerans olmak üzere üç faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır (Sargın ve ark., 2012). Geçerliliği, yapı geçerliliği ve uyum geçerliliği ile değerlendirilmiştir. Yapı geçerlilik analizlerinde ölçeğin üç faktörlü yapısının ortak varyansının .449 ve .799 arasında değiştiği ve uyum geçerliliği için kullanılan üç farklı ölçeğin alt boyutları ile SDÖ'nün alt boyutları ile korelasyonlarının .05 düzeyinde anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır. Güvenilirlik için iç tutarlılık ve test-tekrar-test analizleri gerçekleştirilmiştir. Cronbach alfa değerleri özyeterlilik alt boyutu için .64, regülasyon alt boyutu için .80 ve tolerans alt boyutu için .90 olarak bulunmuş ve SDÖ'nin yeterli düzeyde güvenilirlik değerine sahip olduğu saptanmıştır. Bu kapsamda, üç faktörlü yapısıyla Türkçe kullanıma uygun olduğu bildirilmiştir (Sargın ve ark., 2012). Mevcut çalışmada Cronbach alfa değerleri özyeterlilik alt boyutu için .68, regülasyon alt boyutu için .83, tolerans alt boyutu için .92 olarak saptanmıştır.

Ölçekte toplam 15 soru bulunmakta ve her bir soru 5'li likert tipi değerlendirme (1=Tamamen katılıyorum, 2=Oldukça katılıyorum, 3=Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4=Pek katılmıyorum, 5=Hiç katılmıyorum) sunmaktadır. Özyeterlilik 6., 7. ve 9. soru üzerinden, regülasyon 8.,13. ve 14. soru üzerinden, tolerans da 1.,2.,3.,4.,5.,10.,11.,12. ve 15. soru üzerinden hesaplanmaktadır. Bu kapsamda, özyeterlilik ve regülasyon alt boyutlarında 3-15 arası puan alınabilirken, tolerans alt boyutunda 9-45 arası puan alınabilmektedir. Tüm alt boyutlarda alınan yüksek puanlar daha iyi sıkıntıya dayanma yetisine işaret etmektedir (Sargın ve ark., 2012).

Özyeterlilik; bireyin tek başına baş etme kapasitesindeki yeterlilik düzeyini (Örn. soru: “Sıkıntılı ya da üzgün olmaya diğer birçok kişi kadar katlanabilirim”; “Diğer insanlar sıkıntılı veya üzüntülü hissetmeye benden daha çok dayanıyor gibiler”), regülasyon; bireyin olumsuz duygulardan kaçınma ya da onlarla baş etmedeki sıkıntı seviyesini (Örn. soru: “Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde hemen bir şeyler yapmalıyım”; “Sıkıntılı ya da üzgün hissetmemek için her şeyi yaparım”) , tolerans da bireyin sıkıntı ve bu sıkıntının ortaya çıkardığı sonuçları felaketleştirme seviyesini (Örn. soru: “Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde tek düşünebildiğim ne kadar kötü hissettiğimdir”; “Sıkıntılı ya da üzgün hissetmenin üstesinden gelemem”) değerlendirmektedir (Sargın ve ark., 2012).

Türkiye’de, 20-55 yaş arası ($\bar{x}$ =27.45 yaş), 240 (%77.5’i kadın) sağlık çalışanına uygulanan bir çalışmada, kadınların ortalama özyeterlilik puanları 10.12 ± 2.18 puan, ortalama regülasyon puanları 8.75 ± 2.74 puan ve ortalama tolerans puanları 29.25 ± 8.08 puan olarak saptanmıştır (Küçük, 2022). Sporcularla gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, 217 kadın sporcunun ($\bar{x}$ =26.25 yaş) özyeterlilik puanlarının ortalama 10.92 ± 2.36 puan, regülasyon puanlarının ortalama 8.30 ± 2.97 puan ve tolerans puanlarının ortalama 30.32 ± 7.99 puan olduğu ortaya çıkmıştır (Birgün, 2021). Esrar kullanımı olan 18-55 yaş arası ($\bar{x}$ =29.59 yaş) bireylerle gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise, bireylerin ortalama özyeterlilik puanları 10.39 ± 2.73 puan, ortalama regülasyon puanları 9.30 ± 3.61 puan ve ortalama tolerans puanları 30.70 ± 8.27 puan olarak saptanmıştır (Udum, 2018).

2.3.10. Memnuniyet ve Öneri Formu

Memnuniyet ve öneri formu çalışma sürecini değerlendirmek üzere tüm katılımcılara 14 hafta üzerinde gerçekleştirilen 14-oturumluk uygulama sürecinden 2 ay sonra iletilen ankettir. Bu bağlamda, deneysel işlemlerin uygulandığı tarihlerden 2 ay sonrası olacak şekilde, deney ve kontrol gruplarına 21 – 28 Şubat 2022 haftasında, bekleme listesi gruplarına da 6 – 13 Ağustos 2022 haftasında iletilmiştir. Bu formu doldurmak zorunlu kılınmamış, isteğe göre doldurma seçeneği sunulmuştur. Aynı zamanda, formların kimin doldurduğunun gizliliği için anonim doldurulabilen Google Doküman olarak tüm katılımcılara iletilmiştir. Toplam dört sorudan oluşan bu anketin, bir sorusu likert tipi soru, diğer üç sorusu ise açık uçlu soru olarak hazırlanmıştır. Tüm

sorular sırasıyla aşağıda verilmiş ve Google Döküman versiyonu ekler bölümünde sunulmuştur (bkz. Ek-14).

1. Terapi sürecine ilişkin memnuniyetinize lütfen 0 ile 10 arasında bir puan veriniz. (0=hiç memnun değil, 10=çok memnun),

2. Terapi sürecinde anlatılan konular arasında en fayda gördüğünüz içerik ya da içerikler nelerdi?

3. Terapi sürecinin etkisi ile hayatınızda herhangi bir değişim oldu mu?

4. Terapi sürecine ilişkin paylaşmak istediğiniz herhangi başka bir şey var ise lütfen yazınız.

2.4. İŞLEM

Deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarından oluşan bu çalışmada, her bir gruba çalışmanın hipotezlerini test etmek amacı ile farklı deneysel işlemler uygulanmıştır. Bu bölümde, öncelikle deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarına uygulanan deneysel işlemler, ardından da deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının oluşturulma süreci detaylandırılacaktır.

2.4.1. Deney Grubuna Uygulanan İşlemler

Bu çalışmada, deney grubunda olan katılımcılara, her biri yaklaşık 120 dakika süren, 14-oturumluk DDT-BE uygulanmıştır. Oturumlar her hafta aynı gün ve saatte bir oturum şeklinde düzenlenmiş ve kontrol grupları ile eş-zamanlı olarak 27 Eylül 2021 – 27 Aralık 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Tüm oturumlar araştırmacının liderliğinde, Zoom mecrası üzerinden online yürütülmüştür. Bu bölümde, deney grubuna uygulanan bu 14-oturumluk deneysel işlemin geliştirilme süreci, amacı ve genel özellikleri, oturumların genel akışı, grup kuralları ve son olarak da oturumların içerikleri detaylandırılacaktır.

2.4.1.1. Geliştirilme Süreci

Bu çalışmanın DDT-BE geliştirilmeden önce araştırmacı DDT alanında uzman olan tez danışmanı tarafından DDT eğitimi almış ve spesifik olarak bir DDT odaklı grup beceri eğitiminin tez danışmanının süpervizyonu ile tamamlamıştır. Bu süreçte DDT'nin terapi yaklaşımını, bireye bakış açısını, ilkelerini ve grup beceri eğitim

sürecini öğrenmiş olmakla birlikte, DDT temelli çok sayıda terapi uygulaması ve yapılandırılmış programlar incelemiştir. Bu çalışmaya bu zemin ile başlamış, çalışmanın DDT-BE'nin geliştirilmesi için DDT'nin hangi modül ve aktivitelerinin öncelenmesini saptamak adına Haşimoto hastalığı olan kadınların ihtiyaçlarına yönelik detaylı incelemeler yapmıştır.

Bu beceri eğitiminin geliştirilmesinin tüm süreci boyunca araştırmacı gerek tez danışmanı gerekse alanla ilgili diğer öğretim üyeleriyle her zaman bağlantılı olmaya ve sistemli bir çalışma izlemeye özen göstermiştir. Uygulama başlamadan önce de araştırmacı, tez danışmanına hazırlanan programı son bir kez inceletmiş, gerekli düzeltme ve eklemeleri yapmış ve Haşimoto hastalığı olan kadınlar için hazırlanan DDT-BE'ni uygulamaya hazır hâle getirmiştir. Çalışmanın literatür bölümünde detaylandırılan bulgular çerçevesinde bu hasta grubunun özellikle farkındalık ve duygu düzenleme becerilerinden faydalanabilecekleri düşünülmüştür. Aynı zamanda, Haşimoto hastalığının kronik bir rahatsızlık olması çerçevesinde bu hasta grubunun kişilerarası etkililik ve stres toleransı becerilerinden de faydalanabilecekleri kanısına ulaşılmıştır. Farkındalık, duygu düzenleme, kişilerarası etkililik ve sıkıntıya dayanma şeklinde genel modüllere karar verilmesine ek olarak, farkındalık aktivitelerinin ne olacağı ve modüllerin içerisinde hangi bildiri ya da alıştırma kağıtlarının önemsendiği de çok detaylı incelemeler sonucunda oluşturulmuştur. Örneğin, depresyon ve anksiyete bozukluklarının bu hasta grubunda en sık rastlanan rahatsızlıklar olması literatürde saptanmış olması dolayısıyla, farkındalık aktivitelerinde hem depresyonu azaltacak aktivitelerin dâhil edilmesi, hem de anksiyetenin bedene olan izlerini azaltacak gevşeme egzersizlerinin dâhil edilmesi önemsemiştir. Bu inceleme süreciyle eş zamanlı olarak oluşturulan DDT-BE'nin araştırmanın bağımlı değişkenleri olan yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres, çok boyutlu psikolojik iyi oluş, duygu düzenleme güçlüğü, duygusal tepkisellik ve sıkıntıya dayanma ile ilişkili olması da dikkate alınmıştır.

Son olarak, hastalığın etiyolojisinde travmanın önemine literatürde vurgu yapıldığı için, hâlihazırdaki çalışmada travma odaklı terapi yapılmamış olsa da, travmayı iyileştirebilecek unsurların dâhil edilmesi önemsenmiştir. Bu bağlamda, öncelikle DDT-BE modüllerinin biyososyal kuram bölümüne hastalığın etyolojisine

yönelik psikoeğitim entegre edilmiş ve literatürde saptandığı gibi Haşimoto hastalığının sadece genlerden kaynaklı olmadığı, travma ve çevrenin de rol oynadığı anlatılmıştır. Bu kapsamda, katılımcıların hayatlarındaki travmanın rahatsızlıklarındaki yerine yönelik bilgiyi ve rahatsızlıklarını yönünü değiştirmede ellerindeki gücü kazanmaları amaçlanmıştır. İkincil olarak, travma yalnızca geçmişe sıkışıp kalmak değil, şimdiki zamanda tam olarak yaşamı sürdürememe problemi olarak tanımlanmaktadır (Van Der Kolk, 2021, s.221). Öyle ki, literatürde travmatik anıların baskın olmasının nedenlerinin birinin de bireylerin içinde bulundukları zamanı tam olarak yaşayamamalarından kaynaklandığı ve travmanın iyileşmesi için bireylerin güvenli bir şekilde şimdiki zamanda kalmalarına yardım edilmesi gerektiği vurgusu yapılmıştır (Van Der Kolk, 2021, s.73). Bu bağlamda, hâlihazırdaki çalışma için önemsenen farkındalık aktiviteleri sadece depresyon ve anksiyete belirtileri düşünülerek tasarlanmamış, çalışmaya katılan katılımcıların travmatik anıları da düşünülerek tasarlanmış, şimdi de kalmaları oldukça teşvik edilmiştir. Örneğin, çalışmanın farkındalık aktivitelerine dâhil edilen dans ve müzik aktiviteleri, travma literatüründe kişilerarası ritme, içsel farkındalığa ve ses ve yüz iletişimi ile ilintili olarak bireyleri savaş ve kaç durumundan çıkartıp, tehlikeyi yeniden değerlendirmelerine ve ilişki sürdürme kapasitelerini geliştirmeye yardım ettiği saptanmıştır (Van Der Kolk, 2021, s.86).

2.4.1.2. Amacı ve Genel Özellikleri

Bu çalışmada, Haşimoto hastalığı olan kadınlara uygulanan DDT-BE'nin amacı öncelikle bu hasta grubuna kendilerine benzer birçok başka bireyle bir arada olma imkânını grup ortamı ile sağlamak olmuştur. Bu şekilde, katılımcıların Haşimoto isminin getirmiş olabileceği şaşkınlığı biraz atmaları ve kendilerine benzer başka bireylerin de olduğunun hissettirilmesi temenni edilmiştir (Yalçın ve ark., 2017). Bunu yan sıra, farkındalık tekniğinin stres yönetimi, depresyon, anksiyete ve strese karşı literatürde saptanan faydaları ile ilişkili olarak farkındalığın çok güçlü bir şekilde vurgulanması ve katılımcılara kazandırılması hedeflenmiştir. Bu bağlamda, çalışmanın DDT-BE'nin genel özellikleri arasında katılımcıların uygulamanın gerçekleştiği süre zarfında kendilerine benzer birçok birey ile beraber, anlaşıldıkları hissettiren bir sıcaklık içerisinde, bolca farkındalık deneyimlerinin olması bulunmuş

ve bu hedef ile uyumlu olarak toplam yirmi yedi adet farkındalık aktivitesi katılımcılarla beraber gerçekleştirilmiştir.

Çalışma için tasarlanan DDT-BE'nin diğer amacı ise Haşimoto hastalığının ortaya çıkardığı en büyük zorluklarla baş etme becerileri kazandıracak ve bu sayede katılımcıların yaşam kalitelerini artıracak beceri ve aktivitelerin öncelenmesi olmuştur. Bu bağlamda, birçok araştırma bu hasta grubu için duygu düzenleme becerilerinin ihtiyacını vurgulamış olması çerçevesinde duygu düzenleme becerilerine altı oturum olmak üzere, en yüksek oturum sayısı tahsis edilmiştir. Benzer şekilde, uygulamaya dâhil edilen diğer tüm modüllerde, DDT-BE'nin sunduğu tüm bildiriler arasında Haşimoto hastalığının etkilerine faydalı olacak bildiriler öncelenmiştir. Bu bağlamda, Haşimoto hastalığının kronik bir rahatsızlık olması ve bazen ek otoimmün rahatsızlıklarının eşlik etmesi ile ilişkili olarak örneğin tüm DDT sıkıntıya dayanma becerileri arasında gerçeği kabullenme becerisini kazandırmak sıkıntıya dayanma oturumlarının en başına yerleştirilmiştir.

2.4.1.3. Oturumların Genel Akışı

Haşimoto hastalığı olan kadınlar için tasarlanan DDT-BE'nde oturumların genel akışı şu şekilde olmuştur: 1) Katılımcılara katılacakları oturumun Zoom linki iletilmiştir. 2) Oturumlar hep belirlenen vakitte ve tam zamanında başlamıştır. 3) Her oturuma farkındalık aktivitesi ile başlanmıştır. Giriş farkındalığını olabildiğince tüm katılımcıların katılmasını sağlamak adına araştırmacı ilk 3 ilâ 5 dakika gruptaki katılımın tamamlamasını beklemiştir. Bu 3 ilâ 5 dakikada da Zooma katılım sağlayan katılımcılarla konuşmuş, katılımcıların birbirleri ile konuşmasını da teşvik edecek sıcaklığı sağlamaya çalışmıştır. 4) Farkındalık aktivitesinin ardından, farkındalık aktivitesinin deneyimine yönelik paylaşım yapma fırsatı verilmiştir. Bu şekilde her oturum giriş farkındalık aktiviteleri 10 dakika kadar sürmüştür. 5) Geçen oturumun konusu üzerinden kısa bir özet araştırmacı tarafından yapılmış ve akabinde araştırmacı tarafından ödev kontrolü istekli olan katılımcılar ile beraber gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı tüm katılımcıların çalışma sürecinde en az bir kere ödev kontrolü aşamasında aktif olmasına dikkat etmiş ve bunu sağlamak adına daha pasif olan katılımcıları sahneye almaya özen göstermiştir. Bu şekilde gerçekleştirilen ödev kontrolleri her oturum 40 ilâ 50 dakika arasında devam etmiştir. 6) Ödev

kontrollerinde sonra 10 dakikalık kısa mola verilmiştir. Molada Zoom kapatılmamış sadece araştırmacı ekranında görüntü ve ses opsiyonunu kapalı tutmuştur. Dileyen katılımcılar Zoom'dan çıkmış, diğer katılımcılar ise araştırmacıya benzer olarak görüntülerini ve seslerini kapatmış, ya da bazen birbirleri ile bazı katılımcılar konuşmuştur. Bu süre zarfının kullanımını katılımcılara bırakmıştır. 7) Mola süresi bitince araştırmacı tekrar ses ve görüntüsünü açmış ve akabinde o günkü oturumun konusunu anlatmak üzere bizzat hazırladığı powerpoint sunumu ekran görüntüsü olarak paylaşmış ve o günün konusunu sunum üzerinden anlatmıştır. Araştırmacı her oturum için bu şekilde sunum hazırlamış olup, bir oturum için hazırladığı sunumun örneğini ekler bölümüne koymuştur. (bkz. Ek-15) Yeni konu anlatımı 40 ilâ 50 dakika arasında sürmüştür, konu anlatımı süre zarfında da araştırmacı ara ara durup katılımcıların anlamadıkları bir kısım olup olmadığını sormuş, sorulan soruları hep yanıtlamıştır. 8) Yeni konunun anlatımının ardından, gelecek oturuma kadar olan ödev araştırmacı tarafından tüm katılımcılara anlatılmış ve ödev ile ilişkili alıştırmalar kağıtlarının onlara mobil iletişim programı üzerinden iletileceği bilgisi verilmiştir. 9) Kapanış farkındalık aktivitesi gerçekleştirilmiş ve tekrar farkındalık deneyiminin etkileri ile ilişkili kısaca konuşulmuştur. Oturumların bu kısmı da 5 ilâ 10 dakika sürmüştür. 10) Araştırmacı tüm katılımcılara veda ederek, katılımcılar da birbirleri ile veda ederek, haftaya görüşme temennisi ile oturum sonlandırılmıştır. 11) Ödevler ile ilişkili alıştırmalar kağıtları mobil iletişim programı üzerinden katılımcılara iletilmiştir. Bu şekilde, her oturum 120 dakika kadar sürmüştür.

2.4.1.4. Oturumlar ve İçerikler

Bu çalışma için hazırlanan ve uygulanan DDT-BE toplam 14 oturumdan oluşmuştur. Oturumlar her hafta bir oturum olmak üzere ardışık 14 hafta boyunca gerçekleştirilmiştir. Oturumların üçünde zincir analizi ve farkındalık becerileri, altısında duygu düzenleme becerileri, üçünde kişilerarası etkililik becerileri ve ikisinde de sıkıntıya dayanma becerileri olmak üzere toplam altmış sekiz bildiri ve yirmi yedi farkındalık aktivitesi içermiştir. Oturumlar ve içerikleri Tablo 4'te detaylandırılmıştır.

Tablo 4.

Haşimoto Hastalığı olan Kadınlar için DDT-BE Oturumları (her biri 120 dakika şeklinde)

Hafta	Modül	Uygulanan Farkındalık Egzersizleri ve Öğretilen Beceriler
1	Oryantasyon ve Zincir Analizi	<i>Giriş:</i> Tanışma ve Grup Kuralları <i>Beceriler:</i> DDT-BE'nin amaçları; Herhangi bir sorunu çözme seçenekleri; DDT-BE için kılavuz; DDT-BE varsayımları; Biyososyal kuram; Davranış analizi; Zincir analizi. <i>Kapanış Farkındalık:</i> Farkındalıkla oturduğunuz zemini hissetme aktivitesine katılmak.
2	Zincir Analizi ve Farkındalık	<i>Giriş Farkındalık:</i> Farkındalıkla deneyime dâhil olmak – boyun egzersizi. <i>Beceriler:</i> Zincir analizi – örneklerle pratik; Farkındalığın tanımı; Bilge akıl – Zihninin hâlleri; Zihninizi Kavrayın – “Ne” becerileri. <i>Kapanış Farkındalık:</i> Farkındalıkla son harfle başlayan kelime üretme oyununu oynamak.
3	Zincir Analizi ve Farkındalık	<i>Giriş Farkındalık:</i> Yüze farkındalıkla dokunmak. <i>Beceriler:</i> Zincir analizi – örneklerle pratik; Zihninizi kavrayın – “Nasıl” becerileri; Yargılamayan bir duruş nasıl alınır?; Orta yolu yürümek. <i>Kapanış Farkındalık:</i> Farkındalıkla müzik dinlemek.
4	Duygu Düzenleme	<i>Giriş Farkındalık:</i> Farkındalıkla bir objeye dokunmak ve yargılarını fark etmek. <i>Beceriler:</i> Duygu düzenlemenin hedefleri; Duygunun etkileri; Duygular ve ilgili mitler. <i>Kapanış Farkındalık:</i> Farkındalıkla su içmek.
5	Duygu Düzenleme	<i>Giriş Farkındalık:</i> Farkındalıkla gülümsemek ve bedenine yaptığı etkiyi fark etmek. <i>Beceriler:</i> Duyguları tanımlama yolları; Duyguları tanımlama modeli. <i>Kapanış Farkındalık:</i> Adım adım duyumsal farkındalık – saçlarının köklerini, kulaklarını ve boynunu fark etmek.

6	Duygu Düzenleme	<i>Giriş Farkındalık:</i> Farkındalıkla deneyime dâhil olmak – dans hareketleri yapmak. <i>Beceriler:</i> Duygu gerçeklerle uyumlu mu?; Duyguyu yaşamak etkili mi? <i>Kapanış Farkındalık:</i> Farkındalıkla deneyime dâhil olmak – dalga çizimi ile nefes egzersizi.
7	Duygu Düzenleme	<i>Giriş Farkındalık:</i> Farkındalıkla dinlemek – sağ taraftan, sol taraftan, yukarıdan ve aşağıdan gelen sesleri dinlemek. <i>Beceriler:</i> Karşıt eylem ve problem çözme tanımlama; Karşıt eylem – örneklerle pratik. <i>Kapanış Farkındalık:</i> Farkındalıkla deneyime dâhil olmak – kabule açık eller.
8	Duygu Düzenleme	<i>Giriş Farkındalık:</i> Yargılamadan bir duruş alarak göbek bölgesine farkındalıkla dokunmak. <i>Beceriler:</i> Problem çözme – örneklerle pratik; Yaşamaya değer bir hayat inşa etmek: Kısa vade ve uzun vade. <i>Kapanış Farkındalık:</i> Adım adım duyumsal farkındalık – omuzlarının kollarını tuttuğunu hissederek, kollarını bırak, tutma, bez bebek hissi olana kadar.
9	Duygu Düzenleme	<i>Giriş Farkındalık:</i> Farkındalıkla deneyime dâhil olmak – kolla yarım daire egzersizi. <i>Beceriler:</i> Yaşamaya değer bir hayat inşa etmek: uzun vade örneklerle pratik; Yeterlilik geliştirmek; Zor durumlarla önceden nasıl başa çıkılır? <i>Kapanış Farkındalık:</i> Adım adım duyumsal farkındalık – Vücutta ağrıyan bir yeri hisset, sonra ağrımayan bir yeri hisset, sonra ağrımayan yerdeki hisleri ağrıyan yere doğru yaymak.
10	Kişilerarası Etkililik	<i>Giriş Farkındalık:</i> Farkındalıkla deneyime dâhil olmak – Sev Kardeşim şarkısını grupla beraber karaoke. <i>Beceriler:</i> Kişilerarası etkililiğin amaçları; Kişilerarası etkililiği engelleyen faktörler; Hedef, ilişki ve öz-saygıyı etkileyebilecek mitler.

		<i>Kapanış Farkındalık:</i> Farkındalıkla gözlemlemek – gösterilen dağ evi fotoğrafına bakmak ve neler hissettirdiğini fark etmek.
11	Kişilerarası Etkililik	<i>Giriş Farkındalık:</i> Farkındalıkla gözlemlemek – telefondaki bir şahsi fotoğrafını farkındalıkla gözlemlemek ve yargılarını izlemek. <i>Beceriler:</i> Kişilerarası durumlarda hedefleri netleştirmek; DEAR-MAN, GIVE ve FAST teknikleri. <i>Kapanış Farkındalık:</i> Farkındalıkla deneyime dâhil olmak – bel egzersizi.
12	Kişilerarası Etkililik	<i>Giriş Farkındalık:</i> Farkındalıkla deneyime dâhil olmak – mimik yapma aktivitesi. <i>Beceriler:</i> İlişkileri sonlandırmak; Kendini onaylamak; İlişkilerde orta yolu yürüme; Diyalektik düşünmek ve davranmak. <i>Kapanış Farkındalık:</i> Farkındalıkla dinlemek – sahil kenarı müziği dinlemek ve orada olduğunu hissetmek.
13	Sıkıntıya Dayanma	<i>Giriş Farkındalık:</i> Farkındalıkla deneyime dâhil olmak – alkış sağ el çak, alkış sol el çak, alkış iki el çak. <i>Beceriler:</i> Gerçeği kabullenme becerileri; Radikal kabul; Zihni yöneltmek; Gönüllülük; Yarı-gülümseme ve gönüllü eller. <i>Kapanış Farkındalık:</i> Farkındalıkla deneyime dâhil olmak – omuz çemberi egzersizi.
14	Sıkıntıya Dayanma	<i>Giriş Farkındalık:</i> Farkındalıkla deneyime dâhil olmak – Kâtibim şarkısını grupla beraber karaoke. <i>Beceriler:</i> Kriz durumlarında yaşam becerileri; Durmak; Beş duyu ile kendinizi yatıştırma; Ânı iyileştirmek; Veda ve kapanış. <i>Kapanış Farkındalık:</i> Farkındalıkla deneyime dâhil olmak – nefesle kendine sarılma egzersizi.

2.4.2. Kontrol Grubuna Uygulanan İşlemler

Bu çalışmada, kontrol grubunu oluşturan katılımcılara her biri yaklaşık 60 dakikadan oluşan, 14-oturumluk Grup BDT uygulanmıştır. Oturumlar her hafta aynı gün ve saatte bir oturum şeklinde düzenlenmiş ve deney grupları ile eş-zamanlı olarak 27 Eylül 2021 – 27 Aralık 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Tüm oturumlar araştırmacının liderliğinde, Zoom mecrası üzerinden online yürütülmüştür. Bu bölümde, kontrol grubuna uygulanan bu 14-oturumluk deneysel işlemin geliştirilme süreci, amacı ve genel özellikleri, oturumların genel akışı, grup kuralları ve son olarak da oturumların içerikleri detaylandırılacaktır.

2.4.2.1. BDT Programının Geliştirilme Süreci

Araştırmacı hem BDT alanında teorik eğitimini tamamlamış, hem de vaka süpervizyonu almıştır. Bu süreçte BDT'nin terapi yaklaşımını, bireye bakış açısını ve ilkelerini öğrenmiş olmakla birlikte, BDT temelli çok sayıda terapi uygulaması ve yapılandırılmış programlar incelemiştir. Bu çalışmaya bu zemin ile başlanmış, çalışmanın Grup BDT'nin geliştirilmesi için öncelenmesi gereken BDT becerilerinin saptanması adına hem Haşimoto hastalığı olan kadınların ihtiyaçlarına yönelik detaylı incelemeler yapmış, hem de kanıta dayalı bir uygulamanın geliştirilmesi adına literatürde kronik rahatsızlıklar için uygulanan BDT terapi yöntemlerini yakından incelemiştir. Bu araştırmalar sonucunda Haşimoto hastalığının yarattığı yaşam kalitesindeki düşüklüğünün sebeplerine yönelik örneğin, %96'sı kadın ve %43'ü Haşimoto hastalığı olan 11166 hipotiroidi hastasının katıldığı bir çalışmada, tiroid rahatsızlığının bireyleri etkilediği alanların süregelen yorgunluk ve enerji düşüklüğü (katılımcıların %77'si), kilo yönetimi (katılımcıların %69'u), bilişsel yetenek sorunsalları (katılımcıların %58'i) ve duygudurum düzensizlikleri (katılımcıların %45'i) olduğu saptanmış (Peterson ve ark., 2018), akabinde bu bulguları dikkate alınarak bu çalışmada uygulanan Grup BDT'nde kilo yönetimi, yorgunluğu azaltabilecek uyku hijyeni ve nefes ve gevşeme teknikleri, duygudurum yönetimini kolaylaştıracak duygu düzenleme teknikleri ve bilişsel yetenekteki sorunsallar için psikoeğitimin verilmesi ve becerilerin dâhil edilmesi planlanmıştır. Benzer olarak, literatürde kronik rahatsızlıklar için uygulanan BDT grup terapileri incelenmiş ve bu içerikler Haşimoto hastalığı için yeniden yapılandırılarak bu çalışmada uygulanan

Grup BDT'nin kanıta dayalı olmasına özen gösterilmiştir (Mikocka-Walus ve ark., 2017; Berardelli ve ark., 2018).

Son olarak, hastalığın etiyolojisinde travmanın önemine literatürde vurgu yapıldığı için, hâlihazırdaki çalışmada travma odaklı terapi yapılmamış olsa da, sürece travmayı iyileştirebilecek unsurların dâhil edilmesi önemsenmiştir. Bu bağlamda, öncelikle Grup BDT'nin biyopsikososyal kuram bölümüne hastalığın etyolojisine yönelik psikoeğitim entegre edilmiş ve literatürde saptandığı gibi Haşimoto hastalığının sadece genlerden kaynaklı olmadığı, travma ve çevrenin de rol oynadığı anlatılmıştır. Bu sayede, katılımcıların hayatlarındaki travmanın rahatsızlıklarındaki yerine yönelik bilgiyi ve rahatsızlıklarını yönünü değiştirmede ellerindeki gücü kazanmaları amaçlanmıştır. İkincil olarak, travma yalnızca geçmişe sıkışıp kalmak değil, şimdiki zamanda tam olarak yaşamı sürdürememe problemi olarak tanımlanır (Van Der Kolk, 2021, s.221). Öyle ki, literatürde travmatik anıların baskın olmasının nedenlerinin birinin de bireylerin içinde bulundukları zamanı tam olarak yaşayamamalarından kaynaklandığı ve travmanın iyileşmesi için bireylerin güvenli bir şekilde şimdiki zamanda kalmalarına yardım edilmesi gerektiği vurgusu yapılmıştır (Van Der Kolk, 2021, s.73). Bu bağlamda, örneğin kaçınma modelini tanıtmak ve maruz bırakma psikoeğitimi çalışmanın Grup BDT oturumlarına dâhil edilmiş ve katılımcıların güvenli bir şekilde hayatı tekrar dolu dolu yaşamaları teşvik edilmiştir.

2.4.2.2. Amacı ve Genel Özellikleri

Bu çalışmada, Haşimoto hastalığı olan kadınlara uygulanan Grup BDT'nin amacı öncelikle kendilerine benzer birçok başka bireyle bir arada olma imkânını grup ortamı ile sağlamak olmuştur. Bu şekilde, katılımcıların Haşimoto isminin getirmiş olabileceği şaşkınlığı biraz atmaları ve kendilerine benzer başka bireylerin de olduğunun hissettirilmesi temenni edilmiştir (Yalçın ve ark., 2017). Bu amaca ek olarak, uygulanan Grup BDT'nin bir diğer temel amacı hem Haşimoto hastalığının yaşam kalitesinde düşüklük yaratan unsurlarına yönelik hem de çalışmanın bağımlı değişkenleri ile ilişkili BDT temelli bilgi ve beceriler barındıran bir uygulama hazırlamak ve bu sayede bu grup sürecine dâhil olan katılımcıların Haşimoto hastalığının etkilerini azaltarak, hayat doyumlarını artıracak bir zemin kazandırmak olmuştur.

2.4.2.3. Oturumların Genel Akışı

Haşimoto hastalığı olan kadınlar için tasarlanan Grup BDT’nde oturumların genel akışı şu şekilde olmuştur: 1) Katılımcılara katılacakları oturumun Zoom linki iletilmiştir. 2) Oturumlar hep belirlenen vakitte ve tam zamanında başlamıştır. 3) Hiçbir katılımcının yeni konuyu kaçırmaması adına her oturuma 3 ilâ 5 dakika süren genel bir selamlama ve araştırmacının önceki haftanın konusunu özetlemesi ile başlamıştır. 4) Selamlama ve konu tekrarından sonra ödev kontrolü yapılmıştır. Ödev kontrolü el kaldıran katılımcılar ve el kaldırma sırasına göre gerçekleştirilmiştir. Ödev üstlenen katılımcı araştırmacı tarafından not edilerek bir sonraki oturumda araştırmacı tarafından takip edilmiştir. Aynı zamanda, araştırmacı tüm katılımcıların çalışma sürecinde en az bir kere ödev kontrolü aşamasında aktif olmasına dikkat etmiş ve bunu sağlamak adına daha pasif olan katılımcıların sahneye almaya dikkat etmiştir. Ödev kontrolü 10 ilâ 15 dakika sürmüştür. 5) Yeni konu araştırmacının oturum için hazırladığı powerpoint sunumun ekran görüntüsü olarak paylaşması ve sunum üzerinden anlatması şeklinde olmuştur. Araştırmacı her oturum için sunum hazırlamış, bir oturum için hazırladığı sunumun örneği ekler bölümünde bulunmaktadır. (bkz. Ek-16) Yeni konu anlatımı 30 ilâ 40 dakika arasında sürmüş, konu anlatımı süre zarfında da araştırmacı ara ara durup katılımcıların anlamadıkları bir kısım olup olmadığını sormuş, sorulan soruları hep yanıtlamıştır. 6) Yeni konu anlatımının ardından, gelecek oturuma kadar olan ödev araştırmacı tarafından tüm katılımcılara anlatılmış ve ödev ile ilişkili dosyaların onlara mobil iletişim programı üzerinden iletileceği bilgisi verilmiştir. 7) Ödevler ile ilişkili dosyalar mobil iletişim programı üzerinden katılımcılara iletilmiştir. Bu şekilde, her oturum 60 dakika kadar sürmüştür.

2.4.2.4. Oturumlar ve İçerikler

Bu çalışma için hazırlanan ve uygulanan Grup BDT toplam 14 oturumdan oluşmuştur. Oturumlar her hafta bir oturum olmak üzere ardışık 14 hafta boyunca gerçekleştirilmiştir. Oturumlarda çalışmanın bağımlı değişkenleri ile ilişkili psikoeğitim verilmiş ve beceriler kazandırılmıştır. Oturumlar ve içerikleri Tablo 5’te detaylandırılmıştır.

Tablo 5.

Haşimoto Hastalığı olan Kadınlar için Grup Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) Oturumları (her biri 60 dakika şeklinde)

Oturum	Konu	İçerikler
1	Oryantasyon & Haşimoto hastalığı tanımı	Oryantasyon ve grup kurallarının tanıtımı; Haşimoto hastalığının tanımı; Otoimmün hastalıklar ve biyopsikososyal model <i>Ev ödevi: Haşimoto hastalığının oluşumunda psikolojik ve sosyal faktörler üzerine düşün.</i>
2	Biyopsikososyal model pekiştirme	Grup bağlarının oluşumu – katılımcıların Haşimoto hastalığının oluşumunda psikolojik ve sosyal faktörler üzerine örnekleri.
3	Biyopsikososyal model pekiştirme	Grup bağlarının oluşumu – katılımcıların Haşimoto hastalığının oluşumunda psikolojik ve sosyal faktörler üzerine örnekleri.
4	Duygular	Pozitif ve negatif duygular; Çalışan bellekte aktif duygu isimleri; Altı temel duygu <i>Ev ödevi: Korkudan dolayı kaçındığın eylemler ve ilişkili düşünceleri takip et.</i>
5	Otomatik düşünceler ve işlevsel olmayan düşünce tipleri	Duygu, düşünce davranış – Ev ödevlerinden gelen örneklerle BDT temelleri üzerine eğitim; İşlevsel olmayan düşünce tiplerinin eğitimi (etiketleme, felaketleştirme, aşırı genelleme, kişiselleştirme, -meli, malı düşünme, zihin okuma, ya olursa); İşlevsel olmayan düşünceleri ne tetikler? – otomatik düşüncelerin tanımı; İşlevsel olmayan düşüncelere ne yapmalı? <i>Ev ödevi: Kendinde olan işlevsel olmayan düşünceleri saptama ve örneklendir.</i>
6	Bilişsel yeniden yapılandırma	Ev ödevlerinde gelen örneklerle adım adım bilişsel yeniden yapılandırma– otomatik düşünceleri saptamak ve çürütmek. <i>Ev ödevi=Bilişsel yeniden yapılandırma yöntemini gerçek hayatta uygulamaya koy.</i>
7	Bilişsel yeniden yapılandırma	Ev ödevlerinde gelen örneklerle adım adım bilişsel yeniden yapılandırma– otomatik düşünceleri saptamak ve çürütmek. <i>Ev ödevi=Bilişsel yeniden yapılandırma yöntemini gerçek hayatta uygulamaya koy.</i>

8	Baş etme yöntemleri – Maruz bırakma/ Kaçınmaya son	Baş etmenin tanımı; Baş etme yöntemleri – aktif ve pasif; Pasif baş etme yöntemi – kaçınma; Kaçınmaya son vermek için maruz bırakma yöntemi. <i>Ev ödevi: Kaçındığın bir şeye kendini maruz bırak.</i>
9	Baş etme yöntemleri – Stres ve gevşeme yöntemleri	Ev ödevlerinden gelen maruz bırakma örnekleri; Stresin tanımı – fizyolojisi ve savaş ya da kaç tepkisi; Stresin belirtileri; Aktif baş etme yöntemi olarak stres ve gevşeme yöntemleri – nefes teknikleri (diyafram nefesi, dalga nefesi ve öfke için nefes); Adım adım rahatlama; Enerji bataryası metodu (gün içinde enerji tüketimi takibi). <i>Ev ödevi: Her gün diyafram nefesini ve enerji bataryası takibini yap.</i>
10	Kendinden emin konuşma	Enerji bataryası takibinde fark edilenler – örnekler; “Sen” dili yerine “Ben” dili; Adım adım kendinden emin konuşma yöntemi – aile ve dostlar arasında kendini güveni artırmak. <i>Ev ödevi: “Sen” dili yerine “Ben” dilini kullan ya da anne/babana, dostuna, eşine, doktoruna vb. Kendinden emin konuşma yöntemi ile konuş.</i>
11	İlişkiler ve iletişim	Kendinden emin konuşma örnekleri; Adım adım “Hayır” diyebilmek – Evet! Hayır. Evet? yöntemi; İlişkilerde adım adım problem çözme yöntemi. <i>Ev ödevi: Anne/babana, dostuna, eşine, doktoruna vb. İstedığın bir “hayır” ı de ya da ilişkindeki bir problemi yöntem ile çöz.</i>
12	Kronik hastalık ve öfke	“Hayır” ya da problem çözme örnekleri; Öfkenin akış diyagramı; Öfkenin çeşitleri; Öfke yönetimi teknikleri.. <i>Ev ödevi: Gerektiği takdirde öfke yönetim tekniklerinden istediğini uygulamaya koy.</i>
13	Kronik hastalık ve duygusal yeme	Öfke yönetimi teknikleri; Haşimoto hastalığı ve kilo; Duygusal yeme modeli. <i>Ev ödevi: Yemek yerken kendini izle – açlıktan mı duygudan mı?</i>
14	Ruhsal sağlığı koruma ve uyku hijyeni	Yeme davranışlarından örnekler; Öğretilen tekniklerin özeti – ruhsal sağlığı korumanın Haşimoto hastalığında önemi; Uyku hijyeni teknikleri; Uykudan önce gevşeme egzersizleri eğitimi; Veda ve kapanış. <i>Ev ödevi: Ruhsal sağlığını koru ve uyku hijyenine dikkat et.</i>

2.4.3. Bekleme Listesi Gruplarına Uygulanan İşlemler

İzlem ölçümlerinin toplanmasının hemen ardından 14 hafta üzerinde gerçekleştirilecek 14 oturumluk grup terapilerinin kendilerine de verileceği sözü çerçevesinde bekleme listesinde olmayı kabul etmiş ve bu şekilde sürece dâhil olmuş katılımcıların oluşturduğu grupturlar. Bu söz çerçevesinde, tüm izlem ölçümleri toplanana kadar bekleme listesi grubundaki tüm katılımcılara hiçbir müdahale yapılmamış, izlem ölçümlere alındıktan sonra da söz verildiği gibi, yine bizzat araştırmacı tarafından 14 oturumluk grup terapileri Şubat – Haziran 2022 tarihleri arasında verilmiştir.

2.4.4. Grupların Oluşturulma Süreci

Çalışmanın onam formunu ve öntest ölçümlerinde gerekli ölçeklerin tümünü dolduran 84 katılımcı rastgele atama yöntemi ile her grupta 28 katılımcı olacak şekilde deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarına atanmıştır. Rastgele atanma yapılmasının ardından katılımcıların yaş ve hastalık süresi (Haşimoto hastalığı tanısını aldıkları yaş ile çalışmaya başladıkları yaş arasındaki fark sonucu ortaya çıkan süre) ile birlikte deneysel işlem uygulanmadan önce WHOQOL-BREF (TR) yaşam kalitesi alt boyutunda öntest ölçümlerinden elde ettikleri puan açısından grupların ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile test edilmiştir. Ortaya çıkan bulgular, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların yaş, hastalık süresi ve uygulama öncesinde yaşam kalitesi puanı açısından birbirine eşit oldukları saptanmıştır.

Bu şekilde 28'er kişilik deney, kontrol ve bekleme listesi grupları oluşturulduktan sonra hem uygulanacak deneysel işlemin etkililiği hem de yaşanabilecek kayıplara rağmen yaklaşık 10'ar kişilik grupların korunabilmesi için, 28 kişilik her grup kendi içinde 14'er kişilik ikişer gruba rastgele ayrılmış ve aynı şekilde yaş, hastalık süresi ve yaşam kalitesindeki öntest puan açısından aralarında anlamlı bir fark olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile tekrar test edilmiştir. Aynı şekilde, bu 14'er kişilik altı grubun yaş, hastalık süresi ve yaşam kalitesindeki öntest puan açısından birbirine eşit oldukları saptanmıştır. Bunun sonucunda, 14'er kişilik iki deney grubundaki 28 kişi, 14'er kişilik iki kontrol grubundaki 28 kişi ve 14'er kişilik iki bekleme listesi grubundaki 28 kişi atandıkları grup saati ve gününe yönelik

bilgilendirilmiştir. Deneysel işlemin uygulandığı gruba atanmış olma ya da deneysel işlemin uygulanmadığı gruba atanmış olma dışında hiçbir katılımcıya deneysel süreç hakkında bilgi verilmemiştir.

Ancak, bu bilgilendirmenin hemen ardından ve deneysel işlemin uygulama süreci henüz başlamadan önce, deney grubundan bir kişi hayat koşulları değişmiş olması dolayısıyla çalışmadan çekilmiş, kontrol grubundan da hem benzer şekilde hayat koşulları değişmiş olmasından üç kişi çalışmadan çekilmiş, hem de bir kişi çalışmanın koşullarını tam olarak karşılamamış olmasından ötürü çalışmadan elenmiştir. Dolayısıyla, deneysel işlemin uygulama süreci henüz başlamadan önce deney grubunun katılımcı sayısı 27 kişiye (bir grupta 14 kişi, bir grupta 13 kişi) ve kontrol grubunun katılımcı sayısı 24 kişiye (bir grupta 13 kişi, bir grupta 11 kişi) düşmüş, bekleme listesini oluşturan 28 katılımcıda herhangi bir değişim olmamış, toplam katılımcı sayısı 79 kişi olmuştur. Bu aşamada, tüm katılımcılar zaten gruplarına yönelik bilgilendirildiklerinden, herhangi bir değişikliğin gerekip gerekmeyeceğini saptamak adına deneysel işlem uygulanmadan önce, yaş, hastalık süresi ve yaşam kalitesi öntest puanlarının ortalamaları açısından grupların arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) tekrar edilmiştir.

Bu bölümde, öncelikle bu 79 katılımcının homojenlik bulguları, ardından da çalışmayı yarıda-bırakma (drop-out) sonucu kalan 62 katılımcının atandıkları grupların homojenlik bulguları detaylandırılacaktır. Bulgular, hem deneysel işlem öncesi 79 katılımcının, hem de deneysel işlem sonrası kalan 62 katılımcının atandıkları grupların sadece yaş, hastalık süresi ve öntest yaşam kalitesi puanı açısından değil, ekonomik durum, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu ve çocukluk çağı travmatik yaşantılar açısından birbirlerine denk olduğunu göstermiştir.

2.4.4.1. Çalışmayı Yarıda-Bırakma (Drop-out) Öncesi Homojenlik Bulguları

Çalışmayı yarıda-bırakma (drop-out) öncesi, 27 kişiden oluşan 2 deney grubu (bir grupta 14 kişi, bir grupta 13 kişi), 24 kişiden oluşan 2 kontrol grubu (bir grupta 13 kişi, bir grupta 11 kişi) ve 28 kişiden oluşan 1 bekleme listesi grubu olmak üzere çalışma grubu toplam 79 kişiden oluşmuştur. Tablo 6'da detaylandırıldığı gibi, birinci deney grubunda ($\bar{x}$ =37.15, S_s =3.48), ikinci deney grubunda ($\bar{x}$ =37.00, S_s =5.72),

birinci kontrol grubunda ($\bar{x}$ =35.38, S_s =5.20), ikinci kontrol grubunda ($\bar{x}$ =33.45, S_s =6.75), birinci bekleme listesi grubunda ($\bar{x}$ =35.36, S_s =7.70) ve ikinci bekleme listesi grubunda ($\bar{x}$ =35.21, S_s =7.47) yer alan katılımcıların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır (F_{5-73} =.577; $p>.05$). Buna dayalı olarak deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların yaş açısından birbirlerine eşit oldukları söylenebilir.

Tablo 6.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının Yaş Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Deney 1	13	37.15	3.48	Gruplar arası Grup içi Toplam	112.704	5	22.541	.577	.71
Deney 2	14	37.00	5.72		2851.068	73	39.056		
Kontrol 1	13	35.38	5.20		2963.772	78			
Kontrol 2	11	33.45	6.75						
Bekleme listesi 1	14	35.36	7.70						
Bekleme listesi 2	14	35.21	7.47						
Toplam	79	35.66	6.16						

Tablo 7 incelendiğinde, birinci deney grubunda ($\bar{x}$ =5.77, S_s =4.24), ikinci deney grubunda ($\bar{x}$ =5.71, S_s =4.93), birinci kontrol grubunda ($\bar{x}$ =8.15, S_s =7.65), ikinci kontrol grubunda ($\bar{x}$ =8.36, S_s =5.87), birinci bekleme listesi grubunda ($\bar{x}$ =4.93, S_s =4.71) ve ikinci bekleme listesi grubunda ($\bar{x}$ =8.29, S_s =7.05) yer alan katılımcıların hastalık süresi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir (F_{5-73} =.934; $p>.05$). Buna dayalı olarak deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların hastalık süresi açısından birbirlerine eşit oldukları söylenebilir.

Tablo 7.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının Hastalık Süresi Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Deney 1	13	5.77	4.24	Gruplar arası	160.964	5	32.193	.934	.46
Deney 2	14	5.71	4.93	Grup içi	2517.188	73	34.482		
Kontrol 1	13	8.15	7.65	Toplam	2678.152	78			
Kontrol 2	11	8.36	5.87						
Bekleme listesi 1	14	4.93	4.71						
Bekleme listesi 2	14	8.29	7.05						
Toplam	79	6.81	5.86						

Tablo 8 incelendiğinde, birinci deney grubunda ($\bar{x}$ =3.38, Ss=.76), ikinci deney grubunda ($\bar{x}$ =3.57, Ss=1.01), birinci kontrol grubunda ($\bar{x}$ =3.54, Ss=.87), ikinci kontrol grubunda ($\bar{x}$ =3.55, Ss=1.12), birinci bekleme listesi grubunda ($\bar{x}$ =3.57, Ss=.85) ve ikinci bekleme listesi grubunda ($\bar{x}$ =3.50, Ss=.85) yer alan katılımcıların WHOQOL-BREF (TR) öntest yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir (F_{5-73} =.078; $p>.05$). Buna dayalı olarak deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların uygulama öncesi yaşam kalitesi puanları açısından birbirlerine eşit oldukları söylenebilir.

Tablo 8.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Öntest Yaşam Kalitesi Puanı Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Deney 1	13	3.38	.76	Gruplar arası	.329	5	.066	.078	.99
Deney 2	14	3.57	1.01	Grup içi	61.392	73	.841		
Kontrol 1	13	3.54	.87	Toplam	61.722	78			
Kontrol 2	11	3.55	1.12						
Bekleme listesi 1	14	3.57	.85						
Bekleme listesi 2	14	3.50	.85						
Toplam	79	3.52	.89						

Aynı zamanda, çalışmanın ileriki aşamalarında, iki deney grubunun, iki kontrol grubunun ve iki bekleme listesi grubunun verilerinin analizlerde ortak tek bir grup olarak ele alınıp alınamayacağını test etmek için, iki deney grubu, iki kontrol grubu ve iki bekleme listesi grubunun yine yaş, hastalık süresi ve yaşam kalitesi öntest puanları açısından aralarında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla Bağımsız Örnek t-Testi uygulanmıştır. Yaş için uygulanan Bağımsız Örnek t-Testi sonucuna göre, birinci deney grubunun ortalaması ($\bar{x}$ =36.07, Ss =5.90) ile ikinci deney grubunun ortalaması ($\bar{x}$ =36.69, Ss =4.04) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir, $t(25)$ =.316; p >.05. Tablo 9’da detaylandırılan bu sonuca göre, iki deney grubunun yaş açısından birbirine eşit olduğu söylenebilir.

Tablo 9.

Deney Gruplarının Yaş Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Yaş	Deney 1	14	36.07	5.90	.316	25	.75
	Deney 2	13	36.69	4.04			

Hastalık süresi için uygulanan Bağımsız Örnek t-Testi sonucuna göre, birinci deney grubunun ortalaması ($\bar{x}$ =5.71, Ss =4.93) ile ikinci deney grubunun ortalaması ($\bar{x}$ =5.76, Ss =4.24) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir, $t(25)$ =.031; p >.05. Tablo 10’da detaylandırılan bu sonuca göre, iki deney grubunun hastalık süresi açısından birbirine eşit olduğu söylenebilir.

Tablo 10.

Deney Gruplarının Hastalık Süresi Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Hastalık süresi	Deney 1	14	5.71	4.93	.031	25	.97
	Deney 2	13	5.76	4.24			

WHOQOL-BREF (TR) öntest yaşam kalitesi puanı için uygulanan Bağımsız Örnek t-Testi sonucuna göre, birinci deney grubunun puan ortalaması ($\bar{x}$ =3.57, Ss =1.01) ile ikinci deney grubunun puan ortalaması ($\bar{x}$ =3.38, Ss =.76) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir, $t(25)$ =-.536; p >.05. Tablo

11’de detaylandırılan bu sonuca göre, iki deney grubunun öntest yaşam kalitesi puanı açısından birbirine eşit olduğu söylenebilir.

Tablo 11.

Deney Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Öntest Yaşam Kalitesi Puanı Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Yaşam kalitesi puanı	Deney 1	14	3.57	1.01	-.536	25	.59
	Deney 2	13	3.38	.76			

Benzer bir şekilde, yaş için uygulanan Bağımsız Örnek t-Testi sonucuna göre, birinci kontrol grubunun ortalaması ($\bar{x}$ =35.38, Ss=5.20) ile ikinci kontrol grubunun ortalaması ($\bar{x}$ =33.54, Ss=6.78) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir, $t(22)=.751$; $p>.05$. Tablo 12’de detaylandırılan bu sonuca göre, iki kontrol grubunun yaş açısından birbirine eşit olduğu söylenebilir.

Tablo 12.

Kontrol Gruplarının Yaş Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Yaş	Kontrol 1	13	35.38	5.20	.751	22	.46
	Kontrol 2	11	33.54	6.78			

Hastalık süresi için uygulanan Bağımsız Örnek t-Testi sonucuna göre, birinci kontrol grubunun ortalaması ($\bar{x}$ =8.15, Ss=7.65) ile ikinci kontrol grubunun ortalaması ($\bar{x}$ =8.36, Ss=5.86) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir, $t(22)=-.074$; $p>.05$. Tablo 13’te detaylandırılan bu sonuca göre, iki kontrol grubunun hastalık süresi açısından birbirine eşit olduğu söylenebilir.

Tablo 13.

Kontrol Gruplarının Hastalık Süresi Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Hastalık süresi	Kontrol 1	13	8.15	7.65	-.074	22	.94
	Kontrol 2	11	8.36	5.86			

WHOQOL-BREF (TR) öntest yaşam kalitesi puanı için uygulanan Bağımsız Örnek t-Testi sonucuna göre, birinci kontrol grubunun puan ortalaması ($\bar{x}$ =3.53, Ss =.87) ile ikinci kontrol grubunun puan ortalaması ($\bar{x}$ =3.54, Ss =1.12) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir, $t(22)$ =-.017; $p>.05$. Tablo 14'te detaylandırılan bu sonuca göre, iki kontrol grubunun öntest yaşam kalitesi puanı açısından birbirine eşit olduğu söylenebilir.

Tablo 14.

Kontrol Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Öntest Yaşam Kalitesi Puanı Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Yaşam kalitesi puanı	Kontrol 1	13	3.53	.87	-.017	22	.98
	Kontrol 2	11	3.54	1.12			

Son olarak, yaş için uygulanan Bağımsız Örnek t-Testi sonucuna göre, birinci bekleme listesi grubunun ortalaması ($\bar{x}$ =35.35, Ss =7.70) ile ikinci bekleme listesi grubunun puan ortalaması ($\bar{x}$ =35.21, Ss =7.47) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir, $t(26)$ =.050; $p>.05$. Tablo 15'te detaylandırılan bu sonuca göre, iki kontrol grubunun yaş açısından birbirine eşit olduğu söylenebilir.

Tablo 15.

Bekleme Listesi Gruplarının Yaş Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Yaş	Bekleme listesi 1	14	35.35	7.70	.050	26	.96
	Bekleme Listesi 2	14	35.21	7.47			

Hastalık süresi için uygulanan Bağımsız Örnek t-Testi sonucuna göre, birinci bekleme listesi grubunun ortalaması ($\bar{x}$ =4.92, Ss =4.71) ile ikinci bekleme listesi grubunun ortalaması ($\bar{x}$ =8.28, Ss =7.05) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir, $t(26)$ =-1.481; $p>.05$. Tablo 16'da detaylandırılan bu sonuca göre, iki bekleme listesi grubunun hastalık süresi açısından birbirine eşit olduğu söylenebilir.

Tablo 16.

Bekleme Listesi Gruplarının Hastalık Süresi Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Hastalık süresi	Bekleme listesi 1	14	4.92	4.71	-1.481	26	.15
	Bekleme listesi 2	14	8.28	7.05			

WHOQOL-BREF (TR) yaşam kalitesi puanı için uygulanan Bağımsız Örnek t-Testi sonucuna göre, birinci bekleme listesi grubunun puan ortalaması ($\bar{x}$ =3.57, Ss=.85) ile ikinci bekleme listesi grubunun puan ortalaması ($\bar{x}$ =3.50, Ss=.85) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir, $t(26)=-.221$; $p>.05$. Tablo 17’de detaylandırılan bu sonuca göre, iki bekleme listesi grubunun yaşam kalitesi puanı açısından birbirine eşit olduğu söylenebilir.

Tablo 17.

Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Puanı Açısından Bağımsız Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Yaşam kalitesi puanı	Bekleme listesi 1	14	3.57	.85	.221	26	.82
	Bekleme listesi 2	14	3.50	.85			

Bu bulgulardan yola çıkarak iki deney, iki kontrol ve iki bekleme listesi gruplarını çalışmanın analizlerinde altı grup olarak değil deney, kontrol ve bekleme listesi grupları olmak üzere üç grup üzerinden incelenmesine karar verilmiştir. Aynı zamanda, gruplar arasında bu seviyede homojenlik saptanması sonucu deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının farklı alanlarda da birbirlerine eşit olabilecekleri tahmin edilmiş ve bunun üzerine medeni durum, ekonomik durum, eğitim düzeyi ve çalışma durumu alanlarında deney, kontrol ve bekleme listesi grupları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek için Ki-Kare Homojenlik Testi yapılmıştır.

Tablo 18’de detaylandırıldığı gibi, medeni durum açısından “bekâr” kategorisinde deney grubunda gözlenen frekans 6, kontrol grubunda gözlenen frekans 7 ve bekleme listesi grubunda gözlenen frekans 12 olmuştur. “Evli” kategorisinde ise deney grubunda gözlenen frekans 21, kontrol grubunda gözlenen frekans 17 ve

bekleme listesi grubunda 16 şeklindedir. Sonuçlara göre, beklenen frekansların %20 veya daha fazlası 5'ten küçük olmadığından Pearson Ki-Kare test istatistiği kullanılabilmiştir. Elde edilen Ki-kare değeri 2.804 olarak elde edilmiş ve p değeri .24 olarak saptanmıştır. Elde edilen p değeri .05'ten büyük olduğundan, %95 güven olasılığı ile medeni durum açısından deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının birbirine homojen olduğu söylenebilir.

Tablo 18.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Medeni Durum ile Deney, Kontrol, Bekleme Listesi Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

				Gruplar			Toplam	Pearson χ^2 Değeri	Sd	p
				D	K	BL				
Medeni durum	Bekâr	Sayı		6	7	12	25	2.804	2	.24
		Satır	Yüzdesi	24.0	28.0	48.0	100.0			
	Evli	Sayı		21	17	16	54			
		Satır	Yüzdesi	38.9	31.5	29.6	100.0			
		Toplam		Sayı		27	24			
		Satır	Yüzdesi	34.2	30.4	35.4	100.0			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Tablo 19’da detaylandırıldığı gibi ekonomik durum açısından “0-5999 TL” kategorisinde deney grubunda gözlenen frekans 16, kontrol grubunda gözlenen frekans 10 ve bekleme listesi grubunda gözlenen frekans 16 olmuştur. “6000 TL ve üzeri” kategorisinde deney grubunda gözlenen frekans 11, kontrol grubunda gözlenen frekans 14 ve bekleme listesi grubunda 12 olmuştur. Sonuçlara göre, beklenen frekansların %20 veya daha fazlası 5’ten küçük olmadığından Pearson Ki-Kare test istatistiği kullanılabilmiştir. Elde edilen Ki-kare değeri 1.855 olarak elde edilmiş ve p değeri .39 olarak saptanmıştır. Elde edilen p değeri .05’ten büyük olduğundan, %95 güven olasılığı ile ekonomik durum açısından deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının birbirine homojen olduğu söylenebilir.

Tablo 19.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Ekonomik Durum ile Deney, Kontrol, Bekleme Listesi Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Gruplar			Toplam	Pearson χ^2 Değeri	Sd	p
			D	K	BL				
Ekonomik durum	0-5999 TL	Sayı	16	10	16	42	1.855	2	.39
		Satır Yüzdesi (%)	38.1	23.8	38.1	100.0			
	6000 TL ve üzeri	Sayı	11	14	12	37			
		Satır Yüzdesi (%)	29.7	37.8	32.4	100.0			
Toplam		Sayı	27	24	28	79			
		Satır Yüzdesi (%)	34.2	30.4	35.4	100.0			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Tablo 20’de detaylandırıldığı gibi eğitim düzeyi açısından “üniversite ve altı” kategorisinde deney grubunda gözlenen frekans 17, kontrol grubunda gözlenen frekans 19 ve bekleme listesi grubunda gözlenen frekans 21 olmuştur. “Yüksek lisans ve doktora” kategorisinde deney grubunda gözlenen frekans 10, kontrol grubunda gözlenen frekans 5 ve bekleme listesi grubunda 7 olmuştur. Sonuçlara göre, beklenen frekansların %20 veya daha fazlası 5’ten küçük olmadığından Pearson Ki-Kare test istatistiği kullanılabilmektedir. Elde edilen Ki-kare değeri 1.835 olarak elde edilmiş ve p değeri .39 olarak saptanmıştır. Elde edilen p değeri .05’ten büyük olduğundan, %95 güven olasılığı ile eğitim düzeyi açısından deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının birbirine homojen olduğu söylenebilir.

Tablo 20.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Eğitim Düzeyi ile Deney, Kontrol, Bekleme Listesi Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Gruplar			Toplam	Pearson χ^2 Değeri	Sd	p
			D	K	BL				
Eğitim düzeyi	Üniversite ve altı	Sayı	17	19	21	57	1.835	2	.39
		Satır Yüzdesi (%)	29.8	33.3	36.8	100.0			
	Yüksek lisans ve doktora	Sayı	10	5	7	22			
		Satır Yüzdesi (%)	45.5	22.7	31.6	100.0			
Toplam		Sayı	27	24	28	79			
		Satır Yüzdesi (%)	34.2	30.4	35.4	100.0			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Tablo 21’de detaylandırıldığı gibi çalışma durumu açısından “çalışıyor” kategorisinde deney grubunda gözlenen frekans 12, kontrol grubunda gözlenen frekans 17 ve bekleme listesi grubunda gözlenen frekans 15 olmuştur. “Çalışmıyor” kategorisinde deney grubunda gözlenen frekans 15, kontrol grubunda gözlenen frekans 7 ve bekleme listesi grubunda 13 olmuştur. Sonuçlara göre, beklenen frekansların %20 veya daha fazlası 5’ten küçük olmadığından Pearson Ki-Kare test istatistiği kullanılabilmiştir. Elde edilen Ki-kare değeri 3.665 olarak elde edilmiş ve p değeri .16 olarak saptanmıştır. Elde edilen p değeri .05’ten büyük olduğundan, %95 güven olasılığı ile çalışma durumu açısından deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının birbirine homojen olduğu söylenebilir.

Tablo 21.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Çalışma Durumu ile Deney, Kontrol, Bekleme Listesi Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Gruplar			Toplam	Pearson χ^2 Değeri	Sd	p
			D	K	BL				
Çalışma durumu	Çalışıyor	Sayı	12	17	15	44	3.665	2	.16
		Satır Yüzdesi (%)	27.3	38.6	34.1	100.0			
	Çalışmıyor	Sayı	15	7	13	35			
		Satır Yüzdesi (%)	42.9	20.0	37.1	100.0			
Toplam		Sayı	27	24	28	79			
		Satır Yüzdesi (%)	34.2	30.4	35.4	100.0			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Son olarak, CTQ-33 veri toplama aracı ile elde edilen çocukluk çağı travma puanlarının altı alt boyutu olan duygusal ihmal, duygusal taciz, fiziksel ihmal, fiziksel taciz, cinsel istismar ve aşırı koruma-kontrol boyutları açısından deney, kontrol ve bekleme listesi grupları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek için duygusal ihmal alt boyutu için tek yönlü varyans analizi (ANOVA), fiziksel ihmal, fiziksel taciz, cinsel istismar ve aşırı korum-kontrol alt boyutları için ise, tek yönlü varyans analizi (ANOVA)’nin normal dağılım varsayımını karşılamamaları dolayısıyla nonparametrik karşılığı olan Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 22 incelendiğinde, deney grubunda ($\bar{x}=12.07$, $Ss=4.30$), kontrol grubunda ($\bar{x}=12.58$, $Ss=5.20$) ve bekleme listesi grubunda ($\bar{x}=12.68$, $Ss=4.69$) yer alan katılımcıların CTQ-33 duygusal ihmal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek için uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre herhangi bir farkın olmadığı görülmektedir ($F_{2-76}=.127$; $p>.05$). Buna dayalı olarak deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların CTQ-33 duygusal ihmal puanları açısından birbirlerine eşit oldukları söylenebilir.

Tablo 22.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Duygusal İhmal Puanı Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Deney	27	12.07	4.30	Gruplar arası	5.701	2	2.851	.127	.88
Kontrol	24	12.58	5.20	Grup içi	1699.792	76	22.366		
Bekleme listesi	28	12.68	4.69	Toplam	1705.494	78			
Toplam	79	12.44	4.67						

Tablo 23'te detaylandırıldığı gibi CTQ-33 duygusal taciz puanı açısından deney, kontrol ve bekleme listesi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını saptamak için uygulanan Kruskal-Wallis testi bulgularına göre, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının CTQ-33 duygusal taciz puanına göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı saptanmıştır, $\chi^2 = .106$; $p>.05$.

Tablo 23.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Duygusal Taciz Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	Sıra Ortalaması	Sd	χ^2	p
Deney	27	41.15			
Kontrol	24	39.29			
Bekleme Listesi	28	39.50	2	.106	.94
Toplam	79				

Tablo 24'te detaylandırıldığı gibi CTQ-33 fiziksel ihmal puanı açısından deney, kontrol ve bekleme listesi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını saptamak için uygulanan Kruskal-Wallis testi bulgularına göre, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının CTQ-33 fiziksel ihmal puanına göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı saptanmıştır, $\chi^2 = 2.031$; $p > .05$.

Tablo 24.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Fiziksel İhmal Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	Sıra Ortalaması	Sd	χ^2	p
Deney	27	38.33	2	2.031	.36
Kontrol	24	36.33			
Bekleme Listesi	28	44.75			
Toplam	79				

Tablo 25'te detaylandırıldığı gibi CTQ-33 fiziksel taciz puanı açısından deney, kontrol ve bekleme listesi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını saptamak için uygulanan Kruskal-Wallis testi bulgularına göre, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının CTQ-33 fiziksel taciz puanına göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı saptanmıştır, $\chi^2 = 1.650$; $p > .05$.

Tablo 25.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Fiziksel Taciz Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	Sıra Ortalaması	Sd	χ^2	p
Deney	27	44.06	2	1.650	.43
Kontrol	24	39.00			
Bekleme Listesi	28	36.95			
Toplam	79				

Tablo 26'da detaylandırıldığı gibi CTQ-33 cinsel istismar puanı açısından deney, kontrol ve bekleme listesi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını saptamak için uygulanan Kruskal-Wallis testi bulgularına göre, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının CTQ-33 cinsel istismar puanına

göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı saptanmıştır, $\chi^2 = 1.768$; $p > .05$.

Tablo 26.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Cinsel İstismar Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	Sıra Ortalaması	Sd	χ^2	p
Deney	27	35.74	2	1.768	.41
Kontrol	24	41.65			
Bekleme Listesi	28	42.70			
Toplam	79				

Son olarak, Tablo 27’de detaylandırıldığı gibi CTQ-33 aşırı koruma-kontrol puanı açısından deney, kontrol ve bekleme listesi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını saptamak için uygulanan Kruskal-Wallis testi bulgularına göre, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının CTQ-33 aşırı koruma-kontrol puanına göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı saptanmıştır, $\chi^2 = .599$; $p > .05$.

Tablo 27.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Öncesi Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Aşırı Koruma-Kontrol Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	Sıra Ortalaması	Sd	χ^2	p
Deney	27	37.54	2	.599	.74
Kontrol	24	42.48			
Bekleme Listesi	28	40.25			
Toplam	79				

Sonuç olarak, deney, kontrol ve bekleme listesi grubuna rastgele atanan toplam 79 katılımcının atandıkları gruplar arasında yaş, hastalık süresi ve yaşam kalitesi puanı, medeni durum, ekonomik durum, eğitim düzeyi ve çalışma durumu ve duygusal ihmal, duygusal taciz, fiziksel ihmal, fiziksel taciz, cinsel istismar ve aşırı koruma-kontrol travma puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

2.4.4.2. Çalışmayı Yarıda-Bırakma (Drop-out) Sonrası Homojenlik Bulguları

Bu çalışmada, deney ve kontrol gruplarında on iki, bekleme listesi gruplarında beş katılımcı olmak üzere toplam on yedi katılımcı çalışmayı yarıda-bırakmıştır (drop-out). Bu katılımcı kaybı ile nihai çalışma grubu 62 katılımcıdan oluşmuş ve bu katılımcıların grup homojenliği olup olmadığını saptamak adına homojenlik için uygulanan tüm analizler tekrarlanmıştır. Bu bölümde bu bulgular detaylandırılmıştır.

Tablo 28’de detaylandırıldığı deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki katılımcıların yaş açısından birbirleri arasında farklılık olup olmadığını saptamak için uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, yarıda-bırakma (drop-out) sonrası deney grubunda ($\bar{x}=37.79$, $Ss=4.65$), kontrol grubunda ($\bar{x}=34.70$, $Ss=6.37$) ve bekleme listesi grubunda ($\bar{x}=35.26$, $Ss=7.41$) yer alan katılımcıların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ortaya çıkmıştır ($F_{2-59}=1.317$; $p>.05$). Buna dayalı olarak deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların yaş açısından birbirlerine eşit oldukları söylenebilir.

Tablo 28.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının Yaş Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Deney	19	37.79	4.65	Gruplar arası	105.901	2	52.950	1.317	.27
Kontrol	20	34.70	6.37	Grup içi	2371.793	59	40.200		
Bekleme listesi	23	35.26	7.41	Toplam	2477.694	61			
Toplam	62	35.85	6.37						

Tablo 29 incelendiğinde deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki katılımcıların hastalık süresi açısından birbirleri arasında farklılık olup olmadığını saptamak için uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, yarıda-bırakma (drop-out) sonrası deney grubunda ($\bar{x}=5.53$, $Ss=3.97$), kontrol grubunda ($\bar{x}=9.00$, $Ss=6.92$) ve bekleme listesi grubunda ($\bar{x}=7.30$, $Ss=6.54$) yer alan katılımcıların hastalık süresi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ($F_{2-59}=1.621$; $p>.05$). Buna dayalı olarak deney, kontrol ve

bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların hastalık süresi açısından birbirlerine eşit oldukları söylenebilir.

Tablo 29.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının Hastalık Süresi Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Deney	19	5.53	3.97	Gruplar arası	117.571	2	58.786	1.621	.20
Kontrol	20	9.00	6.92	Grup içi	2139.606	59	36.265		
Bekleme listesi	23	7.30	6.54	Toplam	2257.177	61			
Toplam	62	7.31	6.08						

Tablo 30 incelendiğinde deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki katılımcıların WHOQOL-BREF (TR) öntest yaşam kalitesi puanı açısından birbirleri arasında farklılık olup olmadığını saptamak için uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre, yarıda-bırakma (drop-out) sonrası deney grubunda ($\bar{x}$ =3.58, Ss=.90), kontrol grubunda ($\bar{x}$ =3.55, Ss=1.05) ve bekleme listesi grubunda ($\bar{x}$ =3.52, Ss=.89) yer alan katılımcıların yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ($F_{2-59}=0.019$; $p>.05$). Buna dayalı olarak deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların uygulama öncesi yaşam kalitesi puanları açısından birbirlerine eşit oldukları söylenebilir.

Tablo 30.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Öntest Yaşam Kalitesi Puanı Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Deney	19	3.58	.90	Gruplar arası	.034	2	.017	.019	.98
Kontrol	20	3.55	1.05	Grup içi	53.321	59	.904		
Bekleme listesi	23	3.52	.89	Toplam	53.355	61			
Toplam	62	3.55	.93						

Tablo 31’de detaylandırıldığı gibi, yarıda-bırakma (drop-out) sonrası medeni durum açısından “bekâr” kategorisinde deney grubunda gözlenen frekans 3, kontrol grubunda gözlenen frekans 7 ve bekleme listesi grubunda gözlenen frekans 8 olmuştur. “Evli” kategorisinde ise deney grubunda gözlenen frekans 16, kontrol grubunda gözlenen frekans 13 ve bekleme listesi grubunda 15 olmuştur. Sonuçlara göre, beklenen frekansların %20 veya daha fazlası 5’ten küçük olmadığından Pearson Ki-Kare test istatistiği kullanılabilmektedir. Elde edilen Ki-kare değeri 2.332 olarak elde edilmiş ve p değeri .31 olarak saptanmıştır. Elde edilen p değeri .05’ten büyük olduğundan, %95 güven olasılığı ile medeni durum açısından deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının birbirine homojen olduğu söylenebilir.

Tablo 31.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Medeni Durum ile Deney, Kontrol, Bekleme Listesi Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Gruplar			Toplam	Pearson χ^2 Değeri	Sd	p
			D	K	BL				
Medeni durum	Bekâr	Sayı	3	7	8	18	2.332	2	.31
		Satır Yüzdesi (%)	16.7	38.9	44.4	100.0			
	Evli	Sayı	16	13	15	44			
		Satır Yüzdesi (%)	26.4	29.5	34.1	100.0			
Toplam		Sayı	19	20	23	62			
		Satır Yüzdesi (%)	30.6	32.3	37.1	100.0			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Tablo 32’de detaylandırıldığı gibi, yarıda-bırakma (drop-out) sonrası ekonomik durum açısından “0-5999 TL” kategorisinde deney grubunda gözlenen frekans 13, kontrol grubunda gözlenen frekans 8 ve bekleme listesi grubunda gözlenen frekans 14 olmuştur. “6000 TL ve üzeri” kategorisinde deney grubunda gözlenen frekans 6, kontrol grubunda gözlenen frekans 12 ve bekleme listesi grubunda 9 olmuştur. Sonuçlara göre, beklenen frekansların %20 veya daha fazlası 5’ten küçük olmadığından Pearson Ki-Kare test istatistiği kullanılabilmektedir. Elde edilen Ki-kare değeri 3.492 olarak elde edilmiş ve p değeri .17 olarak saptanmıştır. Elde edilen p değeri .05’ten büyük olduğundan, %95 güven olasılığı ile ekonomik durum açısından deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının birbirine homojen olduğu söylenebilir.

Tablo 32.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Ekonomik Durum ile Deney, Kontrol, Bekleme Listesi Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Gruplar			Toplam	Pearson χ^2 Değeri	Sd	p
			D	K	BL				
Ekonomik durum	0-5999 TL	Sayı	13	8	14	35	3.492	2	.17
		Satır Yüzdesi (%)	37.1	22.9	40.0	100.0			
	6000 TL ve üzeri	Sayı	6	12	9	27			
		Satır Yüzdesi (%)	22.2	44.4	33.3	100.0			
	Toplam	Sayı	19	20	23	62			
		Satır Yüzdesi (%)	30.6	32.3	37.1	100.0			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Tablo 33'te detaylandırıldığı gibi, yarıda-bırakma (drop-out) sonrası eğitim düzeyi açısından "üniversite ve altı" kategorisinde deney grubunda gözlenen frekans 11, kontrol grubunda gözlenen frekans 15 ve bekleme listesi grubunda gözlenen frekans 18 olmuştur. "Yüksek lisans ve doktora" kategorisinde deney grubunda gözlenen frekans 8, kontrol grubunda gözlenen frekans 5 ve bekleme listesi grubunda 5 olmuştur. Sonuçlara göre, beklenen frekansların %20 veya daha fazlası 5'ten küçük olmadığından Pearson Ki-Kare test istatistiği kullanılabilmiştir. Elde edilen Ki-kare değeri 2.328 olarak elde edilmiş ve p değeri .31 olarak saptanmıştır. Elde edilen p değeri .05'ten büyük olduğundan, %95 güven olasılığı ile eğitim düzeyi açısından deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının birbirine homojen olduğu söylenebilir.

Tablo 33.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Eğitim Düzeyi ile Deney, Kontrol, Bekleme Listesi Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Gruplar			Toplam	Pearson χ^2 Değeri	Sd	p
			D	K	BL				
Eğitim düzeyi	Üniversite ve altı	Sayı	11	15	18	44	2.328	2	.31
		Satır Yüzdesi (%)	25.0	24.1	40.9	100.0			
	Yüksek lisans ve doktora	Sayı	8	5	5	18			
		Satır Yüzdesi (%)	44.4	27.8	27.8	100.0			
	Toplam	Sayı	19	20	23	62			
		Satır Yüzdesi (%)	30.6	32.3	37.1	100.0			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Tablo 34’te detaylandırıldığı gibi, yarıda-bırakma (drop-out) sonrası çalışma durumu açısından “çalışıyor” kategorisinde deney grubunda gözlenen frekans 8, kontrol grubunda gözlenen frekans 15 ve bekleme listesi grubunda gözlenen frekans 12 olmuştur. “Çalışmıyor” kategorisinde deney grubunda gözlenen frekans 11, kontrol grubunda gözlenen frekans 5 ve bekleme listesi grubunda 11 olmuştur. Sonuçlara göre, beklenen frekansların %20 veya daha fazlası 5’ten küçük olmadığından Pearson Ki-Kare test istatistiği kullanılabilmektedir. Elde edilen Ki-kare değeri 4.561 olarak elde edilmiş ve p değeri .10 olarak saptanmıştır. Elde edilen p değeri .05’ten büyük olduğundan, %95 güven olasılığı ile çalışma durumu açısından deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının birbirine homojen olduğu söylenebilir.

Tablo 34.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Çalışma Durumu ile Deney, Kontrol, Bekleme Listesi Gruplarının Ki-Kare Analiziyle Karşılaştırılması

			Gruplar			Toplam	Pearson χ^2 Değeri	Sd	p
			D	K	BL				
Çalışma durumu	Çalışıyor	Sayı	8	15	12	35	4.561	2	.10
		Satır Yüzdesi (%)	22.9	42.9	34.3	100.0			
	Çalışmıyor	Sayı	11	5	11	27			
		Satır Yüzdesi (%)	40.7	18.5	40.7	100.0			
Toplam		Sayı	19	20	23	62			
		Satır Yüzdesi (%)	30.6	32.3	37.1	100.0			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Yarıda-bırakma (drop-out) sonrası CTQ-33 duygusal ihmal puanı açısından deney, kontrol ve bekleme listesi grupları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını saptamak için yapılan ve Tablo 35’te detaylandırılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre, deney grubunda ($\bar{x}$ =12.42, S_s =4.46), kontrol grubunda ($\bar{x}$ =12.60, S_s =5.57) ve bekleme listesi grubunda ($\bar{x}$ =12.61, S_s =4.78) yer alan katılımcıların CTQ-33 duygusal ihmal puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir (F_{2-59} =.009; $p>.05$). Buna dayalı olarak, yarıda-bırakma (drop-out) sonrası deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların CTQ-33 duygusal ihmal puanları açısından birbirlerine eşit oldukları söylenebilir.

Tablo 35.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Duygusal İhmal Puanı Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Deney	19	12.42	4.46	Gruplar arası	.445	2	.222	.009	.99
Kontrol	20	12.60	5.57	Grup içi	1452.910	59	24.626		
Bekleme listesi	23	12.61	4.78	Toplam	1453.355	61			
Toplam	62	12.55	4.88						

Benzer şekilde, yarıda-bırakma (drop-out) sonrası CTQ-33 duygusal taciz puanı açısından deney, kontrol ve bekleme listesi grupları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını saptamak için yapılan ve Tablo 36’da detaylandırılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA)’nin nonparametrik karşılığı olan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre, CTQ-33 duygusal taciz puanı açısından deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı saptanmıştır, $\chi^2 = .456$; $p > .05$.

Tablo 36.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Duygusal Taciz Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	Sıra Ortalaması	Sd	χ^2	p
Deney	19	30.82			
Kontrol	20	29.93			
Bekleme Listesi	23	33.43	2	.456	.79
Toplam	62				

Yarıda-bırakma (drop-out) sonrası CTQ-33 fiziksel ihmal puanı açısından deney, kontrol ve bekleme listesi grupları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını saptamak için yapılan ve Tablo 37’de detaylandırılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA)’nin nonparametrik karşılığı olan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre, CTQ-33 fiziksel ihmal puanı açısından deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı saptanmıştır, $\chi^2 = 1.031$; $p > .05$.

Tablo 37.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Fiziksel İhmal Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	Sıra Ortalaması	Sd	χ^2	p
Deney	19	31.97	2	1.031	.59
Kontrol	20	28.38			
Bekleme Listesi	23	33.83			
Toplam	62				

Yarıda-bırakma (drop-out) sonrası CTQ-33 fiziksel taciz puanı açısından deney, kontrol ve bekleme listesi grupları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını saptamak için yapılan ve Tablo 38’de detaylandırılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA)’nin nonparametrik karşılığı olan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre, CTQ-33 fiziksel taciz puanı açısından deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı saptanmıştır, $\chi^2 = 1.177$; $p > .05$.

Tablo 38.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Fiziksel Taciz Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	Sıra Ortalaması	Sd	χ^2	p
Deney	19	34.82	2	1.177	.55
Kontrol	20	29.50			
Bekleme Listesi	23	30.50			
Toplam	62				

Yarıda-bırakma (drop-out) sonrası CTQ-33 cinsel istismar puanı açısından deney, kontrol ve bekleme listesi grupları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını saptamak için yapılan ve Tablo 39’da detaylandırılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA)’nin nonparametrik karşılığı olan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre, CTQ-33 cinsel istismar puanı açısından deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı saptanmıştır, $\chi^2 = 2.452$; $p > .05$.

Tablo 39.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Cinsel İstismar Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	Sıra Ortalaması	Sd	χ^2	p
Deney	19	26.76	2	2.452	.29
Kontrol	20	32.58			
Bekleme Listesi	23	34.48			
Toplam	62				

Son olarak, yarıda-bırakma (drop-out) sonrası CTQ-33 aşırı koruma-kontrol puanı açısından deney, kontrol ve bekleme listesi grupları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını saptamak için yapılan ve Tablo 40’da detaylandırılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA)’nin nonparametrik karşılığı olan Kruskal-Wallis testi sonuçlarına göre, CTQ-33 aşırı koruma-kontrol puanı açısından deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı saptanmıştır, $\chi^2 = .542$; $p > .05$.

Tablo 40.

Yarıda-Bırakma (Drop-Out) Sonrası Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının CTQ-33 Aşırı Koruma-Kontrol Puanı Açısından Kruskal-Wallis Testi ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	Sıra Ortalaması	Sd	χ^2	p
Deney	19	28.97	2	.542	.76
Kontrol	20	32.53			
Bekleme Listesi	23	32.70			
Toplam	62				

Ortaya çıkan bulgular, yarıda-bırakma (drop-out) öncesi 79 katılımcının oluşturduğu deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında olduğu gibi, yarıda-bırakma (drop-out) sonrası 62 katılımcının oluşturduğu deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının yaş, hastalık süresi ve yaşam kalitesi puanı, medeni durum, ekonomik durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve çocukluk çağı travmatik yaşantılar açısından birbirlerine eşit olduklarını ve hiçbir aşamada gruplar arasında bu değişkenler arasında herhangi bir fark olmadığını göstermiştir.

2.5. VERİ ANALİZ TEKNİKLERİ

Verilerin analizinde hangi istatistiksel testlerin uygun olacağına karar verebilmek için öncelikle deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların bağımlı değişkenin ölçüldüğü ölçeklerde aldıkları öntest puanlarının parametrik testlerin temel varsayımlarını karşılayıp karşılamadıkları incelenmiştir. Parametrik testlerin kullanılabilmesi için hem varyansların homojen olması hem de verilerin normal dağılıma sahip olması gerekmektedir (Ergün, 1995). Çalışmada bu şartların sağlanıp sağlanmadığını belirlemek adına, öncelikle her üç grupta bulunan katılımcıların bağımlı değişkenler açısından birbirlerine denk olup olmadıklarını anlamak için varyansların homojenliği Homojenlik Testi ile analiz edilmiştir. Ortaya çıkan bulgulara göre grupların varyanslarının bağımlı değişkenler açısından birbirine denk olduğu saptanmıştır. Tablo 41’de görülebileceği gibi deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarına atanan katılımcıların WHO-QOLBREF-TR ölçeğinin yaşam kalitesi ($F_{2-59}=.654$; $p>.05$), genel sağlık ($F_{2-59}=.119$; $p>.05$), sosyal baskı ($F_{2-59}=1.216$; $p>.05$), bedensel alan ($F_{2-59}=.087$; $p>.05$), ruhsal alan ($F_{2-59}=1.289$; $p>.05$) ve sosyal alan ($F_{2-59}=.132$; $p>.05$) alt boyutlarında, ÇBPİÖÖ’nin çevresel hâkimiyet ($F_{2-59}=.604$; $p>.05$), insanlarla olumlu ilişki ($F_{2-59}=.823$; $p>.05$), kendini kabul ($F_{2-59}=.252$; $p>.05$), kişisel gelişim ($F_{2-59}=.192$; $p>.05$), özerklik ($F_{2-59}=.218$; $p>.05$) ve yaşam amacı ($F_{2-59}=.152$; $p>.05$) alt boyutlarında, DASS-21 ölçeğinin depresyon ($F_{2-59}=1.186$; $p>.05$), anksiyete ($F_{2-59}=1.742$; $p>.05$) ve stres ($F_{2-59}=3.013$; $p>.05$) alt boyutlarında, DDGÖ-16 ölçeğinin duygu düzenleme güçlüğü ($F_{2-59}=.072$; $p>.05$) boyutunda, DTÖ’nin dayanıklılık ($F_{2-59}=.646$; $p>.05$), hassasiyet ($F_{2-59}=1.106$; $p>.05$) ve tepkisellik ($F_{2-59}=1.428$; $p>.05$) alt boyutlarında ve son olarak, SDÖ’nin özyeterlilik ($F_{2-59}=.146$; $p>.05$), regülasyon ($F_{2-59}=.077$; $p>.05$) ve tolerans ($F_{2-59}=.283$; $p>.05$) alt boyutlarında öntest ölçümlerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ortaya çıkmıştır.

Tablo 41.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının Öntest Puanlarına Ait Homojenlik Testi Sonuçları

Ölçek	Değişken	Levene İstatistiği	Sd1	Sd2	p
WHO-QOLBREF (TR)	Yaşam kalitesi	.654	2	59	.52
	Genel sağlık	.119	2	59	.88
	Sosyal baskı	1.216	2	59	.30
	Bedensel alan	.087	2	59	.91
	Ruhsal alan	1.289	2	59	.28
	Sosyal alan	.132	2	59	.87
ÇBPİÖÖ	Çevresel hâkimiyet	.604	2	59	.55
	İnsanlarla olumlu ilişki	.823	2	59	.94
	Kendini kabul	.252	2	59	.77
	Kişisel gelişim	.192	2	59	.82
	Özerklik	.218	2	59	.80
	Yaşam Amacı	.152	2	59	.85
DASS-21	Depresyon	1.186	2	59	.31
	Anksiyete	1.742	2	59	.18
	Stres	3.013	2	59	.06
DDGÖ-16	Duygu düzenleme güçlüğü	.072	2	59	.93
DTÖ	Dayanıklılık	.646	2	59	.52
	Hassasiyet	1.106	2	59	.33
	Tepkisellik	1.428	2	59	.24
SDÖ	Özyeterlilik	.146	2	59	.86
	Regülasyon	.077	2	59	.92
	Tolerans	.283	2	59	.75

Parametrik testlerin kullanılabilmesi için karşılanması gereken koşulların bir diğeri, bağımlı değişkene ilişkin ölçüm sonuçlarının normal dağılım sergilemesidir. Çalışmada elde edilen verilen normal dağılımda olup olmadığını test etmek amacıyla yapılan Shapiro-Wilk testi değerlerine göre dağılımın normal olduğu WHOQOL-BREF (TR) bedensel alan, ruhsal alan ve sosyal alan alt boyutlarında, ÇBPİÖÖ çevresel hâkimiyet, kendini kabul, özerklik ve yaşam amacı alt boyutlarında, DASS-21 ölçeği depresyon, anksiyete ve stres alt boyutlarında, DDGÖ-16 ölçeği duyguları düzenleme güçlüğü boyutunda, DTÖ dayanıklılık alt boyutunda ve SDÖ tolerans alt boyutunda saptanmış olup ($p>.05$) sonuçlar Tablo 42’de verilmiştir.

Tablo 42.

Çalışmanın Bağımlı Değişkenleri Öntest Puanlarının Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarına Ait Shapiro-Wilk Normallik Testi Sonuçları

<i>Shapiro-Wilk</i>					
Ölçek	Değişken	Grup	İstatistik	Sd	p
WHO-QOLBREF (TR)	Yaşam kalitesi	D	.889	19	.03
		K	.864	20	.00
		BL	.857	23	.00
	Genel sağlık	D	.914	19	.08
		K	.838	20	.00
		BL	.888	23	.01
	Sosyal baskı	D	.804	19	.00
		K	.882	20	.01
		BL	.913	23	.04
	Bedensel alan	D	.960	19	.57
		K	.942	20	.26
		BL	.921	23	.07
	Ruhsal alan	D	.974	19	.85
		K	.966	20	.67
		BL	.971	23	.70
ÇBPİÖÖ	Sosyal alan	D	.961	19	.58
		K	.933	20	.17
		BL	.948	23	.26
	Çevresel hâkimiyet	D	.979	19	.93
		K	.955	20	.44
		BL	.927	23	.09
	İnsanlarla olumlu ilişki	D	.846	19	.00
		K	.909	20	.06
		BL	.912	23	.04
	Kendini kabul	D	.950	19	.38
		K	.935	20	.19
		BL	.921	23	.07
	Kişisel gelişim	D	.907	19	.06
		K	.844	20	.00
		BL	.871	23	.00
	Özerklik	D	.942	19	.28
		K	.962	20	.58
		BL	.969	23	.67
	Yaşam Amacı	D	.903	19	.05
		K	.927	20	.13
		BL	.961	23	.48

DASS-21	Depresyon	D	.960	19	.56
		K	.951	20	.38
		BL	.918	23	.06
	Anksiyete	D	.971	19	.79
		K	.932	20	.16
		BL	.913	23	.04
	Stres	D	.980	19	.94
		K	.936	20	.20
		BL	.911	23	.04
DDGÖ-16	Duygu düzenleme güçlüğü	D	.961	19	.59
		K	.933	20	.17
		BL	.964	23	.55
DTÖ	Dayanıklılık	D	.936	19	.22
		K	.944	20	.28
		BL	.940	23	.17
	Hassasiyet	D	.819	19	.00
		K	.874	20	.01
		BL	.737	23	.00
	Tepkisellik	D	.895	19	.04
		K	.957	20	.48
		BL	.944	23	.22
SDÖ	Özyeterlilik	D	.933	19	.20
		K	.894	20	.03
		BL	.966	23	.60
	Regülasyon	D	.955	19	.48
		K	.939	20	.23
		BL	.890	23	.01
	Tolerans	D	.939	19	.25
		K	.918	20	.08
		BL	.935	23	.13

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Tablo 42'ye bakıldığında WHOQOL-BREF (TR) ölçeğinin yaşam kalitesi, genel sağlık ve sosyal baskı boyutlarının, ÇBPİÖÖ'nin insanlarla olumlu ilişki ve kişisel gelişim alt boyutlarının, DTÖ'nin hassasiyet ve tepkisellik alt boyutlarının ve SDÖ'nin özyeterlilik ve regülasyon alt boyutlarının normal dağılım için gerekli olan $p \geq .05$ koşulunu ya deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının bazılarında ya da tümünde karşılamadığı görülmektedir. Bu bulgulara yönelik, ideal bir normal dağılım grafiğinin simetrik olması, başka bir deyişle basıklık ve çarpıklık değerlerinin -1 ila +1 aralığında bulunması beklenmektedir. Fakat bununla birlikte, çarpıklık katsayısı ve basıklık katsayısı sırasıyla, çarpıklığın ve basıklığın standart hatasına bölündüğünde,

çıkan değerler -1.96 ile +1.96 arasında kalıyorsa, dağılımın normal kabul edildiği belirtilmektedir (Can, 2017). Buna dayalı olarak, WHOQOL-BREF (TR) yaşam kalitesi alt boyutu öntest puanına yönelik deney grubunun çarpıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($.00/.52=.01$), kontrol grubunun çarpıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($.15/.51=.30$) ve bekleme listesi grubunun çarpıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($.34/.48=.71$), genel sağlık alt boyutu öntest puanına yönelik kontrol grubunun çarpıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($.52/.51=1.02$) ve bekleme listesi grubunun çarpıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($.18/.48=.38$), sosyal baskı alt boyutu öntest puanına yönelik deney grubunun çarpıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($-.52/.52=-1.00$), kontrol grubunun çarpıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($-.46/.51=-.90$) ve bekleme listesi grubunun çarpıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($.37/.48=.77$), ÇBPİÖÖ insanlarla olumlu ilişki alt boyutu öntest puanına yönelik deney grubunun çarpıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($-.58/.52=-1.11$) ve kişisel gelişim alt boyutu öntest puanına yönelik kontrol grubunun çarpıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($-.72/.51=-1.41$) ve bekleme listesi grubunun çarpıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($-.04/.48=-.10$), DTÖ hassasiyet alt boyutu öntest puanına yönelik deney grubunun çarpıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($.95/.52=1.81$), kontrol grubunun basıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($.60/.99=.61$) ve bekleme listesi grubunun basıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($1.91/1.03=1.85$) ve tepkisellik alt boyutu öntest puanına yönelik deney grubunun çarpıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($.16/.52=.30$) ve son olarak SDÖ özyeterlilik alt boyutu öntest puanına yönelik kontrol grubunun çarpıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($-.26/.51=-.15$) ve regülasyon alt boyutu öntest puanına yönelik bekleme listesi grubunun çarpıklık değeri kendi standart hatasına bölündüğünde ($-.89/.48=-1.86$), elde edilen değerlerin -1.96 ve +1.96 aralığında olduğu ve dolayısıyla normal dağılım aralığında bulundukları söylenebilmektedir. Ayrıca, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının, bağımlı değişkene ilişkin öntest ölçümlerinde elde ettikleri puanların çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenmiş ve Tablo 43'te verilmiştir.

Tablo 43.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarında Bulunan Katılımcıların Bağımlı Değişkenleri Ölçen Ölçeklerde Elde Ettikleri Öntest Puanlara İlişkin Değerler

Ölçek	Alt boyut	Grup	$\bar{x}$	Ss	Çarpıklık	Basıklık
WHO-QOLBREF (TR)	Yaşam kalitesi	D	3.58	.902	-.008	-.558
		K	3.55	1.050	.157	-1.144
		BL	3.52	.898	.342	-.613
	Genel sağlık	D	2.58	1.071	.378	.092
		K	3.05	.945	-.524	-.793
		BL	3.09	1.164	-.183	-.120
	Sosyal baskı	D	2.74	1.195	-.524	-1.244
		K	3.05	.999	-.461	.548
		BL	2.83	1.114	.373	-.423
	Bedensel alan	D	12.39	3.221	.288	-.550
		K	13.65	3.433	-.283	.512
		BL	13.91	3.271	-.734	-.550
	Ruhsal alan	D	12.56	2.385	.461	.409
		K	13.33	3.273	-.860	.486
		BL	13.18	3.190	-.278	-.312
	Sosyal alan	D	14.17	2.783	-.223	-.659
		K	12.73	2.785	-.059	-.610
		BL	12.63	3.031	-.554	-.034
CBPIÖ	Çevresel hâkimiyet	D	9.00	2.054	.043	-.265
		K	9.85	2.497	-.676	-.676
		BL	10.17	2.673	.156	-.368
	İnsanlarla olumlu ilişki	D	12.26	2.845	-1.527	2.837
		K	11.05	3.284	-1.000	.580
		BL	11.87	2.380	-.318	-.293
	Kendini kabul	D	10.89	2.355	-.231	-.874
		K	10.70	2.430	.194	-1.272
		BL	10.17	2.708	.521	-.697
	Kişisel gelişim	D	12.05	2.320	-.250	-.465
		K	12.70	2.154	-.725	.810
		BL	12.34	2.228	-.049	-1.480
	Özerklik	D	10.68	2.517	-.581	-.184
		K	10.25	2.244	.397	-.103
		BL	10.30	2.265	.074	-.418
	Yaşam Amacı	D	11.73	1.939	-.198	-1.244
		K	11.95	2.089	-.465	-.101
		BL	10.65	1.968	-.053	-.007

DASS-21	Depresyon	D	9.16	5.446	.270	-.388
		K	8.50	5.277	.220	-.295
		BL	7.87	6.010	.150	-1.413
	Anksiyete	D	6.68	3.987	.266	.523
		K	5.35	4.004	.622	-.404
		BL	5.91	5.204	.584	-.770
	Stres	D	9.63	4.633	-.269	-.323
		K	10.80	4.720	.393	-1.055
		BL	10.30	6.277	-.139	-1.411
DDGÖ-16	Duygu düzenleme güçlüğü	D	44.32	14.372	.415	-.530
		K	45.55	15.816	.299	-.704
		BL	48.04	14.971	-.284	-.775
DTÖ	Dayanıklılık	D	14.84	5.15	.066	1.187
		K	15.65	5.81	.365	-.895
		BL	14.69	4.93	.723	.342
	Hassasiyet	D	7.15	2.56	.951	-.248
		K	9.05	4.09	1.098	.607
		BL	7.86	4.11	1.649	1.914
	Tepkisellik	D	12.05	3.71	.162	1.515
		K	12.15	3.16	.046	-.794
		BL	11.82	4.35	.255	-1.094
SDÖ	Özyeterlilik	D	10.63	3.13	-.407	.588
		K	10.20	3.18	.263	-1.162
		BL	10.30	3.00	-.277	-.660
	Regülasyon	D	9.47	3.33	-.464	-.215
		K	10.35	3.60	-.564	-.423
		BL	11.21	3.31	-.897	-.184
	Tolerans	D	28.78	10.84	-.197	-1.239
		K	28.25	11.13	.155	-1.058
		BL	28.78	9.40	-.196	-1.191

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan bireylerin bağımlı değişkenin ölçüldüğü ölçeklerden aldıkları öntest sonuçlarına yapılan homojenlik ve normallik testlerinde saptanan tüm bu bulgular göz önünde bulundurularak, çalışmada parametrik testlerin kullanılması uygun görülmüştür. Hâlihazırdaki çalışma, deney, kontrol ve bekleme listesi olmak üzere toplam üç gruptan oluşmakta ve çalışmanın

bağımsız değişkeni olan DDT-BE'nin, çalışmanın bağımlı değişkenleri olan yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres, çok boyutlu psikolojik iyi oluş, duygu düzenleme güçlüğü, duygusal tepkisellik ve sıkıntıya dayanma üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmadır. Bu özellikler dikkate alındığında, bu araştırmada kullanılan deneysel desenin split-plot (karışık) desen özelliğini gösterdiği görülmektedir. Dolayısıyla, öntest, sontest ve izlem ölçümleri arasındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını saptamak için split-plot (karışık) desenler için uygun olan, tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) tekniği uygun görülmüştür. Bu analiz yöntemi, farklı işlem gruplarını oluşturan grup faktörünün (deney, kontrol ve bekleme listesi) ve tekrarlı ölçümleri gösteren ölçüm faktörünün (öntest, sontest ve izlem) bağımlı değişkenler üzerindeki temel etkileri ve her iki faktörün ortak etkisini test etmekte, grup ve ölçüm ortak etki testinin anlamlı çıktığı takdirde, deneysel işlemin bağımlı değişken üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkili olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu analiz sonucunda anlamlı farkın saptandığı durumlarda ise, farkın neyden kaynaklandığını saptamak için veriler Bağımlı Örnek t-Testi ile analiz edilmiştir.

Son olarak, ekonomik durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve VKİ'nin araştırmanın bağımlı değişkenleri ile ilişkileri olup olmadığı ekonomik durum, eğitim düzeyi ve VKİ ikiden fazla kategorili kategorik değişken olmaları dolayısıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile, çalışma durumu ise iki kategorili kategorik değişken olması dolayısıyla Bağımsız Örnek t-Testi ile analiz edilmiştir. Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Bağımsız Örnek t-Testi sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı çıkan değişkenler daha sonra kovaryans analizinde (ANCOVA) ortak değişken (covariate) olarak analizlere dâhil edilmiştir. Çalışmanın bağımlı değişkenleri ile çalışma durumunun iki kategorisi (Çalışıyor, Çalışmıyor) arasında anlamlı bir farkın olup olmadığı parametrik testlerin varsayımları kapsamında Bağımsız Örnek t-Testi ile incelenmiş, istatistiksel olarak anlamlı seviyede farkın olduğu bağımlı değişken saptanmaması sonucunda, çalışma durumu ortak değişken (covariate) olarak ele alınmamış, sadece ekonomik durum, eğitim düzeyi ve VKİ ortak değişken (covariate) olarak incelenmiştir. Kovaryans analizi (ANCOVA) bir araştırmada etkisi test edilen bir faktör ya da faktörlerin dışında, bağımlı değişken ile

ilişkisi bulunan bir değişkenin ya da değişkenlerin istatistiksel olarak kontrol edilmesini sağlayan yöntem olarak bilinmektedir (Büyüköztürk, 1998). Bu sayede, öntest, sontest ve izlem ölçümleri arasındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı, hem farklı işlem gruplarını oluşturan grup faktörü (deney, kontrol ve bekleme listesi), hem de bağımlı değişken ile ilişkisi saptanan ortak değişken (covariate) çerçevesinde incelenmiştir.

Araştırmada öntest, sontest ve izlem aşamalarında toplanan verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21 programı kullanılmıştır. Ortaya çıkan sonuçların istatistiksel analizlerinde .05 anlamlılık düzeyi esas alınmış, $p < .01$ ve $p < .001$ düzeyleri de ayrıca belirtilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BULGULAR

Bu bölüm çalışma grubunun demografik özellikleri ve kullanılan ölçeklerin betimleyici istatistikleri ile birlikte, araştırmanın hipotezleri doğrultusunda yapılan istatistiksel analizlerin detaylı sonuçlarını içermektedir. Bu araştırmanın temel amacı, Haşimoto hastalığı olan kadınlarda DDT-BE'nin bazı psikolojik değişkenler üzerindeki etkisini incelemektir. DDT'nin etkisi başlığı altında çalışmanın hipotezi doğrultusunda elde edilen bulgular verilmiştir.

3.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmanın tüm aşamalarına katılan ve süreci gerekli koşullar çerçevesinde başarılı bir şekilde tamamlayan 62 katılımcının yaş ortalaması 35.85 ± 6.37 yaş, Haşimoto hastalığı tanısını almış oldukları ortalama hastalık süresi 7.31 ± 6.08 yıl ve stres düzeyine 0–100 üzerinden verdikleri ortalama puan 73.40 ± 18.52 olmuştur. Katılımcıların diğer demografik özellikleri Tablo 44'te detaylandırılmış olup, çoğunluğunun doğum yeri “İstanbul” (%32.2), eğitim düzeyi “Üniversite” (%61.3), ekonomik durumu “3000-5999 TL” (%40.3), medeni durumu “Evli” (%69.4; ortalama evlilik süresi 11.27 ± 5.79 yıl), çalışma durumu “Çalışıyor” (%58.5), Haşimoto hastalığı için hâlihazırda tedavi görüyor olma “Evet” (%69.4; LT4 ilaç ile tedavi %59.7, alternatif yöntemler ile tedavi %9.7), Haşimoto hastalığından etkilenme düzeyi “Çok” (%51.6), Haşimoto hastalığına ek olarak başka kronik bir rahatsızlığın bulunuyor olma durumu “Yok” (%74.2), Haşimoto hastalığını başkaları ile paylaşmaktan rahatsız olma durumu “Hayır” (%87.1), çocuk sahibi olma durumu “Evet” (%59.7), düşük yaşamış olma durumu “Hayır” (%79.0), çocuk sahibi olmada zorluk yaşıyor olma durumu “Hayır” (%83.9), çocuk sahibi olmada zorluk yaşayanların, yaşanan zorluğun Haşimoto hastalığından kaynaklanıyor olma durumu “Hayır” (%9.7), Haşimoto hastalığı için en yüksek oranda belirtilen sebep “Stres” (%45.1) ve VKİ açısından da “Normal (VKİ 18.5 – 24.9)” (%50.0) şeklinde olmuştur. Bu özelliklere ek olarak, eşit bulguları olan bir özellik ailede başka birinde de Haşimoto hastalığının var olup olmadığı sorusu olmuş olup, bu soruda katılımcıların

%50'si "Var" yanıtını seçerken, %50'si de "Yok" yanıtını seçmiştir. Bu bulgu, Haşimoto hastalığında genlerin mutlak belirleyici olmadığına yönelik literatürü desteklemektedir (McLeod ve Cooper, 2015; Skov ve ark., 2021; Arıkan, 2021; Attard, Sze ve Vella, 2022).

Son olarak, Haşimoto hastalığına ek olarak başka kronik bir rahatsızlığı olduğunu belirten %25.8 katılımcı, şu hastalıkları belirtmiştir: fibromiyalji (%12.5), varis (%12.5), vitiligo (%12.5), kronik alerji (%12.5), aritmi (%6.2), bel fıtığı (%6.2), şeker hastalığı (%6.2), fibrokistik meme (%6.2), iltihaplı romatizma (%6.2), multipl skleroz (%6.2), pankolit (%6.2) ve polikistik over hastalığı (%6.2). Hem otoimmün rahatsızlıkların, hem de otoimmün olmayan kronik rahatsızlıkların Haşimoto hastalığını eşlik edebiliyor olacağı literatürde bulgulanmış olmakla birlikte, katılımcılar tarafından belirtilen bu rahatsızlıkların arasında polikistik over hastalığı, fibrokistik meme, multipl skleroz, vitiligo, iltihaplı romatizma, aritmi ve fibromiyalji bu rahatsızlığı yaygın oranda eşlik eden rahatsızlıklar arasındadır (Özata, 2021, s.143-44).

Tablo 44.

Katılımcıların Demografik Özellikleri

	$\bar{x}$	<i>N</i>	
Yaş	35.85 ± 6.37	62	
		<i>N</i>	%
Eğitim düzeyi	İlkokul	1	1.6
	Lise veya eşdeğeri	5	8.1
	Üniversite	38	61.3
	Yüksek lisans	13	21.0
	Doktora	5	8.1
Ekonomik durum	0-2999 TL	10	16.1
	3000-5999 TL	25	40.3
	6000-9999 TL	18	29.0
	10000-14999 TL	5	8.1
	15000 TL ve üzeri	4	6.5
Medeni durum	Bekâr	17	27.4
	Evli	43	69.4
	Evli gibi yaşıyor	1	1.6
	Boşanmış	1	1.6

Çalışma durumu	Çalışıyor	35	58.5	
	Çalışmıyor	27	43.5	
Vücut Kitle İndeksi (VKİ)	VKİ <18.5	3	4.8	
	VKİ 18.5 – 24.9	31	50.0	
	VKİ 25 – 29.9	17	27.4	
	VKİ 30 – 34.9	8	12.9	
	VKİ >35	3	4.8	
Doğum yeri	Akdeniz Bölgesi:	Hatay	2	3.2
		Osmaniye	1	1.6
	Karadeniz Bölgesi:	Çorum	1	1.6
		Giresun	1	1.6
		Karabük	1	1.6
		Rize	2	3.2
		Samsun	5	8.1
		Tokat	3	4.8
		Trabzon	1	1.6
	Ege Bölgesi:	Aydın	1	1.6
		İzmir	1	1.6
		Manisa	1	1.6
		Muğla	1	1.6
	Marmara Bölgesi:	Balıkesir	2	3.2
		İstanbul	20	32.2
		Sakarya	2	3.2
	İç Anadolu Bölgesi:	Aksaray	1	1.6
		Ankara	6	9.6
		Konya	1	1.6
		Nevşehir	1	1.6
		Sivas	2	3.2
		Yozgat	1	1.6
	Doğu Anadolu Bölgesi:	Erzincan	1	1.6
		Malatya	2	3.2
		Van	1	1.6
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi:	Batman	1	1.6
Haşimoto hastalığı için tedavi görüyor olma durumu	Evet	43	69.4	
	Hayır	19	30.6	
Haşimoto hastalığı için alınan tedavinin yöntemi	LT4 ilaç	37	59.7	
	Alternatif yöntem	6	9.7	

Ailede başka birinde Haşimoto hastalığının var olma durumu	Var Yok	31 31	50.0 50.0
Haşimoto hastalığından etkilenme düzeyi	Az Şöyle böyle Çok Aşırı	7 21 32 2	11.3 33.9 51.6 3.2
Haşimoto hastalığına ek olarak başka kronik rahatsızlığın var olma durumu	Var Yok	16 46	25.8 74.2
Belirtilen kronik rahatsızlıklar	Fibromiyalji Varis Vitiligo Kronik alerji Aritmi Bel fıtığı Diyabet Fibrokistik meme İltihaplı romatizma Multipl Skleroz Pankolit Polikistik Over	2 2 2 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1	12.5 12.5 12.5 12.5 6.2 6.2 6.2 6.2 6.2 6.2 6.2 6.2
Haşimoto hastalığını başkaları ile paylaşmaktan rahatsız olma durumu	Evet Hayır	8 54	12.9 87.1
Çocuk sahibi olma durumu	Evet Hayır	37 25	59.7 40.3
Düşük yaşamış olma	Evet Hayır	13 49	21.0 79.0
Çocuk sahibi olmada zorluk çekiyor olma durumu	Evet Hayır	10 52	16.1 83.9
Çocuk sahibi olmadaki zorluğun Haşimoto hastalığından kaynaklı olma durumu	Evet Hayır	4 6	6.5 9.7

Haşimoto hastalığı için belirtilen sebepler	Stres	28	45.1
	Genetik	13	20.8
	Beslenme	7	11.2
	Doğum	6	9.6
	Travma	5	8.0
	Eksik tedavi	2	3.2
	Sigarayı bırakmak	1	1.6

3.2. KULLANILAN ÖLÇEKLERİN BETİMLEYİCİ İSTATİSTİKLERİ

Bu çalışmaya katılan katılımcılara Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33), DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu, WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği – Kısa Form (DASS-21), Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (ÇBPIOÖ), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği – Kısa Form (DDGÖ-16), Duygusal Tepkisellik Ölçeği (DTÖ) ve Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ) olmak üzere toplam yedi adet ölçek uygulanmıştır. Çalışma grubunun ölçeklerden aldıkları puanlara ilişkin betimleyici istatistikler bu bölümde verilmiştir.

3.2.1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)'nin duygusal ihmal, duygusal taciz, fiziksel ihmal, fiziksel taciz, cinsel istismar ve aşırı koruma-kontrol olmak üzere altı alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutların ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin betimleyici istatistikler öncelikle tüm çalışma grubu için Tablo 45'te, ardından ayrı ayrı deney (Tablo 46), kontrol (Tablo 47) ve bekleme listesi grupları için (Tablo 48) verilmiştir.

Tablo 45.

Tüm Çalışma Grubunun CTQ-33 Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Duygusal ihmal	62	5	25	12.55	4.88
Duygusal taciz	62	5	24	9.40	5.02
Fiziksel ihmal	62	5	20	8.32	3.88
Fiziksel taciz	62	8	21	10.00	2.23
Cinsel istismar	62	5	21	7.06	3.39
Aşırı koruma-kontrol	62	5	24	11.45	4.86
İnkâr	62	0	2	.65	.68

Tablo 46.*Deney Grubunun CTQ-33 Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri*

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Duygusal ihmal	19	5	19	12.42	4.46
Duygusal taciz	19	5	24	9.74	6.10
Fiziksel ihmal	19	5	16	8.00	3.10
Fiziksel taciz	19	8	15	10.05	1.68
Cinsel istismar	19	5	9	5.74	1.28
Aşırı koruma-kontrol	19	6	19	10.53	3.94
İnkâr	19	0	2	.95	.62

Tablo 47.*Kontrol Grubunun CTQ-33 Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri*

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Duygusal ihmal	20	5	24	12.60	5.57
Duygusal taciz	20	5	21	9.25	5.08
Fiziksel ihmal	20	5	20	7.85	3.87
Fiziksel taciz	20	8	21	10.05	2.78
Cinsel istismar	20	5	17	7.25	3.32
Aşırı koruma-kontrol	20	5	22	11.60	4.82
İnkâr	20	0	2	.60	.75

Tablo 48.*Bekleme Listesi Grubunun CTQ-33 Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri*

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Duygusal ihmal	23	5	25	12.61	4.78
Duygusal taciz	23	5	21	9.26	4.17
Fiziksel ihmal	23	5	20	9.00	4.36
Fiziksel taciz	23	8	19	9.91	2.19
Cinsel istismar	23	5	21	8.00	4.31
Aşırı koruma-kontrol	23	5	24	12.09	5.62
İnkâr	23	0	2	.43	.59

Tablolar incelendiğinde, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların en yüksek ortalama puanlarının CTQ-33 duygusal ihmal (deney grubu $\bar{x}$ =12.42; kontrol grubu $\bar{x}$ =12.60; bekleme listesi grubu $\bar{x}$ =12.61) ve aşırı koruma-kontrol (deney grubu $\bar{x}$ =10.53; kontrol grubu $\bar{x}$ =11.60; bekleme listesi grubu $\bar{x}$ =12.09) alt boyutlarında olduğu görülmektedir. Yukarıda da bahsedildiği gibi, CTQ-33 alt boyutları açısından deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarının birbirlerine homojen

oldukları duygusal ihmal için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kapsamında ve duygusal taciz, fiziksel ihmal, fiziksel taciz, cinsel istismar ve aşırı-koruma kontrol için de Kruskal-Wallis Testi kapsamında saptanmıştır. Son olarak, 0-3 arasında olabilen inkâr puanlarının tüm gruplar için oldukça düşük olduğu ortaya çıkmıştır (deney grubu $\bar{x}$ =.95; kontrol grubu $\bar{x}$ =.60; bekleme listesi grubu $\bar{x}$ =.43). Buna dayalı olarak, CTQ-33 ölçeğinde bildirilen verilerin gerçekliği temsiline oldukça yüksek olduğu yorumu yapılabilir (Şar, Necef, Mutluer, Fatih ve Türk-Kurtça, 2021).

3.2.1.1. Katılımcıların Kendi İfadeleri ile Detaylandığı Travmatik Yaşantılar

Kişisel bilgi formunun bir parçası olan bu soru: “Çocukluğunuzda hatırladığınız en olumsuz anı neydi, paylaşır mısınız? (isteğe göre yanıtlanabilir soru)” ve CTQ-33 ölçeğinin ardına eklenen bu soru: “Yukarıdaki sorular ışığında (fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar vb.) paylaşmak istediğiniz herhangi bir anı ya da eklemek istediğiniz herhangi bir detay ya da travma var ise lütfen yazınız. (isteğe göre yanıtlanabilir soru)” kapsamında katılımcıların çoğunluğu özgeçmişlerinden travmatik yaşantılar bildirmiştir. Bu bölümde, duygusal ihmal, duygusal taciz, fiziksel ihmal, fiziksel taciz, cinsel istismar, aşırı koruma-kontrol olmak üzere altı travmatik yaşantıya uyumlu olan bazı yanıtlar detaylandırılacaktır.

Duygusal ihmal için bildirilen bazı travmatik yaşantılar: “Fazlasıyla duygusal ihmal yaşadığımı düşünüyorum.”; “Babam sevgisini hiç belli etmedi.”; “Evlatlık olduğumu çok geç öğrendim.”; “Ailem beni küçük yaşta yurda verdi.”; “Annem beni hiç istemedi. Çocukluğumda bunu bana hep derdi. Hamileliğinde ne yaptıysa bir türlü ölmediğimi söylerdi. İstenilmediğimi hep hissettim.”; “Küçük yaşta şehir değiştirmeye bağlı olarak bir türlü okuluma alışamadım.”; “Çocukluğumda sık sık değersizlik hissi yaşırdım.”; “Annem çalıştığından evde yalnız kaldığım çok oldu... O zamanlar anlamıyordum belki ama şimdi geriye baktığımda üzülüyorum.”; “Babam çalışırdı ve işten sonra geç saatlere kadar kahvede takılırdı. Bunu unutamıyorum ve bu sebeplerden ötürü beni ihmal ettiği için onu affedemiyorum.”; “Aile içinde duygusal ihmal yaşadığımı, kabullenilmediğimi, anlaşılmadığımı hep hissettim.”; “Bize hep annem baktı. Babam hep ilgisizdi. Evlendiği ikinci karısının ailesini sahiplendi.”; “Çocukken sık sık yalnız kalmak zorundaydım.”; “Babam

kızlarına sevgisini hiç göstermedi. Baba-kız kucaklaşmasını hiç yaşamadan babamın ölmesinden çok korkuyorum.”; “Annemle, babamın ve amcamın kavgalarına hep şahit oldum. Bu beni çok zorladı.”

Duygusal taciz için bildirilen bazı travmatik yaşantılar: “Babam beni komşunun yanında azarlar ve aşağılardı.”; “Babam sık sık sözel şiddete başvururdu.”; “Ailem tarafından çok dışlandım.”; “Annemin bana bağıracağı çok oldu.”; “Teyzelerim beni diğer kuzenlerim içerisinde hep dışlardı.”; “Derslerim yüzünden babamla yaşadığımız çok çatışmalar oldu.”

Fiziksel ihmal için bildirilen bazı travmatik yaşantılar: “Çocukken kıyafetlerim yoktu.”; “Babam ailede başkalarını borçlarına kefil oldu diye evimize haciz memurları geldi. O günden sonra hiçbir şey aynı olmadı.”; “Evimizi bankanın satması gerekti. Çok zordu.”; “Tüm eşyalarımızı satıp şehir dışına taşınmak zorunda kaldık.”

Fiziksel taciz için bildirilen bazı travmatik yaşantılar: “Annem bir kere beni çok dövdü ve buna bir komşumuz şahit oldu. O anki utanmamı ve acımı asla unutamıyorum.”; “Annem tarafından birkaç kez sopa ya da kemerle dövüldüğümü hatırlıyorum.”; “Küçükken birkaç oğlan çocuğu beni bir yere sıkıştırıp vurmaya çalıştılar. Onlara karşı koyamadım.”; “Babam bana öyle vurdu ki, bana vurmaları sonucu kekemelik yaşadım.”; “Çocukluğum kötü bir ailede şiddetle geçti.”; “Babamdan şiddet gördüm.”; “Bir aile büyüğüm kendimi bildim bileli beni sevmedi. Devamlı ağır şekilde beni döver ve kıskanırdı.”; “Annem kardeşimle benim ellerimi bir kere kanepenin kenarlarına bağladı.”; “Babam beni dövdü.”; “Annem kardeşimin yerine beni dövdü.”

Cinsel istismar için bildirilen bazı travmatik yaşantılar: “Komşu olan yaşlı bir amca çocukken bize gelirdi. Bize geldiğinde bana dokunmaya ya da beni öpmeye çalışırdı.”; “Karşı komşumuzun cinsel istismar teşebbüsleri oldu. Ailem bazen dışarı çıktıklarında bizi onlara bırakırlardı. O komşuya güvendikleri için aileme kızmışımıdır.”; “Komşu bir bay, biraz izledikten sonra yanıma yanaştı. Arkadaşımın yanımda olmadığı bir anda yanıma sokuldu ve eteğimden yukarı doğru eliyle bacağıma okşadı. Çok uzun bir süre o kişilere kalmaya gidemedim.”; “Cinsel tacize uğradım.”; “Çok küçükken komşunun oğlu oyun gibi bacaklarımı açıtırıp yalıyordu.

Ne olduğunu o yaşlarda tabii bilmiyordum. Büyüyünce tekrar hatırladım yaşadıklarımı. O kadar travmatize olmuş olmalıyım ki herkesin geçtiği sınavdan ve bütünlemeden kaldım.”; “Benden büyük bir akrabama emanet edildim. Kitap okumamı kontrol edecekti. Ama ben kitap okumaya çalışırken o parmağıyla bana cinsel istismarda bulundu. Bu travmayı büyüyünce hatırladım. Yarası hâlâ geçmedi. Elime kitap alamaz oldum. Kimseye bir şey söyleyemez oldum. Hiçbir şey hatırlamamak için geçmişimi tamamen sildim.”; “Cinsel taciz yaşadım. Bunun bir istismar olduğunu belirli bir yaştan sonra anladım. Hâlâ etkisindeyim.”; “Otobüste bir kişinin cinsel organını omzuma sürmesi durumuyla karşılaştım. Bu durum bir süre devam etti. Ne olduğunu o an anlayamadım. Şu an hâlâ içimde o insana bağırmadığım ve herhangi bir tepki göstermediğim için öfkem var.”; “Lisede arkamda oturan oğlan ben arkamı döndüğümde bana cinsel organını açtı.”; “Ortaokulda sınıf arkadaşlarım tarafından öğretmenin sınıfta olmadığı bir anda pornoya maruz kaldım.”; “Çok küçükken uzak akraba bir abla bana göğüslerini elletmişti. Bunu gizli gizli yaptı ve beni susturdu.”; “Bir tane yabancı işçi beni öpmek istemişti. Çok korkmuştum.”

Aşırı koruma-kontrol için bildirilen bazı travmatik yaşantılar: “Bana zorla başörtüsü taktırıldı.”; “Ailem her şeyimi kontrol ederdi. Bir sefer kaybolmuştum. Çok korkmuştum.”; “Annem babamın kızlarından etkileneceğinden çok korkardı. Bundan dolayı giyindiklerimizi hep kontrol eder, çok kadınsı olduğumuzda kızardı.”; “Bir aile yakınımın yanında kaldım. Orada hiç bir şeyi rahat rahat yapamazdım.”; “Annem dışarı çıkmamam için beni eve kitlerdi.”

3.2.2. DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu

DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu’nun depresyon, öfke, mani, anksiyete, somatik belirtiler, intihar düşüncesi, psikoz, uyku sorunları, hafıza, tekrarlayan düşünce ve davranışlar, dissosiyasyon, kişilik ve madde kullanımı olmak üzere toplam on üç alt alanı bulunmaktadır. Alt boyutların ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin betimleyici istatistikler öncelikle tüm çalışma grubu için Tablo 49’da, ardından ayrı ayrı deney (Tablo 50), kontrol (Tablo 51) ve bekleme listesi grupları için (Tablo 52) verilmiştir. Betimleyici istatistikler ölçeğin

değerlendirme kriterlerine uyumlu olarak, madde kullanımı, intihar düşüncesi ve psikoz dışında 2 puan üzerinden, madde kullanımı, intihar düşüncesi ve psikoz için de 1 puan üzerinden rapor edilmiştir.

Tablo 49.

Tüm Çalışma Grubunun DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu Alanlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Alan	Alan Adı	Puan	N	%
I	Depresyon	≥2 puan	53	85.5
		<2 puan	9	14.5
		Toplam	62	100
II	Öfke	≥2 puan	46	74.1
		<2 puan	16	25.9
		Toplam	62	100
III	Mani	≥2 puan	34	54.8
		<2 puan	28	45.2
		Toplam	62	100
IV	Anksiyete	≥2 puan	53	85.5
		<2 puan	9	14.5
		Toplam	62	100
V	Somatik Belirtiler	≥2 puan	47	75.8
		<2 puan	15	24.2
		Toplam	62	100
VI	İntihar düşüncesi	≥1 puan	8	12.9
		<1 puan	54	87.1
		Toplam	62	100
VII	Psikoz	≥1 puan	25	40.3
		<1 puan	37	59.7
		Toplam	62	100
VIII	Uyku Sorunları	≥2 puan	35	56.5
		<2 puan	27	43.5
		Toplam	62	100
IX	Hafıza	≥2 puan	17	27.4
		<2 puan	45	72.6
		Toplam	62	100
X	Tekrarlayan Düşünce ve Davranışlar	≥2 puan	29	46.8
		<2 puan	33	53.2
		Toplam	62	100
XI	Dissosiyasyon	≥2 puan	23	37.1

		<2 puan	39	62.9
		Toplam	62	100
XII	Kişilik	≥2 puan	36	58.1
		<2 puan	26	41.9
		Toplam	62	100
XIII	Madde Kullanımı	≥1 puan	24	38.7
		<1 puan	38	61.3
		Toplam	62	100

Tablo 50.

Deney Grubunun DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu Alanlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Alan	Alan Adı	Puan	N	%
I	Depresyon	≥2 puan	18	94.7
		<2 puan	1	5.3
		Toplam	19	100
II	Öfke	≥2 puan	15	78.9
		<2 puan	4	21.1
		Toplam	19	100
III	Mani	≥2 puan	10	52.6
		<2 puan	9	47.4
		Toplam	19	100
IV	Anksiyete	≥2 puan	18	94.7
		<2 puan	1	5.3
		Toplam	19	100
V	Somatik Belirtiler	≥2 puan	15	78.9
		<2 puan	4	21.2
		Toplam	19	100
VI	İntihar düşüncesi	≥1 puan	2	10.5
		<1 puan	17	89.5
		Toplam	19	100
VII	Psikoz	≥1 puan	5	26.3
		<1 puan	14	73.7
		Toplam	19	100
VIII	Uyku Sorunları	≥2 puan	12	63.2
		<2 puan	7	36.8
		Toplam	19	100

IX	Hafıza	≥ 2 puan	4	21.1
		< 2 puan	15	78.9
		Toplam	19	100
X	Tekrarlayan Düşünce ve Davranışlar	≥ 2 puan	10	52.6
		< 2 puan	9	47.4
		Toplam	19	100
XI	Dissosiyasyon	≥ 2 puan	6	31.6
		< 2 puan	13	68.4
		Toplam	19	100
XII	Kişilik	≥ 2 puan	10	52.6
		< 2 puan	9	47.4
		Toplam	19	100
XIII	Madde Kullanımı	≥ 1 puan	7	36.8
		< 1 puan	12	63.2
		Toplam	19	100

Tablo 51.

Kontrol Grubunun DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu Alanlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Alan	Alan Adı	Puan	N	%
I	Depresyon	≥ 2 puan	18	90
		< 2 puan	2	10
		Toplam	20	100
II	Öfke	≥ 2 puan	14	70
		< 2 puan	6	30
		Toplam	20	100
III	Mani	≥ 2 puan	12	60
		< 2 puan	8	40
		Toplam	20	100
IV	Anksiyete	≥ 2 puan	19	95
		< 2 puan	1	5
		Toplam	20	100
V	Somatik Belirtiler	≥ 2 puan	15	75
		< 2 puan	5	25
		Toplam	20	100
VI	İntihar düşüncesi	≥ 1 puan	3	15
		< 1 puan	17	85
		Toplam	20	100
VII	Psikoz	≥ 1 puan	8	40
		< 1 puan	12	60
		Toplam	20	100
VIII	Uyku Sorunları	≥ 2 puan	10	50

		<2 puan	10	50
		Toplam	20	100
IX	Hafıza	≥2 puan	7	35
		<2 puan	13	65
		Toplam	20	100
X	Tekrarlayan Düşünce ve Davranışlar	≥2 puan	9	45
		<2 puan	11	55
		Toplam	20	100
XI	Dissosiyasyon	≥2 puan	9	45
		<2 puan	11	55
		Toplam	20	100
XII	Kişilik	≥2 puan	13	65
		<2 puan	7	35
		Toplam	20	100
XIII	Madde Kullanımı	≥1 puan	9	45
		<1 puan	11	55
		Toplam	20	100

Tablo 52.

Bekleme Listesi Grubunun DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu Alanlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Alan	Alan Adı	Puan	N	%
I	Depresyon	≥2 puan	17	73.9
		<2 puan	6	26.1
		Toplam	23	100
II	Öfke	≥2 puan	17	73.9
		<2 puan	6	26.1
		Toplam	23	100
III	Mani	≥2 puan	12	52.2
		<2 puan	11	47.8
		Toplam	23	100
IV	Anksiyete	≥2 puan	16	69.6
		<2 puan	7	30.4
		Toplam	23	100
V	Somatik Belirtiler	≥2 puan	17	73.9
		<2 puan	6	26.1
		Toplam	23	100
VI	İntihar düşüncesi	≥1 puan	3	13.0
		<1 puan	20	87.0
		Toplam	23	100
VII	Psikoz	≥1 puan	12	52.2
		<1 puan	11	47.8
		Toplam	23	100
VIII	Uyku Sorunları	≥2 puan	13	56.5
		<2 puan	10	43.5

		Toplam	23	100
IX	Hafıza	≥ 2 puan	6	26.1
		< 2 puan	17	73.9
		Toplam	23	100
X	Tekrarlayan Düşünce ve Davranışlar	≥ 2 puan	10	43.5
		< 2 puan	13	56.5
		Toplam	23	100
XI	Dissosiyasyon	≥ 2 puan	8	34.8
		< 2 puan	15	65.2
		Toplam	23	100
XII	Kişilik	≥ 2 puan	13	56.5
		< 2 puan	10	43.5
		Toplam	23	100
XIII	Madde Kullanımı	≥ 1 puan	8	34.8
		< 1 puan	15	65.2
		Toplam	23	100

Tablolar incelendiğinde, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların en yüksek oranda depresyon (deney grubu %94.7, kontrol grubu %90 ve bekleme listesi grubu %73.9 katılımcı), anksiyete (deney grubu %94.7, kontrol grubu %95 ve bekleme listesi grubu %69.6 katılımcı), öfke (deney grubu %78.9, kontrol grubu %70 ve bekleme listesi grubu %73.9 katılımcı) ve somatik belirtiler (deney grubu %78.9, kontrol grubu %75 ve bekleme listesi grubu %73.9 katılımcı) alt alanlarında yüksek puan aldıkları görülmektedir.

3.2.3. WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm

WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Türkçe Ulusal Kısa Sürüm'ün, yaşam kalitesi, genel sağlık ve sosyal baskı puanlarına ek olarak, bu çalışmada ele alınan bedensel alan, ruhsal alan ve sosyal alan olmak üzere toplam üç alt alanı bulunmaktadır. Alt boyutların ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin betimleyici istatistikler öncelikle tüm çalışma grubu için Tablo 53'te, ardından ayrı ayrı deney (Tablo 54), kontrol (Tablo 55) ve bekleme listesi grupları için (Tablo 56) verilmiştir.

Tablo 53.

Tüm Çalışma Grubunun WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Yaşam kalitesi	62	2	5	3.55	.93
Genel sağlık	62	1	5	2.92	1.07
Sosyal baskı	62	1	5	2.87	1.09
Bedensel alan	62	6.86	18.86	13.36	3.32
Ruhsal alan	62	6.00	18.67	13.04	2.96
Sosyal alan	62	5.33	20.00	13.10	2.91

Tablo 54.

Deney Grubunun WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Yaşam kalitesi	19	2	5	3.58	.90
Genel sağlık	19	1	5	2.58	1.07
Sosyal baskı	19	1	4	2.74	1.19
Bedensel alan	19	7.43	18.29	13.35	3.22
Ruhsal alan	19	8.67	17.33	12.80	2.09
Sosyal alan	19	5.33	20.00	13.19	3.66

Tablo 55.

Kontrol Grubunun WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Yaşam kalitesi	20	2	5	3.55	1.05
Genel sağlık	20	1	4	3.05	.94
Sosyal baskı	20	1	5	3.05	.99
Bedensel alan	20	8.57	18.86	13.82	3.33
Ruhsal alan	20	6.00	18.67	12.90	3.51
Sosyal alan	20	9.33	17.33	13.40	2.34

Tablo 56.

Bekleme Listesi Grubunun WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Yaşam kalitesi	23	2	5	3.52	.89
Genel sağlık	23	1	5	3.09	1.16
Sosyal baskı	23	1	5	2.83	1.11
Bedensel alan	23	6.86	18.29	12.96	3.47
Ruhsal alan	23	6.00	18.67	13.36	3.15
Sosyal alan	23	8.00	17.33	12.86	2.77

Türkiye'nin de aralarında olduğu 23 ülkeden, 12-97 yaş arası (%3'ü 12 yaş altı; $\bar{x}$ =45 yaş) toplam 11830 (%53'ü kadın) kişiye uygulanan ölçekte en yaygın olarak %43.4 kişinin yaşam kalitesi puanı 4 ve %39.6 kişinin genel sağlık puanı 4 olarak saptanırken, sağlıklı olan bireylerin bedensel alanda ortalama 15.4 puan, bir tür rahatsızlığı olan bireylerin bedensel alanda ortalama 13.1 puan, sağlıklı olan bireylerin ruhsal alanda ortalama 14.8 puan, bir tür rahatsızlığı olan bireylerin ruhsal alanda ortalama 13.7 puan ve sağlıklı olan bireylerin sosyal alanda ortalama 14.8 puan, bir tür rahatsızlığı olan bireylerin de sosyal alanda ortalama 14.0 puan aldığı saptanmıştır (Skevington, Lofty ve O'Connell, 2004). Bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda, mevcut çalışmadaki katılımcıların bedensel alan ve ruhsal alan puanlarının çalışmada bir tür rahatsızlığı olan bireylerin puanına benzer olduğu, ancak yaşam kalitesi, genel sağlık ve özellikle de sosyal alan puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir.

3.2.4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21)

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21)'nin, depresyon, anksiyete ve stres olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutların ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin betimleyici istatistikler öncelikle tüm çalışma grubu için Tablo 57'de, ardından ayrı ayrı deney (Tablo 58), kontrol (Tablo 59) ve bekleme listesi grupları için (Tablo 60) verilmiştir.

Tablo 57.

Tüm Çalışma Grubunun DASS-21 Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Depresyon	62	0	18	8.47	5.53
Anksiyete	62	0	17	5.97	4.44
Stres	62	0	20	10.26	5.26

Tablo 58.

Deney Grubunun DASS-21 Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Depresyon	19	0	19	9.16	5.44
Anksiyete	19	0	16	6.68	3.98
Stres	19	0	18	9.63	4.63

Tablo 59.*Kontrol Grubunun DASS-21 Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri*

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Depresyon	20	0	19	8.50	5.23
Anksiyete	20	0	14	5.35	4.00
Stres	20	4	19	10.80	4.72

Tablo 60.*Bekleme Listesi Grubunun DASS-21 Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri*

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Depresyon	23	0	18	7.78	6.01
Anksiyete	23	0	17	5.91	5.20
Stres	23	0	20	10.30	6.27

Bu ölçekte şiddet değerlendirmesi bulunmakta olup, Şiddeti değerlendirmek için ortaya çıkan puanlar iki ile çarpılmalıdır. Bu kapsamda, depresyon için 0-9 puan arası normal, 10-13 puan arası hafif, 14-20 puan arası orta, 21-27 puan arası ileri, 28+ puan çok ileri şiddet anksiyete için 0-7 puan arası normal, 8-9 puan arası hafif, 10-14 puan arası orta, 15-19 puan arası ileri, 20+ puan çok ileri şiddet, stres için de 0-14 puan arası normal, 15-18 puan arası hafif, 19-25 puan arası orta, 26-33 puan arası ileri, 34+ puan çok ileri şiddet olarak yorumlanmaktadır (Yılmaz, Boz ve Arslan, 2017). Tablolar incelendiğinde, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların şiddet değerlendirme kurallarına göre, orta şiddette depresyon (iki ile çarpılınca puanlar 15.56-18.32 arası), orta şiddette anksiyete (iki ile çarpılınca puanlar 10.70-13.36) ve orta şiddette stres (iki ile çarpılınca puanlar 19.26-21.60) seviyelerinin olduğu görülmektedir.

3.2.5. Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (ÇBPİÖÖ)

Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (ÇBPİÖÖ)'nin, çevresel hâkimiyet, insanlarla olumlu ilişkiler, kendini kabul, kişisel gelişim, özerklik ve yaşam amacı olmak üzere altı alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutların ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin betimleyici istatistikler öncelikle tüm çalışma grubu için Tablo 61'de, ardından ayrı ayrı deney (Tablo 62), kontrol (Tablo 63) ve bekleme listesi grupları için (Tablo 64) verilmiştir.

Tablo 61.*Tüm Çalışma Grubunun ÇBPİÖÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri*

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Çevresel hâkimiyet	62	5	15	9.70	2.45
İnsanlarla olumlu ilişki	62	3	15	11.73	2.83
Kendini kabul	62	6	15	10.56	2.49
Kişisel gelişim	62	7	15	12.37	2.21
Özerklik	62	5	15	10.40	2.30
Yaşam amacı	62	7	15	11.40	2.05

Tablo 62.*Deney Grubunun ÇBPİÖÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri*

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Çevresel hâkimiyet	19	5	13	9.00	2.05
İnsanlarla olumlu ilişki	19	4	15	12.26	2.84
Kendini kabul	19	7	15	10.89	2.35
Kişisel gelişim	19	7	15	12.05	2.32
Özerklik	19	5	14	10.68	2.51
Yaşam amacı	19	9	15	11.73	1.93

Tablo 63.*Kontrol Grubunun ÇBPİÖÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri*

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Çevresel hâkimiyet	20	6	15	9.85	2.49
İnsanlarla olumlu ilişki	20	3	15	11.05	3.28
Kendini kabul	20	7	15	10.70	2.43
Kişisel gelişim	20	7	15	12.70	2.15
Özerklik	20	6	15	10.25	2.24
Yaşam amacı	20	7	15	11.95	2.08

Tablo 64.*Bekleme Listesi Grubunun ÇBPİÖÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri*

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Çevresel hâkimiyet	23	5	15	10.17	2.67
İnsanlarla olumlu ilişki	23	7	15	11.87	2.38
Kendini kabul	23	6	15	10.17	2.70
Kişisel gelişim	23	9	15	12.34	2.22
Özerklik	23	6	15	10.30	2.26
Yaşam amacı	23	7	15	10.65	1.96

Tablolar incelendiğinde, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların en yüksek çok boyutlu psikolojik iyi oluş puanlarının insanlarla olumlu ilişki (deney grubu $\bar{x}$ =12.26; kontrol grubu $\bar{x}$ =11.05; bekleme listesi grubu $\bar{x}$ =11.87), kişisel gelişim (deney grubu $\bar{x}$ =12.05; kontrol grubu $\bar{x}$ =12.70; bekleme listesi grubu $\bar{x}$ =12.34) ve yaşam amacı (deney grubu $\bar{x}$ =11.73; kontrol grubu $\bar{x}$ =11.95; bekleme listesi grubu $\bar{x}$ =10.65) alt boyutlarında olduğu görülmektedir. Türkiye’de ölçeğin 400 ilâ 700 katılımcıya uygulandığı çalışmalarda katılımcıların aldıkları ortalama puanlar, çevresel hâkimiyet alt boyutunda ortalama 10.0±2.1 ile 10.2±2.0 puan, insanlarla olumlu ilişki alt boyutunda ortalama 10.9±2.6 ile 11.0±2.5 puan, kendini kabul alt boyutunda ortalama 10.6±2.2 ile 11.4±1.9 puan, kişisel gelişim alt boyutunda ortalama 12.0±2.2 ile 12.4±2.2 puan, özerklik alt boyutunda ortalama 10.5±1.8 ile 10.8±1.9 puan ve yaşam amacı alt boyutunda ortalama 10.7±2.2 ile 11.5±2.0 puan şeklinde olmuştur (Göcen, 2012; Devran, 2018; Ulu, 2018). Bu bulgular ışığında, katılımcıların diğer çalışmalarla uyumlu sonuçları olduğu söylenebilir.

3.2.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği – Kısa Form (DDGÖ-16)

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği’nin duygu düzenleme güçlüğü boyutunun ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin betimleyici istatistikleri öncelikle tüm çalışma grubu için Tablo 65’te, ardından ayrı ayrı deney (Tablo 66), kontrol (Tablo 67) ve bekleme listesi grupları için (Tablo 68) verilmiştir.

Tablo 65.

Tüm Çalışma Grubunun DDGÖ-16 İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Değişken	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Duygu düzenleme güçlüğü	62	18	75	46.10	14.90

Tablo 66.

Deney Grubunun DDGÖ-16 İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Değişken	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Duygu düzenleme güçlüğü	19	20	72	44.32	14.37

Tablo 67.*Kontrol Grubunun DDGÖ-16 İlişkin Betimleyici İstatistikleri*

Değişken	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Duygu düzenleme güçlüğü	20	24	75	45.55	15.81

Tablo 68.*Bekleme Listesi Grubunun DDGÖ-16 İlişkin Betimleyici İstatistikleri*

Değişken	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Duygu düzenleme güçlüğü	23	18	70	48.04	14.97

Daha önceden bahsedilmiş olduğu gibi, DDGÖ-16'dan en düşük 16, en yüksek 80 puan alınabilmekte ve yüksek puanlar duygu düzenleme güçlüğü'nün fazla olduğuna işaret etmektedir (Yiğit ve Güzey-Yiğit, 2019). Ölçeğin 18-28 yaş arası, 316 lisans öğrencisine uygulandığı bir çalışmada (%53.5'i kadın, %46.5'i erkek), kadınların ortalama 41.26 ± 13.32 puan aldığı gözlenmiştir (Yiğit ve Güzey-Yiğit, 2019). Tablolar incelendiğinde, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların öntest ortalama duygu düzenleme güçlüğü puanlarının diğer çalışmada saptanan ortalama puandan biraz daha yüksek olduğu görülmektedir (deney grubu $\bar{x}=44.32$; kontrol grubu $\bar{x}=45.55$; bekleme listesi grubu $\bar{x}=48.04$).

3.2.7. Duygusal Tepkisellik Ölçeği (DTÖ)

Duygusal Tepkisellik Ölçeği (DTÖ)'nin, dayanıklılık, hassasiyet ve tepkisellik şeklinde üç alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutların ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin betimleyici istatistikler öncelikle tüm çalışma grubu için Tablo 69'da, ardından ayrı ayrı deney (Tablo 70), kontrol (Tablo 71) ve bekleme listesi grupları için (Tablo 72) verilmiştir.

Tablo 69.*Tüm Çalışma Grubunun DTÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri*

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Dayanıklılık	62	7	26	15.04	5.22
Hassasiyet	62	5	19	8.03	3.72
Tepkisellik	62	5	19	12.00	3.75

Tablo 70.*Deney Grubunun DTÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri*

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Dayanıklılık	19	8	24	14.84	5.15
Hassasiyet	19	5	13	7.15	2.56
Tepkisellik	19	6	17	12.05	3.71

Tablo 71.*Kontrol Grubunun DTÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri*

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Dayanıklılık	20	7	26	15.65	5.81
Hassasiyet	20	5	19	9.05	4.09
Tepkisellik	20	6	18	12.15	3.16

Tablo 72.*Bekleme Listesi Grubunun DTÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri*

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Dayanıklılık	23	7	26	14.69	4.93
Hassasiyet	23	5	19	7.86	4.11
Tepkisellik	23	5	19	11.82	4.35

Daha önceden bahsedilmiş olduğu gibi, ölçekten alınan yüksek puanlar hassasiyet ve tepkiselliğin yüksek, dayanıklılığın ise düşük olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Seçer, Halmatov ve Gençdoğan, 2013). Aynı zamanda, Türkiye’de 18-64 yaş arası ($\bar{x}$ =31.04 yaş), 339 bireye (%61.95’i kadın, %27.73’ü erkek) uygulanan ölçekte, kadınların dayanıklılık alt boyutunda ortalama 13.38 ± 2.91 puan, hassasiyet alt boyutunda ortalama 15.41 ± 3.08 puan ve tepkisellik alt boyutunda ortalama 16.34 ± 4.51 aldıkları ortaya çıkmıştır (Teyfur, 2023). Bu bulgular ışığında tablolar incelendiğinde, mevcut çalışmadaki katılımcıların dayanıklılık puanlarının

diğer çalışmada saptanan ortalamaya kıyasla daha yüksek, tepkisellik puanlarının daha düşük, hassasiyet puanlarının ise oldukça daha düşük olduğu görülmektedir.

3.2.8. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ)

Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ)'nin, özyeterlilik, regülasyon ve tolerans şeklinde üç alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutların ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin betimleyici istatistikler öncelikle tüm çalışma grubu için Tablo 73'te, ardından ayrı ayrı deney (Tablo 74), kontrol (Tablo 75) ve bekleme listesi grupları için (Tablo 76) verilmiştir.

Tablo 73.

Tüm Çalışma Grubunun SDÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Özyeterlilik	62	3	15	10.37	3.05
Regülasyon	62	3	15	10.40	3.43
Tolerans	62	9	45	28.61	3.25

Tablo 74.

Deney Grubunun SDÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Özyeterlilik	19	3	15	10.63	3.13
Regülasyon	19	3	15	9.47	3.33
Tolerans	19	9	44	28.78	10.84

Tablo 75.

Kontrol Grubunun SDÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Özyeterlilik	20	6	15	10.20	3.18
Regülasyon	20	3	15	10.35	3.60
Tolerans	20	11	45	28.25	11.13

Tablo 76.

Bekleme Listesi Grubunun SDÖ Alt Boyutlarına İlişkin Betimleyici İstatistikleri

Alt Boyutlar	N	En Küçük Değer	En Büyük Değer	$\bar{x}$	Ss
Özyeterlilik	23	4	15	10.30	3.00
Regülasyon	23	4	15	11.21	3.31
Tolerans	23	11	45	28.78	9.40

Bahsedilmiş olduğu gibi, SDÖ'nin Türkiye'de, 20-55 yaş arası ($\bar{x}$ =27.45 yaş), 240 (%77.5'i kadın) sağlık çalışanına uygulanan bir çalışmada, kadınların ortalama özyeterlilik puanları 10.12 ± 2.18 puan, ortalama regülasyon puanları 8.75 ± 2.74 puan ve ortalama tolerans puanları 29.25 ± 8.08 puan olarak saptanmıştır (Küçük, 2022). Sporcularla gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, 217 kadın sporcunun ($\bar{x}$ =26.25 yaş) özyeterlilik puanlarının ortalama 10.92 ± 2.36 puan, regülasyon puanlarının ortalama 8.30 ± 2.97 puan ve tolerans puanlarının ortalama 30.32 ± 7.99 puan olduğu ortaya çıkmıştır (Birgün, 2021). Esrar kullanımı olan 18-55 yaş arası ($\bar{x}$ =29.59 yaş) bireylerle gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise, bireylerin ortalama özyeterlilik puanları 10.39 ± 2.73 puan, ortalama regülasyon puanları 9.30 ± 3.61 puan ve ortalama tolerans puanları 30.70 ± 8.27 puan olarak saptanmıştır (Udum, 2018). Bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda, mevcut çalışmadaki kadınların SDÖ'ndeki tüm alt boyutlarındaki puanlarının, diğer çalışmalarda saptanan puanlara benzer olduğu, sadece tolerans alt boyutundaki puanlarının biraz daha düşük olduğu görülmektedir. Örneğin, tolerans alt boyutundaki ortalama puanlar diğer çalışmalarda 30 civarı iken, hâlihazırdaki çalışmada Hashimoto hastalığı olan kadınların tolerans puanlarının 28 civarı olduğu görülmektedir.

3.2.9. Memnuniyet ve Öneri Formu

Katılımcılar tarafından isteğe göre doldurulabilen bu anket toplam 62 katılımcı arasında 11 katılımcı (%17.74) tarafından doldurmuştur. “Terapi sürecine ilişkin memnuniyetinizi lütfen 0 ile 10 arasında bir puan veriniz” (0=hiç memnun değil, 10=çok memnun) sorusuna iki katılımcı (%20) 9 puan verir iken, sekiz katılımcı (%80) 10 puan vermiştir. “Terapi sürecinde anlatılan konular arasında en fayda gördüğünüz içerik ya da içerikler nelerdi?” sorusuna beş katılımcı (%45.45) farkındalık, üç katılımcı (%27.27) duygu düzenleme, iki katılımcı (%18.18) kişilerarası etkililik, bir katılımcı (%9.09) de işlevsel olmayan düşüncelerin nasıl çürütüldüğü olarak yanıtlamıştır.

Üçüncü soru olan; “Terapi sürecinin etkisi ile hayatınızda herhangi bir değişim oldu mu?” sorusuna ise formu dolduran bu 11 kişinin yanıtı şu şekilde olmuştur: “Evet olumlu değişimler oldu.”; “Evet, özellikle uzun süren 'depresif' bakış açım azaldı.

Nedenlerini tam açıklayamasam da hayatın güzelliklerine ve zorluklarına karşı daha olumlu bir tutum sergilemeye başladım.”; “Evet, birçok pratiğe hâlâ hayatımda yer vermeye devam ediyorum.”; “Evet, farkındalıkla etrafıma daha dikkatli odaklanabiliyorum, ânı yaşıyorum.”; “Evet, daha farkında bir hayat yaşıyorum.”; “Evet, başka insanların yaşadıkları, hissettikleri duygu, sorunlara kendimi çok vermiyorum. Empati davranışımı sınırladım. Yardım edilecek durumlara da duygusal olarak girmeden devam ediyorum.”; “Evet, hayır demeyi az da olsa hayatıma geçirmeye başladım.”; “Evet. Karşılık beklememek. Birey olduğunu hatırlamak. Herkesi memnun edemezsin. Kendin için birşeyler yap. Sürekli açıklama yapmak zorunda değilsin. Yapmak istemediğinde hayır demelisin gibi bir sürü şey kazandım.”; “Sanıyorum bilinç üstünde fark ettiğim bir değişiklik olmasa da. farkında olmadan edindiğim farkındalığın bilinçaltımı etkileyip yönlendirmesi ve bazı tercihlerimin değişmesi oldu.”; “Evet, ifade özgürlüğünü kazandım. Baskı hissetmeden yaşayabiliyorum ve kendimi suçlamayı çok azalttım.”; “Evet, negatif işlevli düşüncelerimi daha rahat fark ediyorum.”

Dördüncü soru olan; “Terapi sürecine ilişkin paylaşmak istediğiniz herhangi başka bir şey var ise lütfen yazınız.” sorusuna ise yanıtları şu şekilde olmuştur: “Her bir terapi dersini ipe çektim. Kendime ruhen beden zihnen çok olumlu etkileri oldu. Terapistin enerjisi, sesi, insancıl yaklaşımı, çok iyi geldi. Ama etkilerinin sürmesi açısından hatırlatma seanslarına ihtiyaç duydum.”; “Öğrendiğimiz tekniklerin yanında katılımcıların paylaşımları ile terapistin yorumları benim üzerinde büyük bir etki bıraktı. O açıdan takip seansları ya da uzun aralıklı bile olsa grup terapilerine devam edebileceğimiz bir ortam oluşturmak çok faydalı olabilir.”; “Bu süreçte online dâhi olsa o yakın samimi ilişkiyi terapistle ve gruptaki arkadaşlarla kurabilmek bana çok iyi geldi. Buradaki öğretiler, bilgiler hâlâ hafızamda ve bunları kendime hatırlatıyorum. Gruptan sonra spora başladım. Mental ve fiziksel sağlığıma çok iyi geldi. Düzenli egzersizi hayatıma katmak terapistin tavsiyeleriyle oldu.”; “Çok faydasını gördüm eşimle ve çocuklarımla, akraba ve arkadaş ilişkilerini dengede tutmayı hayatımdaki öncelikleri kendime olan özgüveni ve değeri nasıl hayata geçireceğimi uygulamaya çalışıyorum. Çok memnun kaldım. Çok teşekkür ediyorum.”; “Daha çok bilgi paylaşmalı bir hayat.

Çok güzeldi, teşekkür ediyorum.”; “Gülümseyerek uyumayı epeydir yapamıyordum. "Yarım gülümse" dersi ile elimden geldiğince daha çok gülümsüyorum. Gün içinde de yataarken de kötü bir gün bir geçirsem yine de gülümseyerek, şükrederek uykuya dalmaya çalışıyorum. Hatırlattığınız için teşekkür ederim ☺”; “Terapide konuşulanları bir dahaki terapiye kadar uygulamaya çalışmak, daha istikrarlı olmamı varsa yanlış düşüncelerim beraber çözüme gitmemiz terapinin belli aralıklarla yapılması süreci etkili hâle getiriyordu.”; “Egzersiz ile desteklenmesi, ruh beden bütünlüğü açısından çok güzeldi.”; “Kişi sayısı daha az olmalı.”

3.3. DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ (DDT)’NİN ETKİSİ

Bu bölümde, çalışmanın hipotezi kapsamında yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres, çok boyutlu psikolojik iyi oluş, duygu düzenleme güçlüğü, duygusal tepkisellik ve sıkıntıya dayanmaya yönelik öngörüler incelenmiş, çalışmanın bulguları ilişkili istatistiksel analiz sonuçları ile detaylandırılmıştır.

3.3.1. WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm Alanları Üzerine Etkisi

Bu bölümde, çalışmanın hipotezindeki yaşam kalitesi, genel sağlık, sosyal baskı, bedensel alan, ruhsal alan ve sosyal alan bağımlı değişkenlerine yönelik bulgular detaylandırılmıştır.

3.3.1.1. Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Yaşam kalitesine yönelik çalışmanın hipotezi, DDT-BE’ne katılan katılımcıların WHOQOL-BREF (TR) yaşam kalitesi puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği yönünde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra WHOQOL-BREF (TR) yaşam kalitesi alt boyutunda elde ettikleri yaşam kalitesi puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Bulgular, Tablo 77’de verilmiştir.

Tablo 77.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	3.58	.90	3.58	.90	3.73	.65
K (N=20)	3.55	1.05	3.50	1.05	3.75	.85
BL (N=23)	3.52	.89	3.26	.54	3.21	.51

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın yaşam kalitesine yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, WHOQOL-BREF (TR) yaşam kalitesi alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Ancak, bu testin uygulanması için verilerin hem normal dağılıma sahip olması, hem de varyansların homojen olması gerekmektedir ve ortaya çıkan bulgulara göre veriler normal dağılım koşulunu karşılamış olsa da, varyansların homojen olması koşulunu sontest (Levene testi=.017; $p<.05$) ve izlem (Levene testi=.043; $p<.05$) ölçümleri karşılamamıştır. Dolayısıyla, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını saptamak için Welch Robust Test uygulanmıştır. Bulgular, Tablo 78’de verilmiştir.

Tablo 78.

WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümü Puanlarının Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarına Göre Welch Robust Testi ile İncelenmesi

	Test İstatistiği	Sd1	Sd2	p
Öntest Welch	.021	2	38.352	.98
Sontest Welch	1.102	2	33.576	.34
İzlem Welch	5.288	2	36.066	.01*

Not. * $p<.01$.

Tablo 78’de görüldüğü gibi deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, WHOQOL-BREF (TR) yaşam kalitesi öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar üzerinde yapılan Welch Robust Testi sonucuna göre

uygulanen grupların etkisinin sadece izlem ölçümünde istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Öntest Welch $_{2-38352} = .021$; $p = .98$, sontest Welch $_{2-33576} = 1.102$; $p = .34$ ve izlem Welch $_{2-36066} = 5.288$; $p = .01$ olarak elde edilmiştir. Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, yaşam kalitesi öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlarına bağlı olarak, hangi alt gruplar arasında farklılaştığı varyansların eşit olmaması durumunda uygun olan Post Hoc test türlerinden Tamhane Testi ile incelenmiş, bulgular Tablo 79’da verilmiştir.

Tablo 79.

WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Alt Boyutu Puanlarının Hangi Gruplar Arasında Farklılaştığını Belirlemek Üzere Yapılan Welch Robust Testi Sonrası Tamhane Testi Sonuçları

Değişken	Gruplar (i)	Gruplar (j)	<i>i-j arasındaki ortalama fark</i>	<i>p</i>
Öntest	Deney	Kontrol	.029	1.00
		Bekleme Listesi	.057	.99
	Kontrol	Deney	-.029	1.00
		Bekleme Listesi	.028	1.00
	Bekleme Listesi	Deney	-.057	1.00
		Kontrol	-.028	.99
Sontest	Deney	Kontrol	.079	.99
		Bekleme Listesi	.318	.46
	Kontrol	Deney	-.079	.99
		Bekleme Listesi	.239	.74
	Bekleme Listesi	Deney	-.318	.46
		Kontrol	-.239	.74
İzlem	Deney	Kontrol	-.013	1.00
		Bekleme Listesi	.519	.02*
	Kontrol	Deney	.013	1.00
		Bekleme Listesi	.532	.06
	Bekleme Listesi	Deney	-.519	.02*
		Kontrol	-.532	.06

Not. * $p < .05$.

Tablo 79 incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farkın ($p = .02$) sadece yaşam kalitesi puanının izlem ölçümlerinde olduğu ve bu farkın sadece deney ve bekleme listesi grupları arasındaki farktan kaynaklandığı ortaya çıkmıştır. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, çalışmanın yaşam kalitesine yönelik hipotezinin red edildiği söylenebilir.

3.3.1.2. Genel Sağlık Üzerine Etkisi

Araştırmanın genel sağlığa yönelik hipotezi DDT-BE'ne katılan kadınların WHOQOL-BREF (TR) genel sağlık puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği şeklinde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra WHOQOL-BREF (TR) genel sağlık alt boyutunda elde ettikleri genel sağlık puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Bulgular, Tablo 80'de verilmiştir.

Tablo 80.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Genel Sağlık Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	2.58	1.07	3.26	1.09	3.57	.76
K (N=20)	3.05	.94	3.25	.78	3.35	.87
BL (N=23)	3.09	1.16	2.96	.76	2.95	.87

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın genel sağlığa yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, WHOQOL-BREF (TR) genel sağlık alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, bulgular Tablo 81'de verilmiştir.

Tablo 81.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Genel Sağlık Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	34.210	61				
Müdahale (D/K/BL)	.523	2	.261	.458	.63	.015
Hata	33.687	59	.571			
Gruplar İçi	66.811	119.832				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	4.811	1.933	2.489	5.173	.00**	.081
ZamanxMüdahale	7.124	3.866	1.843	3.830	.00**	.115
Hata	54.876	114.033	.481			

*Not. Küresellik varsayımı sağlanmamıştır ($p=.04$). Epsilon değerine bakılarak ($\epsilon >.75$) Huynh-Feldt testi düzeltilmesi kullanılmıştır ve sonuçlar bu düzeltmeye göre rapor edilmiştir. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem. ** $p<.01$.*

Tablo 81’de görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koyduğu görülmektedir ($F_{3866-114033}=3.830$; $p=.00$; $\eta^2=.11$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olduğu ve uygulanan yöntem kapsamında genel sağlık puanlarının farklılaştığı yorumu yapılabilir. Aynı zamanda, bu farklılığın yaklaşık %11’inin açıklanabildiği görülmektedir. Benzer olarak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F_{1933-114033}=5.173$; $p=.00$; $\eta^2=.08$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların genel sağlık puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değiştiğini ve bu farkın yaklaşık %8’inin açıklanabildiğini göstermektedir. Tüm bu sonuçlar dikkate alındığında, araştırmada genel sağlık ile ilgili hipotezin desteklendiği söylenebilir.

Bu farkın hangi grup ve ölçümler arasında olduğunu belirlemek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların WHOQOL-BREF (TR) genel sağlık öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 82’de verilmiştir.

Tablo 82.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Genel Sağlık Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	-.68	1.15	-2.577	18	.01*
	Öntest-İzlem	-1.00	.88	-4.943	18	.00***
	Sontest-İzlem	-.31	1.05	-1.302	18	.20
Kontrol	Öntest-Sontest	-.20	.83	-1.073	19	.29
	Öntest-İzlem	-.30	.80	-1.674	19	.11
	Sontest-İzlem	-1.00	.78	-.567	19	.57
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	.13	1.25	.499	22	.62
	Öntest-İzlem	.13	.86	.720	22	.47
	Sontest-İzlem	.00	.90	.000	22	1.00

Not. * $p < .05$, *** $p < .001$.

Tablo 82 incelendiğinde, deney grubundaki katılımcıların genel sağlık öntest puanları ($\bar{x}=2.58$) ile sontest puanları ($\bar{x}=3.26$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t_{(18)}=-2.577$; $p=.01$) görülmektedir. Aynı zamanda, sontest puanları ($\bar{x}=3.26$) ile izlem puanları ($\bar{x}=3.57$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($t_{(18)}=-1.302$; $p=.20$) ve öntest puanları ($\bar{x}=2.58$) ile izlem puanları ($\bar{x}=3.57$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t_{(18)}=-4.943$; $p=.00$) görülmektedir. Bu sonuca göre, deney grubundaki katılımcıların, sontest genel sağlık puanlarının, öntest genel sağlık puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve bu durumun iki ay izlem ölçümünde de devam ettiği yorumu yapılabilir. Bu kapsamda, çalışmanın genel sağlığa yönelik hipotezinin desteklendiği söylenebilir.

Kontrol grubunda ise, genel sağlık öntest puanları ($\bar{x}=3.05$), sontest puanları ($\bar{x}=3.25$) ve izlem puanları ($\bar{x}=3.35$) yapılan müdahale ile artmış olmasına rağmen, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}=-1.674$; $p=.11$).

Bunun yanı sıra, çalışmanın bağımlı değişkenleri ile VKİ beş kategorisi (VKİ <18.5 , VKİ $18.5 - 24.9$, VKİ $25 - 29.9$, VKİ $30 - 34.9$, VKİ >35) arasında anlamlı bir farkın olup olmadığı parametrik testlerin varsayımları ile uyumlu bir şekilde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Ortaya çıkan bulgular, istatistiksel olarak anlamlı bir farkın sadece genel sağlık değişkeninde olduğunu göstermiştir.

Bunun sonucunda, WHOQOL-BREF (TR) genel sağlık alt boyutu öntest puanı açısından VKİ kategorileri arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Tablo 83'te detaylandırılan sonuçlara göre, VKİ <18.5 kategorisinde ($\bar{x}$ =3.33, Ss=1.52), VKİ 18.5 – 24.9 kategorisinde ($\bar{x}$ =3.19, Ss=1.01), VKİ 25 – 29.9 kategorisinde ($\bar{x}$ =2.88, Ss=.99), VKİ 30 – 34.9 kategorisinde ($\bar{x}$ =2.25, Ss=.88) ve VKİ >35 kategorisinde ($\bar{x}$ =1.67, Ss=1.15) yer alan katılımcıların WHOQOL-BREF (TR) genel sağlık alt boyutu öntest puanları arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir ($F_{4-57}=2.676$; $p=.04$).

Tablo 83.

WHOQOL-BREF (TR) Genel Sağlık Alt Boyutu Öntest Puanlarının Vücut Kitle İndeksi Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	$\bar{x}$	Ss	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
VKİ <18.5	3	3.33	1.52	Gruplar arası	11.160	4	2.790		
VKİ 18.5 – 24.9	31	3.19	1.01	Grup içi	59.437	57	1.043		
VKİ 25 – 29.9	17	2.88	.99	Toplam	70.597	61		2.676	.04*
VKİ 30 – 34.9	8	2.25	.88						
VKİ >35	3	1.67	1.15						
Toplam	62	2.92	1.07						

Not. * $p<.05$.

Buna dayalı olarak, VKİ kategorilerinde bulunan katılımcıların WHOQOL-BREF (TR) genel sağlık alt boyutu puanları açısından birbirlerine eşit olmadıkları ortaya çıkmış, çalışmanın DDT-BE'ne katılan katılımcıların WHOQOL-BREF (TR) genel sağlık puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği yönündeki hipotezinin sınanması için yapılan iki faktörlü varyans analizinde (ANOVA) VKİ ortak değişken (covariate) olarak kontrol edildiğinde sonuçların değişip değişmediğini test etmek amacıyla Kovaryans (ANCOVA) testi uygulanmıştır.

ANCOVA analizi öncesinde varyansların homojen olduğu saptanmış ($F=.046$; $p=.95$), regresyonların homojenliği test edildiğinde, regresyon doğrularının eğimleri eşit

bulunmuştur ($F=.290$; $p=.83$). Tablo 84’te detaylandırılan ANCOVA sonuçlarına göre, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki, öntest, son test ve izlem ölçümleri WHOQOL-BREF (TR) genel sağlık alt boyutu puanları arasındaki farkı katılımcıların VKİ istatistiksel olarak anlamlı düzeyde açıkladığı saptanmıştır ($F_1=5.686$; $p=.02$; $\eta^2=.089$). Bu farklılığın yaklaşık %9’unun açıklanabildiği görülmektedir. Ancak, katılımcıların VKİ kontrol edildiğinde, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki, öntest, son test ve izlem WHOQOL-BREF (TR) genel sağlık puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ve ortak değişkene kıyasla farkı daha az (yaklaşık %2’sini) açıkladığı saptanmıştır ($F_2=.062$; $p=.94$; $\eta^2=.002$).

Tablo 84.

Vücut Kitle İndeksinin WHOQOL-BREF (TR) Genel Sağlık Alt Boyutu Üzerine Etkisinde Grup Farkına İlişkin Yapılan Kovaryans (ANCOVA) Testi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
VKİ (Ortak değişken)	3.008	1	3.008	5.686	.02*	.089
Grup (D/K/BL)	.066	2	.033	.062	.94	.002
Hata	30.679	58	.529			
Toplam	33.753	61				

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu. * $p<.05$.

3.3.1.3. Sosyal Baskı Üzerine Etkisi

Araştırmanın sosyal baskı açısından hipotezi DDT-BE’ne katılan katılımcıların WHOQOL-BREF (TR) sosyal baskı puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir azalma olacağı ve bu azalmanın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği yönünde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra WHOQOL-BREF (TR) sosyal baskı alt boyutunda elde ettikleri sosyal baskı puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, Tablo 85’te verilmiştir.

Tablo 85.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Sosyal Baskı Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	2.74	1.19	2.58	1.12	2.52	1.12
K (N=20)	3.05	.99	2.90	1.11	3.05	.99
BL (N=23)	2.83	1.11	2.87	1.14	2.78	1.12

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın sosyal baskıya yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, WHOQOL-BREF (TR) sosyal baskı alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Bulgular, Tablo 86’da verilmiştir.

Tablo 86.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Sosyal Baskı Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	41.706	61				
Müdahale (D/K/BL)	1.454	2	.727	1.066	.35	.035
Hata	40.252	59	.682			
Gruplar İçi	96.705	124				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	.307	2	.153	.189	.82	.003
ZamanxMüdahale	.574	4	.144	.177	.95	.006
Hata	95.824	118	.812			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem.

Tablo 86’da görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymadığı görülmektedir ($F_{4-118}= .177$; $p=.95$; $\eta^2=.00$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu

olmanın ortak etkisinin anlamlı olmadığı ve uygulanan yöntem kapsamında sosyal baskı puanlarının farklılaşmadığı yorumu yapılabilir. Benzer olarak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F_{2-118}=.189$; $p=.82$; $\eta^2=.00$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların sosyal baskı puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değişmediğini göstermektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, araştırmanın sosyal baskı ile ilgili hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bu bulguların doğruluğunu test etmek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların WHOQOL-BREF (TR) sosyal baskı öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 87’de verilmiştir.

Tablo 87.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Sosyal Baskı Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	.15	1.60	.428	18	.67
	Öntest-İzlem	.21	1.35	.676	18	.50
	Sontest-İzlem	.05	1.12	.203	18	.84
Kontrol	Öntest-Sontest	.15	1.22	.547	19	.59
	Öntest-İzlem	.00	1.37	.000	19	1.00
	Sontest-İzlem	-.15	1.30	-.513	19	.61
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	-.04	1.26	-.165	22	.87
	Öntest-İzlem	.04	1.14	.182	22	.65
	Sontest-İzlem	-.08	1.04	.401	22	.69

Tablo 87 incelendiğinde deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki sosyal baskı öntest, sontest ve izlem ölçümleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgular çerçevesinde, sosyal baskı alanındaki hipotezin red edildiği söylenebilir.

Bağımlı Örnek t-Testi sonuçları (Tablo 87) ile bu alt boyutta saptanan ortalama puan değer tablosu (Tablo 85) beraber incelendiğinde ise, deney grubundaki

katılımcıların çalışmanın hipotezi ile uyumlu bir şekilde öntest sosyal baskı puanlarının ($\bar{x}=2.74$) uygulama sonrası düştüğü (sontest $\bar{x}=2.58$) ve iki ay sonraki izlem ölçümünde daha da düştüğü ($\bar{x}=2.52$) görülmekte, ancak bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır. Kontrol grubunda ise, benzer bir şekilde uygulama sonrası sosyal baskı puanında düşüş olduğu görülmekte (öntest $\bar{x}=3.05$; sontest $\bar{x}=2.90$) ve izlem ölçümünde de artış olmasına rağmen ($\bar{x}=3.05$) bu artışın öntest puanlarından daha fazla olmadığı görülmektedir. Ancak, bu düşüşün de istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı saptanmıştır.

3.3.1.4. Bedensel Alan Üzerine Etkisi

Araştırmanın bedensel alana yönelik hipotezi DDT-BE'ne katılan katılımcıların WHOQOL-BREF (TR) bedensel alan puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği yönünde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra WHOQOL-BREF (TR) bedensel alan alt boyutunda elde ettikleri bedensel alan puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, bulgular Tablo 88'de verilmiştir.

Tablo 88.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Bedensel Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	13.35	3.22	14.76	3.85	14.46	3.37
K (N=20)	13.82	3.33	14.05	3.42	14.48	2.30
BL (N=23)	12.96	3.47	13.71	3.10	14.08	3.66

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın bedensel alana yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, WHOQOL-BREF (TR) bedensel alan alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri

puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, bulgular Tablo 89’da verilmiştir.

Tablo 89.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Bedensel Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	433.954	61				
Müdahale (D/K/BL)	4.729	2	2.364	.325	.72	.011
Hata	429.225	59	7.275			
Gruplar İçi	496.188	115.617				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	32.602	1.865	17.483	4.219	.01*	.067
ZamanxMüdahale	7.688	3.730	2.061	.497	.72	.017
Hata	455.898	110.022	4.144			

*Not. Küresellik varsayımı sağlanmamıştır ($p=.04$). Epsilon değerine bakılarak ($\epsilon >.75$) Huynh-Feldt testi düzeltilmesi kullanılmıştır ve sonuçlar bu düzeltmeye göre rapor edilmiştir. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem. Not. * $p<.05$.*

Tablo 89’da görüldüğü gibi, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F_{1865-110022}=4.219$; $p=.72$; $\eta^2=.06$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların bedensel alan puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değiştiğini ve bu farkın yaklaşık %7’sinin açıklanabildiğini göstermektedir. Ancak, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymadığı görülmektedir; ($F_{3730-110022}=.497$; $p=.01$; $\eta^2=.01$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olmadığı ve uygulanan yöntem kapsamında bedensel alan puanlarının farklılaşmadığı yorumu yapılabilir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, çalışmanın bedensel alan ile ilgili hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bu bulguların doğruluğunu test etmek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların WHOQOL-BREF (TR) bedensel alan öntest,

sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan sonuçlar Tablo 90’da verilmiştir.

Tablo 90.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Bedensel Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	-1.41	3.24	-1.902	18	.07
	Öntest-İzlem	-1.11	3.50	-1.384	18	.18
	Sontest-İzlem	.30	1.98	.661	18	.51
Kontrol	Öntest-Sontest	-.22	2.96	-.345	19	.73
	Öntest-İzlem	-.65	3.09	-.949	19	.35
	Sontest-İzlem	-.42	2.60	-.737	19	.47
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	-.74	2.53	-1.410	22	.17
	Öntest-İzlem	-1.11	2.82	-1.899	22	.07
	Sontest-İzlem	-.37	2.05	-.872	22	.39

Tablo 90 incelendiğinde deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki katılımcıların bedensel alan öntest, sontest ve izlem ölçümleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir. Tüm bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda, bedensel alana yönelik öngörünün red edildiği söylenebilir.

Bağımlı Örnek t-Testi sonuçları (Tablo 90) ile bu alt boyutta saptanan ortalama puan değer tablosu (Tablo 88) beraber incelendiğinde ise, deney grubundaki katılımcıların öntest bedensel alan puanları ($\bar{x}$ =13.35) ile sontest puanları ($\bar{x}$ =14.76) arasında çalışmanın hipotezi ile uyumlu olarak bir artışın olduğu ve bu artışın Bağımlı Örnek t-Testi’nde istatistiksel olarak anlamlı bir farka yakın bir p değerine (p =.073) sahip olduğu görülmektedir. Aynı zamanda, izlem puanlarının ($\bar{x}$ =14.46) da öntest puanlarına kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı ortaya çıkmıştır ($t_{(18)}$ =-1.384; p =.18). Benzer olarak, kontrol grubunda öntest bedensel alan puanlarının ($\bar{x}$ =13.82) uygulama sonrası artışı ($\bar{x}$ =14.05) ve bu artışın izlem ölçümünde ($\bar{x}$ =14.48) devam ettiği, ancak istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}$ =-.949; p =.35).

3.3.1.5. Ruhsal Alan Üzerine Etkisi

Ruhsal alana yönelik çalışmada öngörülen DDT-BE'ne katılan katılımcıların WHOQOL-BREF (TR) ruhsal alan puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği şeklinde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra WHOQOL-BREF (TR) ruhsal alan alt boyutunda elde ettikleri ruhsal alan puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, sonuçlar Tablo 91'de verilmiştir.

Tablo 91.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Ruhsal Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	12.80	2.09	13.78	2.61	13.57	2.43
K (N=20)	12.90	3.51	13.23	2.95	13.30	3.82
BL (N=23)	13.36	3.15	13.76	2.32	13.91	3.41

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın ruhsal alana yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, WHOQOL-BREF (TR) ruhsal alan alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, bulgular Tablo 92'de verilmiştir.

Tablo 92.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Ruhsal Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	379.590	61				
Müdahale (D/K/BL)	3.102	2	1.551	.243	.78	.008
Hata	376.488	59	6.381			
Gruplar İçi	342.875	117.586				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	13.532	1.897	7.135	2.443	.09	.040
ZamanxMüdahale	2.578	3.793	.680	.233	.91	.008
Hata	326.765	111.896	2.920			

Not. Küresellik varsayımı sağlanmamıştır ($p=.044$). Epsilon değerine bakılarak ($\epsilon > .75$) Huynh-Feldt testi düzeltilmesi kullanılmıştır ve sonuçlar bu düzeltmeye göre rapor edilmiştir. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem.

Tablo 92’de görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymadığı görülmektedir; ($F_{3793-111896}=.233$; $p=.91$; $\eta^2=.00$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olmadığı ve uygulanan yöntem kapsamında ruhsal alan puanlarının farklılaşmadığı yorumu yapılabilir. Benzer olarak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F_{1897-111896}=2.443$; $p=.09$; $\eta^2=.04$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların ruhsal alan puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değişmediğini göstermektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, çalışmanın ruhsal alan ile ilgili hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bu bulguların doğruluğunu test etmek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların WHOQOL-BREF (TR) ruhsal alan öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 93’te verilmiştir.

Tablo 93.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Ruhsal Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	-.98	2.75	-1.556	18	.13
	Öntest-İzlem	.77	2.95	-1.140	18	.26
	Sontest-İzlem	.21	1.61	.567	18	.57
Kontrol	Öntest-Sontest	-.33	2.25	-.662	19	.51
	Öntest-İzlem	-.40	2.32	-.770	19	.45
	Sontest-İzlem	-.06	2.12	-.140	19	.89
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	-.40	2.05	-.946	22	.35
	Öntest-İzlem	-.55	2.75	-.959	22	.34
	Sontest-İzlem	-.14	2.07	-.334	22	.74

Tablo 93 incelendiğinde deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki ruhsal alan öntest, sontest ve izlem ölçümleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir. Bu kapsamda, çalışmanın ruhsal alan ile ilintili hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bağımlı Örnek t-Testi sonuçları (Tablo 93) ile bu alt boyutta saptanan ortalama puan değer tablosu (Tablo 91) beraber incelendiğinde ise, istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmasa da ($t_{(18)}=-1.140$; $p=.26$), deney grubundaki katılımcıların öntest ruhsal alan puanlarının ($\bar{x}=12.80$), uygulama sonrası hipotez ile uyumlu olarak artış gösterdiği (sontest $\bar{x}=13.78$) ve iki ay izlem ölçümlerinde bu artışın korunduğu (izlem $\bar{x}=13.57$) gözlenmektedir. Benzer olarak, istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmasa da ($t_{(19)}=-.770$; $p=.45$), kontrol grubundaki katılımcıların öntest ruhsal alan puanlarının ($\bar{x}=12.90$), uygulama sonrası artış gösterdiği (sontest $\bar{x}=13.23$) ve bu artışın iki ay izlem ölçümlerinde de devam ettiği ($\bar{x}=13.30$) görülmektedir.

3.3.1.6. Sosyal Alan Üzerine Etkisi

Sosyal alana yönelik çalışmada öngörülen DDT-BE'ne katılan katılımcıların WHOQOL-BREF (TR) sosyal alan puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği yönünde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme

listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra WHOQOL-BREF (TR) sosyal alan alt boyutunda elde ettikleri sosyal alan puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, bulgular Tablo 94’te verilmiştir.

Tablo 94.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Sosyal Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	13.19	3.66	12.84	3.93	12.63	3.90
K (N=20)	13.40	2.34	12.53	3.10	13.00	3.11
BL (N=23)	12.86	2.77	13.85	3.30	13.79	3.37

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın sosyal alana yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, WHOQOL-BREF (TR) sosyal alan alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, bulgular Tablo 95’te verilmiştir.

Tablo 95.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Sosyal Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	507.871	61				
Müdahale (D/K/BL)	4.823	2	2.412	.283	.75	.009
Hata	503.048	59	8.526			
Gruplar İçi	443.340	124				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	.215	2	.108	.030	.97	.001
ZamanxMüdahale	24.516	4	6.129	1.728	.14	.055
Hata	418.609	118	3.548			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem.

Tablo 95’te görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymadığı görülmektedir; ($F_{4-118}=1.728$; $p=.97$; $\eta^2=.00$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olmadığı ve uygulanan yöntem kapsamında sosyal alan puanlarının farklılaşmadığı yorumu yapılabilir. Benzer olarak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F_{2-118}=.030$; $p=.14$; $\eta^2=.05$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların sosyal alan puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değişmediğini göstermektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, çalışmanın sosyal alan ile ilgili hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bu bulguların doğruluğunu test etmek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların WHOQOL-BREF (TR) sosyal alan öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 96’da verilmiştir.

Tablo 96.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının WHOQOL-BREF (TR) Sosyal Alan Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	.35	2.90	.526	18	.60
	Öntest-İzlem	.56	2.00	1.222	18	.23
	Sontest-İzlem	.21	2.60	.353	18	.72
Kontrol	Öntest-Sontest	.86	3.35	1.154	19	.26
	Öntest-İzlem	.40	3.12	.573	19	.57
	Sontest-İzlem	-.46	2.04	1.022	19	.32
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	-.98	2.73	-1.729	22	.09
	Öntest-İzlem	-.92	2.28	-1.943	22	.06
	Sontest-İzlem	.05	2.62	.106	22	.91

Tablo 96 incelendiğinde deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki sosyal alan öntest, sontest ve izlem ölçümleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir.

Bağımlı Örnek t-Testi sonuçları (Tablo 96) ile bu alt boyutta saptanan ortalama puan değer tablosu (Tablo 94) beraber incelendiğinde ise, deney grubundaki katılımcıların öntest sosyal alan puanlarının ($\bar{x}$ =13.19), uygulama sonrası, hipotez ile uyumsuz olarak düşüş gösterdiği (sontest $\bar{x}$ =12.84) ve iki ay izlem ölçümlerinde de bu düşüşün devam ettiği (izlem $\bar{x}$ =12.63) görülmektedir. Benzer bir şekilde, kontrol grubundaki katılımcıların de öntest sosyal alan puanlarının ($\bar{x}$ =13.40), uygulama sonrası düşüş gösterdiği (sontest $\bar{x}$ =12.53) ve bu düşüşün iki ay izlem ölçümlerinde devam ettiği ($\bar{x}$ =13.00) görülmektedir.

3.3.2. Depresyon Anksiyete Stres Üzerine Etkisi

Bu bölümde, çalışmanın hipotezindeki depresyon, anksiyete ve stres değişkenlerine yönelik bulgular detaylandırılmıştır.

3.3.2.1. Depresyon Üzerine Etkisi

Depresyona yönelik çalışmada öngörülen DDT-BE'ne katılan katılımcıların DASS-21 depresyon puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir azalma olacağı ve bu azalmanın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği şeklinde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra DASS-21 depresyon alt boyutunda elde ettikleri depresyon puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, bulgular Tablo 97'de verilmiştir.

Tablo 97.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Depresyon Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	9.16	5.44	4.53	4.68	3.47	3.42
K (N=20)	8.50	5.23	7.55	4.90	7.65	4.60
BL (N=23)	7.87	6.01	8.13	5.37	9.86	5.87

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın depresyona yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, DASS-21 depresyon alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, sonuçlar Tablo 98’de verilmiştir.

Tablo 98.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Depresyon Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	1211.945	61				
Müdahale (D/K/BL)	92.463	2	46.231	2.437	.096	.076
Hata	1119.482	59	18.947			
Gruplar İçi	1786.567	106.469				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	112.900	1.717	65.745	4.927	.01**	.077
ZamanxMüdahale	321.786	3.434	93.692	7.022	.00***	.192
Hata	1351.881	101.318	13.343			

*Not. Küresellik varsayımı sağlanmamıştır ($p=.00$). Epsilon değerine bakılarak ($\epsilon > .75$) Huynh-Feldt testi düzeltilmesi kullanılmıştır ve sonuçlar bu düzeltmeye göre rapor edilmiştir. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem. ** $p<.01$, *** $p<.001$.*

Tablo 98’de görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koyduğu görülmektedir ($F_{3434-101318}=7.022$; $p=.00$; $\eta^2=.19$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olduğu ve uygulanan yöntem kapsamında depresyon puanlarının farklılaştığı yorumu yapılabilir. Aynı zamanda, bu farklılığın yaklaşık %19’unun açıklanabildiği görülmektedir. Benzer olarak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F_{1717-101318}=4.927$; $p=.01$; $\eta^2=.07$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların depresyon puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değiştiğini ve bu farkın yaklaşık %8’inin açıklanabildiğini göstermektedir. Tüm bu

bulgular dikkate alındığında, araştırmada depresyon ile ilgili hipotezin desteklendiği söylenebilir.

Bu farkın hangi grup ve ölçümler arasında olduğunu belirlemek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların DASS-21 depresyon öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 99’da verilmiştir.

Tablo 99.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Depresyon Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	4.63	7.64	2.640	18	.01*
	Öntest-İzlem	5.68	6.11	4.055	18	.00**
	Sontest-İzlem	1.05	3.67	1.249	18	.22
Kontrol	Öntest-Sontest	.95	4.79	.886	19	.38
	Öntest-İzlem	.85	3.51	1.082	19	.29
	Sontest-İzlem	-.10	4.45	-.100	19	.92
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	-.26	4.28	-.292	22	.77
	Öntest-İzlem	-2.00	4.71	-2.032	22	.05
	Sontest-İzlem	-1.73	2.56	-3.255	22	.00**

Not. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tablo 99 incelendiğinde, deney grubundaki katılımcıların depresyon öntest puanları ($\bar{x}=9.16$) ile sontest puanları ($\bar{x}=4.53$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t_{(18)}=2.640$; $p=.01$) görülmektedir. Aynı zamanda, sontest puanları ($\bar{x}=4.53$) ile izlem puanları ($\bar{x}=3.47$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($t_{(18)}=1.249$; $p=.22$) ve öntest puanları ($\bar{x}=9.16$) ile izlem puanları ($\bar{x}=3.47$) arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark olduğu ($t_{(18)}=4.055$; $p=.00$) görülmektedir. Bu sonuca göre, deney grubundaki katılımcıların, sontest depresyon puanlarının, öntest depresyon puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu ve bu durumun iki ay izlem ölçümünde de devam ettiği saptanmıştır. Bu bulgular ışığında, çalışmanın depresyon ile ilgili hipotezinin desteklendiği söylenebilir.

Kontrol grubundaki katılımcıların ise, öntest depresyon puanları ($\bar{x}=8.50$), uygulama sonrası düşüş göstermiş olsa da (sontest $\bar{x}=7.55$) ve bu düşüş öntest

puanlarına kıyasla izlem ($\bar{x}=7.65$) ölçümlerinde korunmuş olsa da, bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}=1.082$; $p=.29$).

3.3.2.2. Anksiyete Üzerine Etkisi

Anksiyeteye yönelik çalışmanın hipotezi, DDT-BE'ne katılan katılımcıların DASS-21 anksiyete puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir azalma olacağı ve bu azalmanın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği şeklinde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra DASS-21 anksiyete alt boyutunda elde ettikleri anksiyete puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, bulgular Tablo 100'de verilmiştir.

Tablo 100.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Anksiyete Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	6.68	3.98	3.63	4.13	4.31	3.81
K (N=20)	5.35	4.00	6.50	4.84	6.25	4.51
BL (N=23)	5.91	5.20	7.87	5.48	8.86	5.53

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın anksiyeteye yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, DASS-21 anksiyete alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, sonuçlar Tablo 101'de verilmiştir.

Tablo 101.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Anksiyete Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	1103.816	61				
Müdahale (D/K/BL)	75.656	2	37.828	2.171	.12	.069
Hata	1028.160	59	17.426			
Gruplar İçi	1053.676	124				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	9.751	2	4.876	.683	.50	.011
ZamanxMüdahale	201.429	4	50.357	7.053	.00***	.193
Hata	842.496	118	7.140			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem.
*** $p < .001$.

Tablo 101’de görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koyduğu görülmektedir ($F_{4-118}=7.053$; $p=.00$; $\eta^2=.19$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olduğu ve uygulanan yöntem kapsamında anksiyete puanlarının farklılaştığı yorumu yapılabilir. Aynı zamanda, bu farklılığın yaklaşık %19’unun açıklanabildiği görülmektedir. Bu bulgular dikkate alındığında, araştırmada anksiyete ile ilgili hipotezin desteklendiği söylenebilir.

Bu farkın hangi grup ve ölçümler arasında olduğunu belirlemek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların DASS-21 anksiyete öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 102’de verilmiştir.

Tablo 102 incelendiğinde, deney grubundaki katılımcıların anksiyete öntest puanları ($\bar{x}=6.68$) ile sontest puanları ($\bar{x}=3.63$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t_{(18)}=2.771$; $p=.01$) görülmektedir. Aynı zamanda, sontest puanları ($\bar{x}=3.63$) ile izlem puanları ($\bar{x}=4.31$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($t_{(18)}=-1.195$; $p=.24$) ve öntest puanları ($\bar{x}=6.68$) ile izlem puanları ($\bar{x}=4.31$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t_{(18)}=2.561$; $p=.02$) görülmektedir. Bu sonuca göre, deney grubundaki katılımcıların, sontest anksiyete puanlarının, öntest

anksiyete puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu ve bu durumun iki ay izlem ölçümünde de devam ettiği saptanmıştır. Kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki öntest, sontest ve izlem ölçümleri arasında ise sadece bekleme listesi grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu farkın öntest ve sontest ve öntest ve izlem ölçümleri arasında olduğu görülmektedir.

Tablo 102.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Anksiyete Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	3.05	4.80	2.771	18	.01*
	Öntest-İzlem	2.36	4.03	2.561	18	.02*
	Sontest-İzlem	-.68	2.49	-1.195	18	.24
Kontrol	Öntest-Sontest	-1.15	4.90	-1.049	19	.30
	Öntest-İzlem	-.90	2.65	-1.517	19	.14
	Sontest-İzlem	.25	4.98	.224	19	.82
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	-1.95	3.14	-2.988	22	.00**
	Öntest-İzlem	-2.95	3.50	-4.040	22	.00**
	Sontest-İzlem	-1.00	2.67	-1.790	22	.08

Not. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Bu ölçümlerdeki anksiyete puanlarına bakıldığında, öntest anksiyete puanlarının ($\bar{x}=5.91$), sontest ölçümlerinde artığı ($\bar{x}=7.87$) ve izlem ölçümlerinde daha da artığı ($\bar{x}=8.86$) görülmektedir. Dolayısıyla, bekleme listesi gruplarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede artış gösterdiği görülmektedir (öntest-sontest: $t_{(22)}=-2.988$; $p=.00$; öntest-izlem: $t_{(22)}=-4.040$; $p=.00$). Benzer olarak, kontrol grubundaki katılımcıların de uygulama sonrası anksiyete puanlarının düşmek yerine artığı (öntest $\bar{x}=5.35$; sontest $\bar{x}=6.50$) ve bu artışın öntest ölçümlerine kıyasla izlem ($\bar{x}=6.25$) ölçümlerinde de devam ettiği görülmekte, ancak bu artışın bekleme listesi grubundaki gibi istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}=-1.517$; $p=.14$). Bu kapsamda, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların deneysel işlem öncesinde, sonrasında ve iki aylık izlem sürecinde anksiyete puanlarının farklı oranlarda değişim göstermesinin sebeplerinin birincil olarak deney grubunun anksiyete puanlarında istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşüşünden ve ikincil olarak da bekleme listesi grubunun anksiyete puanlarında istatistiksel olarak

anlamli seviyede artıştan kaynaklandığı ve çalışmanın anksiyeteye yönelik hipotezinin desteklendiği söylenebilir.

Bunun yanı sıra, çalışmanın bağımlı değişkenleri ile ekonomik durumun beş kategori (0-2999 TL, 3000-5999 TL, 6000-9999 TL, 10000-14999 TL, 15000 TL ve üzeri) arasında anlamli bir farkın olup olmadığı parametrik testlerin varsayımları ile uyumlu bir şekilde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Ortaya çıkan bulgular, istatistiksel olarak anlamli bir farkın sadece DASS-21 lğinin anksiyete ve stres değişkenlerinde olduğunu göstermiştir. Bu bölümde, anksiyete yönelik verileri detaylandırılacaktır.

Bunun sonucunda, DASS-21 anksiyete alt boyutu ntest puanı açısından ekonomik durum kategorileri arasında anlamli bir farkın olup olmadığını saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Tablo 103'te detaylandırılan sonuçlara göre, 0-2999 TL kategorisinde ($\bar{x}$ =9.00, S_s =4.02), 3000-5999 TL kategorisinde ($\bar{x}$ =6.08, S_s =4.36), 6000-9999 TL kategorisinde ($\bar{x}$ =5.67, S_s =4.57), 10000-14999 TL kategorisinde ($\bar{x}$ =1.60, S_s =1.51) ve 15000 TL ve üzeri kategorisinde ($\bar{x}$ =4.05, S_s =3.51) yer alan katılımcıların DASS-21 anksiyete alt boyutu ntest puanları arasında anlamli bir farkın olduğu saptanmıştır ($F_{4-57}=2.803$; $p=.03$).

Tablo 103.

DASS-21 Anksiyete Alt Boyutu ntest Puanlarının Ekonomik Durum Kategorileri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	$\bar{x}$	S_s	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	F	p
0-2999 TL	10	9.00	4.02	Gruplar arası	197.895	4		
3000-5999 TL	25	6.08	4.36	Grup içi	1006.040	57	2.803	.03*
6000-9999 TL	18	5.67	4.57	Toplam	1203.935	61		
10000-14999 TL	5	1.60	1.51					
15000 TL ve zeri	4	4.05	3.51					
Toplam	62	5.97	4.44					

Not. * $p<.05$.

Buna dayalı olarak, ekonomik durum kategorilerinde bulunan katılımcıların DASS-21 anksiyete alt boyutu puanları açısından birbirlerine eşit olmadıkları ortaya çıkmış, çalışmanın DDT-BE'ne katılan katılımcıların anksiyete puanlarında, kontrol ve

bekleme listesi grubunda yer alan katılımcılara göre anlamlı düzeyde bir azalma olacağı ve bu azalmanın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği yönündeki hipotezinin sınanması için yapılan iki faktörlü varyans analizinde (ANOVA) ekonomik durum ortak değişken (covariate) olarak kontrol edildiğinde sonuçların değişip değişmediğini test etmek amacıyla Kovaryans (ANCOVA) testi uygulanmıştır.

ANCOVA analizi öncesinde varyansların homojen olduğu saptanmış ($F=.358$; $p=.70$), regresyonların homojenliği test edildiğinde, regresyon doğrularının eğimleri eşit bulunmuştur ($F=1.595$; $p=.21$). Tablo 104'te detaylandırılan ANCOVA sonuçlarına göre, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki, öntest, sontest ve izlem DASS-21 anksiyete puanları arasındaki farkı katılımcıların ekonomik durumlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde açıkladığı saptanmıştır ($F_1=8.154$; $p=.00$; $\eta^2=.123$) ve farklılığın yaklaşık %12'si açıklanabilmektedir. Ancak, katılımcıların ekonomik durumları kontrol edildiğinde deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki, öntest, sontest ve izlem DASS-21 anksiyete puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamış ve ortak değişkene kıyasla farkı daha az (yaklaşık %7'si) açıkladığı ortaya çıkmıştır ($F_2=2.455$; $p=.09$; $\eta^2=.078$).

Tablo 104.

Ekonomik Durumun DASS-21 Anksiyete Alt Boyutu Üzerine Etkisinde Grup Farkına İlişkin Yapılan Kovaryans (ANCOVA) Testi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Ekonomik durum (Ortak değişken)	126.724	1	126.724	8.154	.00**	.123
Grup (D/K/BL)	76.317	2	38.158	2.455	.09	.078
Hata	901.436	58	15.542			
Toplam	1104.477	61				

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu. ** $p<.01$.

3.3.2.3. Stres Üzerine Etkisi

Çalışmanın strese yönelik hipotezi DDT-BE'ne katılan katılımcıların DASS-21 stres puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde bir azalma olacağı ve bu azalmanın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği şeklinde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra DASS-21 stres alt boyutunda elde ettikleri stres puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, sonuçlar Tablo 105'te verilmiştir.

Tablo 105.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Stres Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	9.63	4.63	6.63	4.01	6.52	4.15
K (N=20)	10.80	4.72	9.60	5.79	10.40	5.10
BL (N=23)	10.30	6.27	11.30	5.65	10.91	6.51

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın strese yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, DASS-21 stres alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, bulgular Tablo 106'da verilmiştir.

Tablo 106.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Stres Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	400.110	61				
Müdahale (D/K/BL)	120.321	2	60.160	2.773	.07	.086
Hata	279.789	59	21.691			
Gruplar İçi	1362.723	119.561				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	42.713	1.928	22.149	2.085	.13	.034
ZamanxMüdahale	111.432	3.857	28.892	2.720	.03*	.084
Hata	1208.578	113.776	10.622			

*Not. Küresellik varsayımı sağlanmamıştır ($p=.04$). Epsilon değerine bakılarak ($\epsilon >.75$) Huynh-Feldt testi düzeltilmesi kullanılmıştır ve sonuçlar bu düzeltmeye göre rapor edilmiştir. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem. * $p<.05$.*

Tablo 106’da görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koyduğu görülmektedir ($F_{3857-113776}=2.720$; $p=.03$; $\eta^2=.08$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olduğu ve uygulanan yöntem kapsamında stres puanlarının farklılaştığı yorumu yapılabilir. Aynı zamanda, bu farklılığın yaklaşık %8’inin açıklanabildiği görülmektedir. Bu bulgular dikkate alındığında, araştırmada stres ile ilgili hipotezin desteklendiği söylenebilir.

Bu farkın hangi grup ve ölçümler arasında olduğunu belirlemek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların DASS-21 stres öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 107’de verilmiştir.

Tablo 107.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DASS-21 Stres Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	3.00	5.74	2.276	18	.03*
	Öntest-İzlem	3.10	5.34	2.533	18	.02*
	Sontest-İzlem	.10	4.02	.114	18	.91
Kontrol	Öntest-Sontest	1.20	4.95	1.082	19	.29
	Öntest-İzlem	.40	4.71	.379	19	.70
	Sontest-İzlem	-.80	4.02	-.890	19	.38
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	-1.00	4.59	-1.044	22	.30
	Öntest-İzlem	-.60	3.76	-.776	22	.44
	Sontest-İzlem	.39	3.39	.553	22	.58

Not. * $p < .05$.

Tablo 107 incelendiğinde, deney grubundaki katılımcıların stres öntest puanları ($\bar{x}=9.63$) ile sontest puanları ($\bar{x}=6.63$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t_{(18)}=2.276$; $p=.03$) görülmektedir. Aynı zamanda, sontest puanları ($\bar{x}=6.63$) ile izlem puanları ($\bar{x}=6.52$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($t_{(18)}=.114$; $p=.91$) ve öntest puanları ($\bar{x}=9.63$) ile izlem puanları ($\bar{x}=6.52$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t_{(18)}=2.533$; $p=.02$) görülmektedir. Bu sonuca göre, deney grubundaki katılımcıların, sontest stres puanlarının, öntest stres puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu ve bu durumun iki ay izlem ölçümünde de devam ettiği saptanmıştır.

Benzer olarak, kontrol grubunda uygulama sonrası stres puanlarında azalma olduğu (öntest $\bar{x}=10.80$; sontest $\bar{x}=9.60$) ve bu azalmanın da öntest stres puanlarına kıyasla izlem ($\bar{x}=10.40$) ölçümlerinde de devam ettiği saptanmış, ancak bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}=.379$; $p=.70$). Bu kapsamda, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların deneysel işlem öncesinde, sonrasında ve iki aylık izlem sürecinde stres puanlarının farklı oranlarda değişim göstermesinin sebebinin deney grubundan kaynaklandığı ve çalışmanın strese yönelik hipotezinin desteklendiği söylenebilir.

Bunun yanı sıra, çalışmanın bağımlı değişkenleri ile ekonomik durumun beş kategorisi (0-2999 TL, 3000-5999 TL, 6000-9999 TL, 10000-14999 TL, 15000 TL ve üzeri) arasında anlamlı bir farkın olup olmadığı parametrik testlerin varsayımları ile

uyumlu bir şekilde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Ortaya çıkan bulgular, istatistiksel olarak anlamlı bir farkın DASS-21 ölçeğinin anksiyete ve stres değişkenlerinde olduğunu göstermiştir. Bu bölümde, strese yönelik veriler detaylandırılacaktır.

Bu kapsamda, DASS-21 stres alt boyutu öntest puanı açısından ekonomik durum kategorileri arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) koşullarından varyansların homojenliği varsayımı karşılanmamış olması dolayısıyla (Levene testi=4.015; $p<.05$) Welch Robust Testi uygulanmıştır. Tablo 108’de detaylandırılan sonuçlarına göre, 0-2999 TL kategorisinde ($\bar{x}$ =32.90, S_s =10.06), 3000-5999 TL kategorisinde ($\bar{x}$ =25.04, S_s =14.76), 6000-9999 TL kategorisinde ($\bar{x}$ =25.61, S_s =13.78), 10000-14999 TL kategorisinde ($\bar{x}$ =9.00, S_s =4.12) ve 15000 TL ve üzeri kategorisinde ($\bar{x}$ =17.50, S_s =6.45) yer alan katılımcıların DASS-21 stres alt boyutu öntest puanları arasında anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir Welch $_{4-16438}=12.664$; $p=.00$.

Tablo 108.

DASS-21 Stres Alt Boyutu Öntest Puanlarının Ekonomik Durum Kategorileri Açısından Welch Robust Testi ile Karşılaştırılması

Gruplar	N	$\bar{x}$	S_s	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
0-2999 TL	10	32.90	10.06	Gruplar arası	2130.040	4	532.510		
3000-5999 TL	25	25.04	14.76	Grup içi	9569.138	57	167.880		
6000-9999 TL	18	25.61	13.78	Toplam	11699.177	61		3.172	.02*
10000-14999 TL	5	9.00	4.12						
15000 TL ve üzeri	4	17.50	6.45						
Toplam	62	24.69	13.84						
				Welch	Test İstatistiği	Sd1	Sd2	p	
					12.664	4	16.438	.00***	

Not. * $p<.05$, *** $p<.001$.

Buna dayalı olarak, ekonomik durum kategorilerinde bulunan katılımcıların DASS-21 stres alt boyutu puanları açısından birbirlerine eşit olmadıkları ortaya çıkmış,

çalışmanın DDT-BE'ne katılan katılımcıların stres puanlarında, kontrol ve bekleme listesi grubunda yer alan katılımcılara göre anlamlı düzeyde bir azalma olacağı ve bu azalmanın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği yönündeki hipotezinin sınanması için yapılan iki faktörlü varyans analizinde (ANOVA) ekonomik durum ortak değişken (covariate) olarak kontrol edildiğinde sonuçların değişip değişmediğini test etmek amacıyla Kovaryans (ANCOVA) testi uygulanmıştır.

ANCOVA analizi öncesinde varyansların homojen olduğu saptanmış ($F=1.749$; $p=.18$), regresyonların homojenliği test edildiğinde, regresyon doğrularının eğimleri eşit bulunmuştur ($F=2.112$; $p=.13$). Tablo 109'da detaylandırılan ANCOVA sonuçlarına göre, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki, öntest, sontest ve izlem DASS-21 stres puanları arasındaki farkı katılımcıların ekonomik durumlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde açıkladığı saptanmıştır ($F_1=4.656$; $p=.03$; $\eta^2=.074$) ve bu farklılığın yaklaşık %7'si açıklanabilmektedir. Aynı zamanda, katılımcıların ekonomik durumları kontrol edildiğinde, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki, öntest, sontest ve izlem DASS-21 stres puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve ortak değişkene kıyasla farkı daha yüksek düzeyde açıkladığı (yaklaşık %10'unu) saptanmıştır ($F_2=3.247$; $p=.04$; $\eta^2=.101$).

Tablo 109.

Ekonomik Durumun DASS-21 Stres Alt Boyutu Üzerine Etkisinde Grup Farkına İlişkin Yapılan Kovaryans (ANCOVA) Testi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Ekonomik durum (Ortak değişken)	95.097	1	95.097	4.656	.03*	.074
Grup (D/K/BL)	132.643	2	66.322	3.247	.04*	.101
Hata	1184.691	58	20.426			
Toplam	1412.431	61				

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu. * $p<.05$.

3.3.3. Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş Üzerine Etkisi

Bu bölümde, çok boyutlu psikolojik iyi oluş değişkeninin çevresel hâkimiyet, insanlarla olumlu ilişki, kendini kabul, kişisel gelişim, özerklik ve yaşam amacı alt boyutlarına yönelik bulguları çalışmanın hipotezi kapsamında detaylandırılmıştır.

3.3.3.1. Çevresel Hâkimiyet Üzerine Etkisi

Araştırmanın çevresel hâkimiyete ilişkin hipotezi DDT-BE'ne katılan katılımcıların ÇBPİÖÖ çevresel hâkimiyet puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği yönünde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra ÇBPİÖÖ çevresel hâkimiyet alt boyutunda elde ettikleri çevresel hâkimiyet puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, bulgular Tablo 110'da verilmiştir.

Tablo 110.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Çevresel Hâkimiyet Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	9.00	2.05	10.84	2.24	11.15	1.74
K (N=20)	9.85	2.49	10.05	2.72	10.45	2.25
BL (N=23)	10.17	2.67	10.13	2.00	9.95	1.55

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın çevresel hâkimiyete ilişkin hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, ÇBPİÖÖ çevresel hâkimiyet alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, sonuçlar Tablo 111'de verilmiştir.

Tablo 111.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Çevresel Hâkimiyet Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	196.609	61				
Müdahale (D/K/BL)	.722	2	.361	.109	.89	.004
Hata	195.887	59	3320			
Gruplar İçi	348.486	115.254				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	24.507	1.859	13.184	5.008	.01**	.078
ZamanxMüdahale	35.268	3.718	9.486	3.604	.01**	.109
Hata	288.711	109.677	2.632			

*Not. Küresellik varsayımı sağlanmamıştır ($p=.011$). Epsilon değerine bakılarak ($\epsilon > .75$) Huynh-Feldt testi düzeltilmesi kullanılmıştır ve sonuçlar bu düzeltmeye göre rapor edilmiştir. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem. ** $p<.01$.*

Tablo 111’de görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koyduğu görülmektedir ($F_{3718-109677}=3.604$; $p=.01$; $\eta^2=.10$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olduğu ve uygulanan yöntem kapsamında çevresel hâkimiyet puanlarının farklılaştığı yorumu yapılabilir. Aynı zamanda, bu farklılığın yaklaşık %11’inin açıklanabildiği görülmektedir. Benzer olarak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F_{1859-109677}=5.008$; $p=.01$; $\eta^2=.07$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların çevresel hâkimiyet puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değiştiğini ve bu farkın yaklaşık %8’inin açıklanabildiğini göstermektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, araştırmada çevresel hâkimiyet ile ilgili hipotezin desteklendiği söylenebilir.

Bu farkın hangi grup ve ölçümler arasında olduğunu belirlemek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların ÇBPİÖÖ çevresel hâkimiyet öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 112’de verilmiştir.

Tablo 112.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Çevresel Hâkimiyet Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	-1.84	2.52	-3.183	18	.00**
	Öntest-İzlem	-2.15	1.83	-5.129	18	.00***
	Sontest-İzlem	-.31	1.33	-1.031	18	.31
Kontrol	Öntest-Sontest	-.20	2.28	-.391	19	.70
	Öntest-İzlem	-.60	2.13	-1.255	19	.22
	Sontest-İzlem	-.40	2.16	-.827	19	.41
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	.04	2.82	.074	22	.94
	Öntest-İzlem	-.21	2.43	.429	22	.67
	Sontest-İzlem	.17	1.89	.439	22	.66

Not. ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Tablo 112 incelendiğinde, deney grubundaki katılımcıların çevresel hâkimiyet öntest puanları ($\bar{x}=9.00$) ile sontest puanları ($\bar{x}=10.84$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t_{(18)}=3.183$; $p=.00$) görülmektedir. Aynı zamanda, sontest puanları ($\bar{x}=10.84$) ile izlem puanları ($\bar{x}=11.15$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($t_{(18)}=1.031$; $p=.31$) ve öntest puanları ($\bar{x}=9.00$) ile izlem puanları ($\bar{x}=11.15$) arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark olduğu ($t_{(18)}=5.129$; $p=.00$) görülmektedir. Bu sonuca göre, deney grubundaki katılımcıların, sontest çevresel hâkimiyet puanlarının, öntest çevresel hâkimiyet puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve bu durumun iki ay izlem ölçümünde de devam ettiği saptanmıştır. Sonuç olarak, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların deneysel işlem öncesinde, sonrasında ve iki aylık izlem sürecinde çevresel hâkimiyet puanlarının farklı oranlarda değişim göstermesinin sebebinin deney grubundan kaynaklandığı ve çalışmanın bu yöndeki hipotezinin desteklendiği söylenebilir.

Kontrol grubunda ise, benzer bir şekilde uygulama sonrası çevresel hâkimiyet puanlarında artış olduğu (öntest $\bar{x}=9.85$; sontest $\bar{x}=10.05$) ve bu artışın izlem ($\bar{x}=10.45$) ölçümlerinde de devam ettiği saptanmış, ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}=-1.255$; $p=.22$). Bekleme listesi grubunda ise, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmamış olmasına rağmen deney ve kontrol

grubunda saptanan bulgulara kıyasla, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinde çevresel hâkimiyet puanlarının sadece azaldığı ortaya çıkmıştır (öntest $\bar{x}$ =10.17; sontest $\bar{x}$ =10.13; izlem $\bar{x}$ =9.95).

3.3.3.2. İnsanlarla Olumlu İlişki Üzerine Etkisi

Çalışmanın insanlarla olumlu ilişkiye yönelik hipotezi, DDT-BE'ne katılan katılımcıların ÇBPİÖÖ insanlarla olumlu ilişki puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde de devam edeceği şeklinde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra ÇBPİÖÖ insanlarla olumlu ilişki alt boyutunda elde ettikleri insanlarla olumlu ilişki puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, bulgular Tablo 113'te verilmiştir.

Tablo 113.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ İnsanlarla Olumlu İlişki Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	12.26	2.84	11.74	2.53	12.42	1.86
K (N=20)	11.05	3.28	12.00	2.57	11.00	2.90
BL (N=23)	11.87	2.38	11.78	2.17	11.17	2.62

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın insanlarla olumlu ilişkiye yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, ÇBPİÖÖ insanlarla olumlu ilişki alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, bulgular Tablo 114'te verilmiştir.

Tablo 114.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ İnsanlarla Olumlu İlişki Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	281.749	61				
Müdahale (D/K/BL)	6.317	2	3.159	.677	.51	.022
Hata	275.432	59	4.668			
Gruplar İçi	391.976	124				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	2.997	2	1.498	.480	.62	.008
ZamanxMüdahale	20.498	4	5.124	1.641	.16	.053
Hata	368.481	118	3.123			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem.

Tablo 114'te görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymadığı görülmektedir; ($F_{4-118}=1.641$; $p=.16$; $\eta^2=.05$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olmadığı ve uygulanan yöntem kapsamında insanlarla olumlu ilişki puanlarının farklılaşmadığı yorumu yapılabilir. Benzer olarak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F_{2-118}=.480$; $p=.62$; $\eta^2=.00$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların insanlarla olumlu ilişki puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değişmediğini göstermektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, çalışmanın insanlarla olumlu ilişki ile ilgili hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bu bulguların doğruluğunu test etmek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların ÇBPİÖÖ insanlarla olumlu ilişki öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 115'te verilmiştir.

Tablo 115.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ İnsanlarla Olumlu İlişki Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	.52	2.81	.815	18	.42
	Öntest-İzlem	-.15	3.07	-.224	18	.82
	Sontest-İzlem	-.68	2.40	-1.240	18	.23
Kontrol	Öntest-Sontest	-.95	2.21	-1.921	19	.07
	Öntest-İzlem	.05	1.82	.123	19	.90
	Sontest-İzlem	1.00	2.40	1.859	19	.07
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	.08	1.90	.219	22	.82
	Öntest-İzlem	.69	2.73	1.219	22	.23
	Sontest-İzlem	.60	2.84	1.028	22	.31

Tablo 115 incelendiğinde, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki insanlarla olumlu ilişki öntest, sontest ve izlem ölçümleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, çalışmanın insanlarla olumlu ilişki ile ilgili hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bağımlı Örnek t-Testi sonuçları (Tablo 115) ile bu alt boyutta saptanan ortalama puan değer tablosu (Tablo 113) beraber incelendiğinde ise, deney grubundaki katılımcıların öntest insanlarla olumlu ilişki puanları ($\bar{x}$ =12.26) uygulama sonrası düşmüş olsa da (sontest $\bar{x}$ =11.74) iki ay sonraki izlem ($\bar{x}$ =12.42) ölçümünde çalışmanın hipotezi ile uyumlu bir şekilde öntest puanlarına kıyasla artışı görülmekte, ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($t_{(18)}$ =-1.240; p =.23). Kontrol grubunda da, istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmasa da ($t_{(19)}$ =-1.921; p >.05) uygulama sonrası insanlarla olumlu ilişki puanında artış olduğu (öntest $\bar{x}$ =11.05; sontest $\bar{x}$ =12.00) ve izlem ($\bar{x}$ =11.00) ölçümünde düşüş olmasına rağmen bu düşüşün öntest puanlarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı ($t_{(19)}$ =.123; p =.90) gözlenmiştir.

3.3.3.3. Kendini Kabul Üzerine Etkisi

Çalışmanın kendine kabule yönelik hipotezi DDT-BE'ne katılan katılımcıların ÇBPİÖÖ kendini kabul puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde de devam edeceği şeklinde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra ÇBPİÖÖ kendini kabul alt boyutunda elde ettikleri kendine kabul puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, bulgular Tablo 116'da verilmiştir.

Tablo 116.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Kendini Kabul Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	10.89	2.35	11.47	1.77	11.73	1.75
K (N=20)	10.70	2.43	10.80	1.32	11.20	2.21
BL (N=23)	10.17	2.70	9.48	1.95	9.56	2.38

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın kendine kabule yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, ÇBPİÖÖ kendini kabul alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, sonuçlar Tablo 117'de verilmiştir.

Tablo 117.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Kendini Kabul Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	216.265	61				
Müdahale (D/K/BL)	30.054	2	15.027	4.761	.01**	.139
Hata	186.211	59	3.156			
Gruplar İçi	279.812	111.877				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	2.511	1.804	1.392	.564	.55	.009
ZamanxMüdahale	14.429	3.609	3.998	1.619	.18	.052
Hata	262.872	106.464	2.469			

*Not. Küresellik varsayımı sağlanmamıştır ($p=.00$). Epsilon değerine bakılarak ($\epsilon > .75$) Huynh-Feldt testi düzeltilmesi kullanılmıştır ve sonuçlar bu düzeltmeye göre rapor edilmiştir. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem. ** $p<.01$.*

Tablo 117’de görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymadığı görülmektedir; ($F_{3609-106464}=1.641$; $p=.18$; $\eta^2=.05$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olmadığı ve uygulanan yöntem kapsamında kendini kabul puanlarının farklılaşmadığı yorumu yapılabilir. Benzer olarak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F_{1804-106464}=.564$; $p=.55$; $\eta^2=.00$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların kendini kabul puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değişmediğini göstermektedir. Sonuçlara göre, sadece grup etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F_{2-59}=4.761$; $p=.01$; $\eta^2=.13$). Bu farklılığın yaklaşık %13’ü açıklanabilmektedir.

Bu bulguların doğruluğunu test etmek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların ÇBPİÖÖ kendini kabul öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 118’de verilmiştir.

Tablo 118.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Kendini Kabul Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	-.57	2.63	-.959	18	.35
	Öntest-İzlem	-.84	2.43	-1.509	18	.14
	Sontest-İzlem	-.26	1.28	-.893	18	.38
Kontrol	Öntest-Sontest	-.10	2.44	-.183	19	.85
	Öntest-İzlem	-.50	1.90	-1.173	19	.25
	Sontest-İzlem	-.40	1.90	-.940	19	.35
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	.69	2.30	1.447	22	.16
	Öntest-İzlem	.60	2.06	1.416	22	.17
	Sontest-İzlem	-.08	1.72	-.241	22	.81

Tablo 118 incelendiğinde, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki kendini kabul öntest, sontest ve izlem ölçümleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, çalışmanın kendine kabul ile ilgili hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bağımlı Örnek t-Testi (Tablo 118) sonuçları bu alt boyutta saptanan ortalama puan değer tablosu (Tablo 116) ile beraber incelendiğinde ise, deney grubundaki katılımcıların çalışmanın hipotezi ile uyumlu bir şekilde öntest kendini kabul puanlarının ($\bar{x}$ =10.89) uygulama sonrası artışı (sontest $\bar{x}$ =11.47) ve iki ay sonraki izlem ölçümünde daha da artışı ($\bar{x}$ =11.73) görülmekte, ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($t_{(18)}$ =-1.509; p =.14). Kontrol grubunda da, benzer bir şekilde uygulama sonrası kendini kabul puanında artış olduğu (öntest $\bar{x}$ =10.70; sontest $\bar{x}$ =10.80) ve izlem ($\bar{x}$ =11.20) ölçümünde de artışın devam ettiği fakat, yine istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}$ =-1.173; p =.25).

3.3.3.4. Kişisel Gelişim Üzerine Etkisi

Çalışmanın kişisel gelişime yönelik hipotezi DDT-BE'ne katılan katılımcıların ÇBPİÖÖ kişisel gelişim puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği şeklinde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki

ay sonra ÇBPİÖÖ kişisel gelişim alt boyutunda elde ettikleri kişisel gelişim puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, bulgular Tablo 119’da verilmiştir.

Tablo 119.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Kişisel Gelişim Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	12.05	2.32	12.42	2.75	13.05	1.98
K (N=20)	12.70	2.15	13.20	1.54	12.70	2.12
BL (N=23)	12.34	2.22	12.70	2.35	11.82	2.36

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın kişisel gelişime yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, ÇBPİÖÖ kişisel gelişim alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, bulgular Tablo 120’de verilmiştir.

Tablo 120.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Kişisel Gelişim Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	215.471	61				
Müdahale (D/K/BL)	4.315	2	2.158	.603	.55	.020
Hata	211.156	59	3.579			
Gruplar İçi	264.037	124				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	3.726	2	1.863	.898	.41	.015
ZamanxMüdahale	15.393	4	3.848	1.854	.12	.059
Hata	244.918	118	2.076			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem.

Tablo 120’de görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymadığı görülmektedir; ($F_{4-118}=1.854$; $p=.12$; $\eta^2=.05$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olmadığı ve uygulanan yöntem kapsamında kişisel gelişim puanlarının farklılaşmadığı yorumu yapılabilir. Benzer olarak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F_{2-118}=.898$; $p=.41$; $\eta^2=.01$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların kişisel gelişim puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değişmediğini göstermektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, araştırmada kişisel gelişim ile ilgili hipotezin red edildiği söylenebilir.

Bu bulguların doğruluğunu test etmek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların ÇBPİÖÖ kişisel gelişim öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 121’de verilmiştir.

Tablo 121.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Kişisel Gelişim Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	-.36	2.03	-.790	18	.44
	Öntest-İzlem	-1.00	2.05	-2.121	18	.04*
	Sontest-İzlem	-.63	1.64	-1.679	18	.11
Kontrol	Öntest-Sontest	-.50	1.39	-1.602	19	.12
	Öntest-İzlem	.00	2.51	.000	19	1.00
	Sontest-İzlem	.50	1.87	1.191	19	.24
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	-.17	1.94	-.429	22	.67
	Öntest-İzlem	.52	2.19	1.141	22	.26
	Sontest-İzlem	.69	2.36	1.412	22	.17

Not. * $p<.05$.

Tablo 121 incelendiğinde, deney grubundaki katılımcıların kişisel gelişim öntest puanları ($\bar{x}=12.05$) ile izlem puanları ($\bar{x}=13.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu ($t_{(18)}=-2.121$; $p=.04$) görülmektedir. Aynı zamanda, sontest

puanları ($\bar{x}=12,42$) ile izlem puanları ($\bar{x}=13,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($t_{(18)}=1.679$; $p=.11$) görülmektedir. Tüm bu bulgular çerçevesinde, Bağımlı Örnek t-Testi bulgularında çalışmanın kişisel gelişime yönelik hipotezini destekleyen bulgular gözlense de etkileşim etkisinin istatistiksel olarak anlamlı sonuçlanmamış olması dolayısıyla çalışmanın bu yöndeki hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bağımlı Örnek t-Testi sonuçları (Tablo 121) ile bu alt boyutta saptanan ortalama puan değer tablosu (Tablo 119) beraber incelendiğinde ise, kontrol grubundaki katılımcıların kişisel gelişim öntest puanları ($\bar{x}=12,70$) ile sontest puanları ($\bar{x}=13,20$) arasında bir artış olmasına ve izlem ($\bar{x}=12,70$) ölçümünde puanları düşmüş olsa da bu düşüşün öntest puanlarına kıyasla farklı olmamasına rağmen, gözlemlenen artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($t_{(19)}=-1.602$; $p=.12$).

3.3.3.5. Özerklik Üzerine Etkisi

Çalışmanın özerkliğe yönelik hipotezi DDT-BE'ne katılan katılımcıların ÇBPİÖÖ özerklik puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği şeklinde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra ÇBPİÖÖ özerklik alt boyutunda elde ettikleri özerklik puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, bulgular Tablo 122'de verilmiştir.

Tablo 122.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Özerklik Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	10.68	2.51	10.42	2.31	10.94	2.01
K (N=20)	10.25	2.24	10.20	2.96	10.20	2.93
BL (N=23)	10.30	2.26	10.52	2.39	9.82	2.53

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın özerkliğe yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, ÇBPİÖÖ özerklik alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, bulgular Tablo 123'te verilmiştir.

Tablo 123.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Özerklik Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	299.400	61				
Müdahale (D/K/BL)	2.876	2	1.438	.286	.75	.010
Hata	296.524	59	5.026			
Gruplar İçi	208.452	124				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	.247	2	.123	.073	.93	.001
ZamanxMüdahale	8.029	4	2.007	1.183	.32	.039
Hata	200.176	118	1.696			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem.

Tablo 123'te görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymadığı görülmektedir; ($F_{4-118}=1.183$; $p=.32$; $\eta^2=.03$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olmadığı ve uygulanan yöntem kapsamında özerklik puanlarının farklılaşmadığı yorumu yapılabilir. Benzer olarak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F_{2-118}=.073$; $p=.93$; $\eta^2=.00$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların özerklik puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değişmediğini göstermektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, çalışmanın özerklik ile ilgili hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bu bulguların doğruluğunu test etmek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların ÇBPİÖÖ özerklik öntest, sontest ve izlem

ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 124'te verilmiştir.

Tablo 124.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Özerklik Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	.26	2.20	.520	18	.61
	Öntest-İzlem	-.26	1.91	-.600	18	.55
	Sontest-İzlem	-.52	1.83	-1.249	18	.22
Kontrol	Öntest-Sontest	.05	1.76	.127	19	.90
	Öntest-İzlem	.05	2.28	.098	19	.92
	Sontest-İzlem	.00	2.15	.000	19	1.00
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	-.21	1.34	-.774	22	.44
	Öntest-İzlem	.47	1.53	1.496	22	.14
	Sontest-İzlem	.69	1.49	2.238	22	.03*

Not. * $p < .05$.

Tablo 124 incelendiğinde, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki özerklik öntest, sontest ve izlem ölçümleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın sadece bekleme listesi grubundaki katılımcıların özerklik sontest puanları ($\bar{x}=10.52$) ile izlem puanları ($\bar{x}=9.82$) arasında olduğu ($t_{(22)}=2.238$; $p=.03$) görülmektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, çalışmanın özerklik ile ilgili hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bağımlı Örnek t-Testi sonuçları (Tablo 124) ile bu alt boyutta saptanan ortalama puan değer tablosu (Tablo 122) beraber incelendiğinde ise, kontrol grubundaki katılımcıların öntest puanları ($\bar{x}=10.25$) uygulama sonrası azalırken (sontest puan $\bar{x}=10.20$; izlem puan $\bar{x}=10.20$), deney grubundaki katılımcıların özerklik puanlarının çalışmanın hipotezi ile uyumlu olarak izlemde arttığı (öntest $\bar{x}=10.68$; izlem $\bar{x}=10.94$), ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı ortaya çıkmıştır ($t_{(18)}=-.600$; $p=.55$).

3.3.3.6. Yaşam Amacı Üzerine Etkisi

Çalışmanın yaşam amacına yönelik hipotezi DDT-BE'ne katılan katılımcıların ÇBPİÖÖ yaşam amacı puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir azalma olacağı ve bu azalmanın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği şeklinde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra ÇBPİÖÖ yaşam amacı alt boyutunda elde ettikleri yaşam amacı puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, bulgular Tablo 125'te verilmiştir.

Tablo 125.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Yaşam Amacı Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	11.73	1.93	11.57	2.09	11.47	2.11
K (N=20)	11.95	2.08	11.40	1.93	11.30	2.00
BL (N=23)	10.65	1.96	11.43	1.87	11.08	1.97

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın yaşam amacına yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, ÇBPİÖÖ yaşam amacı alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, sonuçlar Tablo 126'da verilmiştir.

Tablo 126.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Yaşam Amacı Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	159.965	61				
Müdahale (D/K/BL)	3.853	2	1.927	.728	.48	.024
Hata	156.112	59	2.646			
Gruplar İçi	250.029	124				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	1.233	2	.616	.306	.73	.005
ZamanxMüdahale	11.435	4	2.859	1.421	.23	.046
Hata	237,361	118	2,012			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem.

Tablo 126’da görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymadığı görülmektedir; ($F_{4-118}=1.421$; $p=.23$; $\eta^2=.04$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olmadığı ve uygulanan yöntem kapsamında yaşam amacı puanlarının farklılaşmadığı yorumu yapılabilir. Benzer olarak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F_{2-118}=.306$; $p=.73$; $\eta^2=.00$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların yaşam amacı puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değişmediğini göstermektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, çalışmanın yaşam amacı ile ilgili hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bu bulguların doğruluğunu test etmek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların ÇBPİÖÖ yaşam amacı öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 127’de verilmiştir.

Tablo 127.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının ÇBPİÖÖ Yaşam Amacı Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	.15	2.24	.307	18	.76
	Öntest-İzlem	.26	2.07	.552	18	.58
	Sontest-İzlem	.10	2.05	.224	18	.82
Kontrol	Öntest-Sontest	.55	2.16	1.137	19	.27
	Öntest-İzlem	.65	1.89	1.530	19	.14
	Sontest-İzlem	.10	1.55	.288	19	.77
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	-.78	2.02	-1.857	22	.07
	Öntest-İzlem	-.43	2.33	-.894	22	.38
	Sontest-İzlem	.34	1.58	1.053	22	.30

Tablo 127 incelendiğinde, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki yaşam amacı öntest, sontest ve izlem ölçümleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, çalışmanın yaşam amacı ile ilgili hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bağımlı Örnek t-Testi sonuçları (Tablo 125) ile bu alt boyutta saptanan ortalama puan değer tablosu (Tablo 127) beraber incelendiğinde ise, deney grubundaki katılımcıların çalışmanın hipotezi ile uyumlu bir şekilde öntest yaşam amacı puanlarının ($\bar{x}=11.73$) uygulama sonrası azaldığı (sontest $\bar{x}=11.57$) ve iki ay sonraki izlem ölçümünde daha da azaldığı ($\bar{x}=11.47$) görülmekte, ancak bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($t_{(18)}=.552$; $p=.58$). Benzer olarak, kontrol grubunda uygulama sonrası yaşam amacı puanında azalma olduğu (öntest $\bar{x}=11.95$; sontest $\bar{x}=11.40$) ve izlem ($\bar{x}=11.30$) ölçümünde de azalmanın devam ettiği, ancak bu azalmaların istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}=1.530$; $p=.14$).

3.3.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü Üzerine Etkisi

Araştırmanın duygu düzenleme güçlüğüne yönelik hipotezi, DDT-BE'ne katılan katılımcıların DDGÖ-16 duygu düzenleme güçlüğü puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir azalma olacağı ve bu azalma uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği şeklinde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney,

kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra DDGÖ-16 duygu düzenleme güçlüğü boyutunda elde ettikleri duygu düzenleme güçlüğü puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, bulgular Tablo 128’de verilmiştir.

Tablo 128.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DDGÖ-16 Duygu Düzenleme Güçlüğü Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	44.32	14.37	36.84	15.46	34.73	14.68
K (N=20)	45.55	15.81	43.95	14.13	44.40	17.77
BL (N=23)	48.04	14.97	48.39	15.28	47.34	15.54

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın duygu düzenleme güçlüğüne yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, DDGÖ-16 duygu düzenleme güçlüğü boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, bulgular Tablo 129’da verilmiştir.

Tablo 129.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DDGÖ-16 Duygu Düzenleme Güçlüğü Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	12082.095	61				
Müdahale (D/K/BL)	910.372	2	455.186	2.404	.09	.075
Hata	11171.723	59	189.351			
Gruplar İçi	9391.758	120.064				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	488.092	1.937	252.048	3.458	.03*	.055
ZamanxMüdahale	576.166	3.873	148.764	2.041	.09	.065
Hata	8327.500	114.254	72.886			

Not. Küresellik varsayımı sağlanmamıştır ($p=.04$). Epsilon değerine bakılarak ($\epsilon > .75$) Huynh-Feldt testi düzeltilmesi kullanılmıştır ve sonuçlar bu düzeltmeye göre rapor edilmiştir. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem. * $p<.05$.

Tablo 129’da görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymadığı görülmektedir ($F_{3873-114254}=2.041$; $p=.09$; $\eta^2=.06$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olmadığı ve uygulanan yöntem kapsamında duygu düzenleme güçlüğü puanlarının farklılaşmadığı yorumu yapılabilir. Ancak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F_{1937-114254}=3.458$; $p=.03$; $\eta^2=.05$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların duygu düzenleme güçlüğü puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değiştiğini ve bu farkın yaklaşık %5’inin açıklanabildiğini göstermektedir. Tüm bu sonuçlar dikkate alındığında, çalışmanın duygu düzenleme güçlüğüne yönelik hipotezinin kısmen desteklendiği söylenebilir.

Bu bulguların doğruluğunu test etmek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların DDGÖ-16 duygu düzenleme güçlüğü öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 130’da verilmiştir.

Tablo 130.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DDGÖ-16 Duygu Düzenleme Güçlüğü Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	7.47	12.50	2.604	18	.01**
	Öntest-İzlem	9.57	13.70	3.047	18	.00**
	Sontest-İzlem	2.10	6.49	1.412	18	.17
Kontrol	Öntest-Sontest	1.60	11.99	.596	19	.55
	Öntest-İzlem	1.15	18.29	.281	19	.78
	Sontest-İzlem	-.45	14.65	-.137	19	.89
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	-.34	9.92	-.168	22	.86
	Öntest-İzlem	.69	7.09	.470	22	.64
	Sontest-İzlem	1.04	8.45	.592	22	.56

Not. ** $p<.01$.

Tablo 130 incelendiğinde, çalışmanın duygu düzenleme güçlüğüne yönelik hipotezi ile uyumlu olarak deney grubundaki katılımcıların duygu düzenleme güçlüğü

öntest puanları ($\bar{x}=44.32$) ile sontest puanları ($\bar{x}=36.84$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüşün olduğu ($t_{(18)}=2.604$; $p=.01$) görülmektedir. Aynı zamanda, sontest puanları ($\bar{x}=36.84$) ile izlem puanları ($\bar{x}=34.73$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($t_{(18)}=1.412$; $p=.17$) ve öntest puanları ($\bar{x}=44.32$) ile izlem puanları ($\bar{x}=34.73$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüşün olduğu ($t_{(18)}=3.047$; $p=.00$) ortaya çıkmıştır. Bu sonuca göre, deney grubundaki katılımcıların, sontest duygu düzenleme güçlüğü puanlarının, öntest duygu düzenleme güçlüğü puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu ve bu durumun iki ay izlem ölçümünde de devam ettiği söylenebilir. Bu bulgular, çalışmanın duygu düzenleme güçlüğüne yönelik hipotezini desteklemektedir.

Bağımlı Örnek t-Testi sonuçları (Tablo 130) ile bu alt boyutta saptanan ortalama puan değer tablosu (Tablo 128) beraber incelendiğinde ise, kontrol grubundaki katılımcıların da duygu düzenleme güçlüğü öntest puanlarının ($\bar{x}=45.55$), sontest ölçümlerinde ($\bar{x}=43.95$) azaldığını, ancak bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}=.596$; $p=.55$). Aynı şekilde, öntest puanları ($\bar{x}=45.55$) ile izlem puanları ($\bar{x}=44.40$) arasında bir azalma olmasına rağmen bu azalmanın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}=.281$; $p=.78$).

3.3.5. Duygusal Tepkisellik Üzerine Etkisi

Bu bölümde, duygusal tepkisellik değişkeninin dayanıklılık, hassasiyet ve tepkisellik alt boyutlarına yönelik bulgular çalışmanın hipotezi kapsamında detaylandırılmıştır.

3.3.5.1. Dayanıklılık Üzerine Etkisi

Araştırmanın dayanıklılığa yönelik hipotezi DDT-BE'ne katılan katılımcıların DTÖ dayanıklılık puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği yönünde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra DTÖ dayanıklılık alt boyutunda elde ettikleri dayanıklılık puanlarının,

aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, sonuçlar Tablo 131’de verilmiştir.

Tablo 131.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Dayanıklılık Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	14.84	5.15	18.26	4.73	18.00	5.01
K (N=20)	15.65	5.81	16.30	5.58	16.30	4.83
BL (N=23)	14.69	4.93	14.86	4.92	15.56	5.62

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın dayanıklılığa yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, DTÖ dayanıklılık alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, bulgular Tablo 132’de verilmiştir.

Tablo 132.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Dayanıklılık Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	1386.215	61				
Müdahale (D/K/BL)	41.532	2	20.766	.911	.40	.030
Hata	1344.683	59	22.791			
Gruplar İçi	903.483	124				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	91.450	2	45.727	7.269	.00***	.110
ZamanxMüdahale	69.791	4	17.448	2.774	.03*	.086
Hata	742.242	118	6.290			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem.

*p<.05, ***p<.001.

Tablo 132’de görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koyduğu görülmektedir ($F_{4-118}=2.774$; $p=.03$; $\eta^2=.08$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olduğu ve uygulanan yöntem kapsamında dayanıklılık puanlarının farklılaştığı yorumu yapılabilir. Aynı zamanda, bu farklılığın yaklaşık %9’unun açıklanabildiği görülmektedir. Benzer olarak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F_{2-118}=7.269$; $p=.00$; $\eta^2=.11$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların dayanıklılık puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değiştiğini ve bu farkın yaklaşık %11’inin açıklanabildiğini göstermektedir. Tüm bu sonuçlar dikkate alındığında, araştırmada dayanıklılık ile ilgili hipotezin desteklendiği söylenebilir.

Bu farkın hangi grup ve ölçümler arasında olduğunu belirlemek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların DTÖ dayanıklılık öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 133’te verilmiştir.

Tablo 133.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Dayanıklılık Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	-3.42	4.53	-3.286	18	.00**
	Öntest-İzlem	-3.15	3.93	-3.499	18	.00**
	Sontest-İzlem	.26	3.72	.308	18	.76
Kontrol	Öntest-Sontest	-.65	3.06	-.948	19	.35
	Öntest-İzlem	-.65	3.80	-.765	19	.45
	Sontest-İzlem	.00	3.79	.000	19	1.00
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	-.17	2.93	-.284	22	.77
	Öntest-İzlem	-.86	2.92	-1.424	22	.16
	Sontest-İzlem	-.69	3.18	-1.048	22	.30

Not. ** $p<.01$.

Tablo 133 incelendiğinde, deney grubundaki katılımcıların dayanıklılık öntest puanları ($\bar{x}=14.84$) ile sontest puanları ($\bar{x}=18.00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir fark olduğu ($t_{(18)}=3.286$; $p=.00$) görülmektedir. Aynı zamanda, sontest puanları ($\bar{x}=18.26$) ile izlem puanları ($\bar{x}=18.00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($t_{(18)}=.308$; $p=.76$) ve öntest puanları ($\bar{x}=14.84$) ile izlem puanları ($\bar{x}=18.00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t_{(18)}=-3.499$; $p=.00$) görülmektedir. Bu sonuca göre, deney grubundaki katılımcıların, sontest dayanıklılık puanlarının, öntest dayanıklılık puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve bu durumun iki ay izlem ölçümünde de devam ettiği saptanmıştır. Bu kapsamda, çalışmanın dayanıklılığa yönelik hipotezinin desteklendiği söylenebilir.

Bağımlı Örnek t-Testi sonuçları (Tablo 133) ile bu alt boyutta saptanan ortalama puan değer tablosu (Tablo 131) beraber incelendiğinde ise, kontrol grubundaki katılımcıların öntest puanları ($\bar{x}=15.65$) ve sontest puanları ($\bar{x}=16.30$) arasında bir artış görülse de bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}=-.948$; $p=.35$). Aynı şekilde, öntest puanları ($\bar{x}=15.65$) ile izlem puanları ($\bar{x}=16.30$) arasında bir artış olmasına rağmen bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}=-.765$; $p=.45$). Bekleme listesi grubundaki dayanıklılık puan seyrinin ise benzer bir şekilde artış seyrinde olduğu görülmektedir (öntest $\bar{x}=14.69$; sontest $\bar{x}=14.86$; izlem $\bar{x}=15.56$).

3.3.5.2. Hassasiyet Üzerine Etkisi

Çalışmanın hassasiyete yönelik hipotezi DDT-BE'ne katılan katılımcıların DTÖ hassasiyet puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği şeklinde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra DTÖ hassasiyet alt boyutunda elde ettikleri hassasiyet puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, sonuçlar Tablo 134'te verilmiştir.

Tablo 134.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Hassasiyet Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	7.15	2.56	8.73	3.15	8.63	3.40
K (N=20)	9.05	4.09	9.30	4.02	9.10	3.40
BL (N=23)	7.86	4.11	8.13	3.58	8.13	3.59

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın hassasiyete yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, DTÖ hassasiyet alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, sonuçlar Tablo 135'te verilmiştir.

Tablo 135.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Hassasiyet Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	646.394	61				
Müdahale (D/K/BL)	15.028	2	7.514	.702	.50	.023
Hata	631.366	59	10.701			
Gruplar İçi	429.877	124				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	17.442	2	8.721	2.577	.08	.042
ZamanxMüdahale	15.540	4	3.885	1.148	.37	.037
Hata	399.309	118	3.384			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem.

Tablo 135'te görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir

fark ortaya koymadığı görülmektedir; ($F_{4-118}=1.148$; $p=.37$; $\eta^2=.03$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olmadığı ve uygulanan yöntem kapsamında hassasiyet puanlarının farklılaşmadığı yorumu yapılabilir. Benzer olarak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F_{2-118}=2.577$; $p=.08$; $\eta^2=.04$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların hassasiyet puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değişmediğini göstermektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, çalışmanın hassasiyet ile ilgili hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bu bulguların doğruluğunu test etmek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların DTÖ hassasiyet öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 136’da verilmiştir.

Tablo 136.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Hassasiyet Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	-1.57	2.69	-2.555	18	.02*
	Öntest-İzlem	-1.47	2.79	-2.297	18	.03*
	Sontest-İzlem	.10	2.10	.218	18	.83
Kontrol	Öntest-Sontest	-.25	2.97	-.376	19	.71
	Öntest-İzlem	-.05	3.05	-.073	19	.94
	Sontest-İzlem	.20	2.78	.321	19	.75
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	-.26	2.76	-.449	22	.65
	Öntest-İzlem	-.26	2.22	-.564	22	.57
	Sontest-İzlem	.00	1.85	.000	22	1.00

Not. * $p<.05$.

Tablo 136 incelendiğinde, deney grubundaki katılımcıların hassasiyet öntest puanları ($\bar{x}=7.15$) ile sontest puanları ($\bar{x}=9.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark olduğu ($t_{(18)}=-2.555$; $p=.02$) görülmektedir. Aynı zamanda, son test puanları ($\bar{x}=8.73$) ile izlem puanları ($\bar{x}=8.63$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($t_{(18)}=.218$; $p=.83$) ve ön test puanları ($\bar{x}=7.15$) ile izlem puanları ($\bar{x}=8.63$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t_{(18)}=-2.297$; $p=.03$) görülmektedir. Bu sonuca göre, deney grubundaki katılımcıların son test hassasiyet puanlarının, ön test hassasiyet puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve bu durumun iki ay izlem ölçümünde de devam ettiği saptanmıştır. Bu bulgular, çalışmanın hassasiyete yönelik hipotezini desteklemektedir, ancak etkileşim etkisinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmaması dolayısıyla çalışmanın hassasiyete yönelik hipotezi red edilmektedir.

Bağımlı Örnek t-Testi sonuçları (Tablo 136) ile bu alt boyutta saptanan ortalama puan değer tablosu (Tablo 134) beraber incelendiğinde ise, kontrol grubundaki katılımcıların hassasiyet ön test puanları ($\bar{x}=9.05$) ile son test puanları ($\bar{x}=9.30$) arasında çalışmanın hipotezi ile uyumlu olarak bir artış gözlenmekte ve izlem ($\bar{x}=9.15$) ölçümlerinde bir azalma olmasına rağmen bu azalmanın ön test puanlarına kıyasla hala yüksek olduğu gözlenmiş, ancak saptanan artışların istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}=-.073$; $p=.94$). Bekleme listesi grubundaki hassasiyet puan seyrinin ise, deney ve kontrol gruplarına benzer bir şekilde artış yönünde olduğu görülmektedir (ön test $\bar{x}=7.86$; son test $\bar{x}=8.13$; izlem $\bar{x}=8.13$).

3.3.5.3. Tepkisellik Üzerine Etkisi

Çalışmanın tepkiselliğe yönelik hipotezi DDT-BE'ne katılan katılımcıların DTÖ tepkisellik puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği yönünde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra DTÖ tepkisellik alt boyutunda elde ettikleri tepkisellik puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, bulgular Tablo 137'de verilmiştir.

Tablo 137.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Tepkisellik Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	12.05	3.71	12.94	3.04	13.63	2.29
K (N=20)	12.15	3.16	12.75	3.16	12.15	3.13
BL (N=23)	11.82	4.35	11.78	3.16	11.56	3.27

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın tepkiselliğe yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, DTÖ tepkisellik alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, bulgular Tablo 138’de verilmiştir.

Tablo 138.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Tepkisellik Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	509.599	61				
Müdahale (D/K/BL)	13.968	2	6.984	.831	.44	.027
Hata	495.631	59	8.401			
Gruplar İçi	494.078	124				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	8.809	2	4.404	1.122	.32	.019
ZamanxMüdahale	22.125	4	5.531	1.409	.23	.046
Hata	463.144	118	3.925			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem.

Tablo 138’de görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymadığı görülmektedir; ($F_{4-118}=1.409$; $p=.23$; $\eta^2=.04$). Bu sonuca dayalı

olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olmadığı ve uygulanan yöntem kapsamında tepkisellik puanlarının farklılaşmadığı yorumu yapılabilir. Benzer olarak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F_{2-118}=1.122$; $p=.32$; $\eta^2=.01$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların tepkisellik puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değişmediğini göstermektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, çalışmanın tepkiselliğe yönelik hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bu bulguların doğruluğunu test etmek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların DTÖ tepkisellik öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 139’da verilmiştir.

Tablo 139.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının DTÖ Tepkisellik Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	-.895	2.826	-1.380	18	.18
	Öntest-İzlem	-1.578	2.795	-2.462	18	.02*
	Sontest-İzlem	-.684	2.688	-1.109	18	.28
Kontrol	Öntest-Sontest	-.600	3.169	-.847	19	.40
	Öntest-İzlem	.000	3.479	.000	19	1.00
	Sontest-İzlem	.600	2.798	.959	19	.35
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	.043	2.637	.079	22	.93
	Öntest-İzlem	.260	2.863	.437	22	.66
	Sontest-İzlem	.217	1.807	.577	22	.57

Not. * $p<.05$.

Tablo 139 incelendiğinde, deney grubundaki katılımcıların tepkisellik öntest puanları ($\bar{x}=12.05$) ile izlem puanları ($\bar{x}=13.63$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t_{(18)}=-2.462$; $p=.02$) görülmektedir. Aynı zamanda, sontest puanları ($\bar{x}=12.94$) ile izlem puanları ($\bar{x}=13.63$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($t_{(18)}=-1.109$; $p=.28$) görülmektedir. Bu sonuca göre, deney grubundaki

katılımcıların sontest tepkisellik puanlarının, öntest tepkisellik puanlarından yüksek olduğu ve bu durumun iki ay izlem ölçümünde de istatistiksel olarak anlamlı seviyede devam ettiği yorumu yapılabilir. Bu bulgular, çalışmanın tepkiselliğe yönelik hipotezini desteklemektedir, ancak etkileşim etkisinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmaması dolayısıyla çalışmanın tepkiselliğe yönelik hipotezi red edilmektedir.

Bağımlı Örnek t-Testi sonuçları (Tablo 139) ile bu alt boyutta saptanan ortalama puan değer tablosu (Tablo 137) beraber incelendiğinde ise, kontrol grubundaki katılımcıların tepkisellik öntest puanları ($\bar{x}=12.15$) ile sontest puanları ($\bar{x}=12.75$) arasında bir artış olduğu, izlem ($\bar{x}=12.15$) ölçümlerindeki azalmanın da öntest puanlarına kıyasla hala yüksek olduğu görülmekte, ancak uygulama sonrası saptanan artışın istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}=.000$; $p=1.00$). Bekleme listesi grubundaki tepkisellik puan seyrinin ise hem deney hem de kontrol grubuna kıyasla azalma yönünde olduğu görülmektedir (öntest $\bar{x}=11.82$; sontest $\bar{x}=11.78$; izlem $\bar{x}=11.56$).

3.3.6. Sıkıntıya Dayanma Üzerine Etkisi

Bu bölümde, sıkıntıya dayanma değişkeninin özyeterlilik, regülasyon ve tolerans alt boyutlarına yönelik bulgular çalışmanın hipotezi kapsamında detaylandırılmıştır.

3.3.6.1. Özyeterlilik Üzerine Etkisi

Çalışmanın özyeterliliğe yönelik hipotezi DDT-BE'ne katılan katılımcıların SDÖ özyeterlilik puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği şeklinde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra SDÖ özyeterlilik alt boyutunda elde ettikleri özyeterlilik puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, bulgular Tablo 140'da verilmiştir.

Tablo 140.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Özyeterlilik Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	10.63	3.13	11.63	2.81	11.63	2.89
K (N=20)	10.20	3.18	10.75	3.04	10.75	2.75
BL (N=23)	10.30	3.00	10.17	2.72	10.13	2.47

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın özyeterliliğe yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, SDÖ özyeterlilik alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, sonuçlar Tablo 141’de verilmiştir.

Tablo 141.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Özyeterlilik Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	375.549	61				
Müdahale (D/K/BL)	12.719	2	6.359	1.034	.36	.034
Hata	362.830	59	6.150			
Gruplar İçi	408.697	119.966				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	8.922	1.935	4.611	1.349	.26	.022
ZamanxMüdahale	9.518	3.870	2.459	.719	.57	.024
Hata	390.257	114.161	3.418			

Not. Küresellik varsayımı sağlanmamıştır ($p=.04$). Epsilon değerine bakılarak ($\epsilon > .75$) Huynh-Feldt testi düzeltilmesi kullanılmıştır ve sonuçlar bu düzeltmeye göre rapor edilmiştir. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem.

Tablo 141’de görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymadığı görülmektedir; ($F_{3870-114161}=.719$; $p=.57$; $\eta^2=.02$). Bu sonuca

dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olmadığı ve uygulanan yöntem kapsamında özyeterlilik puanlarının farklılaşmadığı yorumu yapılabilir. Benzer olarak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F_{1935-114161}=1.349$; $p=.26$; $\eta^2=.02$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların özyeterlilik puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değişmediğini göstermektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, çalışmanın özyeterliliğe yönelik hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bu bulguların doğruluğunu test etmek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların SDÖ özyeterlilik öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 142’de verilmiştir.

Tablo 142.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Özyeterlilik Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	-1.00	3.00	-1.453	18	.16
	Öntest-İzlem	-1.00	2.96	-1.471	18	.15
	Sontest-İzlem	.00	1.94	.000	18	1.00
Kontrol	Öntest-Sontest	-.55	2.60	-.944	19	.35
	Öntest-İzlem	-.55	2.01	-1.222	19	.23
	Sontest-İzlem	.00	2.24	.000	19	1.00
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	.13	3.06	.204	22	.84
	Öntest-İzlem	.17	2.65	.314	22	.75
	Sontest-İzlem	.04	2.32	.090	22	.92

Tablo 142 incelendiğinde, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki özyeterlilik öntest, sontest ve izlem ölçümleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir. Bu kapsamda, çalışmanın özyeterliliğe yönelik hipotezini destekleyecek bir bulgunun olmadığı söylenebilir.

Bağımlı Örnek t-Testi sonuçları (Tablo 142) ile bu alt boyutta saptanan ortalama puan değer tablosu (Tablo 140) beraber incelendiğinde ise, deney grubundaki

katılımcıların çalışmanın hipotezi ile uyumlu bir şekilde öntest özyeterlilik puanlarının ($\bar{x}=10.63$) uygulama sonrası artışı (sontest $\bar{x}=11.63$) ve iki ay sonraki izlem ölçümünde öntest puanlarına kıyasla artışı ($\bar{x}=11.63$) görülmekte, ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($t_{(18)}=-1.471$; $p=.15$). Benzer olarak, kontrol grubunda uygulama sonrası özyeterlilik puanında artma olduğu (öntest $\bar{x}=10.20$; sontest $\bar{x}=10.75$) ve izlem ($\bar{x}=10.75$) ölçümünde de bu artışın korunduğu gözlenmekte, ancak bu artışın da istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}=-1.222$; $p=.23$). Bekleme grubundaki seyrin ise, deney ve kontrol grubuna kıyasla azalma yönünde olduğu görülmektedir (öntest $\bar{x}=10.30$; sontest $\bar{x}=10.17$; izlem $\bar{x}=10.13$).

3.3.6.2. Regülasyon Üzerine Etkisi

Araştırmanın regülasyona yönelik hipotezi DDT-BE'ne katılan katılımcıların SDÖ regülasyon puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği şeklinde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra SDÖ regülasyon alt boyutunda elde ettikleri regülasyon puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, bulgular Tablo 143'te verilmiştir.

Tablo 143.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Regülasyon Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	9.47	3.33	9.68	3.55	10.47	3.30
K (N=20)	10.35	3.60	9.70	4.07	10.00	3.11
BL (N=23)	11.21	3.31	9.91	2.89	10.69	2.77

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın regülasyona yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, SDÖ regülasyon alt

boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, bulgular Tablo 144'te verilmiştir.

Tablo 144.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Regülasyon Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	470.344	61				
Müdahale (D/K/BL)	6.491	2	3.246	.413	.66	.014
Hata	463.853	59	7.862			
Gruplar İçi	608.616	124				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	14.971	2	7.485	1.535	.22	.025
ZamanxMüdahale	18.266	4	4.566	.937	.44	.031
Hata	575.379	118	4.876			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem.

Tablo 144'te görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymadığı görülmektedir; ($F_{4-118}=.937$; $p=.44$; $\eta^2=.03$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olmadığı ve uygulanan yöntem kapsamında regülasyon puanlarının farklılaşmadığı yorumu yapılabilir. Benzer olarak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($F_{2-118}=1.535$; $p=.22$; $\eta^2=.02$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların regülasyon puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değişmediğini göstermektedir. Tüm bu bulgular dikkate alındığında, çalışmanın regülasyona yönelik hipotezinin red edildiği söylenebilir.

Bu bulguların doğruluğunu test etmek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların SDÖ regülasyon öntest, sontest ve izlem

ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 145'te verilmiştir.

Tablo 145.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Regülasyon Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	-.21	2.72	-.337	18	.74
	Öntest-İzlem	-1.00	2.94	-1.481	18	.15
	Sontest-İzlem	-.78	2.29	-1.497	18	.15
Kontrol	Öntest-Sontest	.65	3.85	.754	19	.46
	Öntest-İzlem	.35	3.04	.513	19	.61
	Sontest-İzlem	-.30	3.98	-.336	19	.74
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	1.30	2.97	2.012	22	.04*
	Öntest-İzlem	.52	2.85	.875	22	.39
	Sontest-İzlem	-.78	3.05	-1.227	22	.23

Not. * $p < .05$.

Tablo 145 incelendiğinde, bekleme listesi grubundaki katılımcıların regülasyon öntest puanları ($\bar{x}=11.21$) ile sontest puanları ($\bar{x}=9.91$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüşün olduğu ($t_{(22)}=2.012$; $p=.04$) görülmektedir. Deney ve kontrol gruplarındaki öntest, sontest ve izlem ölçümleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı olan bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu kapsamında, regülasyona yönelik hipotezin red edildiği söylenebilir.

Ancak, Bağımlı Örnek t-Testi sonuçları (Tablo 145) ile bu alt boyutta saptanan ortalama puan değer tablosu (Tablo 143) beraber incelendiğinde, deney grubundaki katılımcıların uygulama sonrası regülasyon puanlarının çalışmanın hipotezi ile uyumlu bir şekilde artış seyri gösterdiği ortaya çıkmıştır (öntest $\bar{x}=9.47$; sontest $\bar{x}=9.68$; izlem $\bar{x}=10.47$). Kontrol grubundaki katılımcıların ise, uygulama sonrası regülasyon puanlarının düşüş seyri gösterdiği görülmektedir (öntest $\bar{x}=10.35$; sontest $\bar{x}=9.70$; izlem $\bar{x}=10.00$).

3.3.6.3. Tolerans Üzerine Etkisi

Çalışmanın toleransa yönelik hipotezi DDT-BE'ne katılan katılımcıların SDÖ tolerans puanlarında, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına katılan katılımcılara kıyasla, anlamlı düzeyde bir artma olacağı ve bu artışın uygulamaların

tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümünde devam edeceği yönünde olmuştur. Bu hipotez test edilmeden önce deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında yer alan katılımcıların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulama bitiminden iki ay sonra SDÖ tolerans alt boyutunda elde ettikleri tolerans puanlarının, aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmış, bulgular Tablo 146’da verilmiştir.

Tablo 146.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Tolerans Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gruplar	Öntest		Ölçümler Sontest		İzlem	
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss
D (N=19)	28.78	10.84	33.47	10.37	34.84	9.43
K (N=20)	28.25	11.13	29.30	10.42	30.50	10.69
BL (N=23)	28.78	9.40	30.39	7.97	30.60	10.18

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu.

Araştırmanın toleransa yönelik hipotezini test etmek amacıyla, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların, SDÖ tolerans alt boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrarlanmış ölçümler için 3X3 iki faktörlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş, bulgular Tablo 147’de verilmiştir.

Tablo 147.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Tolerans Alt Boyutu Öntest, Sontest ve İzlem Puanlarına İlişkin İki Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası	4624.604	61				
Müdahale (D/K/BL)	100.309	2	50.155	.654	.52	.022
Hata	4524.295	59	76.683			
Gruplar İçi	4801.613	124				
Zaman (ÖT/ST/İZ)	374.764	2	187.382	5.143	.00**	.080
ZamanxMüdahale	127.493	4	31.873	.875	.48	.029
Hata	4299.356	118	72.870			

Not. D= Deney Grubu, K=Kontrol Grubu, BL= Bekleme Listesi Grubu, ÖT=Öntest, ST=Sontest, İZ=İzlem, **p<.01.

Tablo 147’de görüldüğü gibi, müdahalenin etkili olup olmadığını test etmek için yapılan ZamanxMüdahale etkileşimi sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymadığı görülmektedir ($F_{4-118}=.875$; $p=.48$; $\eta^2=.02$). Bu sonuca dayalı olarak, öntest, sontest ve izlem puanı ortalamaları ile deney, kontrol ve bekleme listesi grubu olmanın ortak etkisinin anlamlı olmadığı ve uygulanan yöntem kapsamında tolerans puanlarının farklılaşmadığı yorumu yapılabilir. Ancak, grup ayrımı yapılmaksızın katılımcıların, öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F_{2-118}=5.143$; $p=.00$; $\eta^2=.08$). Bu bulgu, grup ayrımı yapılmadığında, katılımcıların tolerans puanlarının deneysel işleme bağlı olarak değiştiğini ve bu farkın yaklaşık %8’inin açıklanabildiğini göstermektedir. Tüm bu sonuçlar dikkate alındığında, çalışmanın toleransa yönelik hipotezinin kısmen desteklendiği söylenebilir.

Bu farkın hangi grup ve ölçümler arasında olduğunu belirlemek amacıyla deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarında bulunan katılımcıların SDÖ tolerans öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden aldıkları puanlar Bağımlı Örnek t-Testi ile incelenmiş, ortaya çıkan bulgular Tablo 148’de verilmiştir.

Tablo 148.

Deney, Kontrol ve Bekleme Listesi Gruplarının SDÖ Tolerans Alt Boyutu Öntest, Sontest, İzlem Ölçümlerinin Bağımlı Örnek t-Testi ile Karşılaştırılması

Grup	Ölçüm	$\bar{x}$	Ss	t	Sd	p
Deney	Öntest-Sontest	-4.68	7.87	-2.593	18	.01**
	Öntest-İzlem	-6.05	8.65	-3.048	18	.00**
	Sontest-İzlem	-1.36	5.80	-1.028	18	.31
Kontrol	Öntest-Sontest	-1.05	9.65	-.486	19	.63
	Öntest-İzlem	-2.25	12.52	-.803	19	.43
	Sontest-İzlem	-1.20	10.78	-.498	19	.62
Bekleme Listesi	Öntest-Sontest	-1.60	6.74	-1.143	22	.26
	Öntest-İzlem	-1.82	5.69	-1.538	22	.13
	Sontest-İzlem	-.21	7.23	-.144	22	.88

Not. ** $p<.01$.

Tablo 148 incelendiğinde, deney grubundaki katılımcıların çalışmanın hipotezi ile uyumlu olarak tolerans öntest puanları ($\bar{x}=28.78$) ile sontest puanları ($\bar{x}=33.47$) arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede artışın olduğu ($t_{(18)}=-2.593$; $p=.01$) görülmektedir. Aynı zamanda, sontest puanları ($\bar{x}=20.53$) ile izlem puanları ($\bar{x}=34.84$) arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede fark olmadığı ($t_{(18)}=1.028$; $p=.31$) ve öntest puanları ($\bar{x}=28.78$) ile izlem puanları ($\bar{x}=34.84$) arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede fark olduğu ($t_{(18)}=-3.048$; $p=.00$) görülmektedir. Bu sonuca göre, deney grubundaki katılımcıların, sontest tolerans puanlarının, öntest tolerans puanlarından istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek olduğu ve bu durumun iki ay izlem ölçümünde de devam ettiği yorumu yapılabilir. Bu bulgular, çalışmanın toleransa yönelik hipotezini desteklemektedir.

Bağımlı Örnek t-Testi sonuçları (Tablo 148) ile bu alt boyutta saptanan ortalama puan değer tablosu (Tablo 146) beraber incelendiğinde, kontrol grubundaki katılımcılarında benzer bir şekilde öntest puanları ($\bar{x}=28.25$) ve sontest puanları ($\bar{x}=29.30$) arasında bir artış olduğu, ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}=-.486$; $p=.63$). Aynı zamanda, öntest puanları ($\bar{x}=28.25$) ile izlem puanları ($\bar{x}=30.50$) arasında bir artış olduğu görülmekte, ancak bu artışın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($t_{(19)}=-.803$; $p=.43$). Bekleme listesi grubundaki tolerans puan seyrinin ise, deney ve kontrol grubuna benzer bir şekilde artış yönünde olduğu görülmektedir (öntest $\bar{x}=28.78$; sontest $\bar{x}=30.39$; izlem $\bar{x}=30.60$).

3.4. İSTATİSTİKSEL OLARAK ANLAMLILI OLAN BULGULARIN ÖZETİ

Ortaya çıkan tüm bulgular incelendiğinde, yaşam kalitesinin genel sağlık alt boyutunda, depresyon, anksiyete ve strese, çok boyutlu psikolojik iyi oluşun çevresel hâkimiyet alt boyutunda, duygu düzenleme güçlüğünde, duygusal tepkiselliğin dayanıklılık alt boyutunda ve sıkıntıya dayanmanın tolerans alt boyutunda olmak üzere toplam sekiz bağımlı değişkende istatistiksel olarak anlamlı olan sonuçların olduğu görülmektedir. Bu bölümde, istatistiksel olarak anlamlı olan tüm bulgular Tablo 149'da özetlenmiştir.

Tablo 149.*İstatistiksel Olarak Anlamlı Olan Bulguların Özeti*

Değişken	Gruplar içi	Gruplar arası	ZamanxMüdahale	Z1-Z2-Z3
Genel sağlık (WHOQOL-BREF TR)	$F_{1933-114033}=5.173$; $p=.00***$; $\eta^2=.08$	$F_{2-59}=.458$; $p=.63$; $\eta^2=.01$	$F_{3866-114033}=3.830$; $p=.00***$; $\eta^2=.11$	D***= Z2>Z1, Z3>Z2 K= Z2>Z1, Z3>Z2 BL=Z2<Z1, Z3<Z2
ANCOVA=				
VKİ= $F_1=5.686$; $p=.02^*$; $\eta^2=.089$				
Grup= $F_2=.062$; $p=.94$; $\eta^2=.002$				
Depresyon (DASS-21)	$F_{1717-101318}=4.927$; $p=.01^{**}$; $\eta^2=.07$	$F_{2-59}=2.437$; $p=.09$; $\eta^2=.07$	$F_{3434-101318}=7.022$; $p=.00***$; $\eta^2=.19$	D***= Z2<Z1, Z3<Z2 K= Z2<Z1, Z3>Z2 BL= Z2>Z1, Z3>Z2
Anksiyete (DASS-21)	$F_{4-118}=.683$; $p=.50$; $\eta^2=.01$	$F_{2-59}=2.171$; $p=.12$; $\eta^2=.06$	$F_{4-118}=7.053$; $p=.00***$; $\eta^2=.19$	D***= Z2<Z1, Z3>Z2 K= Z2>Z1, Z3<Z2 BL= Z2>Z1, Z3>Z2
ANCOVA=				
ED= $F_1=8.154$; $p=.00***$; $\eta^2=.123$				
Grup= $F_2=2.455$; $p=.09$; $\eta^2=.078$				
Stres (DASS-21)	$F_{1928-113776}=2.085$; $p=.13$; $\eta^2=.03$	$F_{2-59}=2.773$; $p=.07$; $\eta^2=.08$	$F_{3857-113776}=2.720$; $p=.03^*$; $\eta^2=.08$	D*= Z2<Z1, Z3<Z2 K= Z2<Z1, Z3>Z2 BL= Z2>Z1, Z3<Z2
ANCOVA=				
ED= $F_1=4.656$; $p=.03^*$; $\eta^2=.07$				
Grup= $F_2=3.247$; $p=.04^*$; $\eta^2=.10$				

Çevresel hâkimiyet (ÇBPİÖÖ)	$F_{1859-109677}=5.008$; $p=.01^{**}$; $\eta^2=.07$	$F_{2-59}=.109$; $p=.89$; $\eta^2=.00$	$F_{3718-109677}=3.604$; $p=.01^{**}$; $\eta^2=.10$	$D^{**}= Z2>Z1, Z3>Z2$ $K= Z2>Z1, Z3>Z2$ $BL= Z2<Z1, Z3<Z2$
Duygu Düzenleme Güçlüğü (DDGÖ-16)	$F_{1937-114254}=3.458$; $p=.03^{*}$; $\eta^2=.05$	$F_{2-59}=2.404$; $p=.09$; $\eta^2=.07$	$F_{3873-114254}=2.041$; $p=.09$; $\eta^2=.06$	$D^{*}= Z2<Z1, Z3<Z2$ $K= Z2<Z1, Z3>Z2$ $BL= Z2>Z1, Z3<Z2$
Dayanıklılık (DTÖ)	$F_{2-118}=7.269$; $p=.00^{***}$; $\eta^2=.11$	$F_{2-59}=.911$; $p=.40$; $\eta^2=.03$	$F_{4-118}=2.774$; $p=.03^{*}$; $\eta^2=.08$	$D^{*}= Z2>Z1, Z3<Z2$ $K= Z2>Z1, Z3=Z2$ $BL= Z2>Z1, Z3>Z2$
Tolerans (SDÖ)	$F_{2-118}=5.143$; $p=.00^{***}$; $\eta^2=.08$	$F_{2-59}=.654$; $p=.52$; $\eta^2=.02$	$F_{4-118}=.875$; $p=.48$; $\eta^2=.02$	$D^{*}= Z2>Z1, Z3>Z2$ $K= Z2>Z1, Z3>Z2$ $BL= Z2>Z1, Z3>Z2$

Not. D =Deney Grubu, K =Kontrol Grubu, BL =Bekleme Listesi Grubu, $Z1$ =Öntest, $Z2$ =Sontest, $Z3$ =İzlem, WHOQOL-BREF (TR)=Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm, DASS-21=Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-Kısa Form, ÇBPİÖÖ=Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, DDGÖ-16=Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form, DTÖ=Duygusal Tepkisellik Ölçeği, SDÖ=Sıkıntıya Dayanma Ölçeği, $*p<.05$, $**p<.01$, $***p<.001$.

3.5. UYGULAMA SÜRECİNDE KATILIMCILARIN VERDİĞİ BAZI GERİ BİLDİRİMLER

Çalışmanın 14-haftalık deney ve kontrol grubu oturumlarında, katılımcılar oturumlarda aktif bir rol almış ve uygulama süreci boyunca oldukça kıymetli geri bildirimler vermiştir. Bu geri bildirimler bu bölümde altı başlık altında detaylandırılacaktır: uygulama sürecinin sınır çizmeye faydaları, uygulama sürecinin duygu düzenlemeye faydaları, uygulama sürecinin farkındalığa faydaları, uygulamanın grup formatında gerçekleştirilmesinin faydaları, uygulama sürecinde katılımcıların hayatlarında “ilk”ler ve uygulama sürecinin anti-TPO seviyelerine faydaları.

3.5.1. Uygulama Sürecinin Sınır Çizmeye Faydaları

Uygulama süreci katılımcılarda sınır çizmeyi artırdığına yönelik verilen geri bildirimlerden bazı örnekler şu şekilde olmuştur: “İşyerinde arkadaşım fotokopi makinesi için haksız suçlama yapacaktı. Normalde hayır diyemeyip, suçlu hissedip gereksiz özür dilerdim. Terapide öğretilen gereksiz özür dilememeyi hatırlayıp haksız olduğunu söyledim. Bunu ilk defa yapabildim ve çok sevindim!”; “Ben misafir çocuklarına bile hayır diyemediğimi şimdi bu terapide fark ettim. Bir misafirin çocuğu mesela, oğlumun en sevdiği oyuncaklardan alıp gitti. Benden çok küçük olmasına rağmen ben o çocuğa ‘Onu bırak evine getiremezsin’ diyememiştim. Bir dahaki gelişinde bunu yapmamaya şimdi terapi ile karar verebildim”; “Bugün ilk defa hayır dedim! Arkadaşlarım dışarıya beni çağırdı ve ben dışarı çıkmak istemiyordum. İlk defa istediğimi söyleyip ‘Hayır çıkmak istemiyorum’ dedim. İsteddiğimi yaptım. Çok iyi geldi!”; “Vah vah tüh tüh demek yerine artık hayır diyebiliyorum. Bu sâyede artık çocuklarıma vakit kaldığını gördüm. Çok teşekkür ederim.”; “Bir davete gitmek istemedim. Önceden kırmamak için ret edemezdim. İlk defa hayır dedim. Vakit yaklaşınca yine emin miyim diye sordular ve ben yine bozuk plak tekniği ile hayır dedim. O akşam ne istiyorsam onu yaptım. Çok rahatladım!”

3.5.2. Uygulama Sürecinin Duygu Düzenlemeye Faydaları

Uygulama sürecinin katılımcılarda duygu düzenlemeyi artırdığına yönelik verilen geri bildirimlerden bazı örnekler şu şekilde olmuştur: “Duygusal yeme huyum azaldı. Önceden tüm günlerimde odağım yemekti. Onu mu yesem bunu mu yesem diye düşünüp dururdum. Artık bunlar yok. Öfkem de çok azaldı çünkü artık kendimi mutlu hissediyorum. Mesela önceden köpeğime kızardım. Artık ona da kızmıyorum. O aynı, ama ben değiştim. Benim değişimimle de o sakinleşti. Çok teşekkür ederim!”; “Bu eğitimden beri içimde o kadar dalgalanmalar, iniş çıkışlar yok. Anlayamadığım yerde modum çok düşerdi, üzülürdüm. Sonra kızardım, sonra mutlu olurdu. Her şey bir garipti, karışık. Artık içim daha sakin, dalgalar dingin. Teşekkür ederim.”; “Yüzmeye başladım. Oradaki bayan yüzünüz ne kadar da gülüyor dedi. Bu pek duyduğum bir yorum değil. Kendi kendime demek ki artık terapi yüzüme de yansıyor dedim. Çok mutlu oldum!”; “Benim eşim kardeşimi ziyaret etmemi fuzuli bulurdu. Bu baştan beri böyle. Ben de kırılmasın diye gitmiyordum, ya da olay çıkmasın diye

bahsetmiyordum. Ama şimdi karşıt eylem tekniğiyle duygularıma sahip çıktım ve eşime ben gitmek istiyorum dedim. O kadar iyi geldi ki bunu demek. Galiba çok inanarak da söylemişim eşim bir şey söylemedi ve ben de kardeşime gittim. Olağanüstüydü!”

3.5.3. Uygulama Sürecinin Farkındalığa Faydaları

Uygulama sürecinin katılımcılarda farkındalığı artırdığına yönelik verilen geri bildirimlerden bazı örnekler şu şekilde olmuştur: “Geçen akşam çocuğumu farkındalıkla uyuttum. Bu şekilde, çocuğum bir saatte uyumak yerine 25 dakikada uyudu! Önceden uyuturken ütüyü, yemeği düşünüyordum. Ona tam odaklanmıyordum. Demek ki bunu hissediyormuş! Sadece farkındalıkla onunla ilgilendiğimde bunu demek ki hissetti ve huzurla dolup uyuyakaldı. İnanamadım!”; “Eşim hiç yeşil fasulye yemeğini sevmez. Ama terapiden sonra farkındalıkla yeşil fasulye pişirdim. Fasulyeyi, domatesi hep fark ettim. Eşim bu sefer de yeşil fasulye yedi ve ‘Bu ne güzel fasulyeymiş!’ dedi. Hem şaşırdım hem sevindim.”; “Farkındalık olmadan ben bedenimin kiracısıymışım. Çok teşekkür ederim!”; “Ben terapiden önce sahip olduğum şeylerin hiç farkında değilmişim. Çocuklarım var. Arabam var. Her gün işyerine bugün işyerinde neler olacak diye felaket senaryoları kurarak gidiyordum. Ama farkındalık sayesinde artık felaket senaryoları kurmadan gidiyorum. Hayatın güzelliklerini fark ederek gidiyorum. Ben bu işyerinde uzun yıllardır çalışıyorum ama ilk defa iş yerine kaygısız gitmeye başladım. Öyle mutluyum ki. Çok teşekkür ederim!”; “Farkındalık aktivitesinde kulaklarınızı fark edin, onların bir kısmı boşlukta, onlar da böyle dediniz. Sesinizdeki sakinlik ve yumuşaklık bana sihirli değnek gibi oldu ve bir anda yedi senedir kabul etmediğim insanları hatırladım ve onlar da böyle diyebildim ve onları kabul ettim. Çok teşekkür ederim!”; “Uzun süre göbeğiyle küs olan bir ben vardı. Özellikle de birkaç sene önce mide ameliyatı olduğum göbeğimi hiç kabul edemiyor, dikişli yerlere dokunamıyordum. Sizinle beraber farkındalık aktivitesinde hiçbir daha dokunmayacağım dediğim göbeğime ilk defa yine dokundum ve mide ameliyatı olduğum yere de ilk defa dokundum. Çok duygulandım. Artık onları bir parçam olarak görmeye başlıyorum. Çok teşekkür ederim.”; “Bu farkındalık aktivitesi ile ilk defa vitiligolarımı sevdim. Renginiz farklı ama yine benim derimsiniz diyebildim. Bu eğitim ile vitiligo yaralarımı sevmeye başladım. Çok teşekkür

ederim!"; "Eskiden nereleri gezsem yorulurdum. Özellikle bacaklarım ayaklarım ağrırdı. Ama farkındalık öğrendiğimden beri artık yorulmadığımı fark ettim. Hep gittiğim bir yer vardı. Bu sefer hafifleyerek döndüm. İnanamadım! Bir yakınım yine yoran yerlere gittim diye akşam bana geçmiş olsun demek için aradı. Ben de bu sefer yanıt olarak dedim ki: 'Benim bu sefer ağrılarım yok!' Beraber güldük."; "Kendimi ne kadar eleştirdiğimin hiç farkında değildim. Farkındalık aktivitelerini yapa yapa kendimi ne kadar çok eleştirdiğimi fark ettim. Artık fark edip kendimi durduruyorum. Eleştirilerden kurtuldum."; "Ben gülmeyi unuttuğumu fark ettim. Farkındalık bana bunu fark ettirdi. Gülmeyi unutmuşum. Ben masayı kurarken pat pat güm güm diye hazırlardım. Artık öyle hazırlayamıyorum. Terapiden beri bedenim izin vermiyor. Kendimi fark edip yavaşlıyorum ve artık yine gülebiliyorum."; "Farkındalıkları yapa yapa artık bedenim ne istiyor ayırt edebiliyorum ve işlerimi karıştırasım gelmiyor. Beden ütüyü yapma hissi veriyor, yapmıyorum. Bir şey yaparken durduruyor, duruyorum. Yaşama motivasyonum artı. Odaklanmam artı!"; "Farkındalığı ben önceki haftanın terapisinden sonra ilk defa artık düşünmeden yapmaya başladığımı fark ettim. Kendiliğinden olmaya başladı. Mesela bir günün az kala tümünü anda kalarak yaşadım ve bir baktım ki geceleyin o kadar iyi uyudum ki! Çok mutluyum!"

3.5.4. Uygulamanın Grup Formatında Gerçekleştirilmesinin Faydaları

Uygulamanın grup formatında gerçekleştirilmesinin faydalarını örneklendiren geri bildirimler şu şekilde olmuştur: "Önceki hafta grupla konuşmak beni çok hafifletti. İlk defa kendimi bir grupta ifade ettim. Çok güzel bir hismiş. Online ortamın da buna yardımcı olduğuna eminim. Belki yüz yüze ortamda kendimi bu kadar açamazdım."; "Arkadaşlarımla paylaştıkları bana çok iyi geldi çünkü ben de kendi korkularımı onunkileri duyunca paylaştım ve paylaşmak çok iyi geldi."; "Uzun yıllardan sonra ben ilk defa yine mutlu yüzler çizebildim. Bence bu eğitimin ve gruptaki arkadaşlarımdaki etkileşimin katkısı ile oldu. Demek ki ben daha mutluyum. Hâlbuki ben yıllardır sadece karalıyordum ve tekrar hiç anlamlı yüzler çizemeyeceğimi düşünmeye başlamıştım."; "Bu grup eğitimine katıla katıla ve arkadaşlarımla dinleye dinleye bu grup beni tuttu ve burada durdukça ölüm korkumdan kurtuldum. İyi ki grup terapisi oldu."; "Grupla beraber konuşmak bana o kadar iyi geldi ki! Sözle ifade etmek, konuşmak ve yalnız olmamak."; "Benim için başka

birileriyle konuşmak ve kendini açmak bu terapi ile yaptığım bir ilk. Normalde kimseye kendimi açamam. Ama bu ortamda bulundukça ben bu grupla beni çok acıtan bir travmayı paylaşmaya hazır hissettim. Online ortam da buna çok yardımcı oldu bence. Paylaştıktan sonra da ne kadar iyi geldiğini gördüm. Öyle iyi geldi ki yaşananın sorumlusunun ben olmadığını fark ettim. Eskiden kendimi çok yalnız da hissederdim. Bu grupla artık kendimi yalnız da hissetmiyorum.”; “Ben tek bir şey söylemek istiyorum: Yaşadıklarımı grupla paylaşmak, o kadar iyi geldi ki! İyi ki grup terapisi olmuş. Çok teşekkür ederim.”

3.5.5. Uygulama Sürecinde Katılımcıların Hayatlarında “İlk”ler

Uygulama sürecinde katılımcıların hayatlarında bazı “ilk”ler de olmuştur. Bu katılımcıların bu türden geri bildirimlerinde görülebilir: “Seanstan sonra ilk defa katıldığım bir sosyal etkinlikte ne istediğimi söyleyerek ayrıldım. İlk defa ayrıldıktan sonra kendi kendime yine konuşmadın eleştirisini yapmadım. Öyle iyi geldi ki bu bana.”; “Kimse kırılmasın diye ne hissettiğimi kimselere söyleyemezdim, konuşamazdım. Bu gruptan sonra ilk defa eve gelen bir misafir oğlumun kitabını izinsiz alınca, onlarla irtibata geçtim ve konuştum. ‘Bizim evimizden kitap vb. eşyaları izinli alın’ dedim. İlk defa oldu. Bunu yapabildiğime çok sevindim.”; “Eşimle tartışmalarımızda ben hiç konuşmazdım. Ama terapiden beri artık ben de konuşuyorum. Çok iyi geliyor. Sanki birbirimizi yeni yeni tanıyormuşuz gibi.”; “Terapiden sonra ilk defa eşimi veli toplantısına getirdim. Sen de geleceksin dedim. Gidince de: ‘Sen de yanıt ver neden yanıt vermiyorsun?’ dedim. Bunları diyebilmek o kadar mutlu etti ki!”, “Bir akrabamdan hiç hoşnut olmuyorum. Bu gruptan beri ilk defa, eşime dedim ki: ‘O akraba evimize yatıya gelmesin, istemiyorum’. Çok sevindim.”; “Eskiden kendimi çok sabote ederdim. Grup terapisi sayesinde artık kendimi sabote etmemeye başladım. Değerli olduğumu fark ettim ve kendimi öncelemeye başladım.”; “Uzun zamandan beri ilk defa aynalarda kendime bakabiliyorum ve kendimi daha çok kabul ediyorum. Çok teşekkür ediyorum.”; “Ben ne zaman alışverişe gitsek kendim için bir şey isteyemezdim. Terapiden beri ilk defa eşimle bir mağazaya gittiğimizde kendim için bir şey istedim. Hem de eşim ne için gerekiyor diye sordu ve ben yine de isteyebildim. Sadece: ‘İstiyorum’ dedim ve benim için onu aldık. Çok sevindim!”; “Bu hafta ilk defa hep kiloluyum sevilmem diye

düşünürken, beni bu şekilde kabul etmiyorlarsa bu onların sorunu diye düşündüm. Çok hafifledim!"; "Önceki hafta sonu başkalarına hep hizmet ederken ilk defa kendime ve kızıma kahve yaptım ve kızıma ve bana kahve yaptım dedim ve gülümsedim. Tüm gün bunun getirdiği mutluluktan kahkahalar attım. Bunun etkisi de tüm hafta boyunca sürdü. Daha çok yapasım geldi."; "Uzun süredir annemle yalnız tatile gitmek istiyordum ama hep ailemin diğer üyeleri kırılır diye gidemiyordum. Bu eğitim sayesinde ilk defa annemle yalnız tatile çıktım. Çok mutluyum."

3.5.6. Uygulama Sürecinin Anti-TPO Seviyelerine Faydaları

Uygulama sürecinin anti-TPO seviyelerine faydalı olduğuna yönelik de bazı geri bildirimler verilmiştir. Bu katılımcıların anti-TPO değerlerinin, terapiye başlamadan önceki kontrollerinde oldukça yüksek olduğu ortaya çıkmış ve terapi bittikten sonraki kontrollerinde normalleştiği bildirilmiştir. Bunu araştırmacıya bildiren toplam dört kişi bulunurken, geri bildirimleri şu şekilde olmuştur: "Grup eğitimi bittikten sonra ben kan tahlillerimi verdim ve tüm değerlerimin normale döndüğünü öğrendim. Bu eğitim hayatımda çok büyük değişikliklere vesile oldu. Çok teşekkür ediyorum."; "Bu grup eğitimi sürecinde anti-TPO değerlerim ilk defa .04'e düştü. İnanamadım. Çok teşekkür ederim!"; "Kontrolüm vardı. Doktorum şok yaşadı. Önceki kontrolümden eser kalmamış. 'Ne yapıyorsanız aynen devam edin' dedi Çok sağ olun."; "Terapi sürecinden sonra anti-TPO seviyelerim, tahlillerim hep normal aralıklara düşmüş. Bu bir ilk. Çok teşekkür ederim!"

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Çalışmanın kuramsal arka planının, amacının, yönteminin ve bulgularının kapsamlı bir şekilde ele alınmış olmasının ardından, bu bölümde, alanyazın dikkate alınarak, çalışmanın bulguları tartışılmış ve çalışmanın sınırlılıkları ile birlikte ileriki çalışmalara yönelik öneriler detaylandırılmıştır.

4.1. TARTIŞMA

Haşimoto hastalığı olan kadınlarda DDT-BE'nin yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete, stres, çok boyutlu psikolojik iyi oluş, duygu düzenleme güçlüğü, duygusal tepkisellik ve sıkıntıya dayanma üzerine etkisini incelemeyi amaçlayan bu çalışma, Haşimoto hastalığı olan ve tıbbi tedavileri stabil olan 62 kadın ($\bar{x}=35,85 \pm 6,37$ yaş) ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın hipotezleri, DDT-BE'ne katılan Haşimoto hastalığı olan kadınların, yaşam kalitesi (yaşam kalitesi, genel sağlık, bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan alt boyutları), çok boyutlu psikolojik iyi oluş (çevresel hâkimiyet, insanlarla olumlu ilişki, kendini kabul, kişisel gelişim ve özerklik alt boyutları), duygusal tepkisellik (dayanıklılık, hassasiyet ve tepkisellik alt boyutları) ve sıkıntıya dayanma (özyeterlilik, regülasyon ve tolerans alt boyutları) puanlarında Grup BDT ve bekleme listesi gruplarında yer alan Haşimoto hastalığı olan kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde artış olacağı; yaşam kalitesinin sosyal baskı alt boyutu, çok boyutlu psikolojik iyi oluşun yaşam amacı alt boyutu, depresyon, anksiyete, stres ve duygu düzenleme güçlüğü puanlarında Grup BDT ve bekleme listesi gruplarında yer alan Haşimoto hastalığı olan kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde azalma olacağı ve tüm bu artış ve azalışların uygulamaların tamamlanmasından iki ay sonra yapılacak izlem ölçümlerinde devam edeceği yönünde olmuştur.

Katılımcılar deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarına rastgele atanmış, deney grubuna 14-haftalık DDT-BE ve kontrol grubuna 14-haftalık Grup BDT uygulanmıştır. Bekleme listesi grubuna ise herhangi bir uygulama yapılmamıştır.

Kontrol grubuna ek olarak, bekleme listesi grubunun bulunması çalışmanın önemli güçlü yönlerindendir. Bunun yanı sıra, katılımcılar gruplara rastgele atanmış ve atanmanın ardından tüm grupların yaş, yaşam kalitesi, hastalık süresi, ekonomik durum, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu ve çocukluk çağı travmaları (fiziksel ihmal, fiziksel taciz, duygusal ihmal, duygusal taciz, cinsel istismar ve aşırı koruma-kontrol) açısından hem yarıda-bırakma (drop-out) öncesi, hem de yarıda-bırakma (drop-out) sonrası homojen olduğu istatistiksel analizler sonucu saptanmıştır. Gruplar arasında sağlanan bu homojenlik, çalışmanın bir diğer olumlu yanıdır. Bu sayede, ortaya çıkan bulguların çalışmada uygulanan işlemler sonucu ortaya çıktığı yorumu daha güçlü bir şekilde yapılmaktadır. Aynı zamanda, %38.6 ile katılımcıların çoğunluğunun Marmara bölgesinden olduğu görülmekle birlikte, Akdeniz, Karadeniz, Ege, İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu olmak üzere Türkiye'nin tüm bölgelerinden katılımcıların çalışmaya katıldığı görülmektedir. Katılımcıların bu demografik özelliğinin çalışmada saptanan sonuçların genellenebilirliği açısından dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin betimleyici istatistikleri ile bu ölçeklerin kullanıldığı diğer çalışmalarda bildirilen bulgular karşılaştırıldığında, mevcut çalışmaya katılan Hashimoto hastalığı olan kadınların, DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği ile değerlendirilen psikolojik rahatsızlıklar arasında depresyon ve anksiyetenin tiroid rahatsızlıklarının yol açabildiği en öncelikli psikiyatrik semptomlar arasında yer aldığını bulgulayan çalışmalar ile uyumlu olarak, %85.5 ile depresyon ve %85.5 ile anksiyete alanlarında en yüksek puan aldıkları; WHOQOL-BREF (TR) ölçeğinin bedensel alan ve ruhsal alan puanlarının bir tür rahatsızlığı olan bireylerin puanlarına benzer olduğu, ancak yaşam kalitesi, genel sağlık ve özellikle de sosyal alan puanlarının daha düşük olduğu; DASS-21 ölçeğinin normal-hafif-orta-ileri ve çok ileri şeklinde olan 5'li şiddet seviyesi skalasında, depresyon, anksiyete ve stres seviyelerinin orta şiddette olduğu; ÇBPİÖÖ'de elde ettikleri puanların diğer çalışmalardaki bireylerin elde ettikleri puanlar ile uyumlu olduğu; DDGÖ-16 ölçeğinin duygu düzenleme güçlüğü puanlarının diğer çalışmalardaki bireylerin puanlarından biraz daha yüksek olduğu; DTÖ dayanıklılık puanlarının diğer çalışmalarda saptanan ortalamalara kıyasla daha yüksek, tepkisellik ve hassasiyet puanlarının ise daha düşük

olduğu ve son olarak, SDÖ'nin özyeterlilik ve regülasyon puanlarının diğer çalışmalarda saptanan puanlara benzer olduğu, tolerans alt boyutundaki puanlarının da biraz daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışmada uygulanan, 14-haftalık DDT-BE, 14-haftalık Grup BDT ve bekleme listesi grubu olmak üzere, üç işlem kapsamında ise, DDT-BE'ne katılan Haşimoto hastalığı olan kadınların, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarındaki Haşimoto hastalığı olan kadınlara kıyasla, WHOQOL-BREF (TR) genel sağlık puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış, ÇBPİÖÖ çevresel hâkimiyet puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış, DASS-21 depresyon, anksiyete ve stres puanlarının tümünde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma, DDGÖ-16 duygu düzenleme güçlüğü puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma, DTÖ dayanıklılık puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış ve SDÖ tolerans puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış saptanmıştır. Aynı zamanda, çalışmanın hipotezleri ile uyumlu olarak bu artış ve azalışların iki ay izlem ölçümlerinde devam ettiği ortaya çıkmıştır. Grup BDT ve bekleme listesi gruplarında ise, istatistiksel olarak anlamlı olan herhangi bir bulgu saptanmamıştır.

DDT-BE'nin, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına kıyasla, istatistiksel olarak anlamlı seviyede etkili olduğu ve çalışmanın hipotezlerinin desteklendiği değişkenler arasında, strese yönelik bulgunun özellikle önem taşıdığı düşünülmektedir. Nitekim, çalışmada uygulanan işlemlerin stres üzerine etkisinin incelendiği analizlerde, ekonomik durum ortak değişken (covariate) olarak kontrol edildiğinde, DDT-BE'nin hâlâ istatistiksel olarak anlamlı seviyede stres puanlarını azalttığı ve ekonomik durum bu farkı %7.4 açıklarken, DDT-BE'nin ek %2.7'lik bir oranla, farkı %10.1 açıkladığı ortaya çıkmıştır. Stres ve Haşimoto hastalığı arasındaki ilişki, stres ve Graves hastalığı arasındaki ilişki kadar henüz net olmadığını bildiren çalışmaların yanı sıra, stresin Haşimoto hastalığında üç açıdan önem arz ettiği görülmektedir (Mizokami, Li, El-Kaissi ve Wall, 2004; Wiersinga, 2016). Bunlardan birincisi, stresin Haşimoto hastalığının bir tetikleyicisi olabileceği yönündedir. Bu anlamda, alanyazın stres ile baş etmek için vücutta oluşan adaptasyonların hipotalamus-hipofiz-tiroid aksında bozulmalar ortaya çıkararak uzun vadede Haşimoto hastalığını tetikleyebildiğini ve bu kapsamda hastalığın tanımlayıcı

özelliklerinden olan anti-TPO seviyelerinin yükseldiğini göstermektedir (Elenkov ve Chrousos, 2002; Carta ve ark., 2004; Friedman ve ark., 2005; Plaza ve ark., 2010; Özata, 2020, s.39-83). Benzer olarak, Haşimoto hastalığı olan birçok bireyin tanıyı almadan önce yüksek stres deneyimlediklerini bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, 2015 yılında gerçekleştirilen ve Haşimoto hastalığı tanısı almadan önce en yaygın tetikleyicileri saptamayı amaçlayan bir çalışmada, katılımcıların %69'una tekabül eden iki binin üzerinde katılımcının en yüksek oranda “çok fazla stres” yanıtını verdiği ortaya çıkmıştır (Wentz, 2021, s.69). Bu bulgu ile uyumlu olarak, bu çalışmaya katılan katılımcıların da “Sizce Haşimoto hastalığınızın sebebi ne?” sorusuna verdikleri en yaygın yanıtın %45.1 ile “stres” olduğu görülmektedir.

Stresin Haşimoto hastalığında önem arz etmesinin bir diğer sebebi, Haşimoto hastalığı tanısını alan bireylerin genellikle sadece bu rahatsızlık ile değil, hem depresyon ve anksiyete gibi ek psikolojik rahatsızlıklar hem de polikistik over hastalığı ve fibrokistik meme, gibi ek otoimmün rahatsızlıklardan muzdarip olmaları kapsamında yüksek stres deneyimliyor olmaları ile ilintilidir (Markomanolaki ve ark., 2019). Bu kanı ile uyumlu olarak, hâlihazırdaki çalışmaya katılan katılımcıların da depresyon ve anksiyete şiddet seviyeleri gibi, stres şiddet seviyelerinin orta şiddette olduğu ve %25.8'inin Haşimoto hastalığının yanı sıra ek otoimmün hastalıktan müzdarip oldukları görülmektedir.

Diğer taraftan, hipotalamus-hipofiz-tiroid aksındaki bozulmaların Haşimoto hastalığını tetiklediği takdirde depresyonun ortaya çıktığını bulgulayan çalışmalar vardır (Jackson, 1998; Elenkov ve Chrousos, 2002; Pearce, Farwell ve Braverman, 2003; Jara ve ark., 2006; Giynaş Ayhan ve ark., 2014; Kotkowska ve Strzelecki, 2022). Başka bir deyişle, stres Haşimoto hastalığını tetikledikten sonra, bireyde stres devam ettiği takdirde Haşimoto hastalığı olan bireylerde depresyonun ortaya çıkmasına da zemin oluşturduğu söylenebilir. Bu kanı ile uyumlu olarak, Haşimoto hastalığı olan kadınların stres düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede azaldığı ve bunun iki ay izlem ölçümlerinde de devam ettiği DDT-BE grubunda, benzer bir şekilde DDT-BE'ne katılan Haşimoto hastalığı olan kadınların depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede azaldığı ve bu azalmanın iki ay izlem ölçümlerinde de devam ettiği ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla, stres ve Haşimoto hastalığı arasındaki ilişkinin her

üç açısını destekleyen ve Haşimoto hastalığı olan bireylerde stres yönetiminin önem arz ettiğini gösteren bulguların mevcut çalışmada desteklendiği görülmektedir.

Haşimoto hastalığında stresin önemini gösteren bir diğer bulgu ise, alanyazında Haşimoto hastalığının tedavisi için yürütülen tek uygulamalı çalışmanın 60 Haşimoto hastalığı olan kadına uygulanan deney ve kontrol gruplu, öntest ve sontest ölçümlü 8-haftalık stres yönetimi eğitimi programı olmasında da görülmektedir. Bu çalışmada, 8-haftalık stres yönetimi eğitimi programının depresyon, anksiyete ve stres puanlarını istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşürdüğü saptanmış ve çalışma Haşimoto hastalığı olan kadınlara yönelik daha fazla uygulamalı çalışmaların gerektiğini belirtmiştir (Markomanolaki ve ark., 2019). Hâlihazırdaki çalışma, bu ihtiyacı bir nebze gidermektedir. Burada bahse değer bir diğer husus, Markomanolaki ve arkadaşlarının (2019) çalışmasına benzer olarak, mevcut çalışmanın depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini DASS-21 ölçeği kapsamında değerlendirmiş olmasıdır. Nitekim, bu hasta grubuyla yürütülen çalışmalar incelendiğinde, bu çalışmaların çoğunluğunun depresyon ve anksiyete düzeylerini Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği gibi ölçeklerle değerlendirirken, stres düzeylerini bir soru ile değerlendirdikleri görülmektedir (Pop ve ark., 1998; Ittermann ve ark., 2015; Djurovic ve ark., 2018; Vasovic, Nikolic-Djurovic ve Djukic, 2020; Martino ve ark., 2021). Dolayısıyla, Markomanolaki ve arkadaşlarının (2019) çalışmasına ek olarak, özellikle stres düzeylerinin kapsamlı bir şekilde incelendiği tek diğer çalışma olduğu söylenebilir (Mizokami, Li, El-Kaissi ve Wall, 2004; Wiersinga, 2016).

Hâlihazırdaki çalışmanın en önemli amaçlarından bir diğeri, hipotiroidi olan bireylere kıyasla, özellikle Haşimoto hastalığı olan bireylerin daha düşük yaşam kalitesinden muzdarip olduklarını gösteren çalışmalar kapsamında, Haşimoto hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini artıracak bir yöntem bulma yönünde olmuştur. Ancak, ortaya çıkan bulgular, uygulanan işlemlerin bu yönde etkili olmadığını göstermektedir. Mevcut çalışmada, DDT-BE ve Grup BDT istatistiksel olarak anlamlı seviyede Haşimoto hastalığı olan kadınların yaşam kalitesi puanlarını artırmamıştır. Hâlihazırda, travmatik deneyimler, depresyon, anksiyete, stres ve yaşam kalitesini Haşimoto hastalığı olan kadınlarda inceleyen bir çalışma, stres ve yaşam kalitesi

arasında negatif yönlü anlamlı bir korelasyon olduğunu ve yaşam kalitesindeki varyansı açıklayan değişkenlerin %11.8 ile depresyon ve %9.8 ile stres olduğunu saptamıştır (Slocum ve Bilican, 2023). Mevcut çalışmada, DDT-BE hem depresyon, hem de stres seviyelerini istatistiksel olarak anlamlı seviyede azalttığı göz önünde bulundurulduğunda, yaşam kalitesi puanlarını artırmamasının en büyük açıklamasının DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımına dayandığı düşünülmektedir.

Bu bağlamda, DSÖ'ne göre yaşam kalitesi “bireylerin yaşamlarındaki durumlarını (genel sağlıkları, fiziksel olanakları, güvenlikleri vb.) içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla ilişkilendirerek algılamaları”dır (WHO, 1993). Dolayısıyla, yaşam kalitesi oldukça kapsamlı bir kavramdır. Buna dayalı olarak, bu çalışmada kullanılan ve DSÖ'nün yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirdiği ölçek de yaşam kalitesini sadece bir boyut ile ele almamakta, genel sağlık, sosyal baskı, bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan olmak üzere birçok alt boyut ile ele almaktadır. Hâlihazırdaki çalışmada uygulanan işlem ise, tüm bu alt boyutları etkileyecek seviyede bir uygulama olmamıştır. Bunu dikkate alarak, çevresel alan çalışmanın hipotezine de dâhil edilmemiştir. Fakat, çalışmanın yaşam kalitesine yönelik hipotezine bakıldığında, yaşam kalitesinin tanımını kapsayan tüm alt boyutlara temas etmeden, yaşam kalitesinde hızlı bir değişimin beklenmiş olduğu düşünülmektedir. Tüm bu unsurlar dikkate alındığında, DDT-BE'ne katılan Hashimoto hastalığı olan kadınların depresyon ve stres seviyeleri istatistiksel olarak anlamlı bir seviyede azalmış olmasına rağmen, 14-haftalık bir uygulamanın akabinde ve yaşam kalitesinin çevresel alan alt boyutuna temas edecek işlemler yapılmamış olması kapsamında, yaşam kalitesi puanlarının artmamış olduğu düşünülmektedir.

Ancak, bununla birlikte, bireyim yaşam kalitesindeki algıyı etkileyen unsurlar arasında olan WHOQOL-BREF-TR genel sağlık puanlarını, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına kıyasla, DDT-BE'nin istatistiksel olarak anlamlı seviyede artırdığı ve bu artışın iki ay izlem ölçümlerinde de korunduğu ortaya çıkmıştır. Düşük yaşam kalitesi Hashimoto hastalığı olan bireylerin belirttiği en önemli şikâyetler arasındadır (Saravanan ve ark., 2002; Bianchi ve ark., 2004; Watt ve ark., 2012). Aynı zamanda, Amerika Tiroid Derneği, Avrupa Tiroid Derneği ve İngiliz Tiroid Derneği tiroid

ilaçlarının doğru şekilde ve yeterli seviyede kullanıldığı durumlarda bile Haşimoto hastalığı olan bireylerde iyilik hâlinin yeterince sağlanamadığını kabul etmiş ve bu hasta grubunun iyilik hâlini artıracak ek yöntemlerin araştırılması gerektiğinin çağrısını yapmıştır (Okosieme ve ark., 2015). Bu bağlamda, yaşam kalitesi açısından genel sağlık alt boyutunda saptanan bu bulguların tiroid tedavisindeki yönergelerde değişimler yaratabilecek akımdaki literatüre katkı sağladığı düşünülmektedir. DDT-BE'nin Haşimoto hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesine katkısı daha kapsamlı çalışmalarla teyit edilerek, DDT-BE öğelerinin özellikle genel sağlık ve stres yönetimi açısından tiroid tedavi protokollerine dâhil edilmesi değerlendirilebilir.

Yaşam kalitesinin genel sağlık alt boyutu açısından DDT-BE'nin, Grup BDT'ye kıyasla üstünlüğünün ise, çevresel hâkimiyet, depresyon, anksiyete, stres, duygu düzenleme güçlüğü, dayanıklılık ve tolerans değişkenlerinde DDT-BE'nin Grup BDT'ye kıyasla istatistiksel olarak anlamlı seviyede olumlu etki yarattığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Başka bir deyişle, DDT-BE iki ay izlem ölçümlerinde genel sağlığı istatistiksel olarak anlamlı seviyede artırmıştır çünkü o gruplardaki katılımcılar uygulama öncesine kıyasla artık depresyon, anksiyete ve stresleri daha az olan, duygularını düzenlemede daha az güçlük çeken ve çevresel hâkimiyetleri, dayanıklılıkları ve toleransları daha yüksek olan bireylerdir.

DDT-BE'nin tüm bu değişkenler açısından üstünlüğünün sebebi üzerine düşünüldüğünde ise, katılımcıların Memnuniyet ve Öneri Formu'ndaki, "Terapi sürecinde anlatılan konular arasında en fayda gördüğünüz içerik ya da içerikler nelerdi?" sorusuna verdikleri yanıtlar ışık tutabilir. Bu soruya verilen yanıtlar incelendiğinde, katılımcıların en çok %45.45 ile farkındalık tekniğinden faydalandıklarını belirttikleri görülmektedir. DDT-BE'nin her oturumun başında ve sonunda gerçekleştirilen bu farkındalık aktiviteleri, 14-haftalık uygulama sürecinin sonunda deney grubundaki katılımcılara toplam yirmi yedi farkındalık aktivitesi kazandırmıştır. Farkındalığın etkileri üzerine yapılan birçok çalışma, farkındalığın depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini azaltabildiğini ve hatta bu azalmaları koruyabildiğini göstermiştir (Kabat-Zinn ve ark., 1986; Peterson ve Pbert, 1992; Specia ve ark., 2000; Morone, Greco ve Weiner, 2008; Kuyken ve ark., 2016). Benzer olarak, BDT'ye kıyasla yönteminde farkındalık teknikleri içeren MBCT yönteminin, yaşam

kalitesi, ağrı ve obsesif kompulsif belirtiler açısından BDT ve stres yönetimi programlarına kıyasla daha etkili olduğunu bulgulayan çalışmalar bulunmaktadır (Mathur ve ark., 2021; Pardos-Gascón ve ark., 2021). Başka bir deyişle, alanyazın incelendiğinde katılımcıların en faydalandıkları tekniğin çalışmanın diğer önemli bağımlı değişkenleri üzerine etkileri olabilecek bir teknik olduğu görülmektedir.

Bu kapsamda, DDT-BE'ndeki farkındalık tekniğinin depresyon, anksiyete ve stres gibi çalışmanın diğer bağımlı değişkenlerine önemli bir etkisi olmuş olabileceği ve bu sayede, içinde farkındalık teknikleri olmayan Grup BDT'ye kıyasla DDT-BE'nin yaşam kalitesini artırmada üstün olmuş olabileceği düşünülmektedir. Bunun ile ilintili olarak, örneğin DDT-BE katılan katılımcıların duygu düzenleme güçlüğü puanlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede azaldığı görülmektedir. Duygulara yönelik literatür incelendiğinde, duyguları daha iyi kontrol edebilmek için beynin bireye iki seçenek sunduğundan bahsedilmektedir: duyguları yukarıdan aşağıya ya da aşağıdan yukarıya doğru düzenlemek. Bunların arasında bulunan yukarıdan aşağı düzenleme ise bireyin bedenindeki algılarını gözetleme kapasitesini artırmayı içermektedir ve farkındalığın buna yardımcı olduğu tespit edilmiştir (Van Der Kolk, 2021, s.63). Bu kapsamda, farkındalık duyguları yukarıdan aşağıya düzenleme kapasitesini artırarak, duygu düzenleme güçlüğü azaltmış ve bununla birlikte DDT-BE'ne katılan katılımcıların genel sağlık puanlarını Grup BDT'ye kıyasla istatistiksel olarak anlamlı seviyede artırmış ve depresyon, anksiyete ve stres puanlarını Grup BDT'ye kıyasla istatistiksel olarak anlamlı seviyede azaltmış olabilir. Bu bulgular, MBCT alanında yapılan çalışmalar ile uyumludur (Melyani, 2013; Mathur ve ark., 2021; Pardos-Gascón ve ark., 2021)

Diğer yandan, bulgular daha yakından incelendiğinde, WHOQOL-BREF (TR) ölçeğinin sosyal alan alt boyutunda, hem DDT-BE'nin, hem de Grup BDT'nin çalışmanın hipotezi ile uyumsuz bulgular gösterdiği görülmektedir. Bu kapsamda, hem DDT-BE'ne, hem de Grup BDT'ne katılan katılımcıların, uygulama sonrası sosyal alan puanlarının artış yönünde seyretmek yerine, düşüş yönünde seyrettiği görülmektedir. Sosyal alan alt boyutu "Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?", "Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?" ve "Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?" şeklinde sorular kapsamında

değerlendirilmiştir. Bu sorular incelendiğinde, sosyal alan alt boyutundaki puanların çalışmanın hipotezi ile uyumsuz bir seyir göstermesinin en büyük sebebinin her iki uygulamanın katılımcılara kişilerarası ilişkilerde yeni beceriler kazandırmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Örneğin, bu kapsamda bir katılımcı “Bir akrabamdan hiç hoşnut olmuyorum. Terapiden beri ilk defa eşime: “O akrabanın evime yatıya gelmesini istemiyorum” diyebildim” paylaşımında bulunmuş, bir diğer katılımcı “Terapiden sonra ilk defa eşimi veli toplantısına getirebildim. “Sen de geleceksin” dedim. Gidince de: “Sen de yanıt ver, neden yanıt vermiyorsun” diyebildim” paylaşımında bulunmuştur. Birçok katılımcı ise bu türden adımları atmanın ardından kendilerini “inanılmaz mutlu” hissetmekle beraber, eşlerinin, ya da aile üyelerinin ya da etraflarındaki insanların onlara sık sık “Sen eskiden böyle değildin” ya da “Sen çok değiştin” türünden geri bildirimlere maruz kaldıklarını uygulama oturumlarının ödev kontrolü bölümlerinde ifade etmiş ve gündem yapmışlardır. Her seferinde de, doğru yolda oldukları teşvik edilmiş, yeni beceriler öğrenme ve kazanma sürecinde olmalarının zaten değişim gerektirdiği, değişmiş olmalarının sadece normal bir şey değil, çok iyi bir şey olmuş olduğu ve yakınlarının da iyi ki bunu fark ettiği ifade edilmiştir. Bu türden geri bildirimler ve süreçler göz önünde bulundurulduğunda, sosyal alan puanlarının bu çalışmada artış yönünde seyretmek yerine azalma yönünde seyretnesinin çok normal bir sonuç olduğu ve aslında sosyal alan puanlarında bir artış beklemenin çalışmanın süresi için erken bir öngörü olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Sosyal alandaki bu kanılara bir diğer destek, çok boyutlu psikolojik iyi oluş bağımlı değişkeninin insanlarla olumlu ilişki alt boyutunda saptanan bulgular olabilir. İnsanlarla olumlu ilişki, “Yakın ilişkileri sürdürmek benim için zor olagelmıştır.”; “İnsanlar benim verici, vaktini diğerleriyle paylaşmaktan kaçınmayan biri olduğumu söyleyeceklerdir.” ve “İnsanlarla sıcak ve güvene dayalı çok ilişkim olmadı.” soruları kapsamında değerlendirilmiştir. Bulgular, DDT-BE’ne katılan katılımcıların insanlarla olumlu ilişki puanlarının uygulama sonrası düşüş yönünde seyrettiğini, ama daha sonra iki ay izlem ölçümlerinde artış yönünde seyrettiğini göstermektedir. Grup BDT’ye katılan katılımcılarda ise tam tersinin olduğu görülmektedir. İnsanlarla olumlu ilişki puanlarının uygulamadan hemen sonra artış yönünde olduğu, daha sonra

iki ay izlem ölçümlerinde düşüş yönünde olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, her iki uygulamaya katılan katılımcıların çevrelerindeki kişilere farklı yaklaştığını göstermektedir. DDT-BE’ndeki katılımcılar uygulama sürecinde yaptıkları değişimlerin olumlu etkilerini iki ay sonra deneyimlemiş olabilirken, Grup BDT’deki bireyler öğrendiklerini daha sonra pratiğe dökmüş olup, sosyal alandaki etkilerini daha sonra deneyimlemiş olabilirler. Nihai olarak, insanlarla olumlu ilişki alanındaki bulgular katılımcıların uygulama süreci boyunca insanlarla ilişkileri açısından iniş çıkışlar deneyimlediklerini göstermesi dolayısıyla sosyal alanda saptanan bulguları desteklediği söylenebilir.

Hâlihazırda, bildiğimiz kadarı ile, mevcut çalışma DDT-BE’nin otoimmün hastalıklar üzerine uygulandığı ilk çalışma özelliğini taşımaktadır. Ancak, BDT Haşimoto hastalığı olan bireyler dışında, iltihabi bağırsak sendromu, sedef hastalığı ve eklem iltihabi gibi bazı diğer otoimmün hastalıkları olan bireylerle çalışılmış ve bu çalışmaların arasında, mevcut çalışmada saptanan bulgular gibi, Grup BDT’nin otoimmün hastalıklar üzerine etkili olmadığını bulgulayan çalışmalar olmuştur (van den Akker ve ark., 2017; Mikocka-Walus ve ark., 2017; Koulil ve ark., 2018). Örneğin, 18-20 yaş aralığında, iltihabi bağırsak sendromu olan 75 kişi (30 kişi deney grubu, 45 kişi kontrol grubu) ile gerçekleştirilen bir çalışmada, 10-haftalık Grup BDT (haftada bir, 120 dakikalık oturumlar şeklinde) uygulanmış ve Grup BDT’nin iltihabi bağırsak sendromu olan hastaların yaşam kaliteleri, psikolojik iyi oluşları ve hastalıkla baş etme becerileri üzerinde herhangi bir faydasının olmadığı ve 24 aylık izlem sürecinde de hastalığın seyrini değiştirmede ortalama çıkmıştır (Mikocka-Walus ve ark., 2017). Aynı zamanda, bu çalışmada standart tıbbi tedaviye devam eden kontrol grubuna atanan katılımcılara kıyasla, Grup BDT grubuna atanan katılımcıların çalışmayı daha yüksek oranda yarıda-bıraktıkları (Grup BDT %67; Standart tedavi %46) saptanmıştır. Bu bulgular ışığında, araştırmacılar iltihabi bağırsak sendromu tedavisinde Grup BDT’nin daha bireysel bir süreçle desteklenmesinin bu hasta grubu için daha iyi olabileceğini önermiştir.

Mevcut çalışmada, Grup BDT gruplarına katılan Haşimoto hastalığı olan kadınların, DDT-BE gruplarına katılan Haşimoto hastalığı olan kadınlara kıyasla daha yüksek oranla çalışmayı yarıda-bırakmadıkları görülmektedir. Öyle ki, Grup-BDT’ye

katılan 28 Haşimoto hastalığı olan kadından 20'sinin (%28.5 yarıda-bırakma), DDT'BE'ne katılan 28 kadından da 19'unun (%32.1 yarıda-bırakma) süreci tamamladığı ve bu bağlamda, her iki gruptaki yarıda-bırakma oranlarının birbirine benzer olduğu görölmektedir. Aynı zamanda, bu çalışmanın bağımlı değişkenleri açısından Grup BDT'nin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmamıştır. Ancak, uygulama sonrası ortaya çıkan sonuçların bağımlı değişkenlerin bir çoğunda çalışmanın hipotezleri ile uyumlu bir seyir gösterdiği görölmektedir. Dolayısıyla, Grup BDT'nin Haşimoto hastalığı olan kadınlara faydalı olabileceği ve potansiyel faydasının saptanması için belli öneriler dikkate alınarak daha çok çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünölmektedir.

Bu kapsamda, mevcut çalışmada, Grup BDT'nin bağımlı değişkenler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olan herhangi bir etkisinin olmamasının bir sebebinin DDT-BE ve Grup BDT gruplarında ödev kontrollerine ayrılan sürenin farklı olmasından kaynaklı olabileceği düşünölmektedir. DDT-BE'nin uygulandığı deney gruplarında ödev kontrolüne ayrılan süre 40 ilâ 50 dakika iken, bu süre Grup BDT'nin uygulandığı kontrol gruplarında 10 ilâ 15 dakika olmuştur. Aynı zamanda, ödevleri her iki grupta takip edilmiş olmasına rağmen ve her hafta farklı bir katılımcının ödev kontrolünün yapılmasına dikkat edilmiş olmasına rağmen, Grup BDT'nin uygulandığı kontrol gruplarında önceki haftanın ödevlerinin ele alındığı 10 ilâ 15 dakikalık süreyi yönetmenin özellikle son haftalarda daha zor oladığı gözlenmiştir. Psikoterapi yöntemlerinde ödevlerin öneminin incelendiği çalışmalarda, ödevlerin verilmesinin ve takibinin pozitif terapi neticeleri ile ilişkili olduğunu ve ödevleri yapan bireylerin, ödevleri yapmayan bireylere kıyasla psikoterapi sürecinden daha çok verim aldıklarını ve daha çok iyileştiklerini bulgulayan çalışmalar bulunmaktadır (Persons, Burns ve Perloff, 1988; Burns ve Auerbach, 1992; Kazantzis, Deane ve Ronan, 2000; Scheel, Hanson ve Razzhavaikina, 2004). Dolayısıyla, mevcut çalışmada olduğu gibi ileriki çalışmalar grup formatında uygulandıkları takdirde, Haşimoto hastalığı olan kadınlarda Grup BDT'nin etkilerini daha iy anlayabilmek adına, ödev kontrollerine ayrılan sürenin 10 ilâ 15 dakikadan ziyade, 40 ilâ 50 dakika olmasının daha uygun olacağı düşünölmektedir.

Bunun yanı sıra, Grup BDT'nin bağımlı değişkenler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı seviyede olan herhangi bir etkisinin olmamasının bir diğer sebebinin DDT-BE ve Grup BDT gruplarının haftalık oturum sürelerinin eşit olmamasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda, DDT-BE'nin her bir oturumu 120 dakika iken, Grup BDT'nin her bir oturumu 60 dakika olmuştur. Bu sürelerin belirlenmesinde DDT-BE ve Grup BDT protokolleri esas alınmıştır (Linehan, 2015a; Rose, 1999; Berardelli ve ark., 2018). Ancak, mevcut çalışmada Grup BDT'nin bağımlı değişkenler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı seviyede olan herhangi bir etkisinin olmamasına ek olarak, BDT'nin etkilerini inceleyen çalışmalar ile uyumsuz olarak, mevcut çalışmada Grup BDT'ye katılan katılımcıların uygulama sonrası anksiyete puanlarının artış yönünde seyrettiği görülmektedir (Türkçapar ve Sargın, 2012; Türkçapar, 2012; Norton ve ark., 2012; Özdel, 2015). Çalışma incelendiğinde, bunun en önemli sebeplerinden birinin, oturumlarda ele alınan içeriklerin düzenine ve içeriklere ayrılan süreye dayandığı düşünülmektedir. Bu kapsamda, Grup BDT'nin içerikleri incelendiğinde biyopsikososyal modeli tanıtmaya ve biyopsikososyal faktörler ve duygular üzerine tartışma içeriklerine dört oturum kadar vakit ayrıldığı, “öfke psikoeğitimi”, “kendinden emin konuşma” ve “hayır diyebilme” gibi daha yoğun olarak tanımlanabilecek içeriklere ise birer oturum ayrıldığı ve aynı zamanda, bu türden içeriklerin son oturumlarda ele alındığı görülmektedir. Dolayısıyla, özellikle son oturumlarda Grup BDT'ye katılan katılımcıların anlatılan konuları tam olarak kavramaya yeterince vakitleri olamamış olabileceği ihtimali sonucunda anksiyete düzeylerinin artış yönünde seyretmiş olabileceği düşünülmektedir. Son oturumlardaki yoğunluk katılımcıların soru ve cevaplarını yanıtlama ve o haftanın içeriğini yetiştirme arasındaki dengeyi tutmada yaşanan zorluk ile de bir nebze gözlenmiştir. Ancak, katılımcıların süreçten olabildiğince çok fayda görmesi temennisi ile belirlenen programa sadık kalınmıştır. Grup BDT'ye katılan Hashimoto hastalığı olan kadınların anksiyetadaki puan seyirlerine göre, bu stratejinin doğru olmamış olabileceği ve ileriki çalışmaların, özellikle bu çalışmada olduğu gibi grup formatında uygulandıkları takdirde Grup BDT protokollerinde tavsiye edilen 60 ilâ 120 dakikalık oturumlar arasından 120 dakika olan protokolleri tercih etmelerinin daha iyi olabileceği düşünülmektedir (Rose, 1999).

Mevcut çalışmada, Grup BDT'ye katılan Haşimoto hastalığı olan kadınların anksiyete puanlarının artış yönünde seyretmesinin bir diğer sebebi, bu uygulamaya katılan katılımcıların uygulama süresi boyunca öğrendiklerini direkt uygulamaya koyup pekiştirmekten ziyade, hangi alanlarda değişimleri gerektiğinin ve nasıl değişimleri gerektiğinin bilgilerini öğrendikleri bir süreç olmasından kaynaklı olabilir. Başka bir deyişle, 14 hafta üzerinde, “Haşimoto hastalığı bu ve bu ve bu türden sıkıntılar ortaya çıkarabiliyormuş ve bu ve bu ve bu şekilde değiştirilebiliyormuş” gibi bir bilgi yüklemesi süreci deneyimlemiş olabilirler. Bu kapsamda, uygulama sonrası toplanan son test ölçümleri ve uygulamadan iki ay sonra toplanan izlem ölçümleri tüm öğrendiklerini sindirip, uygulamaya geçirip, etkilerini deneyimleyebildikleri bir süreye tekabül etmemiş olabilir. Tüm öğrendiklerini uygulamaya koymaları ve Grup BDT'nin anksiyete üzerine olan etkilerini tespit etmek için daha fazla süre gerekmiş olabilir. Buna dayalı olarak, anksiyete puanlarındaki artış seyri bu katılımcılarda: “Tamam bunları öğrendim, şimdi de tüm bu öğrendiklerimi uygulamaya koyma vakti” gibi bir düşüncenin getirdiği anksiyeteyi yansıtmış olabilir. Bunun bir göstergesi, Grup BDT'ye katılan bir katılımcının, uygulama sürecinin bitiminden bir buçuk yıl sonra araştırmacıya ilettiği bu mesajla görülebilir: “Benim imkansızım gerçek oldu. Ben artık köprüden arabayı kullanarak geçebiliyorum. Bana bir umut tohumu ekmiştiniz ve o tohum bir buçuk yıl sonra filizlendi. Olmazım oldu. Ben inansam beynim inanmıyordu, çünkü sanki bir duvar örüp kapanmıştı kapılar. Dediğiniz gibi minik minik adımlar attıkça her seferinde beynim yapabildiğimi gördü ve yapabildiğimi gördükçe yavaş yavaş inanmaya başladı. Korkular ve kaygılar dağılmaya başladı o zaman. En sonunda da heyecan ve gerginlik gitti. Siz benim en zor zamanımda bana farklı düşünmeyi öğrettiniz. Beynimdeki karanlığı aydınlatan ilk ampulünü yaktınız. Şimdi kendimi eskisine göre daha iyi anlıyorum. Size sonsuz teşekkür ediyorum.” Bu kapsamda, Grup BDT'nin Haşimoto hastalığı olan kadınlara etkisini daha iyi anlamak adına ileriye yönelik çalışmaların, izlem ölçümlerini iki ay uygulama sonrası almaya ek olarak, altı ay sonra, bir yıl ve iki yıl sonra gibi daha uzun süre zarfları üzerinde de almaları önerilmektedir. Grup BDT'nin farklı otoimmün hastalıklara uygulandığı çalışmalarda, 24 ay izlem ölçümlerinin alındığı çalışma bulunmaktadır (Mikocka-Walus ve ark., 2017).

Diğer taraftan, DDT-BE'nin uygulandığı deney grubunu yarıda-bırakan katılımcı sayısı ile, Grup BDT'nin uygulandığı kontrol grubunu yarıda-bırakan katılımcı sayısı birbirine benzer iken, bekleme listesi grubunu yarıda-bırakan katılımcı sayısının, deney ve kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu görülmektedir. Öyle ki, deney grubunu toplam 9 katılımcı ve kontrol grubunu toplam 8 katılımcı yarıda-bırakırken, bekleme listesi grubunu toplam 5 katılımcının yarıda-bıraktığı görülmektedir. Ortaya çıkan bulguların genellenebilirliği açısından, yarıda-bırakma oranlarındaki bu eşitsizliğin dikkate alınması önemlidir. Nitekim, yarıda-bırakma oranlarının daha düşük ya da eşit olmasının DDT-BE, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarının etkilerine yönelik daha farklı bulgular ortaya çıkarabileceği mümkündür. Bu katılımcıların bazılarının çalışmayı neden yarıda-bırakmış olduklarına yönelik net bir bilgi bulunmaktadır. Örneğim, Grup BDT grubunda olan bir katılımcı süreci “fazla teknik” bulması kapsamında “bilinçaltı terapilerine” yönelmek için uygulama sürecini yarıda-bırakmıştır. Fakat, daha büyük bir çoğunluğunun çalışmayı neden yarıda-bırakmış olduklarına yönelik net bir bilgi bulunmamaktadır. Bir tahmin, uygulamaların gerçekleştiği saat aralığının hayat şartlarının değişmesi kapsamında katılımcıya yarıda-bıraktıkları haftadan itibaren artık uymamış olabileceği, bir diğer tahmin de uygulama sürecinin beklentilerini karşılamamış olabileceği şeklindedir. Bu tahminlere bir destek, Memnuniyet ve Öneri Formu'nda bir katılımcının “Terapi sürecine ilişkin paylaşmak istediğiniz başka bir şey var ise lütfen yazınız” sorusuna verdiği şu yanıtta görülebilir: “Kişi sayısı daha az olmalı.”

Çalışmanın hipotezinden ayrı olarak, bu çalışmada yorumlanması önemli olduğu düşünülen birkaç bulgu daha bulunmaktadır. Buna dayalı olarak, alanyazında Haşimoto hastalığı olan bireylerin yaşam kaliteleri ile VKİ arasında ters yönde bir ilişkinin olduğunu ve bu bağlamda, düşük yaşam kalitesinin yüksek VKİ ile ilişkili olduğunu gösteren çalışma bulunmaktadır (Kelderman-Bolk, Visser, Tijssen ve Berghout, 2015). Halihazırdaki çalışma, Haşimoto hastalığı olan kadınlarda VKİ ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin yaşam kalitesinin genel sağlık alt boyutundan kaynaklı olduğunu ortaya koymuştur. Öyle ki, deney, kontrol ve bekleme listesi gruplarındaki, öntest, sontest ve izlem ölçümleri WHOQOL-BREF (TR) genel sağlık alt boyutu puanları arasındaki farkı katılımcıların VKİ istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde açıkladığı saptanmıştır. Buna dayalı olarak, Kelderman-Bolk, Visser, Tijssen ve Berghout'un Haşimoto hastalığı olan bireylerin kilo alımına dikkat etmeleri gerektiği vurgusunun sadece yaşam kalitelerini düşürdüğünden dolayı değil, genel sağlık düzeylerini etkileyerek yaşam kalitelerini düşürdüğünden kaynaklı olduğu yorumu yapılabilir.

Bunun yanı sıra, tiroid kanseri olan 205 katılımcı (%60.5 kadın; $\bar{x}$ =52.2 yaş) ile gerçekleştirilen bir çalışma, tiroid rahatsızlığı olan bireylerin kronik yorgunluk belirtisini bulgularının sebebinin tiroid fonksiyonundan ziyade, cinsiyet, çalışma durumu ve fiziksel aktivite ile ilişkili olabileceğini rapor etmiştir (Alhashemi ve ark., 2017). Öyle ki, çalışma %41.4'ü orta-ağır seviyede yorgunluğu olan katılımcıların, yorgunluk seviyelerinin çalışmıyor oldukları ya da çalışmadıkları durumlarda ve fiziksel aktivitelerinin azaldığı durumlarda arttığını bildirmiştir. Kronik yorgunluk belirtisinin, hâlihazırdaki çalışmanın bağımlı değişkenlerinden olan yaşam kalitesinin bedensel alan alt boyutunda şu sorular kapsamında değerlendirildiği söylenebilir: "Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?", "Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?", "İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?" Çalışmanın bulgularına dayalı olarak, Haşimoto hastalığı kadınların bedensel alan puanlarının çalışma durumuna göre farklılık göstermediği ve bu kapsamda, ortak değişken (covariate) olarak incelenemediği görülmektedir. Buna dayalı olarak, Alhashemi ve arkadaşlarının bulgularına kıyasla, tiroid rahatsızlıklarından biri olan hipotiroidi tablosunda yorgunluk belirtisinin çalışma durumu ile ilişkili olmadığı ortaya çıkmış ve bu alandaki bulguların geliştirilmesi adına daha fazla çalışmanın gerektiği söylenebilir.

Mevcut çalışmanın, Haşimoto hastalığının etiyolojisinde Güvenlik Teorisi'ne yönelik bulgular sağladığı da düşünülmektedir. Haşimoto hastalığının etiyolojisi bölümünde detaylandırılan bu teoriye göre, bireyler Haşimoto hastalığı geliştirmektedir çünkü yaşadıkları travma sonucu kendilerini güvende hissetmiyorlardır ve bu güvensizliğe rağmen hayatta kalabilmeyi Haşimoto hastalığının özelliklerini benimseyerek çözmektedirler (Wentz, 2021). Mevcut çalışma, Haşimoto hastalığı olan kadınlarda travmatik yaşantılar arasında aşırı koruma-kontrol alt boyutunun incelendiği ve Haşimoto hastalığı olan kadınların

travmatik yaşantılarını kendi ifadeleri ile bildirmelerine yer verildiği ilk çalışma özelliğini taşımakla beraber, Haşimoto hastalığı olan kadınlarda bu güvensizliğin aşırı koruma-kontrol travmatik yaşantısından kaynaklı olabileceğini göstermektedir. Nitekim, duygusal ihmal ve aşırı koruma-kontrol en yaygın bildirilen travmatik deneyimler arasında olmuştur. Bu bulgulara benzer olarak, travmatik yaşantılar ve tıbbi rahatsızlıklar arasındaki ilişkileri inceleyen bir çalışmada, kadınlarda cinsel travma ve tiroid rahatsızlıkları arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (Norman ve ark., 2006). Bir diğer çalışmada ise, kadınlarda cinsel travma ile kanser ve sindirim bozuklukları arasında ilişki saptanırken, cinsel travma ve tiroid rahatsızlıkları arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (Stein ve Barrett-Connor, 2000). Haşimoto hastalığı olan bireylerin tedavisinde bu bulguların dikkate alınmasının önemli olabileceği dşnlmektedir.

Haşimoto hastalığı olan kadınlarda travmatik deneyimlere yönelik önem arz eden bir diğer konu, duygusal ihmal ve aşırı koruma-kontrol en yaygın bildirilen travmatik yaşantılar olmalarına rağmen, katılımcıların en çok detaylandırığı travmatik yaşantının cinsel istismar olmuş olmasıdır. Öyle ki, katılımcıların kendi ifadeleri ile detaylandırığı travmatik yaşantılar bölümü incelendiğinde birçok cinsel istismar anısını en ince detayına kadar bildirdikleri ve kendilerini açtıkları görülmektedir. Bunun sebepleri üzerine düşünüldüğünde, bu bireyler duygusal olarak ihmal edildikleri ve aşırı korunup-kontrol edildikleri için cinsel istismarın zihinlerinde daha canlı bir şekilde kalmış olabileceği dşnlmektedir. Ya da, kültürlerinde duygusal ihmal ve aşırı koruma-kontrolün daha kabul edilebilir eylemler olarak görülmesinden ötürü cinsel istismara kıyasla o türden anılarını detaylandırılacak travmatik yaşantılar arasında görmemiş olabilirler. Bu türden soruların netleşmesi için Haşimoto hastalığı olan bireylerle travma üzerine kapsamlı çalışmaların gerektiği dşnlmektedir. Türkiye’de mevcut çalışma dışında, bildiğimiz kadarı ile, sadece bir çalışmanın Haşimoto hastalığı olan kadınlarda travmatik yaşantıları incelediği görülmektedir (Slocum ve Sever, 2018).

Son olarak, hâlihazırdaki çalışmaya katılan katılımcıların farklı şehirlerde olması dolayısıyla uygulamaların online mecra üzerinden yapılmasının ve DDT-BE’nin kuralları ile uyumlu olarak grup formatında gerçekleştirilmesinin Haşimoto

hastalığı olan kadınlar için oldukça faydalı bir yöntem olduğunun bildirilmesi önemlidir. Öyle ki, hem DDT-BE’ndeki, hem de Grup BDT’deki birçok katılımcı uygulama süresi boyunca online olmasına yönelik şu türden paylaşımlarda bulunmuştur: “Bir arada olsaydık belki kendimi bu kadar açamazdım. İyi ki online!”; “Online olması çok iyi geldi. Kendimi açmama çok yardımcı oldu.” Benzer olarak, grup formatında olmasına yönelik şu türden paylaşımlar olmuştur: “İyi ki grup oluyor. Meğer benim gibi ne çok insan varmış!”; “Grup olması çok iyi. İlk defa anlaşılabilirliğimi hissediyorum!”; “İyi ki grup şeklinde. Arkadaşımda güzel şeylerin olması beni de motive ediyor!”; “Grup şeklinde yapılması çok iyi geldi. Arkadaşım kendini açınca, benim de kendimi açasım geldi. Hiç konuşamadığım bazı şeyleri burada konuşabildim.”; “Arkadaşımdan paylaştıkları bana çok iyi geldi çünkü ben de kendi korkularımı onunkileri duyunca paylaştım ve paylaşmak çok iyi geldi.”; “Bu grup terapisine katıla katıla ve arkadaşlarımı dinleye dinleye bu grup beni tuttu ve burada durdukça ölüm korkumdan kurtuldum. İyi ki grup terapisi oldu.”; “Grupla beraber konuşmak bana o kadar iyi geldi ki! Sözle ifade etmek, konuşmak ve yalnız olmamak”; “Benim için başka birileriyle konuşmak ve kendini açmak bu terapi ile yaptığım bir ilk. Normalde kimseye kendimi açamam. Ama bu ortamda bulundukça ben bu grupla beni çok acıtan bir travmayı paylaşmaya hazır hissettim. Online ortam da buna çok yardımcı oldu bence.”

Grup formatının olumlu etkisi hâlihazırdaki çalışmaya katılan katılımcıların travma yaşayan bireyler olmaları kapsamında da değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Nitekim, alanyazın travma yaşayan bireylerin ilişki bağlamı içinde iyileştiklerini göstermektedir (Van Der Kolk, 2021, s.210). Aynı zamanda, katılımcıların paylaşımlarında görüldüğü gibi, travma hakkında konuşmaları onlardan talep edilmemiş olmasına rağmen, katılımcıların kendi inisiyatifleri ile grup ortamında travmalarını dile getirdiği anlar olmuştur. Dolayısıyla, hâlihazırdaki çalışmanın olumlu etkilerinin bir diğer sebebi travma hakkında konuşmak ile ilintili olabilir. Bu kapsamda, travma literatüründe travma hakkında sessiz kalmanın travma adına yalnızlığı güçlendirdiği, ruhu öldürdüğü ve ölüme getirdiği ifade edilmektedir (Van Der Kolk, 2021, s.232). Öyle ki, travma yaşayan bireylerin başka bir kişiye “travmaya uğradım”, ya da “ayrımcılığa uğradım”, ya da “annem dövdü” gibi yüksek sesle

cümleler kurabilmeleri bu bireylerde başlayabilecek bir iyileşmenin habercisi olarak yorumlanmaktadır. John Bowlby'nin ifade ettiği gibi başkalarına söylenemeyen şeyleri birey kendine de söyleyememektedir (Van Der Kolk, 2021, s.232). Tüm bu bilgiler ışığında, bu hasta grubu ile gerçekleştirilen ileriki çalışmaların hem online hem de grup formatında gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

4.2. SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

Hâlihazırdaki çalışmanın, üç önemli sınırlılığı bulunmaktadır. Birincisi, katılımcılardan hiçbir tiroid fonksiyon testi toplanmamıştır. Dolayısıyla, çalışmada uygulanan deneysel işlemlerin T3, T4, TSH, anti-TPO ve anti-TG gibi tiroid fonksiyon değerleri üzerine etkileri katılımcıların sözel olarak bildirdikleri bazı geri bildirimler dışında bilimsel seviyede bilinmemektedir. Buna dayalı olarak, DDT-BE'nin bu türden değerlere etkisi olup olmadığını saptamak adına ileriki çalışmaların ölçeklerin yanı sıra öntest, sontest ve izlem ölçümlerinde bu türden fonksiyon testlerini de toplaması önerilmektedir.

İkincisi, Hashimoto hastalığı olan kadınlarda travmatik yaşantılar incelenmiş, ancak bu travmatik yaşantıların bu bireylerde TSSB'na yol açıp açmadığı değerlendirilmemiştir. Dolayısıyla, DDT-BE'nin mevcut çalışmadaki olumlu etkilerinin TSSB ile bağlantısına yorum yapılamamaktadır. Bu kapsamda, ileriki çalışmaların TSSB'nu da değerlendirmesi önerilmektedir. Tiroid rahatsızlıklarına yönelik gerçekleştirilen çalışmalarda bu öneriyi veren çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, doğum sonrası majör depresyonu olan kadınlarla gerçekleştirilen bir çalışmada, cinsel travma özgeçmişinin tiroid rahatsızlığı geliştirme riskini artırdığı saptanmış, çalışmanın kısıtlılıkları arasında TSSB'nun incelenmemiş olması bildirilmiştir (Plaza ve ark., 2010). Bir diğer çalışma ise, %7.7'si tiroid rahatsızlığı olan 680 katılımcıda tıbbi rahatsızlıklar ve travmatik yaşantılar arasında (fiziksel, cinsel vb.) bir ilişki olup olmadığını ve bir ilişki olduğu durumda TSSB'nun bu ilişkilerde aracı olup olmadığını incelemiştir (Norman ve ark., 2006). Katılımcılarda %40.8'lik bir oranla en yaygın olan travmatik yaşantı “başka birinin yaralandığına/öldüğüne tanıklık etmek” olmuş, TSSB ise %18'inde saptanmıştır. Ortaya çıkan bulgular, erkeklerde travmatik yaşantıların artrit ve diyabet ile ilişkili olduğu ve TSSB'nun travma ve artrit arasındaki ilişkide aracı olduğu, ancak travmatik

yaşantılar ve diyabet arasındaki ilişkide aracı olmadığını göstermiştir. Kadınlarda ise, travmatik yaşantıların diyabet ve kanser ile ilişkisinin olduğu ve TSSB'nun bu iki ilişkide de aracı olmadığı ortaya çıkmıştır. Hâlihazırda, gözlemlendiği kadarı ile Haşimoto hastalığı olan kadınlarda travmatik yaşantılar ve TSSB arasındaki ilişkiler belirsizdir.

Üçüncüsü, geçmiş çalışmalarda tıbbi rahatsızlığı olan bireylerin öz-bildirim ölçeklerini doldurmada oldukça hatasız olduğu saptanmış olmasına rağmen, tüm veriler öz-bildirim ölçekleri ile toplanmıştır ve bulgular öz-bildirim ölçeklerinin sınırlılıkları göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir (Kehoe, Wu, Leske ve Chylack, 1994; Newman ve ark., 2000). Benzer olarak, çocukluk çağı travmatik yaşantıları geriye dönük değerlendirildiğinden hatırlama yanlılığı dikkate alınmalıdır (Bremner ve ark., 2003).

Sınırlılıkların yanı sıra, travma yaşayan bireylerin daha sıklıkla tedavi arayışında olduğu bilinmektedir (Green ve Kimerling, 2004; Norman ve ark., 2006). Dolayısıyla, ortaya çıkan travma bulguları değerlendirilirken yukarıya doğru yanlılığın olmuş olabileceği dikkate alınmalıdır. İleriki çalışmalar, Haşimoto hastalığı olmayan bireyleri de çalışmaya dâhil ederek bu hususlara ışık tutabilir. Aynı zamanda, menopoz gibi farklı rahatsızlıkların etkilerini olabildiğince kısıtlamak ve olabildiğince homojen bir grupta çalışmayı gerçekleştirmek için hâlihazırda çalışmada katılımcılar 18-45 yaş aralığı ile sınırlı tutulmuştur. Yaş olarak hem 45 yaş altı hem de 45 yaş üstü Haşimoto hastalığı olan bireyler ile gerçekleştirilen bir çalışmada hem 20-49 yaş arası hem de 50 yaş ve üzeri Haşimoto hastalığı olan bireylerin depresyon puanlarının sağlıklı bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($p<.001$) saptanırken, anksiyetenin sadece 20-49 yaş arası grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Djurovic ve ark., 2018). Dolayısıyla, ileriki çalışmalar bu çalışmada gerçekleştirilen işlemleri sadece 18-45 yaş aralığında Haşimoto hastalığı olan kadınlar ile değil, 45 yaş üstü kadınları da dâhil ederek gerçekleştirmelerinin önemli olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ

Bu tez çalışmasının temel amacı, ilaç tedavisi ile tiroid hormon yetersizlikleri giderilmiş olmasına rağmen, tam olarak iyi olamadıkları birçok çalışma kapsamında bulgularanan Haşimoto hastalığı olan bireylerin (Quinque ve ark., 2013; Giynaş Ayhan ve ark., 2014; Yalçın ve ark., 2017; Peterson ve ark., 2018) tıbbi tedavilerini destekleyebilecek yöntemlere yönelik literatüre katkı sağlamak olmuştur. Bu kapsamda, Haşimoto hastalığı olan 62 kadına 14-haftalık DDT-BE, 14-haftalık Grup BDT ve bekleme listesi grubu şeklinde üç farklı yöntemden biri uygulanarak, bu uygulamaların yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete, stres, çok boyutlu psikolojik iyi oluş, duygu düzenleme güçlüğü, duygusal tepkisellik ve sıkıntıya dayanma üzerindeki etkileri öntest, sontest ve izlem ölçümlü, eşleştirilmiş grup desen kapsamında incelenmiştir.

Alanyazın incelendiğinde, gözlemlendiği kadarı ile, mevcut çalışmanın hem DDT-BE'nin otoimmün hastalığı olan bireylere uygulandığı ilk çalışma özelliğini taşıdığı, hem de DDT-BE, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarının bir otoimmün hastalık üzerindeki etkilerinin karşılaştırılarak incelendiği ilk çalışma özelliğini taşıdığı söylenebilir. Aynı zamanda, Haşimoto hastalığı olan bireyler ile gerçekleştirilen tek uygulamalı çalışmanın, 60 Haşimoto hastalığı olan kadına uygulanan 8-haftalık stres yönetimi programının depresyon, anksiyete, stres ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışma (Markomanolaki ve ark., 2019) olduğu göz önünde bulundurulduğunda, mevcut çalışmanın DDT-BE, Grup BDT ve bekleme listesi grubunun Haşimoto hastalığı olan kadınlardaki çok boyutlu psikolojik iyi oluş, duygu düzenleme güçlüğü, duygusal tepkisellik ve sıkıntıya dayanma gibi psikolojik değişkenler üzerindeki etkilerinin incelendiği ilk çalışma özelliğini taşıdığı söylenebilir.

Ortaya çıkan bulgular incelendiğinde, çalışmada uygulanan 14-haftalık DDT-BE, 14-haftalık Grup BDT ve bekleme listesi grubu işlemlerinin arasında DDT-BE'ne katılan Haşimoto hastalığı olan kadınların, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarındaki Haşimoto hastalığı olan kadınlara kıyasla, WHOQOL-BREF (TR) genel sağlık puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış, ÇBPİÖÖ çevresel hâkimiyet

puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış, DASS-21 depresyon, anksiyete ve stres puanlarının tümünde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma, DDGÖ-16 duygu düzenleme güçlüğü puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma, DTÖ dayanıklılık puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış ve SDÖ tolerans puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu saptanmış ve çalışmanın hipotezleri ile uyumlu olarak bu artış ve azalışların iki ay izlem ölçümlerinde devam ettiği ortaya çıkmıştır. Grup BDT ve bekleme listesi gruplarında ise, istatistiksel olarak anlamlı olan herhangi bir bulgu saptanmamıştır.

Haşimoto hastalığı olan bireylerin ilaç tedavisine rağmen tam olarak iyi olamamalarının en yaygın sebebinin Haşimoto hastalığını tanımlayan otoimmün tepkiden kaynaklı olduğunu bulgulayan çalışmalar (Carta ve ark., 2004; Müssig ve ark., 2011; Ott ve ark., 2011; Groer ve Vaughan, 2013; Giynaş Ayhan ve ark., 2014; Yalçın ve ark., 2017; Djurovic ve ark., 2018) ve bu otoimmün tepkinin etiolojisindeki en önemli faktörün stres olabileceğini bulgulayan çalışmalar (Elenkov ve Chrousos, 2002; Carta ve ark., 2004; Friedman ve ark., 2005; Plaza ve ark., 2010; Özata, 2020 s.83) dikkate alındığında, DDT-BE'nin, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına kıyasla, istatistiksel olarak anlamlı seviyede etkili olduğu değişkenler arasında özellikle strese yönelik etkisinin önem taşıdığı düşünülmektedir. Nitekim, stres seviyelerinin azalması, otoimmün tepkinin azalmasına işaret ederek, ilaç tedavisine rağmen tam olarak iyi olamayan Haşimoto hastalığı olan bireylerin iyilik hâlinin artabileceğine işaret edebilmektedir (Carta ve ark., 2004; Müssig ve ark., 2011; Ott ve ark., 2011; Groer ve Vaughan, 2013; Markomanolaki ve ark., 2019).

Bunun en önemli örneği, Haşimoto hastalığı olan kadınlarla gerçekleştirilen tek uygulamalı çalışmada, 8-haftalık stres yönetimi programının Haşimoto hastalığı olan kadınların stres düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede azalmasında ve bunun bir uzantısı olarak, bu katılımcıların hem yaşam kalitelerinde istatistiksel olarak anlamlı seviyede artış olmasında, hem de Haşimoto hastalığındaki otoimmün tepkinin unsurlarından olan anti-TPO ve anti-TG arasında, anti-TG düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı seviyede azalma olmasında ortaya çıkmıştır (Markomanolaki ve ark., 2019). Bu bulgular kapsamında, DDT-BE'nin, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına kıyasla, stres düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı seviyede azaltmasının

Haşimoto hastalığı olan kadınların anti-TPO ve anti-TG düzeyleri üzerine ne türden etkilerinin olabileceğine yönelik soru gündeme gelmektedir. İleriki çalışmaların, bu soruya ışık tutması tartışma ve öneriler bölümünde detaylandırılmıştır.

Diğer taraftan, hipotiroidisi olan bireylere kıyasla, özellikle Haşimoto hastalığı olan bireylerin daha düşük yaşam kalitesinden muzdarip olduğunu (Yalçın ve ark., 2017; Morón-Díaz ve ark., 2021) ve Haşimoto hastalığı olan bireylerin en yaygın olan şikâyetinin düşük yaşam kalitesi olduğunu (Saravanan ve ark., 2002; Bianchi ve ark., 2004; Watt ve ark., 2012) bulgulayan çalışmalar kapsamında, mevcut çalışmada yaşam kalitesinin bir ölçütü olan WHOQOL-BREF-TR genel sağlık puanlarını, Grup BDT ve bekleme listesi gruplarına kıyasla, DDT-BE'nin istatistiksel olarak anlamlı seviyede arttırması ve bu artışın iki ay izlem ölçümlerinde devam etmesi bulgusunun önem taşıdığı düşünülmektedir. Nitekim, yaşam kalitesinin bir ölçütü olan genel sağlık alt boyutunda saptanan bu bulgunun, Amerika Tiroid Derneği, Avrupa Tiroid Derneği ve İngiliz Tiroid Derneği'nin Haşimoto hastalığı olan bireylerde iyilik hâlini artıracak ek yöntemlerin araştırılması çağrısına bir yanıt verdiği söylenebilir (Okosieme ve ark., 2015). İleriki çalışmalar, DDT-BE'nin Haşimoto hastalığı olan kadınların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini daha çok araştırarak, Haşimoto hastalığı tedavi yönergelerinin geliştirilmesine daha fazla katkı sağlayabilir.

Son olarak, Grup BDT'nin, DDT-BE ve bekleme listesi gruplarına kıyasla, mevcut çalışmadaki bağımlı değişkenler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı seviyede herhangi bir etkisi olmamakla birlikte, Grup BDT'nin uygulandığı gruplarda uygulama sonrası ortaya çıkan bulguların mevcut çalışmadaki bağımlı değişkenlerin birçoğunda çalışmanın hipotezleri ile uyumlu bir seyir gösterdiği ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla, Grup BDT'nin, DDT-BE ve bekleme listesi gruplarına kıyasla, istatistiksel olarak anlamlı seviyede herhangi bir etkisinin olmamasının Grup BDT'nin haftalık oturumlarının süreleri, haftalık oturumlarda ödev kontrolü süreleri ve çalışmayı yarıda-bırakan katılımcı sayısı oranları gibi faktörlerden kaynaklı olabileceğini ve Grup BDT'nin Haşimoto hastalığı olan kadınlar üzerindeki etkisinin daha iyi anlaşılması adına ek çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmalar için öneriler tartışma bölümünde kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır.

KAYNAKÇA

- Ajjan, R. A., & Weetman, A. P.** (2015). The Pathogenesis of Hashimoto's Thyroiditis: Further Developments in our Understanding, *Hormone and Metabolic Research*, 47 (10), 702-710.
- Akın, A., & Akın, A.** (2015). *Psikolojide Kullanılan Güncel Ölçme Araçları-Cilt 2* (2.bs.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, s. 129-188.
- Alexander, P., Neimeyer, R., Follete, V., Moore, M., & Harter, S.** (1989). A comparison of group therapy treatment of women sexually abused as children, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 479-483.
- Alhashemi, A., Jones, J. M., Goldstein, D. P., Mina, D. S., Thabane, L., Sabiston, C. M., Chang, E. K., Brierley, J. D., & Sawka, A. M.** (2017). An exploratory study of fatigue and physical activity in Canadian thyroid cancer patients, *Thyroid*, 27, 1156-1163.
- American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM-5)* (5.bs.). Arlington, VA.
- American Thyroid Association.** (2017). Prevalence and Impact of Thyroid Disease. <<https://www.thyroid.org/media-main/about-hypothyroidism/>>, erişim tarihi 17.09.2021.
- Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. K., Krakauer, K., Gluud, C., Thomsen, R. R., Randers, L., & Nordentoft, M.** (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder: a randomized observer-blinded clinical trial, *Depression and Anxiety*, 33, 520-530.
- Antonelli, A., Ferrari, S. M., Ragusa, F., Elia, G., Paparo, S. R., Ruffilli, I., ... & Fallahi, P.** (2020). Graves' disease: epidemiology, genetic and environmental risk factors and viruses, *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 34, 101387.
- Arı, İ.** (2020). *Diyalektik davranış terapisi beceri eğitimi'nin depresyon seviyesi üzerindeki etkisi*. Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Şehir Üniversitesi, İstanbul.

- Arıkan, E.** (2021). *Sorular ve Cevaplar ile Haşimoto Hastalığı*. İstanbul: Çağlayan Yayınevi.
- Attard, C. C., & Vella, S.** (2018). Aetiology of Thyroid Autoimmunity, *Malta Medical Journal*, 30 (1), 26-30.
- Attard, C. C., Sze, W. C. C., & Vella, S.** (2022). Predictors of autoimmune thyroid disease, *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 35 (5), 608-614.
- Bağış, T., Gökçel, A., & Saygılı, E. S.** (2001). Autoimmune Thyroid Disease in Pregnancy and the Postpartum Period: Relationship to Spontaneous Abortion, *Thyroid*, 11 (11), 1049–1053.
- Bal, F.** (2021). *Bilişsel davranışçı terapi yönteminin tinnitus üzerindeki etkinliğinin değerlendirilmesi*. Odyoloji Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
- Balcı, H.** (2014). *Bilişsel davranışçı terapi ile tedavi edilen vajinismuslu kadınlarda ve eşlerinde tedavi öncesi ve sonrası benlik saygısı, özyeterlilik ve yaşam kalitesi düzeyleri*. Psikiyatri Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Barnhofer, T., Chittka, T., Nightingale, H., Visser, C., & Crane, C.** (2010). State Effects of Two Forms of Meditation on Prefrontal EEG Asymmetry in Previously Depressed Individuals, *Mindfulness (NY)*, 1 (1), 21-27.
- Beck, A. T.** (1972). *Depression: Causes and Treatment*. Filedelfiya: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P.** (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model, *Annual Review of Clinical Psychology*, 10 (1), 1–24.
- Beck, J. S.** (2011). *Cognitive Behavior Therapy Basics and Beyond* (2.bs.). New York: The Guilford Press.
- Berardelli, I., Bloise, M. C., Bologna, M., Conte, A., Pompili, M., Lamis, D. A., Pasquini, M., & Fabbrini, G.** (2018). Cognitive behavioral group therapy versus psychoeducational intervention in Parkinson's disease. *Neuropsychiatric Disease Treatment*, 26(14), 399-405.
- Bothra, N., Shah, N., Goroshi, M., Jadhav, S., Padalkar, S., Thakkar, H., ... Bandgar, T.** (2017). Hashimoto's thyroiditis: relative recurrence risk ratio and implications for screening of first-degree relatives. *Clinical Endocrinology*, 87 (2), 201–206.

- Bianchi, G. P., Zaccheroni, V., Solaroli, E., Vescini, F., Cerutti, R., Zoli, M., & Marchesini, G.** (2004). Health-related quality of life in patients with thyroid disorders, *Quality of Life Research*, 13 (1), 45-54.
- Birgün, A.** (2021). Sporcuların Aleksitimi ve Sıkıntıya Dayanma Düzeyinin İncelenmesi. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi.
- Bogusławska, J., Godlewska, M., Gajda, E., & Piekuelko-Witkowska, A.** (2022). Cellular and molecular basis of thyroid autoimmunity, *European Thyroid Journal*, 11 (1), e210024.
- Black, D. S., & Slavich, G. M.** (2016). Mindfulness meditation and the immune system: a systematic review of randomized controlled trials, *Annals of the New York Academy of Science*, 1373 (1), 13-24.
- Blanchin, S., Coffin, C., Viader, F., Ruf, J., Carayon, P., Potier, F., ... Ballet, J. J.** (2007). Anti-thyroperoxidase antibodies from patients with Hashimoto's encephalopathy bind to cerebellar astrocytes, *Journal of Neuroimmunology*, 192 (1-2), 13-20.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D., Larimer, M. E., Blume, A. W., Parks, G. A., & Marlatt, G. A.** (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population, *Psychology of Addictive Behaviors*, 20 (3), :343-347.
- Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Southwick, S. M., McGlashan, T., Staib, L. H., Soufer, R., & Charney, D. S.** (2003). Neural correlates of declarative memory for emotionally valenced words in women with posttraumatic stress disorder related to early childhood sexual abuse, *Biological Psychiatry*, 53 (10), 879-889.
- British Thyroid Association.** (2017). *UK guidelines for the use of thyroid function tests*. British Thyroid Foundation (1.bs.). Harrogate: The Association for Clinical Biochemistry, s. 1–86.
- Brix, T. H., Hansen, P. S., Kyvik, K. O., & Hegedüs, L.** (2004). Aggregation of thyroid autoantibodies in first-degree relatives of patients with autoimmune thyroid disease is mainly due to genes: a twin study, *Clinical. Endocrinology (Oxford)*, 60, 329–334.
- Brix, T. H., Kyvik, K. O., & Hegedüs L.** (2000). A population-based study of chronic autoimmune hypothyroidism in Danish twins, *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85 (2), 536-539.
- Brodsky, B. S., & Stanley, B.** (2013). *The Dialectical Behavior Therapy primer: How DBT can inform clinical practice*. Somerset, NJ: John Wiley & Sons.

- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Zvolensky, M. J.** (2005). Distress tolerance and early smoking lapse, *Clinical Psychology Review*, 25, 713-733.
- Burns, D. D., & Auerbach, A. H.** (1992). Does homework compliance enhance recovery from depression?, *Psychiatric Annals*, 22 (9), 464-469.
- Bussen, S., Steck, T., & Dietl, J.** (2000). Increased prevalence of thyroid antibodies in euthyroid women with a history of recurrent in-vitro fertilization failure, *Human Reproduction*, 15(3), 545-548.
- Büyüköztürk, Ş.** (1998). Kovaryans Analizi (Varyans Analizi ile Karşılaştırmalı Bir İnceleme), *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES)*, 31 (1), 91-105.
- Can, A.** (2017). *SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi* (5.bs.). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Carlé, A., Bulow Pedersen, I., Knudsen, N., Perrild, H., Ovesen, L., Rasmussen, L. B., Jørgensen, T., & Laurberg, P.** (2012). Smoking cessation is followed by a sharp but transient rise in the incidence of overt autoimmune hypothyroidism—a population-based, case-control study, *Clinical Endocrinology*, 77 (5), 764-772.
- Carta, M. G., Loviselli, A., Hardoy, M. C., Massa, S., Cadeddu, M., Sardu, C., ... Mariotti, S.** (2004). The link between thyroid autoimmunity (antithyroid peroxidase autoantibodies) with anxiety and mood disorders in the community: a field of interest for public health in the future, *BMC Psychiatry*, 4 (25).
- Caturegli, P., De Remigis, A., & Rose, N. R.** (2014). Hashimoto thyroiditis: clinical and diagnostic criteria, *Autoimmunity Reviews*, 13, 391-397.
- Chugani, C. D.** (2015). Dialectical behavior therapy in college counseling centers: Current literature and implications for practice, *Journal of College Student Psychotherapy*, 29, 120-131.
- Cole, C., & Barney, E.** (1987). Safeguards and the therapeutic window: a group treatment strategy for adult incest survivors, *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 601-609.
- Courbasson, C., Nishikawa, Y., & Dixon, L.** (2012). Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9, 434-449.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M.** (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory, *Psychology Bulletin*, 135, 495-510.

- Cunningham, N., Fussner, L., Moorman, E., Avar Aydin, P. O., Brunner, H., & Kashikar-Zuck, S. (2019). Development and pilot testing of the treatment and education approach for childhood-onset lupus (TEACH): a cognitive behavioral treatment, *Pediatric Rheumatology*, 17 (1), 9.
- Çapar Çiftçi, M. (2021). *Şizofreni tanılı bireylerde bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsel iyileşmeye etkisi*. Psikiyatri Hemşireliği Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi, İstanbul.
- Çelebi, E. (2017). *Diyalektik davranış terapisi. Psikoterapi Yöntemleri: Kuramlar ve Uygulama*, Koroğlu, E. & Türkçapar, H. (Editörler). HYB: Ankara.
- Çetinkaya Duman, Z., Kocaman, N., Üçok, A., Er, F., Kanık, T., & Doğaner, M. (2006). Yatan Hastalarda Psikoeğitsel Tedavi Grubunun Etkinliği, *Düşünen Adam*, 19 (2), 64-71.
- Çökmüş, F. P., Balıkçı, K., Aydemir, Ö., Akdeniz, F., Sücüllüoğlu Dikici, D., Yüzeren, S., ... Koroğlu, E. (2017). DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği Türkçe Erişkin Formunun geçerliliği ve güvenilirliği, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18 (2), 5-12.
- Davidson, R. J., Lewis, D. A., Alloy, L. B., Amaral, D. G., Bush, G., & Cohen, J. D. (2002). Neural and behavioral substrates of mood and mood regulation, *Biological Psychiatry*, 52, 478–502.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation, *Psychosomatic Medicine*, 65 (4), 564-570.
- Dayan, C. M., & Daniels, G. H. (1996). Chronic autoimmune thyroiditis, *The New England Journal of Medicine*, 2, 99–107.
- Dendrinis, S., Papasteriades, C., Tarassi, K., Christodoulakos, G., Prasinos, G., & Creatsas, G. (2000). Thyroid autoimmunity in patients with recurrent spontaneous miscarriages, *Gynecological Endocrinology*, 14 (4), 270–274.
- Devran, H. (2018). *Süleyman Demirel Üniversitesi Fakültelerinde Eğitim Gören Öğrencilerde Psikolojik İyi Oluş Düzeyi ve Etkileyen Etmenler*. Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Dimeff, L.A., & Koerner, K. (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice. Applications Across Disorders and Settings* (1.bs.). New York: The Guilford Press. s. 1-18.

- Djurovic, M., Pereira, A.M., Smit, J.W.A., Vasovic, O., Damjanovic, S., Jemuovic, Z., Pavlovic, D., Miljic, D., Pekic, S., Stojanovic, M., Asanin, M., Krljanac, G., & Petakov, M. (2018). Cognitive functioning and quality of life in patients with Hashimoto thyroiditis on long-term levothyroxine replacement, *Endocrine*, 62 (1), 136-143.
- Effraimidis, G., Tijssen, J. G., & Wiersinga, W. M. (2009). Discontinuation of smoking increases the risk for developing thyroid peroxidase antibodies and/or thyroglobulin antibodies: a prospective study, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94 (4), 1324–1328.
- Effraimidis, G., Tijssen, J. G., Brosschot, J. F., & Wiersinga, W. M. (2012). Involvement of stress in the pathogenesis of autoimmune thyroid disease: a prospective study. *Psychoneuroendocrinology*, 37 (8), 1191-1198.
- Elenkov, I. J., & Chrousos, G. P. (2002). Stress Hormones, Proinflammatory and Antiinflammatory Cytokines, and Autoimmunity, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 966 (1), 290–303.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: A comprehensive method of treating human disturbances: Revised and updated*. New York: Citadel Publication.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy* (2.bs.). New York: Springer Publishing Company.
- Elmas, H. G., Cesur, G., & Oral, T. (2017). Aleksitimi ve Patolojik Kumar: Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28 (1), 17-24.
- Engle, E., Gadischkie, S., Roy, N., & Nunziato, D. (2013). Dialectical behavior therapy for a college population: Applications at Sarah Lawrence College and beyond, *Journal of College Student Psychotherapy*, 27, 11–30.
- Erçetin, C., Sahbaz, N. A., Acar, S., Tatal, F., & Erbil, Y. (2020). Impact of Photobiomodulation on T3/T4 Ratio and Quality of Life in Hashimoto Thyroiditis, *Photobiomodulation, Photomedicine, and Laser Surgery*, 1-4.
- Ergün, M. (1995), *Bilimsel Araştırmalarda Bilgisayarla İstatistik Uygulamaları: SPSS for Windows*. Ankara: Ocak Yayınları.
- Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S., Elbi, H., & Göker, E. (1999). WHOQOL 100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri, *3P Dergisi*, 7, 23-40.

- ETA Guidelines.** (2021). European Thyroid Association. <
https://www.eurothyroid.com/guidelines/eta_guidelines.html>, erişim
tarihi 18.01.2022.
- Farrés, C. C., Pascual, J. C., Elices, M., Navarro, H., Blanco, A., & Soler, J.** (2018). Factors predicting early dropout from dialectical behaviour therapy in individuals with borderline personality disorder, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46, 226-233.
- Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M.** (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 47 (4), 316-321.
- Fleming, A. P., McMahon, R. J., Moran, L. R., Peterson, A. P., & Dreessen, A.** (2015). Pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy group skills training for ADHD among college students, *Journal of Attention Disorders*, 19, 260-271.
- Forman, E. M., & Herbert, J. D.** (2009). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance-based therapies. In: *General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy*. O'Donohue, W & Fisher, J. E. (Editörler) s. 77-101. NJ: Wiley.
- Friedman, M. J., Wang, S., Jalowiec, J. E., McHugo, G. J., & McDonagh-Coyle, A.** (2005). Thyroid hormone alterations among women with posttraumatic stress disorder due to childhood sexual abuse, *Biological Psychiatry*, 57, 1186–1192.
- Fulga, I., Perju-Dumbrava, D., & Crassas, R.** (2008). Suicide by "non-lethal" firearm, *Romanian Journal of Legal Medicine*, 16 (1), 23-26.
- Fuller-Thomson, E., Kao, F., Brennenstuhl, S., & Yancura, L. A.** (2013). Exploring Gender Differences in the Association Between Childhood Physical Abuse and Thyroid Disorders, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22 (6), 590-610.
- Giynaş Ayhan, M., Uğuz, F., Aşkın, R., & Gönen, M. S.** (2014). The prevalence of depression and anxiety disorders in patients with euthyroid Hashimoto's thyroiditis: a comparative study, *General Hospital Psychiatry*, 36, 95-98.
- Godfrin, K. A., & van Heeringen, C.** (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study, *Behaviour Research and Therapy*, 48 (8), 738-746.

- Goodman, B., & Nowak-Scibelli, D.** (1985). Group treatment for women incestuously abused as children, *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 531–544.
- Göcen G.** (2012). Şükür ve psikolojik iyi olma arasındaki ilişki üzerine bir alan araştırması. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi.
- Grant, J. A., & Rainville, P.** (2009). Pain sensitivity and analgesic effects of mindful states in Zen meditators: a cross-sectional study, *Psychosomatic Medicine*, 71 (1), 106-114.
- Gratz, K. L., & Roemer, L.** (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (1), 41–54.
- Green, B. L., & Kimerling, R.** (2004). Trauma, PTSD, and health status. In P. P. Schnurr ve B. L. Green (Eds.), *Physical health consequences of exposure to extreme stress* (s. 13–42). Washington, DC: American Psychological Association.
- Groer, M. W., & Vaughan, J. H.** (2013). Positive Thyroid Peroxidase Antibody Titer Is Associated with Dysphoric Moods during Pregnancy and Postpartum, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(1), E26–E32.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W.** (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting positive and negative emotions, *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95–103.
- Guarneri, F., & Benvenga, S.** (2007). Environmental factors and genetic background that interact to cause autoimmune thyroid disease, *Current Opinion in Endocrinology: Diabetes and Obesity*, 14, 398–409.
- Guldvog, I., Reitsma, L. C., Johnsen, L., Lauzike, A., Gibbs, C., Carlsen, E., ... Sjøland, H.** (2019). Thyroidectomy Versus Medical Management for Euthyroid Patients With Hashimoto Disease and Persisting Symptoms, *Annals of Internal Medicine*, 170 (7), 453.
- Gülseren, S., Gülseren, L., Hekimsoy, Z., Çetinay, P., Özen, C., & Tokathoğlu, B.** (2006). Depression, anxiety, health-related quality of life, and disability in patients with overt and subclinical thyroid dysfunction, *Archives of Medical Research*, 37 (1), 133-139.
- Gündoğan, E., & Arıkan, S.** (2022). Polikistik Over Sendromu Olan Genç Bireylerin 12 haftalık Diyalektik Davranış Terapisi Beceri Eğitimi Deneyimlerinin Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz ile İncelenmesi,

Journal of Social and Humanities Sciences Research, 9 (86), 1561-1576.

- Goldstein, T. R., Fersch-Podrat, R. K., Rivera, M., Axelson, D. A., Merranko, J., Yu, H., Brent, D. A., & Birmaher, B.** (2015). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: Results from a pilot randomized trial, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25, 140-149.
- Goodman, M., Carpenter, D., Tang, C. Y., Goldstein, K. E., Avedon, J., Fernandez, N., Mascitelli, K. A., Blair, N. J., New, A. S., Triebwasser, J., Siever, L. J. & Hazlett, E. A.** (2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder, *Journal of Psychiatric Research*, 57, 108-116.
- Hayes, S. C.** (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and third wave of behavioral cognitive therapies, *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pisterollo, J.,... McCurry, S. M.** (2004). Measuring experiential avoidance. A preliminary test of a working model, *Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hazzard, A., Rogers, J. H., & Angert, L.** (1993). Factors affecting group therapy outcome for adult sexual abuse survivors, *International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 453-468.
- Herman, J., & Schatzow, E.** (1984). Time limited group therapy for women with history of incest, *International Journal of Group Psychotherapy*, 34, 605-616.
- Herbert, J. D., & Forman, E. M.** (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. John Wiley & Sons Inc.
- Hersen, M., & Sledge, W.** (2002). *Encyclopedia of Psychotherapy*. USA: Elsevier Science.
- Hoang, T. D., Olsen, C. H., Mai, V. Q., Clyde, P. W., & Shakir, M. K. M.** (2013). Desiccated Thyroid Extract Compared With Levothyroxine in the Treatment of Hypothyroidism: A Randomized, Double-Blind, Crossover Study, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98 (5), 1982-1990.

- Horwath, E., & Weissman, M. M.** (1995). Epidemiology of depression and anxiety Disorders. In *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, Editörler: Tsuang, M. T., Tohen, M., & Zahner, G. E. P. New York: Wiley Liss.
- Hu, S., & Rayman, M. P.** (2017). Multiple Nutritional Factors and the Risk of Hashimoto's Thyroiditis, *Thyroid*, 27 (5), 597-610.
- Ittermann, T., Völzke, H., Baumeister, S. E., Appel, K., & Grabe, H. J.** (2015). Diagnosed thyroid disorders are associated with depression and anxiety, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50 (9), 1417-1425.
- İmamoğlu, E. O.** (2004). *Self-related correlates of well-being*. Unpublished manuscript.
- Jackson, I. M. D.** (1998). The Thyroid Axis and Depression, *Thyroid*, 8 (10), 951–956.
- Jara, L. J., Navarro, C., Medina, G., Vera-Lastra, O., & Blanco, F.** (2006). Immune-Neuroendocrine Interactions and Autoimmune Diseases, *Clinical and Developmental Immunology*, 13 (2-4), 109–123.
- Johnson, P. R., & Indvik, J.** (1997). The boomer blues: Depression in the workplace, *Public Personnel Management*, 26 (3), 359-365.
- Jung, S. J., Kang, J. H., Roberts, A. L., Nishimi, K., Chen, Q., Sumner, J. A., ... Koenen, K. C.** (2019). Posttraumatic stress disorder and incidence of thyroid dysfunction in women, *Psychological Medicine*, 49 (15), 2551-2560.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W.** (1986). Four year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance, *Clinical Journal of Pain*, 2, 159–173
- Kansagra, S. M., McCudden, C. R., & Willis, M. S.** (2010). The challenges and complexities of thyroid hormone replacement, *Lab Medicine*, 41, 338–348.
- Kapıcı, Y., Güç, B., & Tekin, A.** (2022). Psychotic Depression Related to Hashimoto's Thyroiditis: A Case Report, *Medical Records*, 4 (1), 120-122.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R.** (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7 (2), 189–202.

- Kehoe, R., Wu, S. Y., Leske, M. C., & Chylack, L. T.** (1994). Comparing self-reported and physical-reported medical history, *American Journal of Epidemiology*, 15, 813–818.
- Kelderman-Bolk, N., Visser, T. J., Tijssen, J. P., & Berghout, A.** (2015). Quality of life in patients with primary hypothyroidism related to BMI, *European Journal of Endocrinology*, 173 (4), 507-515.
- Koerner, K.** (2012). *Doing Dialectical Behavior Therapy: A practical guide*. New York: The Guilford Press.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I., & Bastian, L. A.** (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder, *Behavior Therapy*, 32, 371–390.
- Kotkowska Z, Strzelecki D.** (2022). Depression and Autoimmune Hypothyroidism-Their Relationship and the Effects of Treating Psychiatric and Thyroid Disorders on Changes in Clinical and Biochemical Parameters Including BDNF and Other Cytokines-A Systematic Review, *Pharmaceuticals (Basel)*, 15 (4), 391.
- Koulil, S. S., Ferwerda, M., van Beugen, S., van Middendorp, H., van de Kerkhof, P. C. M., van Riel P. L. C. M., & Evers, A. W. M.** (2018). Tailored Therapist-guided Internet based Cognitive-behavioural Treatment for Psoriasis and Rheumatoid Arthritis: Two Case Reports, *Acta Dermato-Venereologica*, 98 (2), 225–233.
- Krassas, G. E., Tziomalos, K., Pontikides, N., Lewy, H., & Laron, Z.** (2007). Seasonality of month of birth of patients with Graves' and Hashimoto's diseases differ from that in the general population, *European Journal of Endocrinology*, 156 (6), 631-636.
- Kudielka, B. M., & Wust, S.** (2010). Human models in acute and chronic stress: assessing determinants of individual hypothalamus-pituitary-adrenal axis activity and reactivity, *Stress*, 13, 1–14.
- Kutteh, W. H., Yetman, D. L., Carr, A. C., Beck, L. A., & Scott, R. T. Jr.** (1999). Increased prevalence of antithyroid antibodies identified in women with recurrent pregnancy loss but not in women undergoing assisted reproduction, *Fertility and Sterility*, 71 (5):843-848.
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S. Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R. Huijbers, M., Ma, H., ... Dalglish, T.** (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials, *JAMA Psychiatry*, 73 (6), 565–574.

- Küçük, H. D.** (2022). Sağlık Çalışanlarının Sıkıntıya Dayanma ve Yorgunluk Şiddeti Düzeylerinin, Uyku ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi.
- Lan, H., Wen, J., Mao, Y., Huang, H., Chen, G., & Lin, W.** (2022). Combined T4 + T3 therapy versus T4 monotherapy effect on psychological health in hypothyroidism: A systematic review and meta-analysis, *Clinical Endocrinology (Oxford)*, 97 (1), 13-25.
- Lazaridou, A., Kim, J., Cahalan, C. M., Loggia, M. L., Franceschelli, O., Berna, C., ... Edwards, R. R.** (2016). Effects of Cognitive-behavioral Therapy (CBT) on Brain Connectivity Supporting Catastrophizing in Fibromyalgia, *The Clinical Journal of Pain*, 1.
- Lazarus, R. S.** (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Leese, G. P., Flynn, R. V., Jung, R. T., MacDonald, T. M., Murphy, M. J., & Morris, A. D.** (2007). Increasing prevalence and incidence of thyroid disease in Tayside, Scotland: the Thyroid Epidemiology Audit and Research Study (TEARS), *Clinical Endocrinology*, 68, 311–316.
- Linehan, M. M.** (1993) *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R.** (2005). The course and evolution dialectical behavior therapy, *American Journal of Psychotherapy*, 69, 97-110.
- Linehan, M. M.** (2015a) *Dialectical Behavior Therapy Skills Training Manual (2.bs.)*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M.** (2015b) *Dialectical Behavior Therapy Skills Training: Handouts and Worksheets (2.bs.)*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L.** (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A.** (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence, *The American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- Locke, S. J.** (2020). *“My Circle Has Become A Lot Smaller” Hashimoto’s Disease Disclosures in Close Friendships*. North Carolina: Wake Forest University.
- Lubin, H., & Johnson, D.R.** (1997) Group therapy for traumatized women, *International Journal of Group Psychotherapy*, 47, 271–290

- Lubin, H., Loris, M., Burt, J., & Johnson, D. R.** (1998). Efficacy of Psychoeducational Group Therapy in Reducing Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Multiply Traumatized Women, *American Journal of Psychiatry*, 155, 1172-1177.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J.** (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11 (1), 33-45.
- Lynch, T. R., Chapman, A.L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M.** (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations, *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459-480.
- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A.** (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: theory, treatment adaptations, and empirical outcomes, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 59-80.
- Manicavasagar, V., Parker, G., & Perich, T.** (2011). Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression, *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2), 138–144.
- Markomanolaki, Z. S., Tigani, X., Siamatras, T., Bacopoulou, F., Tsartsalis, A., Artemiadis, A., ... Darviri, C.** (2019). Stress Management in Women with Hashimoto's thyroiditis: A Randomized Controlled Trial, *Journal of Molecular Biochemistry*, 8 (1), 3–12.
- Marra, T.** (2005). *Dialectical Behavior Therapy in Private Practice: A Practical and Comprehensive Guide*. New Harbinger Publications.
- Martino, G., Caputo, A., Vicario, C. M., Feldt-Rasmussen, U., Watt, T. Quattropiani, M. C., Benvenega, S., & Vita, R.** (2021). Alexithymia, Emotional Distress, and Perceived Quality of Life in Patients With Hashimoto's Thyroiditis, *Frontiers in Psychology*, 12, 667237.
- Mathur, S., Sharma, M. P., Balachander, S., Kandavel, T., & Reddy, Y. J.** (2021). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy vs stress management training for obsessive-compulsive disorder, *Journal of Affective Disorders*, 282, 58–68.
- McLachlan, S. M., & Rapoport, B.** (2004). Why measure thyroglobulin autoantibodies rather than thyroid peroxidase autoantibodies?, *Thyroid*, 14, 510–520.
- McLeod, D. S., & Cooper, D. S.** (2015). The incidence and prevalence of thyroid autoimmunity, *Endocrine*, 42, 252–265.

- McMain, S., Korman, L. M., & Dimeff, L.** (2001). Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation, *Journal of Clinical Psychology*, 57, 183-196.
- Mehuys, E., Lapauw, B., T'Sjoen, G., Christiaens, T., Sutter, A., Steurbaut, S., Tongelen, I., & Boussery, K.** (2023). Investigating Levothyroxine Use and Its Association with Thyroid Health in Patients with Hypothyroidism: A Community Pharmacy Study, *Thyroid*, 33 (8), 918-926.
- Melyani, M.** (2013). Mindfulness based cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy on residual symptoms in recurrent Depression, *International Journal of Behavioral Sciences*, 7 (2), 159-166.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M.** (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- Merrilli S. J., & Mu, Y.** (2015). Thyroid autoimmunity as a window to autoimmunity: An explanation for sex differences in the prevalence of thyroid autoimmunity, *Journal of Theoretical Biology*, 375, 95-100.
- Mikocka-Walus, A., Bampton, P., Hetzel, D., Hughes, P., Esterman, A., & Andrews, J. M.** (2017). Cognitive-Behavioural Therapy for Inflammatory Bowel Disease: 24-Month Data from a Randomized Controlled Trial, *International Journal of Behavioral Medicine*, 24 (1), 127-135.
- Mizokami, T., Li, A. W., El-Kaissi, S., & Wall, J. R.** (2004). Stress and thyroid autoimmunity, *Thyroid*, 14, 1047–1055.
- Monat, A., & Lazarus, R. S.** (1991). *Stress and coping: An anthology* (3.bs.). New York: Columbia University Press.
- Morón-Díaz, M., Saavedra, P., Alberiche-Ruano, M. P., Rodríguez-Pérez, C. A., López-Plasencia, Y., Marrero-Arencibia, D., González-Lleó, A. M., & Boronat, M.** (2021). Correlation between TSH levels and quality of life among subjects with well-controlled primary hypothyroidism, *Endocrine*, 72 (1), 190-197.
- Morone, N. E., Greco, C. M., & Weiner, D. K.** (2008). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study, *Pain*, 134 (3), 310-319.
- Müssig, K., Künle, A., Säuberlich, A-L., Weinert, C., Ethofer, T., Saur, R., Klein, R., Häring, H-U., Klingberg, S., Gallwitz, B., & Leyhe, T.** (2012). Thyroid peroxidase antibody positivity is associated with symptomatic

distress in patients with Hashimoto's thyroiditis, *Brain, Behavior, and Immunity*, 26, 559- 563.

National Institute of Mental Health. (2007). Depression. <<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>>, erişim tarihi 10.10.2022.

Navarro-Haro, M. V., Modrego-Alarcón, M., Hoffman, H. G., López-Montoyo, A., Navarro-Gil, M., Montero-Marin, J. ve ark. (2019). Evaluation of a mindfulness-based intervention with and without virtual reality dialectical behavior therapy mindfulness skills training for the treatment of generalized anxiety disorder in primary care: a pilot study, *Frontiers in Psychology*, 10, 55.

Newman, M. G., Clayton, L., Zuellig, A., Cashman, L., Arnow, B., Dea, R., et al. (2000). The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization, *Psychological Medicine*, 30, 1063–1077.

NICE Guideline. (2019). Thyroid disease: assessment and management (NG145). <www.nice.org.uk/guidance/ng145>, erişim tarihi 17.09.2021.

Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., & Hooley, J. M. (2008). The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors, *Behavior Therapy*, 39 (2), 107-16.

Norman, S. B., Means-Christensen, A. J., Craske, M. G., Sherbourne, C. D., Roy-Byrne, P. P., & Stein, M. B. (2006). Associations between psychological trauma and physical illness in primary care, *Journal of Traumatic Stress*, 19 (4), 461–470.

Norton, P. J., Barrera, T. L., Mathew, A. R., Chamberlain, L. D., Szafranski, D. D., Reddy, R., & Smith, A. H. (2012). Effect of Transdiagnostic CBT for Anxiety Disorders on Comorbid Diagnoses, *Depression and Anxiety*, 30 (2), 168–173.

Okosieme, O., Gilbert, J., Abraham, P., Boelaert, K., Dayan, C., Gurnell, M., Leese, G., McCabe, C., Perros, P., Smith, V., Williams, G., & Vanderpump, M. (2015). Management of primary hypothyroidism: statement by the British Thyroid Association Executive Committee, *Clinical Endocrinology (Oxford)*, 84 (6), 799-808.

Omidi, A., Mohammadkhani, P., Mohammadi, A., & Zargar, F. (2013). Comparing Mindfulness Based Cognitive Therapy and Traditional Cognitive Behavior Therapy with Treatments as Usual on Reduction of Major Depressive Disorder Symptoms, *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(2),142-146.

- Ott, J., Meusel, M., Schultheis, A., Promberger, R., Pallikunnel, S. J., Neuhold, N., & Hermann, M.** (2011a). The incidence of lymphocytic thyroid infiltration and Hashimoto's thyroiditis increased in patients operated for benign goiter over a 31-year period, *Virchows Archiv*, 459 (3), 277–281.
- Ott, J., Promberger, R., Kober, F., Neuhold, N., Tea, M., Tea, M., Huber, J. C., & Hermann, M.** (2011b). Hashimoto's thyroiditis affects symptom load and quality of life unrelated to hypothyroidism: a prospective case-control study in women undergoing thyroidectomy for benign goiter, *Thyroid*, 21 (2), 161-167.
- Ögel, K.** (2012). *Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü dalga: Farkındalık (ayrısama) ve kabullenme temelli terapiler*. Ankara: HYB.
- Özata, M.** (2020). *Tiroid Hastalıklarına Fonksiyonel Bakış*. İstanbul: Efe Akademi Yayınevi.
- Özcan, Ö., & Gül Çelik, G.** (2017). Bilişsel Davranışçı Terapi, *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry – Special Topics*, 3 (2), 115-120.
- Özdel, K.** (2009). *Bilişsel davranışçı terapi ile tedavi edilen vajinismus olgularında tedavi öncesi ve sonrası depresyon anksiyete ve mükemmeliyetçilik düzeyleri*. Psikiyatri Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Özdel, K.** (2015). Düünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: teori ve uygulama, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 8 (2), 10-12.
- Paknys, G., Kondrotas, A. J., & Kevelaitis, E.** (2009). Hashimoto tiroidito rizikos veiksniai ir patogenezė [Risk factors and pathogenesis of Hashimoto's thyroiditis], *Medicina (Kaunas)*, 45 (7), 574-583.
- Panepinto, A. R., Uschold, C. C., Olandese, M., & Linn, B. K.** (2015). Beyond borderline personality disorder: Dialectical behavior therapy in a college counseling center. *Journal of College Student Psychotherapy*, 29, 211-226.
- Pardos-Gascón, E. M., Narambuena, L., Leal-Costa, C., Ramos-Morcillo, A. J., Ruzafa-Martínez, M., & van-der Hofstadt Román, C. J.** (2021). Psychological Therapy in Chronic Pain: Differential Efficacy between Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Therapy, *Journal of Clinical Medicine* 10, 35-44.
- Pearce, E. N., Farwell, A. P., & Braverman, L. E.** (2003). Thyroiditis, *New England Journal of Medicine*, 348 (26), 2646–2655.

- Pedersen, I. B., Knudsen, N., Carlé, A., Vejbjerg, P., Jørgensen, T., Perrild, H., Ovesen, L., Rasmussen, L. B., & Laurberg, P.** (2011). A cautious iodization programme bringing iodine intake to a low recommended level is associated with an increase in the prevalence of thyroid autoantibodies in the population, *Clinical Endocrinology (Oxford)*, 75 (1), 120–126.
- Pelúcio, L., Nardi, A., Ornelas, A. C., & Levitan, M.** (2016). Psychiatric Disorders and Quality of Life in Patients with Hypothyroidism: A Narrative Review, *Journal of Depression and Anxiety*, 5, 3.
- Perju-Dumbravă, D., Radu, C.C., Tabian, D., Vesa, S.C., Fulga, I., & Chiroban, O.** (2019). The Relation between Suicide by Chemical Substances and the Level of Education, *Revista de Chimie*, 70 (7), 2643-2646.
- Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M.** (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting, *Cognitive Therapy and Research*, 12 (6), 557–575.
- Peterson, S., Cappola, A., Castro, M., Dayan, C., Farwell, A., Hennessey, J., Kopp, P., Ross, D., Samuels, M., Sawka, A., Taylor, P., Jonklaas, J., & Bianco, A.** (2018). An Online Survey of Hypothyroid Patients Demonstrates Prominent Dissatisfaction, *Thyroid*, 28 (6), 707-721.
- Peterson, L. G., & Pbert, L.** (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders, *American Journal of Psychiatry*, 149, 936–943.
- Pishdad, P., Pishdad, G. R., Tavana, S., Pishdad, R., & Jalli, R.** (2017). Thyroid Ultrasonography in Differentiation between Graves' Disease and Hashimoto's Thyroiditis, *Journal of Biomedical Physics and Engineering*, 7 (1), 21-26.
- Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., MacLane, C., Gallop, R., & Iverson, K. M.** (2012). Dialectical behavior therapy applied to college students: A randomized clinical trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 982–994.
- Plaza, A., Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Navarro, P., Gelabert, E., Halperin, I., Valdes, M., & Martin-Santos, R.** (2010). Childhood sexual abuse and hypothalamus-pituitary-thyroid axis in postpartum major depression, *Journal of Affective Disorders*, 122, 159–163.
- Pop, V. J., Maartens, L. H., Leusink, G., van Son, M. J., Knottnerus, A. A., Ward, A. M., Metcalfe, R., & Weetman, A. P.** (1998). Are autoimmune thyroid dysfunction and depression related?, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 83 (9), 3194-3197.

- Poppe, K., Velkeniers, B., & Glinde, D.** (2007). Thyroid disease and female reproduction, *Clinical Endocrinology*, 66(3), 309–321.
- Quinque, E. M., Villringer, A., Kratzsch, J., & Karger, S.** (2013). Patient-reported outcomes in adequately treated hypothyroidism – insights from the German versions of ThyDQoL, ThySRQ and ThyTSQ, *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 68.
- Ragusa, F., Fallahi, P., Elia, G., Gonnella, D., Paparo, S. R., Giusti, C., Churilov, L. P., Ferrari, S. M., & Antonelli, A.** (2019). Hashimotos' thyroiditis: Epidemiology, pathogenesis, clinic and therapy, *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 33 (6), 101367.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L.** (2000). DBT for Adolescents: dialectical dilemmas and secondary treatment targets, *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 425- 434.
- Rioch, D. M.** (1985). Recollections of Harry Stack Sullivan and of the development of his interpersonal psychiatry, *Psychiatry*, 48 (2), 141-158.
- Ritschel, L. A., Lim, N. E., & Stewart, L. M.** (2015). Transdiagnostic applications of DBT for adolescents and adults, *American Journal of Psychotherapy*, 69, 111- 128.
- Robertson, D.** (2010). *The Philosophy of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT): Stoic Philosophy as Rational and Cognitive Psychotherapy*. Londra: Karnac Books.
- Rose, S. D.** (1999). *Group Therapy: A Guide to Starting Psychotherapy Groups*, 13.Bölüm: Cognitive-Behavioral Group Psychotherapy, s. 99–113.
- Ruganci, R. N., & Gençöz, T.** (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the difficulties in emotion regulation scale, *Journal of Clinical Psychology*, 66 (4), 442–455.
- Ruggeri, R. M., Trimarchi, F., Giuffrida, G., Certo, R., Cama, E., Campennì, A., Alibrandi, A., De Luca, F., & Wasniewska, M.** (2017). Autoimmune comorbidities in Hashimoto's thyroiditis: different patterns of association in adulthood and childhood/adolescence, *European Journal of Endocrinology*, 176 (2), 133-141.
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Tossani, E., Ryff, C. D., & Fava, G. A.** (2003). The relationship of psychological well-being to distress and personality, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72 (5), 268–75.
- Ruiz, F. J.** (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-

- analysis of Current Empirical Evidence, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 333-357.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M.** (1995). The structure of psychological well-being revisited, *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719–727.
- Salkovskis, P. M.** (1996). *Cognitive therapy and Aaron T. Beck. Frontiers of cognitive therapy*, (Editör) Salkovskis. New York: The Guilford Press. s.533-539.
- Saravanan, P., Chau, W. F., Roberts, N., Vedhara, K., Greenwood, R., & Dayan, C. M.** (2002). Psychological well-being in patients on 'adequate' doses of l-thyroxine: results of a large, controlled community-based questionnaire study, *Clinical Endocrinology (Oxford)* 57 (5), 577-585.
- Sargın, A. E., Özdel, K., Utku, Ç., Kuru, E., Yalçınkaya-Alkar, Ö., & Türkçapar, M. H.** (2012). Sıkıntıya Dayanma Ölçeği: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1 (3), 152-161.
- Sargın, E., & Sargın, M.** (2015). Yaşamaya Değer Bir Hayat İçin: Diyalektik Davranışçı Terapinin Gelişimi ve Temel İlkeleri, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 8 (2), 64-70.
- Scheel, M. J., Hanson, W. E., & Razzhavaikina, T. I.** (2004). The Process of Recommending Homework in Psychotherapy: A Review of Therapist Delivery Methods, Client Acceptability, and Factors that Affect Compliance, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41 (1), 38–55.
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E.** (2004). *A History of Modern Psychology*. (8.bs.). Belmont: Thomson & Wadsworth.
- Seçer, İ., Halmatov, S., & Gençdoğan, B.** (2013). Duygusal tepkisellik ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Güvenirlik ve geçerlilik çalışması, *Sakarya University Journal of Education*, 3 (1), 77-89.
- Segrin, C.** (2000). Social skills deficits associated with depression, *Clinical Psychology Review*, 20 (3), 379–403.
- Selye, H.** (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents, *Nature*, 138, 32-36.
- Sevinç Tok, E.** (2014). *Çocukluk çağı anksiyete bozukluklarında bilişsel davranışçı terapi: Korku Avcısı programının etkililiği*. Uygulamalı Psikoloji Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

- Sheikh, A., Mawani, M., & Mahar, S. A.** (2018). Impact of Ramadan Fasting on Thyroid Status and Quality of Life in Patients with Primary Hypothyroidism: A Prospective Cohort Study From Karachi, Pakistan, *Endocrine Practice*, 24 (10), 882-888.
- Sheikh, M. A.** (2018). Child maltreatment, psychopathological symptoms, and onset of diabetes mellitus, hypothyroidism and COPD in adulthood, *Journal of Affective Disorders*, 241, 80-85.
- Sheikhzadeh, M., Zanjani, Z., & Baari, A.** (2021). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety, Depression, and Fatigue in Cancer Patients: A Randomized Clinical Trial, *Iranian Journal of Psychiatry*, 16(3), 271-280.
- Siegmann, E. M., Müller, H., Luecke, C., Philipsen, A., Kornhuber, J., & Grömer, T. W.** (2018). Association of Depression and Anxiety Disorders with Autoimmune Thyroiditis. A Systematic Review and Meta-analysis, *JAMA Psychiatry*, 75 (6), 577-584.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M.** (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure, *Motivation and Emotion*, 29, 83-102.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A.** (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group, *Quality of Life Research*, 13 (2), 299-310.
- Skinner, B. F.** (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. Cambridge: B. F. Skinner Foundation.
- Skinner, B. F.** (1948). "Superstition" in the pigeon, *Journal of Experimental Psychology*, 38, 168-172.
- Skov, J., Calissendorff, J., Eriksson, D., Magnusson, P., Kämpe, O., Bensing, S., & Kuja-Halkola R.** (2021). Limited Genetic Overlap Between Overt Hashimoto's Thyroiditis and Graves' Disease in Twins: A Population-based Study, *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106 (4), 1101-1110.
- Slocum, K., & Sever, E.** (2019). A Closer Look at the Past Traumatic Experiences and Current Unconditional Self-Acceptance of Women with Hashimoto's Disease: A Quantitative and Qualitative Analysis, *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 6 (33): 534-545.

- Slocum, K., & Sever, E.** (2019). Haşimoto Tanısı Almış İki Kadın Hastada Travmatik Yaşantıların Projektif Yöntemler ile Değerlendirilmesi. *Yansıtma Sayı 31, Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi*, ISSN-1305-1210 Travma I.
- Slocum, K., Turan, A., Özsağır, C. B., Gündoğan, E., & Bilican, F. I.** (2022). Dialectical Behavior Therapy Skills Training for Social Anxiety Disorder: A Pilot Study, *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 9 (80), 202-211.
- Slocum, K. & Bilican, F. I.** (2023). Childhood Trauma, Depression, Anxiety, Stress and Quality of Life in Women with Hashimoto's Disease: Descriptive Research, *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 8 (4), 677-685.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., Gich, I., Alvarez, E., & Pérez, V.** (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomized controlled clinical trial, *Behavioral Research & Therapy*, 47, 353–358.
- Song, H., Fang, F., Tomasson, G., Arnberg, F. K., Mataiz-Cols, D., de la Cruz, L. F. Almqvist, C. Fall, K., & Valdimarsdóttir, U. A.** (2018). Association of Stress-Related Disorders With Subsequent Autoimmune Disease, *JAMA*, 319 (23), 2388–2400.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M.** (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients, *Psychosomatic Medicine*, 62 (5), 613-622.
- Stein, M. B., & Barrett-Connor, E.** (2000). Sexual assault and physical health: Findings from a population-based study of older adults, *Psychosomatic Medicine*, 62, 838–843.
- Stoffers, J. M., Völm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K.** (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder, *Cochrane Database of Systemic Reviews*, (8), CD005652.
- Swales, M., Heard, H. L., & Williams, J. M.** (2000). Linehan's dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: overview and adaptation, *Journal of Mental Health*, 9, 7-23.
- Swales, M. A.** (2009). Dialectical Behaviour Therapy: Description, research and future directions, *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5 (2), 164-177.

- Suveg, C., & Zeman, J.** (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 750–759
- Şar, V., Necef, I., Mutluer, T., Fatih, P., & Türk-Kurtça, T.** (2021). A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): overprotectionovercontrol as additional factor, *Journal of Trauma and Dissociation*, 22 (1), 35-51.
- Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E.** (2012). Validity and reliability of the Turkish Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32 (4),1054-1063.
- Talay, G., & Türker, P.** (2021). Primer hipotiroidi olan yetişkin bireylerde yaşam kalitesi, duyu ve beslenme durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 3 (2), 115-125.
- Telci Çaklılı, Ö.** (2019). Ötiroid Hashimoto Tiroiditi ve Subklinik Hipotiroidisi Olan Hastalarda Depresif Semptomların Değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (3), 106-108.
- TEMD.** (2019). *Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu* (5.bs.). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Teyfur, A.** (2023). Duygusal tepkisellik ile duyu düzenleme arasındaki ilişkide bilişsel çarpıtmaların aracı rolünün incelenmesi. Yayımlanmış yüksek lisans tezi.
- Thvilum, M., Brandt, F., Almind, D., Christensen, K., Brix, T., & Hegedüs, L.** (2014). Increased Psychiatric Morbidity Before and After the Diagnosis of Hypothyroidism: A Nationwide Register Study, *Thyroid: Official Journal of the American Thyroid Association*, 24 (5), 802-808.
- Tolman, E. C.** (1948). Cognitive maps in rats and men. *Psychological Review*, 55, 189-208.
- Tomer, Y., & Huber, A.** (2009). The etiology of autoimmune thyroid disease: A story of genes and environment, *Journal of Autoimmunity*, 32, 231–239.
- Türkçapar, H.** (2012). *Bilişsel terapi*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Türkçapar, H.** (2008). *Bilişsel terapi: temel ilkeler ve uygulama* (3.bs.). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Türkçapar, H., & Sargın, A.** (2012). Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1 (1), 7-14.
- Udum, S.** (2018). Sıkıntıya Dayanma ve Esrar Kullanımı Arasındaki İlişki. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi.

- Ulu M.** (2018). İlahiyat fakültesi öğrencilerinin psikolojik iyi oluşları ile değer yönelimleri arasındaki ilişki, *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 20 (37):183–215.
- Uğuz, Ş., & Kır, G.** (2019). Üçüncü dalga yaklaşımlar farklı bozukluklarda bilişsel davranışçı terapiye neler katabilir? Bahadır G, Ertekin E (Editörler). *Farklı Tanı Gruplarında Bilişsel Davranışçı Terapiler* (1.bs.). Ankara: Türkiye Klinikleri. s. 83-88.
- Üstündağ Budak, A. M., Kocabaş, E. Ö., & Göksu, H.** (2020). Yaşam Boyu Bakış Açısından Diyalektik Davranış Terapisi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12 (2), 287-298.
- Üstündağ Budak, A. M., & Kocabaş, E. Ö.** (2019). Diyalektik Davranış Terapisi ve Beceri Eğitimi: Kullanım Alanları ve Koruyucu Ruh Sağlığındaki Önemi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11, 192-204.
- Van den Akker, L. E., Beckerman, H., Collette, E. H., Twisk, J.W., Bleijenberg, G., Dekker, J., Knoop, H., & de Groot, V.** (2017). TREFAMS-ACE Study Group. Cognitive behavioral therapy positively affects fatigue in patients with multiple sclerosis: Results of a randomized controlled trial, *Multiple Sclerosis*, 23 (11), 1542-1553.
- Van Der Kolk, B. A.** (2021). *Beden Kayıt Tutar* (19.bs.). Ankara: Nobel Yaşam.
- Van Dijk, S.** (2012). *DBT made simple: A step by step guide to dialectical behavior therapy*. New Harbinger.
- Vanderpump, M.P.** (2011) The epidemiology of thyroid disease, *British Medical Bulletin*, 99, 39–51.
- Vasovic, O., Nikolic-Djurovic, M., & Djukic, V.** (2020). Quality of Life and Mood Disorders in Patients with Hashimoto Thyroiditis, *BRAIN: Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 11 (1Sup2), 67-74.
- Vatan, S.** (2016). Bilişsel Davranışçı Terapilerde Üçüncü Kuşak Yaklaşımlar, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8 (3), 190-203.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T., & Van Den Brink, W.** (2003). Dialectical Behavior Therapy for Women with Borderline Personality Disorder, *The British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Vigário, P., Teixeira, P., Reuters, V., Almeida, C., Maia, M., Silva, M., & Vaisman, M.** (2009). Perceived Health Status of Women with Overt and Subclinical Hypothyroidism, *Medical Principles and Practice*, 18 (4), 317–322.

- Wang, B., Shao, X., Song, R., Xu, D., & Zhang, J.** (2017). The Emerging Role of Epigenetics in Autoimmune Thyroid Diseases, *Frontiers in Immunology*, 8, 396.
- Wasniewska, M., Corrias, A., Salerno, M., Mussa, A., Capalbo, D., Messina, M. F., Aversa, T., Bombaci, S., De Luca, F., & Valenzise, M.** (2012). Thyroid function patterns at Hashimoto's thyroiditis presentation in childhood and adolescence are mainly conditioned by patients' age, *Hormone Research in Paediatrics*, 78, 232–236.
- Watson, J. B., & Rayner, R.** (1920). Conditioned Emotional Reactions, *Jornal of Experimental Psychology*, 3 (1), 1-14.
- Watt, T., Hegedüs, L., Bjorner, J. B., Groenvold, M., Bonnema, S. J., Rasmussen, A. K., & Feldt-Rasmussen, U.** (2012). Is Thyroid Autoimmunity per se a Determinant of Quality of Life in Patients with Autoimmune Hypothyroidism?, *European Thyroid Journal*, 1 (3), 186-192.
- Weetman, A. P.** (2012). The Immunopathogenesis of Chronic Autoimmune Thyroiditis One Century after Hashimoto, *European Thyroid Journal*, 1 (4), 243-250.
- Weiner, H.** (1991). Social and Psychobiological Factors in Autoimmune Disease. Ader, R., Felten, D. L. & Cohen, N. (Editörler). *Psychoneuroimmunology* (2.bs.). Academic Press. s. 955-1011.
- Wekking, E. M., Appelhof, B. C., Fliers, E., Schene, A. H., Huyser, J., Tijssen, J. G., & Wiersinga, W. M.** (2005). Cognitive functioning and well-being in euthyroid patients on thyroxine replacement therapy for primary hypothyroidism. *European Journal of Endocrinology*, 153 (6), 747-753.
- Wentz, I.** (2021). *Haşimoto Protokolü* (1.bs.). İstanbul: Totem Yayınları.
- Wiersinga, W. M., Duntas, L., Fadeyev, V., Nygaard, B., & Vanderpump, M. P.** (2012). ETA Guidelines: The Use of L-T4 + L-T3 in the Treatment of Hypothyroidism, *European Thyroid Journal*, 1 (2), 55-71.
- Wiersinga, W. M.** (2016). Clinical relevance of environmental factors in the pathogenesis of autoimmune thyroid disease, *Endocrinology & Metabolism (Seoul)*, 31 (2), 213–222.
- Wiersinga, W. M.** (2018). Hashimoto's Thyroiditis. Vitti, P. & Hegedüs, L. (Editörler). Thyroid Diseases bölümü (s. 205-247). *Endocrinology*. Springer: Cham.
- Wiersinga, W. M.** (2019). T4 + T3 combination therapy: any progress?, *Endocrine*, 66 (1), 70-78.

- Wiersinga, W. M.** (2021). T4+T3 Combination Therapy: An Unsolved Problem of Increasing Magnitude and Complexity, *Endocrinology & Metabolism (Seoul)*, 36 (5), 938-951.
- Williams, M. & Penman, D.** (2020). *Mindfulness - Zıvanadan Çıkmuş Bir Dünyada Huzur Bulmak İçin 8 Haftalık Bir Rehber* (1.bs.). Çeviren: Belgin Selen Haktanır. İstanbul: Diyojen Yayıncılık.
- Winther, K. H., Cramon, P., Watt, T., Bjorner, J. B., Ekholm, O., Feldt-Rasmussen, U., Groenvold, M., Rasmussen, Å. K., Hegedüs, L., & Bonnema, S. J.** (2016). Disease-Specific as Well as Generic Quality of Life Is Widely Impacted in Autoimmune Hypothyroidism and Improves during the First Six Months of Levothyroxine Therapy, *PLoS One*, 11, e0156925.
- Wolpe, J.** (1961).The Systematic Desensitization Treatment off Neuroses, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 132 (3), 189-203.
- World Health Organization.** (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument. *Quality of life research*, 2 (2), 153-159.
- World Health Organization.** (1998). Programme on mental health: WHOQOL user manual, 2012 revision. <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>>, erişim tarihi 10.10.2022.
- Yalçın, M. M., Altınova, A. E., Cavnar, B., Bolayır, B., Aktürk, M., Arslan, E., Özkan, C., Çakır, N., & Balos Toruner, F.** (2017). Is thyroid autoimmunity itself associated with psychological well-being in euthyroid Hashimoto's thyroiditis?, *Endocrinology Journal*, 64 (4), 425-429.
- Yavuz, M.B.** (2020). *Kısa süreli diyalektik davranış terapisi beceri eğitimine katılan fibromiyalji hastası kadınların deneyimlerinin yorumlayıcı fenomenolojik analizi*. Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Şehir Üniversitesi, İstanbul.
- Yıldız, M., ,Sahin, ,S, Batmaz, S., Songur, E., & Kutlutürk, F.** (2017). The relationship between depression, anxiety, personality traits and coping strategies of patients with euthyroid Hashimoto's Thyroiditis, *European Journal of Psychiatry*, 31, 113–118.
- Yılmaz, Ö., Boz, H., & Arslan, A.** (2017). Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (Dass 21) Türkçe Kısa Formunun Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışması, *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2 (2), 78-91.

- Yiğit, İ., & Guzey Yiğit, M.** (2019). Psychometric Properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16), *Current Psychology*, 38, 1503-1511.
- Zaletel, K.** (2007). Determinants of thyroid autoantibody production in Hashimoto's thyroiditis, *Expert Review of Clinical Immunology*, 3, 217–223.
- Zaletel, K., & Gaberšček, S.** (2011). Hashimoto's Thyroiditis: From Genes to the Disease, *Current Genomics*, 12 (8), 576-588.
- Zoeller, R. T., Tan, S. W., & Tyl, R. W.** (2007). General background on the hypothalamic–pituitary–thyroid (HPT) axis, *CRC Critical Reviews in Toxicology*, 37 (1–2), 11–53.



EKLER

Ek-1 Etik Kurul Onayı

Ek-2 Çalışmanın Posteri

Ek-3 Telefon Görüşmesi

Ek-4 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ek-5 Kişisel Bilgi Formu

Ek-6 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)

Ek-7 DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu

Ek-8 WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm

Ek-9 Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği – Kısa Form (DASS-21)

Ek-10 Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (ÇBPIÖÖ)

Ek-11 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği – Kısa Form (DDGÖ-16)

Ek-12 Duygusal Tepkisellik Ölçeği (DTÖ)

Ek-13 Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ)

Ek-14 Memnuniyet ve Öneri Formu

Ek-15 Deney Grubu Uygulama Oturumlarında Sunulan İçeriklerden Örnek

Ek-16 Kontrol Grubu Uygulama Oturumlarında Sunulan İçeriklerden Örnek

Ek-1 Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 09.06.2021-41



FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU KARARI

Karar Tarihi	03/06/2021	Karar Sayısı	05/11
--------------	------------	--------------	-------

KURUL ÜYELERİ

Prof. Dr. Fahameddin BAŞAR / Rektör Yardımcısı - Başkan
Prof. Dr. Erol KILIÇ / Güzel Sanatlar Fakültesi-Dekan V. - Üye
Prof. Dr. Esra AKGÜL / MYO-Müdür V. - Üye
Prof. Dr. Hasan BACANLI / Eğitim Fakültesi-Dekan V. - Üye

Prof. Dr. Mustafa ALTUNDAĞ / İslami İlimler Fakültesi-Dekan - Üye
Prof. Dr. Nihat ÖZTOPRAK / Edebiyat Fakültesi - Üye
Prof. Dr. Sefa SAYGILI / Edebiyat Fakültesi - Üye
Dr. Öğr. Üyesi Eyup Sabri KALA / Hukuk Müaviri - Raportör

Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu 03.06.2021 tarihinde saat 11:00'da toplanmış ve aşağıdaki karar alınmıştır.

KARAR

KARAR NO 2021-05/11 Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Doktora Programı Öğrencisi Kadriye SLOCUM'un "Kadın Hşimoto Hastalarında Bazı Psikolojik Değişkenler Üzerinde Diyalektik Davranışçı Terapi'nin Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" isimli araştırmasında kullanacağı anket ve ölçeklerinin etik yönden uygunluğuna,

Toplantıya katılan üyelerinin oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Fahameddin BAŞAR
Başkan

e-imzalıdır
Prof. Dr. Hasan BACANLI
Üye

e-imzalıdır
Prof. Dr. Erol KILIÇ
Üye

e-imzalıdır
Prof. Dr. Sefa SAGILI
Üye

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mustafa ALTUNDAĞ
Üye

e-imzalıdır
Prof. Dr. Esra AKGÜL
Üye

e-imzalıdır
Prof. Dr. Nihat ÖZTOPRAK
Üye

Uzm. Psk. ve Fizyoterapist Kadriye SLOCUM İNCE



**Haşimato Hastalığı Tedavisi
için Tıbbi Tedaviyi
Tamamlayıcı Psikolojik Yöntem
Araştırmasına Davet!**

14 hafta sürecek, uygulamalı eğitimler ve ölçek uygulamalarından oluşan araştırma 18-45 yaş aralığında Haşimato Hastalığı tanısı alan tüm kadınlara yöneliktir.

Araştırma, Uzm. Psk. Kadriye SLOCUM İNCE'nin Doktora Tezi için gerçekleşecek olup, katılım tamamen ücretsizdir.



Ek-3 Telefon Görüşmesi

Öncelikle süreç hakkında bilgilendirmeden çalışma için uygun musunuz, birkaç soru sorabilir miyim?

- 1) Dâhiliye uzmanı tarafından Haşimoto hastalığı tanınız var mı? → EVET ise devam
- 2) Haşimoto hastalığınız için hâlihazırda ilaç tedavisi görüyor musunuz? → EVET ise
- 3) İlaç kontrolleriniz ne kadar sıklıkla oluyor? → 6 ayda bir ya da senede bir EVET ise devam
- 4) Hâlihazırda gördüğünüz tedavinin sağlığını için gerekli ihtiyaçlarınızı karşıladığını düşünüyor musunuz, ya da sizce tedaviniz yetersiz kalıyor mu? → Yetersiz kalıyor EVET ise devam
- 5) Kaç yaşındasınız? (40'ların üstünde ise: Menopozda mısınız ya da menopoza girmek üzere misiniz?) → Menopoz HAYIR ise devam
- 6) Hamile ya da emziriyor musunuz? → HAYIR ise devam
- 7) Tiroid kanserinizi var mı ya da önceden tiroid kanseri olmuş olup tiroid kanseri için tedavi gördünüz mü? → HAYIR ise devam
- 8) Tiroid beziniz ameliyat ile alındı mı? → HAYIR ise devam
- 9) Okuma yazmanız var mı? → EVET ise devam

Şu an çalışmaya katılmaya daha yakın bir aday olarak görünüyorsunuz, izin vererseniz şimdi de psikolojik açıdan bazı detaylar sormak istiyorum. Herhangi bir soru sizi rahatsız eder veya yanıt vermek istemezseniz lütfen bana haber verin ve orada duralım ve devam etmeyelim.

- 1) Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı? Evet, ise rahatsızlığınız nedir? → Şizofreni, Psikoz, Bipolar Bozukluk şeklinde bir ifade olmamış ise, HAYIR ise devam
- 2) Şu an bu psikolojik rahatsızlığınız için tedavi görüyor musunuz? → HAYIR ise devam (İlaç tedavisi görüyor ise: Yeni mi başladınız yoksa uzun vadeli aynı dozda mı kullanıyorsunuz? → Uzun vadeli benzer dozda kullandığı bir ilaç EVET ise devam)
- 3) Önceden hiç psikolojik tedavi gördünüz mü? Ne için ve nasıl bir tedaviydi? → Diyalektik Davranışçı Terapi tedavisi demediyse, yani DDT HAYIR ise devam
- 4) Bazı insanlar bazen ölmeyi düşünürler, şöyle “Ölsem de kurtulsam derler”, siz de bu düşünceden daha öteye gidiyor musunuz ya da ölüm aklınıza gelse de sadece bu düşünceden ibaret mi oluyor? → Sadece bu düşünceden ibaret oluyor EVET ise devam (HAYIR ise o zaman şunu sor: O zaman intihar etme düşünceleriniz olduğunu anlıyorum, doğru mu anlıyorum? → EVET ise... “Peki o zaman, bu sizin için yeni bir şey mi ya da önceden de yaşadığınız bir duygu mu? → HAYIR yeni bir şey ise devam, “Önceden de olmuştu böyle duygu ve düşünceler” ise, o zaman “Anlıyorum, peki o zaman intihar

girişiminde bulunduğunuz oldu mu?” → EVET ise ne zaman? → Son 2 yıl üzerinde böyle bir girişim olmamışsa, HAYIR ise devam,

- 5) Önceden hiç psikolojik sebeplerden ötürü hastane yatışınız oldu mu? EVET ise ne zaman? Hangi sebeplerden ötürü ve ne kadar süreliğine? → Manik nöbet, şizofreni, psikoz demediği takdirde, HAYIR ise devam
- 6) Bir yakınınızı/tanıdığınızı kaybettiniz mi? Şu an etkileri hayatınızı sizce bariz düzeyde etkiliyor mu? → HAYIR ise devam
- 7) Herhangi bir psikolojik tanı çerçevesinde şu an psikolojik tedavi görüyor musunuz? → HAYIR ise devam

Tamam, bu çalışmaya katılmaya uygun bir adaysınız. Şimdi sizin için de uygun ise biraz süreç hakkında bilgilendireyim:

- Haşimoto hastalığı olan kadınlara yönelik gerçekleştirilecek çalışma, Haşimoto hastalığının hâlihazırda var olan, lâkin yetersiz kalabildiği bazı çalışmalarda ortaya çıkan, tıbbi tedaviyi tamamlayacak psikolojik bir yöntem geliştirme çabasıdır.
- Çalışma Eylül 2021 – Şubat 2022 arasında gerçekleşecektir.
- Eylül ayında, Uzm. Psk. Kadriye Slocum İnce tarafından, ortak bir havuzdan Haşimoto hastalığı için uygulayacağı yöntemlerin olduğu ya da olmadığı gruplardan birine rastgele atanacaksınız. Yöntemin uygulanacağı gruba atandığınız takdirde, Uzm. Psk. Kadriye Slocum İnce ile 14-aftalık bir çalışma süreciniz başlamış olacak ve bu süreçte 10 ar kişilik gruplarla gerçekleştirilecek bazı eğitimlere katılmanız istenecektir. Yöntemin uygulanmayacağı gruba atandığınız takdirde ise, sadece belli başlı zamanlarda bazı ölçekleri doldurmanız istenecektir.
- Bu 14 haftanın tamamlanmasının ardından 2 aylık bir mola süreci (Ocak 2021 – Şubat 2022) olacaktır. Bu 2 ayın ardından da (Şubat 2022) tekrar bazı ölçekleri doldurmanız istenecektir.
- Eylül 2021 – Şubat 2022 ayları boyunca hiçbir tedavinin olmadığı gruba denk gelen katılımcılarla daha sonra irtibat kurulup, istedikleri takdirde, 14-haftalık bir uygulama sürecine katılma şansı verilecektir.
- Olağanüstü bir durum olmadığı takdirde, olabildiğince çalışmada devamlılığınızı sürdürmeniz çalışmanın sonuçlarının anlamlılık değerlendirmesi açısından oldukça kıymetli olduğunu bilmenizi istemekteyiz. Aynı zamanda, çalışma süresinde herhangi bir rahatsızlık hissederseniz, bunu Uzm. Psk. Kadriye Slocum İnce ile birebir görüşme hakkınız olacaktır ve bir çözüme ulaşılmadığı takdirde çalışmadan dilediğiniz vakit çekilme hakkınız olacaktır.
- Çalışma süreci boyunca bazı eğitimlere katılmaya davet edildiğiniz takdirde, bu eğitimler online mecralar üzerinden gerçekleştirilecektir.
- Araştırma sırasında elde edilen bilgiler anonim olarak değerlendirilecek ve böyle bir araştırmada yer aldığınız bilgisi hiç kimse ile paylaşılmayacaktır. Gerekli görülürse sonuçlarınız kişisel olarak değil toplu olarak araştırma için kullanılacaktır. Kişisel bilgileriniz ile verdiğiniz cevaplar ve doldurduğunuz formlar ayrı olarak saklanacak ve araştırmacı dışında hiç kimse tarafından

görlmeyecektir. Kişisel bilgileriniz bu araştırmanın sonuçlarının kullanıldığı herhangi bir sunum ya da yayında yer almayacaktır.

Ne dersiniz, Eylül ayında başlayınca haber vermek üzere bekleme listesine alınmak ister misiniz? Bu çalışmaya katılmak ister misiniz?



Ek-4 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Kadriye SLOCUM İNCE ile Doktora Çalışması

Değerli Katılımcı,

Ben, Uzm. Psk. Kadriye SLOCUM İNCE.

Sizlere tanıttığım çalışmam Eylül ayında başlıyor olacaktır. Bu süreç yaklaşırken, bekleme listeme alınmış olsanız bile, bizzat sizinle kendim irtibata geçerek, Haşimoto Hastalığı Olan Kadınlara Yönelik Tedaviyi Tamamlayıcı Psikolojik Yöntem Araştırma Çalışma süreci ile ilgili size bilgi vermek ve karşılıklı hak ve sorumluluklarımızı bildirmek istedim.

Detaylar için lütfen aşağıda belirtmiş olduğum 11 maddeyi dikkatlice okuyun ve akabinde aşağıda görmüş olduğunuz "Formu Doldurun" tuşuna basarak çalışmaya katılımınızı tam anlamıyla tamamlamış olun.

1. Haşimoto hastalığı olan kadınlara yönelik gerçekleştirilecek bu çalışma, Haşimoto hastalığının hâlihazırda var olan, lâkin yetersiz kalabildiği unsurların olduğu çalışmalarda ortaya çıkan, tıbbi tedaviyi tamamlamayı amaçlayan psikolojik bir yöntem geliştirme çabasıdır.

2. Çalışma Eylül 2021 – Şubat 2022 tarihleri arasında gerçekleşecektir. Eylül ayında sizleri ortak bir havuzun içinden uygulama alan ya da uygulama almayan gruplara rastgele atıyor olacağım.

3. Uygulama alan gruplara atandığınız takdirde, benim ile birlikte Eylül – Aralık 2021 tarihleri arasında 14 haftalık bir çalışma sürecine başlamış olacaksınız ve bu süreçte grup terapisi şeklinde, haftada 1 gün 1 ilâ 2 saatlik oturumlar şeklinde gerçekleştirilecek online terapilere katılmanızı isteyeceğim. Uygulama almayan gruplara atandığınız takdirde ilk başta sadece belli başlı zamanlarda bazı ölçekleri doldurmanızı isteyeceğim. (Ama ilk aşamada uygulama almayan gruplara denk gelerseniz merak etmeyin :) Size de, madde 5 te detaylandırıdığım gibi, daha sonra aynı terapiyi ücretsiz alma hakkını sunacağım.)

4. Bu 14 haftanın tamamlanmasının ardından 2 aylık (Ocak – Şubat 2022) bir mola sürecimiz olacak. Bu 2 ayın ardından da (Şubat 2022) tekrar bazı ölçekleri doldurmanızı isteyeceğim. Çalışmanın başında, sonunda ve bahsini ettiğim bu 2 ay sonrasında olmak üzere toplam 3 defa ölçek doldurulması gerekecek olup, tüm ölçekleri hem uygulama alan hem de uygulama almayan gruplara denk gelen katılımcılar dolduracaktır.

5. Bu ölçeklerin tamamlanmasının ardından, Eylül 2021 – Şubat 2022 ayları boyunca hiçbir tedavinin uygulanmadığı gruplara denk gelen katılımcılarla tekrar irtibat kurup, istedikleri takdirde onlara da 14 haftalık tedavi sürecini aynı şekilde sunuyor olacağım.

6. Grup terapi seanslarının başlangıç tarihi, 20 Eylül 2021 haftası, sonlanma tarihi 20 Aralık 2021 haftası olarak planlanmaktadır. İlk aşamada uygulama almayan gruplara denk gelen katılımcılara sunulacak ikinci grup terapi seanslarının başlangıç tarihi ise, 28 Şubat 2022 haftası, sonlanma tarihi de 30 Mayıs 2022 haftası şeklindedir.

7. Çalışma sürecinde verilecek eğitimler ve doldurulacak ölçekler tamamen online mecralar üzerinden gerçekleştirilecektir. Ölçekler size verdiğim kod numaralar ile doldurulacak olup, online mecralarda isimlerinizin gizliliği korunacaktır.

8. Olağanüstü bir durum olmadığı takdirde, olabildiğince çalışmada devamlılığınızı sürdürmeniz çalışmanın sonuçlarının anlamlılık değerlendirmesi açısından oldukça kıymetli olduğunu bilmenizi isterim. Bu çerçevede, haftalık grup terapilerini olabildiğince kaçırmamanızı temenni ediyorum. Aynı zamanda, çalışma süresinde herhangi bir rahatsızlık hissederseniz, bunu benimle birebir görüşme hakkınız olacak ve bir çözüme ulaşılmadığı takdirde de çalışmadan dilediğiniz vakit çekilme hakkınız olacaktır.

9. Terapiler online mecralar üzerinden gerçekleşeceğinden istediğinizden yerden çalışmaya katılabilirsiniz. Verimlilik açısından sadece belirlenen ortamın sessiz ve dikkat dağıtan uyaranlardan uzak olması önemli olabilir.

10. Araştırma sırasında elde ettiğim bilgiler kesinlikle anonim olarak değerlendirilecek olup, böyle bir araştırmada yer aldığınız bilgisini hiç kimse ile paylaşmayacağım. Kişisel bilgileriniz bu araştırmanın sonuçlarının kullanıldığı herhangi bir sunum ya da yayında da hiçbir şekilde yer almayacaktır.

11. Bu çalışma doktora tez çalışmam kapsamında yürütülmektedir. Bu çalışma kapsamında herhangi bir sorunuz olursa ya benim ile (.....@gmail.com) ya da tez danışmanım Prof. Dr. Işıl Bilican ile direkt irtibata geçebilirsiniz (.....@medeniyet.edu.tr).

Bu araştırmaya katılarak Haşimoto hastalığı olan kadınların tedavisini destekleyecek psikolojik bir yöntemin geliştirilmesinde katkıda bulunduğunuz için şimdiden çok teşekkür ederim!

Yakında görüşmek üzere şimdilik hoşçakalın ☺

1. Yukarıda belirtilen bilgiler ve koşulları okudum, anladım. Bu bilgiler ve koşullar dâhilinde araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.
 - Evet
 - Hayır

2. Tarih

-
3. İsim ve Soyisim (Online formda rahatsız hissediyorsanız, isminizi yazıp akabinde soy isminizin sadece baş harflerini yazabilirsiniz. Mesela, kendim dolduruyor olsaydım bu durumda aşağıdaki boşluğa Kadriye S. İ. yazmam gibi. Bu formun sebebi sadece tüm katılımcılarımın çalışmaya gönüllü katıldıklarından ve süreci anlayarak katılımı kabul ettiklerinden emin olmam içindir. Bu form e-mailime bağlı bir Google Form olup, yanıtlar da sadece ve sadece Google hesabı olan benim özel e-mail adresime (kadriyeslocum@gmail.com) ulaşmaktadır. Anlayışınız için teşekkür ederim.
-

4. Uygulama alan gruba denk gelmeniz durumunda haftada 1, 1 ilâ 2 saatlik oturumlar şeklinde gerçekleşecek grup terapi seanslarının aşağıdaki hangi saat aralığında olmasını tercih edersiniz?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Hafta içi bir gün 10:00 - 15:00 arası
- ☐ Hafta içi bir gün 17:00 - 20:00 arası
- ☐ Cumartesi günü 11:00 - 18:00 arası

5. Çoğunluk oyu hafta içi bir gün 10:00-15:00 arası olarak ortaya çıkarsa aşağıdaki hangi günü tercih edersiniz?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Pazartesi
- ☐ Salı
- ☐ Çarşamba
- ☐ Perşembe
- ☐ Cuma

6. Çoğunluk oyu hafta içi bir gün 17:00-20:00 arası olarak ortaya çıkarsa aşağıdaki hangi günü tercih edersiniz?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Pazartesi
- ☐ Salı
- ☐ Çarşamba
- ☐ Perşembe
- ☐ Cuma

Ek-5 Kişisel Bilgi Formu

Yaşınız : _____

Doğum yeriniz: _____

Eğitim durumunuz nedir?

- ☐ Hiç eğitim almadım
- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise veya Eşdeğeri
- ☐ Üniversite
- ☐ Yüksek lisans
- ☐ Doktora

Çalışıyor musunuz?

- ☐ Evet Evet ise mesleğiniz: _____
- ☐ Hayır

Gelir düzeyiniz nedir?

- ☐ 0 – 2999 TL
- ☐ 3000 – 5999 TL
- ☐ 6000 – 9999 TL
- ☐ 10000 – 14999 TL
- ☐ 15000 TL ve üzeri

Medeni durumunuz nedir?

- ☐ Evli Evli iseniz kaç yaşında evlendiniz: _____
- ☐ Evli gibi yaşıyor
- ☐ Bekâr
- ☐ Boşanmış
- ☐ Ayrılmış
- ☐ Eşi yaşamıyor

Haşimoto hastalığınız olduğunu ilk kaç yaşında öğrendiniz?

Yaş: _____

Haşimoto hastalığınız hayatınızı ne kadar etkiliyor?

- ☐ Az
- ☐ Şöyle böyle
- ☐ Çok
- ☐ Aşırı

Haşimoto hastalığınız olduğunu başkalarına söylemek konusunda nasıl hissediyorsunuz?

- ☐ Beni rahatsız ediyor
- ☐ Beni rahatsız etmiyor

Haşimoto rahatsızlığınız için tedavi görüyor musunuz?

- ☐ Evet Evet ise tedaviyi belirtiniz: _____
- ☐ Hayır

Ailenizde Haşimoto hastalığı tanısını alan başka biri var mı?

- ☐ Yok
- ☐ Var (Kim/Kimler _____)

Haşimoto hastalığınız dışında herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı?

- ☐ Evet Evet ise belirtiniz: _____
- ☐ Hayır

Çocuğunuz var mı?

- ☐ Evet Evet ise kaç tane? _____
- ☐ Hayır

Hiç düşük yaşadınız mı?

- ☐ Evet Evet ise kaç tane? _____
- ☐ Hayır

Çocuk sahibi olma konusunda zorluk yaşıyor musunuz?

- ☐ Evet Evet ise sizce bu Haşimoto hastalığı olmanızdan mı kaynaklı? _____
- ☐ Hayır

Sizce Haşimoto hastalığınızın sebebi ne?

Boyunuz: _____

Kilonuz: _____

Hayatınızdaki stres seviyesiniz 0 (hiç stresim yok) ile 100 (çok stresim var) arasında değerlendiriniz ve stres seviyenizin puanını 0 ile 100 arasındaki bir değerle belirtiniz:

Sizce stresinizin kaynağı ne?

Hiç bedeninizin bir uzavını kasıtlı olarak kestiğiniz ya da yaktığınız oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Çocukluğunuzda hatırladığınız en olumsuz anı neydi, paylaşır mısınız?

Kendiniz hakkında eklemek istediğiniz herhangi bir şey daha var ise lütfen yazınız.

Ek-6 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
1. Yeterli yemeğim olurdu.	1	2	3	4	5
2. Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.	1	2	3	4	5
3. Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.	1	2	3	4	5
4. Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı.	1	2	3	4	5
6. Üst baş açısından bakımsızdım.	1	2	3	4	5
7. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.	1	2	3	4	5
11. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.	1	2	3	4	5
14. Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Ailemdelikler bana karşı suçlayıcıydı.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27. Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
29. Ailemdelikler yaşitlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtladı.	1	2	3	4	5
30. Ailemdelikler her şeyime karıştırdı.	1	2	3	4	5
31. Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirlerdi.	1	2	3	4	5
32. Ailemdelikler rahat vermeyecek düzeyde peşimdeydiler.	1	2	3	4	5
33. Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırdı.	1	2	3	4	5

Ek-7 DSM-5 Birinci Düzey Kesitsel Belirti Ölçeği – Türkçe Erişkin Formu

	Son İKİ (2) HAFTA boyunca, aşağıdaki sorunlardan ne kadar (veya ne sıklıkta) rahatsız oldunuz?	Hiç	Hafif Az, bir veya iki günden az	Orta Birkaç gün	İlmlı Günlerin yarısından çoğunda	Şiddetli Neredeyse her gün
I.	1. Bir şeyler yaparken ilgi veya istekte azalma?	0	1	2	3	4
	2. Keyifsiz, çökkün veya umutsuz hissetme?	0	1	2	3	4
II.	3. Her zamankinden daha rahatsız, huysuz veya öfkeli hissetme?	0	1	2	3	4
III.	4. Her zamankinden daha az uyumaya karşın, hala çok enerji dolu hissetme?	0	1	2	3	4
	5. Her zamankinden daha fazla proje başlatma veya daha riskli işlere kalkışma?	0	1	2	3	4
IV.	6. Sinirli, kaygılı, ürpermiş, endişeli veya patlamaya hazır hissetme?	0	1	2	3	4
	7. Paniklemiş veya ürkmüş hissetme?	0	1	2	3	4
	8. Kaygı veren durumlardan kaçınma?	0	1	2	3	4
V.	9. Açıklanamayan ağrılar ve acılar hissetme (örn., baş, bel, eklem, karın, bacaklar)?	0	1	2	3	4
	10. Hastalığının yeterince ciddiye alınmadığını hissetme?	0	1	2	3	4
VI.	11. Kendinize	0	1	2	3	4

	gerçekten zarar vermeyi düşünme?					
VII.	12. Etrafta kimse yokken başkalarının duyamadığı şeyler örneğin sesler duyma?	0	1	2	3	4
	13. Düşüncelerinizin başkaları tarafından okunabildiğini veya sizin başkalarının düşüncelerini okuyabildiğinizi hissetme?	0	1	2	3	4
VIII.	14. Genel uyku kalitesini etkileyen uyku sorunları çekme?	0	1	2	3	4
IX.	15. Hafıza (örn., yeni bilgiler öğrenme) veya yer bulma (örn., evin yolunu bulma) ile ilgili problemler çekme?	0	1	2	3	4
X.	16. Aklınıza giren tekrarlayıcı nahoş düşünceler, güdüler veya görüntüler olması?	0	1	2	3	4
	17. Belli davranışları veya zihinsel faaliyetleri tekrar tekrar yapmak zorunda hissetme?	0	1	2	3	4
XI.	18. Kendinizi bedeninizden, fiziksel çevrenizden veya anılarınızdan ayrı ve uzak hissetme?	0	1	2	3	4
XII.	19. Aslında kim olduğunuzu veya hayattan ne	0	1	2	3	4

	istediğinizi bilememe?					
	20. Kendinizi başka insanlara yakın hissedememe veya onlarla olan ilişkilerde zevk alamama?	0	1	2	3	4
XIII.	21. Tek bir günde herhangi bir çeşit alkolden en az 4 iki içme?	0	1	2	3	4
	22. Sigara, puro, pipodan herhangi birini içme veya enfiye çekme ya da tütün çiğneme?	0	1	2	3	4
	23. Doktor reçetesi olmaksızın veya önerilen dozun üzerinde ya da önerilenden daha uzun sürede KENDİ KAFANIZA GÖRE aşağıdaki ilaçlardan kullanma [rn., ağrı kesiciler (morfin, dolantin), uyarıcılar (ritalin, concerta), sakinleştiriciler ve yatıştırıcılar (uyku hapları, diazem), esrar, kokain, bonsai, gece kulübü hapları (ecstasy), halusinojenler (LSD), eroin, uçucular (bali) ya da metamfetamin (kristal)]?	0	1	2	3	4

Ek-8 WHOQOL-BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Ulusal Kısa Sürüm

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4. Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7. Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5
	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11. Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12. İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5

13. Günlük yaşıntınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5
	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15. Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5
	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16. Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17. Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20. Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23. Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25. Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26. Ne sıklıkla hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş, arkadaş, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5
	Evet	Hayır	29. Bu formu doldurmanız ne kadar sürdü:_____		
28. Bu formu doldurmada size yardım eden oldu mu?					



Ek-9 Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği – Kısa Form (DASS-21)

No	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve ara sıra	Oldukça sık	Her zaman
1	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim	0	1	2	3
2	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim	0	1	2	3
3	Soluk almada zorluk çektim (örneğin fizik egzersiz yapmadığım hâlde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi)	0	1	2	3
4	Olaylara karşı aşırı tepki vermeye meyilliyim	0	1	2	3
5	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
6	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
7	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim	0	1	2	3
8	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
9	Alıngan olduğumu hissettim	0	1	2	3
10	Geçerli bir neden olmadığı hâlde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
11	Hayatın değersiz olduğunu hissettim	0	1	2	3
12	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	0	1	2	3
13	Fiziksel egzersiz olmadığı hâlde kalbimin hareketlerini hissettim (kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim)	0	1	2	3
14	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
15	Panik hâline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
16	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
17	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
18	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
19	Panikleyp kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim	0	1	2	3

20	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu	0	1	2	3
21	Bir iş yapma için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	0	1	2	3



Ek-10 Çok Boyutlu Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (ÇBPIÖÖ)

		Hiç katılmıyorum	Pek Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Güçlü fikirleri olan insanların etkisinde kalırım.	1	2	3	4	5
2	İnsanların genel kabullerine uymasa bile kendi düşüncelerime güvenirim.	1	2	3	4	5
3	Kendimi başkalarının önemli gördüğü değerlere değil, kendi önemli gördüklerime göre yargıları.	1	2	3	4	5
4	Genel olarak yaşamımda duruma hakimimdir.	1	2	3	4	5
5	Günlük yaşamın gerekleri çoğu zaman beni zorlar.	1	2	3	4	5
6	Gündelik yaşamın çeşitli sorumluluklarıyla genellikle oldukça iyi baş ederim.	1	2	3	4	5
7	Hayatı gün be gün yaşar, aslında geleceği düşünmem.	1	2	3	4	5
8	Bazı insanlar yaşamda anlamsızca dolanırlar ama ben onlardan değilim.	1	2	3	4	5
9	Bazen hayatta yapılması gereken her şeyi yapmışım gibi hissedirim.	1	2	3	4	5
10	Yaşam öyküme baktığımda, olayların gelişme şekline memnuniyet duyarım.	1	2	3	4	5
11	Kişiliğimin çoğu yönünü beğenirim.	1	2	3	4	5
12	Birçok bakımdan, hayatta başarabildiklerimi hayal kırıcı bulurum.	1	2	3	4	5

13	Yakın ilişkileri sürdürmek benim için zor olagelmıştır.	1	2	3	4	5
14	İnsanlar benim verici, vaktini diğerleriyle paylaşmaktan kaçınmayan biri olduğumu söyleyeceklerdir.	1	2	3	4	5
15	İnsanlarla sıcak ve güvene dayalı çok ilişkim olmadı.	1	2	3	4	5
16	Bence insanın kendiyle ve dünyayla ilgili görüşlerini sorgulamasına yol açacak yeni yaşantıları olması önemlidir.					
17	Benim için hayat sürekli bir öğrenme, değişme ve gelişme süreci olagelmıştır.	1	2	3	4	5
18	Hayatımda büyük değişiklikler veya gelişmeler kaydetmeye çalışmaktan çoktan vazgeçtim.	1	2	3	4	5

Ek-11 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği – Kısa Form (DDGÖ-16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin yanındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı seçerek işaretleyiniz.

		Hemen hemen hiç (%0-%10)	Bazen (%11- %35)	Yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)	Çoğu zaman (%66-%90)	Hemen hemen her zaman (%91-%100)
1	Duygularıma bir anlam vermede zorlanırım.	1	2	3	4	5
2	Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.	1	2	3	4	5
3	Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
4	Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.	1	2	3	4	5
5	Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.	1	2	3	4	5
6	Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.	1	2	3	4	5
7	Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
8	Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.	1	2	3	4	5
9	Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.	1	2	3	4	5
10	Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5
11	Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
12	Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
13	Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğimden kendimden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5

14	Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4	5
15	Kendimi kötü hissettiğimde, başka bir şey düşünmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
16	Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.	1	2	3	4	5



Ek-12 Duygusal Tepkisellik Ölçeği (DTÖ)

		Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1	Üzücü olaylar karşısında çok kolayca duygusallaşırım.				
2	Çok küçük şeyler bile beni duygusallaştırır.				
3	Bir duyguyu yaşadığımda çok yoğun yaşarım.				
4	Üzücü bir şey yaşadığımda, uzun bir süre ona kafa yorarım.				
5	Duygularımı çok yoğun yaşarım.				
6	Duygularımda ani iniş çıkışlar yaşadığım olur.				
7	Bir duyguyu yaşadığımda başka bir duyguyu yaşamak benim için zordur.				
8	Benim için mantıklı/düzgün düşünmek zordur, bu yüzden kendimi genellikle mutsuz hissedirim.				
9	Duygusal olarak çok çabuk incinirim.				
10	Kızgın olduğumda çevremdekiler beni zor sakinleştirir.				
11	Kendimi genellikle endişeli hissedirim.				
12	Diğer insanların önemsemediği şeylere çok kafa yorarım.				
13	Üzücü bir olay karşısında kolayca dağılırım.				
14	Çevremdekiler olaylara aşırı tepki verdiğimi söyler.				
15	Kötü bir olay yaşadığımda, ruh hâlim hızlıca değişir.				
16	Çevremdekiler olaylar karşısında sakinliğimi koruyamadığımı söyler.				
17	Eğer biriyle bir anlaşmazlık yaşarsam, bu durumu kafamdan atmam zaman alır.				

Ek-13 Sıkıntıya Dayanma Ölçeği (SDÖ)

		Tamamen katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Ne katılıyorum Ne katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1	Sıkıntılı ya da üzüntülü hissetmek bana dayanılmaz gelir.	1	2	3	4	5
2	Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde tek düşünebildiğim ne kadar kötü hissettiğimdir.	1	2	3	4	5
3	Sıkıntılı ya da üzgün hissetmenin üstesinden gelemem.	1	2	3	4	5
4	Sıkıntılı duygularım beni tamamen ele geçirecek kadar yoğundur.	1	2	3	4	5
5	Sıkıntılı ya da üzgün hissetmekten daha kötü bir şey yoktur.	1	2	3	4	5
6	Sıkıntılı ya da üzgün olmaya diğer birçok kişi kadar katlanabilirim.	1	2	3	4	5
7	Sıkıntılı ya da üzgün duygularım kabul edilmezdir.	1	2	3	4	5
8	Sıkıntılı ya da üzgün hissetmemek için her şeyi yaparım.	1	2	3	4	5
9	Diğer insanlar sıkıntılı veya üzüntülü hissetmeye benden daha çok dayanıyor gibiler.	1	2	3	4	5
10	Sıkıntılı ya da üzgün hissetmek her zaman benim için ateşten gömlektir.	1	2	3	4	5
11	Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde utanırım.	1	2	3	4	5
12	Sıkıntılı ya da üzgün hissetmek beni korkutur.	1	2	3	4	5

13	Sıkıntılı veya üzgün hissetmeyi durdurmak için her şeyi yaparım.	1	2	3	4	5
14	Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde hemen bir şeyler yapmalıyım.	1	2	3	4	5
15	Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde, sıkıntının aslında ne kadar kötü hissettirdiğine odaklanmaktan kendimi alamam.	1	2	3	4	5

Ek-14 Memnuniyet ve Öneri Formu

Merhaba.

Bu form, UZM. PSK. Kadriye SLOCUM İNCE ile geçirmiş olduğunuz terapi sürecini değerlendirme amaçlı, tamamen kendi isteğinize bağlı doldurulabilecek bir form olup, yazdıklarınız ve isminiz ile hiçbir şekilde bağ kurulamayacaktır.

Amacı, sizlere süreci değerlendirme şansı sunmak ile beraber, geri bildirimleriniz ile ileride gerçekleştirilebilecek çalışmalara yönelik öneri kazanmaktır.

İlginiz için teşekkürler.

UZM. PSK. Kadriye SLOCUM İNCE ile grup terapi sürecine ilişkin memnuniyetinizi lütfen 0 ile 10 arasında bir puan veriniz. (0=hiç memnun değil, 10=çok memnun)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç memnun değil

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Çok memnun

Terapi sürecinde anlatılan konular arasında en fayda gördüğünüz içerik ya da içerikler nelerdi?

Uzun yanıt metni

Terapi sürecinin etkisi ile hayatınızda herhangi bir değişim oldu mu?

Uzun yanıt metni

Terapi sürecine ilişkin paylaşmak istediğiniz herhangi başka bir şey var ise lütfen yazınız.

Uzun yanıt metni

[illegible]

GÖZLEMLE

Araştırma bulgusu 1:

Duyularımızla fark ettiklerimiz onların gerçekleşme olasılığını artırır. Ne kadar çok bir duyum o kadar çok verimlilik.

- Spor yapan birini tam anlamıyla farkındalık gözlemlemek bizim de beynimizdeki spor alanlarını aktive eder.
- Bir beceri yaptığında onu kağıt üzerinde işaretleme ve o işareti gözlemlemek hedeflenen becerinin gerçekleşme olasılığını artırıyor.

GÖZLEMLE

Araştırma bulgusu 2:



Tam anlamıyla gözlemlemek bazen ürkütücü olabilir. Özellikle travma yaşamış bireyler, hayatı tam anlamıyla gözlemekten korkarak yapayabilir. Ama yine de gözlemlemek koruyucu bir beceridir çünkü tam olarak gözlemlemediğimiz zamanlarda rüminasyon yaparız ve gözlemlemek rüminasyonu azaltıyor.

TANIMLA



TANIMLA

- Bir katılımcı "Çok yorgunum" dedi... Bunun anlamı ne olabilir?
- Bir katılımcı şu anda ne düşünüyor bana söyleyebilir misiniz?
- Bir katılımcı yanmı ne yapacak bana söyler misiniz?

→Hiç kimsenin zihnini okuyamayız. Hiçbir şeye "öyledir" "böyledir" diyemeyiz.

Muhabbet konusu:

Hiç düşüncelerinizin okunduğu ve yanlış okunduğu bir zaman oldu mu? Sizi nasıl hissettirdi?

TANIMLA

- Tanımlamak durumları sadece ve sadece gerçeklere göre tanımlamak. Yorumları ve görüşleri gerçeklerden ayırarak tanımlamak. "Kim, ne, ne zaman, nerede" yi tanımlamak.
- Gözlemlenenleri sınıflandırmak... Bir düşüncüyü sadece bir düşünce olarak, bir hissi sadece bir his olarak, bir hareketi sadece bir hareket olarak sınıflandırmak.
- Örneğin bir tabloyu anlatırken: Kullanılan renkleri tanımlamak, çizilen objeleri tanımlamak
- Örneğin bir deneyimi tanımlarken: "Üzüntü her yanıma çarptı", "Mide kaslarım kısıyor", "Aklima bunu yapmayacağım düşüncesi geldi"

KATIL

- Katılabilmek, farkındalığın büyük hedefi!
- Katılabilmek tamamen gündüşi anda ne yapıyorsa onu tam anlamıyla gözlemleyebilmek, tanımlamak ve akabinde katılabilmek ☺
- Her bir durumda ne yapılması gerekiyorsa sadece onu yapmak. Bulagık yıkarken sadece bulagık yıkamak, suyu gözlemlemek, suyun ellerinize yaptığı hissi tanımlamak, bulagıkları yıkamaya katılmak... vs.
- Akışına bırakabilmek. Kendiliğinden spontane tepki verebilmek.



ÖDEV:

Gözlemle, Tanımla ya da Katıl... Farkındalık yapalım. Örnek isteyeceğim.

Zincir Analizi devam ☺



Farkındalık Aktivitesi

Ek-16 Kontrol Grubu Uygulama Oturumlarında Sunulan İçeriklerden Örnek

6. Hafta

Uzun, Psk. ve Fiyoterapist
Kadriye Söğüt İnce

1

Korku duygu, düşünceler de:

- Arkadaşımı kırar mıyım?
- İşten ayrılınca ailem bana ne diyecek?
- Ablam beni yanlış anlar mı?
- Taz hocam nasıl bir tepki verir?
- Geçmişimle ilgili soru soralarda karşılığım mıyım?
- Ya denizde yüzerken boğulursam?
- Yine öteleyeceğim, yine hiçbir şey beceremeyeceğim
- Yağadığım ağrı kötü bir şeyin mi habercisidir?
- Ya yanlış anlaşılsam?

2

Tetikleyen
Ortam, Kişi,
Olay

Düşünceler

Duygular,
Bedensel Hisler
ve Eylemler

• Yanlış duygularımız ya da yaptıklarımız en çok etkileyen bir unsur var: **Düşünceler**
(olaya yönelik yaptığımız yorumlar!)

3

Bugün düşüncelere daha yakından bakacağız...

4

2 Tip Düşünce var:

İşlevsel Olan Düşünceler

İşlevsel Olmayan Düşünceler

5

İşlevsel olmadığını nasıl anlarız?

12 tip düşünce hatası var, ama özellikle bu süreçte önemli olduğunu düşündüğüm 6 tip düşünceden birine düşüyorsan:

• Etkileme
• Ya Olursa
• Geleceği Kötü Görme/Felaketleştirme
• Zihin Okuma
• Kişileştirme
• Genelleme

6

Etkileme	Ya Olursa	Felaketleştirme
Beceriksizim Yetersizim Tembelim İşimim Çok bilmiyim	Ya incilirsem? Ya rezil olurum? Ya hastanıza çıkarsa? Ya vurgulayıcı insanlarla karşılaşırsam?	İşten çıktığımda ailem bana çok kötü şeyler söyleyecek Ortam istediklerimi kabul etmezse beni yanlış anlar Yine denliyeceğim ve bu işi de bitiremeyeceğim
Zihin Okuma Şu an minikler değişti çünkü onu kayıptır Yemekten az yedi demek ki yemeğin kötü	Kişileştirme Bugün yöneticim hoşuma gitti ben bir hata yaptım Beni yanlış anladı çünkü ben nasıl konuşulmuş gerektigini bilmiyorum	Genelleme Beni o anlamadığına bu dünyada kimse anlamaz Kendimi açtığım kişi beni terk edince demek ki terk edilecek bir insanım Hiçbir şeyi zamanında yapmadığım gibi burada da yapamayacağım

7

Düşüncelerim için Yapabileceklerim

Ya yanlış anlaşılsam

8

Burada otomatik hazne devreye girmeye başlıyor...

tehlike var!
48-72 saat

tehlike yok,
Güvendesiz

9

Otomatik düşünce haznesinde işlevsel olmayan düşüncelerin olmasının en büyük sorunu sıkıntı anında **"double sıkıntı"** konsepti.

10

Sonuç: Otomatik Hazne işlevsel olmayan hiçbir şeyi olabildiğince istemiyoruz ☺

11

Tetikleyen
Ortam, Kişi,
Olay

Düşünceler

Duygular,
Bedensel Hisler
ve Eylemler

• Yaptığımız duygular ve yaptığımız davranışlar içinde düşüncelerden de kaynaklandığından düşünceler **ÇOK ÖNEMLİ!**

Duygular daha belirgin

Nasıl mı? Gelecek seans...

12