



**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**COVID -19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ
TANISI İLE HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Dr. Tugay BİLGEN

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2021



**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**COVID -19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ
TANISI İLE HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Dr. Tugay BİLGEN

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Aslı SARANDÖL

BURSA-2021

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	V
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Etiyoloji.....	4
2.1.3. Prevalans ve İnsidans	4
2.1.4. Klinik.....	5
2.1.5. Diyaliz Tedavisi	5
2.1.6. Diyaliz Tedavisinin Biyo-psiko-sosyal Boyutu.....	6
2.1.7. Diyaliz Tedavisi Sırasında Görülen Ruhsal Sorunlar	7
2.1.8. COVID-19 Pandemisi ve Kronik Böbrek Yetmezliği	8
2.2. Stres ve Stresle Başa Çıkma.....	10
2.2.1. Stresin Tanımı ve Tarihçesi.....	10
2.2.2. Stres Kuramları.....	10
2.2.3. Stresle Başa Çıkma	12
2.2.4. COVID-19 Pandemisi ve Stresle Başa Çıkma	16
2.3. Anksiyete ve Depresyon.....	17
2.3.1. Anksiyete.....	17
2.3.2. Depresyon	19
2.4. Psikolojik Dayanıklılık	20
2.4.1. Tanım	20
2.4.2. Psikolojik Dayanıklılık Kavramının Gelişimi	21
2.4.3. Psikolojik Dayanıklılığın Boyutları	22
2.4.4. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler	24
2.4.5. Psikolojik Dayanıklılık ve Psikopatolojiler	26
2.4.6. Psikolojik Dayanıklılık ve Stresle Başa Çıkma	27
2.4.7. Psikolojik Dayanıklılık ve COVID-19.....	27

2.5.	Belirsizliğe Tahammülsüzlük	28
2.5.1.	Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Tanımı	28
2.5.2.	Belirsizliğe Tahammülsüzlük Kavramının Gelişimi	29
2.5.3.	Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Psikopatoloji	30
2.5.4.	Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Stresle Başa Çıkma	31
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1.	Örneklem Seçimi	33
3.2.	Veri Toplama Araçları.....	33
3.2.1.	Sosyodemografik Veri Formu.....	33
3.2.2.	Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)	34
3.2.3.	Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Formu (BTÖ-12).....	35
3.2.4.	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ).....	36
3.2.5.	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	38
3.2.6.	COVID-19 Değerlendirme Formu	38
3.2.7.	Hekim Tarafından Doldurulan Diyaliz Hastası Formu	39
3.2.8.	Katılımcılar Tarafından Doldurulan Diyaliz Hastası Formu.....	40
3.3.	İstatistiksel Yöntem	40
4.	BULGULAR.....	41
5.	TARTIŞMA VE SONUÇ.....	49
6.	KAYNAKLAR	57
7.	EKLER.....	76
8.	TEŞEKKÜR	90
9.	ÖZGEÇMİŞ	91

ÖZET

Bu çalışmanın amacı pandemi sürecinde hemodiyaliz tedavisi alan hastaların psikolojik dayanıklılık açısından incelenmesi ve etkileyen faktörlerin araştırılmasını, bu konuda hasta, hasta yakını ve bakım veren sağlık personelleri için alınabilecek önlemlerin saptanmasını kapsamaktadır.

Çalışmamıza Bursa Uludağ Üniversitesi Nefroloji B. D. Hemodiyaliz Ünitesi'nde Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) tanısı ile hemodiyaliz (HD) tedavisi alan 18-65 yaş arası genel durumu stabil 50 HD hastası gönüllü olarak katılmıştır. Katılımcılara Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ), Hastane Anksiyete – Depresyon Ölçeği (HADÖ), Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Formu (BTÖ-12), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) uygulanmış, Diyaliz Hastaları Tarafından Doldurulan Veri Formu, Diyaliz Hastalarının Medikal Bilgilerine İlişkin Hekim Tarafından Doldurulan Veri Formu, COVID-19 Değerlendirme Formu, Sosyodemografik Veri Formu doldurulmuştur.

Çalışmamızda, erkeklerin kadınlara nazaran stresle baş etmeye toleranslarının daha yüksek olduğu, hastaların HD'ye bağlı yan etki sayısı ve günlük sosyal medya kullanımı arttıkça belirsizliğe tahammülsüzlük eşiğinin düştüğü, çalışan bireylerin çalışmayan bireylere nazaran psikolojik dayanıklılıklarının yüksek, anksiyete ve depresyon puanlarının düşük olduğu, pandemi sürecini ise daha az riskli gördükleri sonucuna ulaşılmıştır.

HD hastalarının ruhsal hastalıklar konusunda normal polüasyondaki bireylere nazaran daha çok risk taşımakta oldukları akılda tutulmalıdır. Hali hazırda ruhsal patolojilere karşı hassas olan bu bireyler için pandemi süreci ciddi bir stressör olarak kabul edilmelidir. HD hastaları imkanları dahilinde, uygun şartlarda çalışmaya teşvik edilmelidir. Bir işte çalışmak HD hastaları için sadece maddi gelir kapısı olarak görülmemelidir. Bizlerinde hastaların hayat akışını etkileyen konular üzerinde tek bir bakış açısında takılı kalmamamız, her iki taraf içinde olumlu sonuçlar doğuracağı düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Covid-19, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık, Hemodiyaliz Hastaları, Kronik Böbrek Yetmezliği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Stresle Baş Etme

ABSTRACT

INVESTIGATION OF PATIENTS WITH THE DIAGNOSIS OF CHRONIC RENAL FAILURE AND PATIENTS WHO RECEIVED HEMODIALYSIS DURING THE COVID -19 PANDEMIC PROCESS, IN TERMS OF PSYCHOLOGICAL RESISTANCE AND AFFECTING FACTORS

The aim of this study is to examine the patients receiving hemodialysis treatment during the pandemic process in terms of psychological resilience and to investigate the factors affecting it, and to determine the precautions that can be taken for the patient, patient relatives and caregivers.

Fifty hemodialysis (HD) patients with stable general condition, aged between 18-65 years, who received HD treatment with the diagnosis of Chronic Kidney Failure (CRF) in Bursa Uludağ University Nephrology Department Hemodialysis Unit voluntarily participated in our study. Resilience Scale for Adults (YPDÖ), Hospital Anxiety – Depression Scale (HADS), Intolerance of Uncertainty Scale-Short Form (BTS-12), Stress Coping Styles Scale (SBTS) were administered to the participants, Data Form filled by Dialysis Patients, Dialysis Patients Data Form for Medical Information Filled by the Physician, COVID-19 Evaluation Form, Sociodemographic Data Form were filled.

In our study, men have a higher tolerance for coping with stress than women, the threshold of intolerance to uncertainty decreases as the number of side effects related to HD and daily social media use increases, working individuals have higher psychological resilience, anxiety and depression scores are lower than non-working individuals, and the pandemic process is more severe. It was concluded that they saw low risk.

It should be kept in mind that HD patients have a higher risk of mental illnesses than individuals in the normal population. The pandemic process should be considered as a serious stressor for these individuals who are already sensitive to mental pathologies. HD patients should be encouraged to work under appropriate conditions within their means. Working in a job

should not only be seen as a source of financial income for HD patients. It is thought that if we do not stick to a single point of view on the issues that affect the life course of the patients, it will have positive results for both parties.

Key words: Covid-19, Adult Resilience, Hemodialysis Patients, Chronic Kidney Failure, Intolerance of Uncertainty, Coping with Stress

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar, bireyin dengesini bozan, ailesi ve çevresi ile yeni bir uyum sağlamasını gerektiren bir durumdur. Bu durum bireyin gelecek planlarına, günlük yaşamının akışına ne ölçüde engel oluyorsa o kadar çok sorunlara neden olur. Bu sebeple kronik hastalıklar uzun dönemde ruhsal bozuklukların oluşmasına neden olabilir (1).

KBY, böbrek işlevinin ilerleyici şekilde, geriye dönüşü olmaksızın kaybedilmesidir. Tanı, glomerüler filtrasyon hız (GFH) değeri 15 ml/dakikanın altına indiğinde koyulur. Bu aşamada, tıbbi müdahale yapılmaz ise kişi için ciddi sağlık problemlerine sebep olacağı bilinmektedir (2).

Psikososyal açıdan ise KBY zaman içinde kişilerin yaşam alanlarını daraltan, hayat kalitelerini bozduğu gibi, kişilerin ölüm korkusu yaşamalarına neden olan, iş gücü kaybına yol açan ve kişilerin çalışma hayatlarını sonlandırmalarını gerektiren, hemen her yaş grubunu etkileyebilen bir hastalıktır. KBY hastalarının son dönem tedavisi olarak uygulanan renal replasman tedavilerinin ise başlı başına kişi için stresör faktörler barındırdığı bilinmektedir. Bu stresörler; kişinin kronik bir rahatsızlığının olması nedeniyle belki de ömür boyu hastalığı ile yaşama zorunluluğu, makineyi bir arkadaş olarak kabullenmesi ve ona bağımlı olması, diyaliz ekibine sürekli destek olması konusunda yardım talebinde bulunmasının kişide yarattığı çaresizlik duygularından oluşmaktadır (3).

Sonuç olarak kişi hastalığı nedeniyle yaşamsal aktivitelerini sınırlamak zorunda kalmış, iş gücü kaybı, yaşam kalitesinin düşüşü, eskisi gibi bedenini kullanamaması nedenleriyle üzüntü, kaygı, umutsuzluk ve çaresizlik duyguları ile psikolojik bir çökkünlük yaşayabilmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda HD tedavisi alan hastalarında psikiyatrik morbitenin genel popülasyona göre %43 oranında daha yaygın olduğunu belirlemişlerdir (4). Yurt içi ve yurt dışı kaynaklı çalışmalardan elde edilen ortak kanı da HD tedavisi alan hastalarda psikiyatrik hastalık eş tanılarının sık görüldüğü bilgisini destekler niteliktedir (5).

Psikolojik dayanıklılık (PD) ise meydana gelen sorunlardan sonra önceki iyi duruma hızlı bir şekilde geri dönebilme kabiliyeti olarak tanımlanır(6). Kobasa'ya göre strese dirençli kişilerin yaşam karşısında bazı tipik tutumları vardır. Bunlar; değişmeye açıklık, yaptıkları iş ne olursa olsun kendini o işe verebilme ve olayların denetimini elinde tuttuğuna inanma şeklinde sıralanabilir (7). Bu çerçevede bir travma, bir tehdit, bir trajedi veya ailesel ve ilişkisel sıkıntılar, ciddi sağlık problemleri, işyeri ve parasal sorunlar gibi önemli stres kaynaklarına karşı, PD kişinin uyum sağlama süreci olarak görülmektedir (8). Kronik rahatsızlıklar söz konusu olduğunda stresörlerle karşı karşıya kalan hastanın PD düzeyi kişiyi koruyan bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan KBY hastalarında problem çözme yeteneklerinin yüksek olduğu, stres ile daha kolay baş edebildikleri, yaşamlarının kontrolünü ellerinde bulundurdukları ve yaşadıkları zorlu süreci tehdit olarak algılamak yerine becerilerinin değerlendirildiği bir fırsat olarak algıladıkları belirtilmiştir (9).

İçinde bulunduğumuz COVID-19 pandemisi ve sürecin beraberinde getirdiği problemler, daha yüksek oranda KBY gibi kronik hastalıkları olan bireyleri etkilemekle beraber toplumdaki bütün bireylerin beden ve ruh sağlığını tehdit etmektedir. Yapılan çalışmalarda, yüksek umut düzeylerine sahip yetişkinlerde, öznel iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olduğu ve stresli durumlardan sonra düzenlerine geri dönme olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada psikolojik dayanıklılığın öznel iyi oluş ve psikolojik sağlık üzerinde anlamlı ve doğrudan yordayıcı etkisi olduğu gösterilmiştir (10).

Geçmişte HD tedavisi alan hastalar ve bu hastalarda görülen psikiyatrik morbiditeler üzerine çeşitli çalışmalar yapılmış olsa da, Covid-19 pandemisi ve beraberinde getirdiği biyopsikososyal stressör faktörleri göz önünde bulundurulduğunda pandemi sürecinde bu konuların tekrar ele alınması önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı pandemi sürecinde HD tedavisi alan hastaların PD açısından incelenmesi ve etkileyen faktörlerin

araştırılmasını, bu konuda hasta, hasta yakını ve bakım veren sağlık personelleri için alınabilecek önlemlerin saptanmasını kapsamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

2.1.1. Tanım

Kronik böbrek hastalığı; glomerular filtrasyon hızından bağımsız olarak idrar, kan ve radyolojik tetkiklerinde böbrek hasarı belirteçlerinin saptanması ya da GFH'nin 60 ml/dk/1,73 m²'nin altında olması ve ilgili bulguların en az 3 ay boyunca devam etmesi olarak tanımlanmaktadır (11). Aynı zamanda sonuçları itibari ile bireyi, aileyi ve toplumu psikolojik, sosyolojik ve ekonomik anlamda pek çok alanda olumsuz etkileyen, önemli bir sağlık sorunudur (12). Her geçen gün dünya genelinde ve Türkiye'de böbrek yetmezliği sorunu yaşayan hasta sayısında artış görülmektedir.

2.1.2. Etiyoloji

KBY nedenlerinin dağılımı yaşanan ülke, yaş, ırk ve cinsiyete göre farklılıklar gösterebilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri Böbrek Veri Sistemine göre son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) etiyojisinde 50 farklı neden bildirilmiştir (13). Geçmiş dönemlerde ve gelişmekte olan ülkelerde glomerulonefritler daha sık olmasına rağmen günümüzde en sık nedenler diyabetes mellitus ve hipertansiyondur. Diyabetik nefropati tüm ırk ve etnik kökenlerde ilk sırada yer almaktadır (14).

Türk Nefroloji Derneği (TND) 2019 Registry Raporu'nda SDBY etiyojisi olarak en sık diyabetik nefropati (%39,00), hipertansiyon (%24,17) ve kronik glomerulonefrit (%5,71)'in olduğu belirtilmiştir (15).

2.1.3. Prevalans ve İnsidans

Yapılan epidemiyolojik araştırmaların sonuçlarına göre KBH'nin dünya çapındaki oranı %10-16, mikroalbüminüri oranı ise %6-14 olarak bulunmuştur. Tüm dünyada 500 milyondan fazla bireyde KBH olduğu tahmin edilmektedir. Sonuç olarak, genelleme yapılırsa her 100 erişkinin 10'unda böbrek hastalığı olduğu düşünülmektedir (16).

TND tarafından yürütülen Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması (CREDİT) çalışması ile Türkiye'deki erişkin popülasyonda KBH prevalansı %15,7 olarak bulunmuştur. Bu sonuç dünya ortalamasının

üzerindedir ve kabaca ülkemizde her 6-7 yetişkinden birinde böbrek hastalığı olduğu düşünölebilir. GFH düşük (<60 ml/dk) olanların oranı ise %5,1 olup, her 20 yetişkinden birinde olabileceğini göstermiştir. Bu sonuçlara göre, KBH'nın ülkemizde yaklaşık olarak 7,3 milyon erişkin insanı etkilediğini ve bu kişilerden 2,4 milyon kişinin ise GFH 60 ml/dk'nın altında (evre 3-5) olduğu tahmin edilmektedir. Böbrek hasarının göstergesi olan mikroalbüminüri oranı %10,2, makroalbüminüri oranı ise %2 olarak bulunmuştur (17).

2.1.4. Klinik

KBH vücudun metabolik ve endokrin fonksiyonlarını yerine getirememesi, sıvı-elektrolit dengesinin ayarlanamaması, vücuttaki hemen hemen her sistemi etkilemesi ile bir takım klinik sonuçlara yol açar (18).

Hastaların semptom ve bulguları böbrek yetmezliğinin derecesi, gelişme hızı ve altta yatan patoloji ile yakından ilişkilidir. GFH 35-50 ml/dakikanın altına inmedikçe hastalar asemptomatik seyredebilir. Genellikle hastalarda ilk semptomlar noktüri ve anemiye bağlı olarak halsizliktir. GFH 20-25 ml/dakika olunca hastada üremik semptomlar ortaya çıkabilir. GFH 7-10 ml/dakikaya inince ise hastalarda renal replasman tedavisine (RRT) başlanır (19).

Ruh sağlığı açısından değerlendirildiğinde yapılan araştırmalar sonucu KBH hastalarının %10 kadarında depresyon, demans, kişilik değişiklikleri, alkol ve madde kullanımı ile ilgili bozukluklar ve kaygı bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar vardır (20).

2.1.5. Diyaliz Tedavisi

KBY tedavisinde güncel olarak HD, periton diyaliz ve böbrek transplantasyonu yöntemleri uygulanmaktadır (21). Tedavide asıl amaç, böbrek fonksiyonlarını ve homeostazisi mümkün olduğu kadar sürdürerek hastaların yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitelerini en üst seviyede tutmaktır (22). Hastalar, her üç tedaviden de zaman zaman faydalanmak zorunda kalabilmektedir (23).

Diyaliz, yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında, difüzyon, ozmos ve hidrostatik basınç aracılığı ile sıvı-solüt değişimi esasına dayalı bir tedavi şeklidir (24). Tedavide kullanılan iki temel prensip olan difüzyon ve ultrafiltrasyon aracılığıyla suyla birlikte solütlerin mebranın diğer tarafına hareket etmesi sağlanır (23). Diyaliz, HD ve periton diyaliz olmak üzere iki şekilde uygulanır.

Hemodiyaliz; uygun bir damar aracılığıyla hastanın kanının vücut dışında bir makine yardımıyla yarı geçirgen bir zardan geçirilmesi ve makine tarafından kanın sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenerek hastaya geri verilmesi işlemidir (25, 26). Kronik HD tedavisi hastanın böbrek fonksiyonları ve diyetle alınan protein miktarına göre ayarlanmakta, haftada 2-3 kez uygulanmakta ve her seans ortalama 4 saat sürmektedir (25).

Periton diyaliz yönteminde yarı geçirgen membran olarak hastanın kendi periton membranı kullanılır (27). Bu yöntemde, bir katater aracılığıyla yaklaşık 2,5 litrelik bir elektrolit+glukoz solüsyonu hastanın periton boşluğuna aktarılır. Sıvı burada belli bir süre bekletilir ve ozmotik denge gerçekleştikten sonra tekrar geri alınır (26). Bu şekilde kandaki atık maddeler uzaklaştırılmış ve sıvı-elektrolit dengesi sağlanmış olur (27). Periton diyalizi taşınabilir olması ve düşük maliyeti açısından avantajlara sahiptir (28). Böbrek transplantasyonu, KBY'de en fazla tercih edilen ve en başarılı, hastaların yaşam kalitesini açısından en iyi prognozu sağlayan tedavi yöntemi olarak görülmektedir. Fakat ülkemizde yeterli sayıda donör bulunamaması sebebi ile uygulamada güçlük yaşanmakta, hastalar genellikle HD ve periton diyaliz arasında seçim yapmak zorunda kalmaktadır (29)

2.1.6. Diyaliz Tedavisinin Biyo-psiko-sosyal Boyutu

Diyaliz tedavisi sürecinde hastalar çok sayıda yan etki ve olumsuzluk ile baş etmek durumunda kalmaktadır. Tedavi süreci boyunca hipotansiyon, aritmi, kramp, bulantı, baş ağrısı hepatit b ve hepatit c infeksiyonu, infertilite, depresyon gibi akut ve kronik komplikasyonlar (30), fiziksel aktivitenin azalması, aile içi sorunlar, cinsel sorunlar, içe kapanma, umutsuzluk, inanç kaybı ve negatif düşünceler gibi psiko-sosyal sorunlar yaşamakta, bu

sorunların hepsi de tedavinin sürdürülmesini güçleştirmekte, tedavi sürecini ve prognozunu olumsuz etkilemektedir (31). HD tedavisi olan hastaların karşılaştıkları başlıca sorunlar şunlardır:

- Haftada 2-3 kez ortalama 4 saat süren seanslar halinde diyaliz makinasına, tedaviyi uygulayan sağlık personeline ve kendisine bakım veren aile bireylerine bağımlıdırlar, aktiviteleri kısıtlıdır.
- Diyaliz ünitelerinde sıklıkla karşılaştıkları ölüm sebebi ile sürekli ölüm korkusu yaşarlar.
- Hastalar, haftanın belli günlerinde diyaliz makinasına bağlı oldukları için iş verimlerinin düşmesi ve işlerini kaybetme risklerinden dolayı ekonomik sorun yaşarlar.
- Diyaliz tedavisi kan sıvı-elektrolit dengesindeki ani değişiklikler sebebi ile hastaların fiziksel durumunda sık sık ve ani değişiklikler yaşanabilir.
- Hastanın böbrek nakli için yakınlarından talebi, yakınların bu konuda yaşadıkları tereddüt aile içi ilişkileri olumsuz etkileyebilir, bireyler kendini baskı altında hissedebilir.
- Bilişsel işlevlerde erken dönemde bozulmalar yaşayabilirler.

KBH hastaları katı bir diyet programına sahiptirler ve uygulamada güçlük yaşarlar (27). Kronik hastalığa sahip birey çoğunlukla geleceğe yönelik hayal ve planlarında hastalığı sebebi ile değişiklik yapmak zorunda kalmakta, hastalığına ve yaşama uyumu zorlaşmaktadır (26). Artan fiziksel ve psikolojik stres altında hastanın yaşam kalitesi ve yaşamdan aldığı doyum azalmaktadır (30).

2.1.7. Diyaliz Tedavisi Sırasında Görülen Ruhsal Sorunlar

Bedensel hastalığı olan birey, kendini tehdit altında hisseder. Bu durum yaşamında uyum sağlamasını gerektirecek değişikliklere sebep olacaktır. Bu uyum sürecinde daha önce kendisine sunulan ilgi, alaka ve sevgiyi kaybedeceğini, vücut organlarının bütünlüğünün ve işlevlerinin bozulacağını ve vücudu üzerindeki denetimini kaybedeceği hissine kapılarak kaygı duyarlar. Tüm bu kaygı sebeplerine eklenen yeti yitimi, dışa bağımlılık ve ölüm korkusu bireylerin ruhsal sağlığını korumasını oldukça zorlamaktadır.

Hastalar fiziksel hastalıklarına karşı psikolojik bütünlüklerini korumak amacıyla bilişsel, duygusal ve davranışsal bazı tepkiler vermektedirler (32). Yapılan çalışmalar fiziksel hastalık durumunda hastaların genellikle inkâr, regresyon, patolojik bağımlılık, anksiyete, belirsizlik, öfke, tedaviyi reddetme, güçsüzlük, utanç, yetersizlik ve başarısızlık, suçluluk, gizleme, yalnızlık, sosyal geri çekilme veya izolasyon, umut-umutsuzluk, yas-matem ve rahatlama şeklinde tepki verdiklerini belirtmektedir (32). KBY olan hastalarda benzer tepkiler vermekte, bunlara ek olarak, uyum ve davranış bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlıklar yaşayabilmektedir (27).

KBH hastalarında depresyon insidansı %5-60 arasında değişmektedir ve depresyon ile birlikte anksiyete de çok sık görülmektedir. Depresyon, hastalarda tedaviye uyumsuzluğa yol açabilmekte ve hasta sağ kalımını etkileyebilmektedir (33). Ayrıca hastalarda sosyal desteğin yetersizliğinin hastalarda depresyon ortaya çıkması ve hastalık şiddetini artırabileceği yapılan geçmişte çalışmalar ile gösterilmiştir (34). KBY tanısı almış HD hastalarının depresyon düzeylerini, algılanan duygu dışavurum düzeylerini ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmanın sonuçlarına göre, HD hastalarının %34'ünde depresyon olduğu, hastaların yaş, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvencesi, aile tipi, HDe girme süresi, ikinci bir hastalığa sahip olma ve organ nakli öyküsü ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (35).

2.1.8. COVID-19 Pandemisi ve Kronik Böbrek Yetmezliği

Tek zincirli, pozitif polariteli, zarflı bir RNA virüsü olan “Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirüs-2 (SARS-CoV2)” kısa sürede tüm dünyaya yayılmıştır (36, 37). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu hastalığı Covid-19 olarak adlandırmış ve 11 Mart 2020 tarihinde “pandemi” olarak ilan etmiştir (38).

Böbrek Hasarı Patofizyolojisi Covid-19 enfeksiyonuna bağlı böbrek tutulum mekanizması net olarak belirlenememiştir. SARS-CoV-2 virüsü, ACE2 reseptörüne bağlanarak hücre içerisine girip sitopik etki yaratarak

iskemik tipte túbüler lezyona sebep olmakta ve pıhtılaşma aktivasyonunu tetikleyerek vasküler böbrek hasarına yol açmaktadır (39-42). Aynı zamanda sepsis, sitokin hasarı ve virüse bağlı doğrudan hücrel hasara yol açtığı belirtilmektedir (43, 44).

Pandeminin ilk dönemlerinde böbrek tutulumuna gerekli önem verilmedi, ancak yapılan çalışmaların sayısındaki artış ile birlikte böbrek hasarının yaygın olduğuna ve özellikle virüsün böbreklere zarar verebileceğine dair kanıtlar artmıştır (45, 46).

Halihazırda böbrek hasarı ileri seviyede olan HD hastalarının %55'i 65 yaş üzerindedir ve bu hastaların çoğunda birden fazla komorbid hastalık bulunmaktadır (47, 48). Aynı zamanda HD hastaları haftada birkaç kez tedavi için bir merkez veya hastaneye gitmek zorundadırlar (49). Evlerinde kendilerini dış dünyadan izole etme şansları bulunmamaktadır. Bu durum, üremi nedeniyle bağışıklığı baskılanmış HD hastalarının, Covid-19 enfeksiyonuna yakalanma riskinin daha yüksek olduğunu düşündürmektedir. Fakat Arslan ve ark. yaptığı bir çalışmada HD tedavisi alan hastaların Covid-19 enfeksiyonuna yakalanma insidansının normal popülasyona göre hastalığa yakalanma insidanslarının düşük olduğu saptanmıştır (50). Alanyazında HD tedavisi alan hastalarda Covid-19 enfeksiyonunun daha şiddetli ve daha kötü bir prognoza neden olduğu belirtilmektedir (47, 51-55). Son dönemde yapılan çalışmalarda ise HD tedavisi alan hastaların da genel popülasyona benzer klinik semptomlar gösterdiği ve bu belirtilerin çoğunlukla ateş, öksürük, nefes darlığı ve Covid-19 enfeksiyonu ile uyumlu göğüs bilgisayarlı tomografi bulguları olduğu saptanmıştır (56, 57). Fransa'nın Paris bölgesinde, HD tedavisi alan hastalar (n=44) ile yapılan bir çalışmada, Covid-19 tanısı nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların %45,5'inin yoğun bakım ünitesine yatırıldığı, %75'ine oksijen tedavisi verildiği ve bu hastaların %27,3'ünün yaşamını kaybettiği belirtilmiştir (57). İspanya'da HD tedavisi alan hastalar (n=36) ile yapılan bir çalışmada ise, semptomların başlangıcından yedi gün sonra hastaların %85,7'sinde bilateral pnömoni

gelişmiş olup bu hastaların da %61,1'inin yaşamını kaybettiği bildirilmiştir (52).

Sonuç olarak Covid-19 pandemisi ve insan sağlığı üzerindeki tehdidi devam etmektedir. Covid-19 enfeksiyonu açısından risk altında olan HD hastalarından uygun olanların ev HDi veya PD'ye yönlendirilmesi, PD ve böbrek nakli hastalarının takiplerinin mümkün olduğunca tele sağlık hizmetleri ile yapılması, ayrıca hastaların tıbbi izolasyon konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir

2.2. Stres ve Stresle Başa Çıkma

2.2.1. Stresin Tanımı ve Tarihçesi

Stres, bireyi zorlayan fiziksel ya da psikolojik iç ve dış etkenlere karşı organizmanın homeostatik dengeyi korumak için geliştirdiği uyum amaçlı yanıtlardır (58). Latince zorlanma, gerilme ve baskı anlamına gelen "stringere" fiilinden köken alan eski Fransızcadaki "estrece" kelimesinden geldiği bilinmektedir (59). Stresin insanlar üzerindeki etkilerine dair ilk bilimsel çalışma 20.yy ortalarında başlamıştır (58). Homeostatik değişikliklere sebep olan, stres üreten uyaranlara "stresör" denir. Stresin etkisi stresörün şiddeti, süresi (akut veya kronik), canlının stresörün tekrarlanmasından kaçıp kaçamayacağına bağlıdır (60). Stres kişi üzerinde olumlu ve ya olumsuz etki bırakabilir. Olumlu etki bırakıp kişiye faydalı olabilenler "eustress" olarak adlandırılırken; kötü bir etki bırakan ve kişiye zararlı olduğu durumlarda "distress" olarak adlandırılmıştır (60). Günümüzde stres kelimesi çoğunlukla distress kavramının yerine kullanılmaktadır.

2.2.2. Stres Kuramları

Stresle ilgili en çok bilinen kuram Genel Adaptasyon Kuramı (Stres Teorisi)'dir. Bu kurama göre, organizmanın strese yanıtının 3 aşamadan oluşur. Bunlar alarm tepkisi, direnme ve tükenme aşamalarıdır. Biyolojik bir sisteme etkide bulunan herhangi bir iç veya dış uyaran otonom tepkiye neden olarak sempatik tonusu yükseltir, buna adaptasyon sendromu denir. Yanıt olarak organizma parasempatik sistemin de aktivasyonu ile homeostatik dengesini orijinal düzeyden farklı bir düzeyde tekrar kurmaya çalışır ki bu

“Genel Adaptasyon Sendromu”dur. Alarm reaksiyonunu, yeni uyaranlara karşı uyarılma eşiğinin yükseldiği direnç dönemi izler. Eşiği aşan güçte uyarılmalar devam ederse bitkinlik dönemi ortaya çıkar. Eğer, iki sistemden birinde yoğun uyarın nedeniyle gerilim diğeri tarafından karşılanamayacak kadar yükselirse bitkinlikten daha ileri bir durum olan şok oluşur ve sistem çöker. Organizma bu süreçten sonra başarabilirse dengeyi yeniden kurar (61) .

Psikanalitik yaklaşıma göre; stres anksiyete kavramıyla açıklanmıştır. Freud’un ‘Kıvırmalar, Belirtiler ve Anksiyete’adlı eserinde travmanın psiko-ekonomik görüşünü kaygı teorisiyle birleştirir. Travmatik durumdaki aşırı uyarılma kişide şiddetli bir kaygıya neden olur. Burada travma her zaman erken çocukluğa ait travmatik bir durum olarak ele alınır, sadece özneyi ve uyarınlara karşı koruyucu bariyerin kırılmasını değil, aynı zamanda bir yaşam durumunu, ‘çaresizliği’içerir. ‘Kaygı, bastırmanın sonucunda meydana gelmemiştir; halihazırda var olan bir anımsatıcı imgeye göre afektif bir durum olarak yeniden üretilmiştir. Afektif durumlar, ilksel travmatik deneyimlerin kalıntıları olarak zihne yerleşmişlerdir ve benzer bir durum meydana geldiğinde, anımsatıcı semboller gibi yeniden canlanırlar...’(62). Davranışçı kurama göre; stresin açıklaması, klasik ve edimsel koşullanma ile yapılmaktadır (63). Bilişsel kuramda ise stresin oluşması, stres kaynağının birey tarafından nasıl algılandığı ile ilişkilidir. İnsanlar çevrelerinde olan biteni pasif bir şekilde karşılayan varlıklar olarak değil, dış dünyayı etkileyen ve değiştiren varlıklar olarak ele alınmıştır. Bilişsel modelde bir nesne ya da olay kişi tarafından stres verici olarak tanımlanmadığı sürece stres verici olmadığı kabul edilir. Varoluşçu kurama göre; sevilen birinin kaybı, hastalık gibi durumlarda yaşamın kontrol edilebilirliğine ve sürekliliğine olan inanç sarsılır. Bunun sonucunda stres açığa çıkar, denge ve uyum bozulur (64).

Kısaca ortak noktalara değinmek gerekirse stres, organizmanın sınırlarını içeriden veya dışarıdan tehdit ederek bireyin dinamiklerini değiştiren; uyum sağlanma çabası gerektiren ve uyum sağlanamadığında fiziksel ve ruhsal dengesinin bozulduğu bir süreçtir. Strese yol açan faktörler

çok çeşitli olabildiği halde, neticede ortaya çıkan biyolojik tepki benzerdir (60).

Bilindiği üzere stres, yaşamın kaçınılmaz bir parçasıdır (61). Fakat aşırı stres de ölümcül olabilir. Belli düzeydeki stres farklı kişilerde farklı tepkilere sebep olabilmektedir. Kimi bireylerin performansını artırabilirken; kimisini hiç iş yapamaz hale getirebilir. Kişinin bütünlüğünü tehdit edebilecek durumlarda ruhsal ve fiziksel sınırları korumak ve işlevselliği sağlamak adına öne çıkan kavram "başa çıkma" olmaktadır (58).

2.2.3. Stresle Başa Çıkma

Stressiz bir yaşam mümkün olmadığı için stresli durumlarla nasıl başa çıkılabileceğini bilmek; stresten kaçmak yerine stresi ortadan kaldırmak için çabalamak kişiyi gelecekteki olası stres faktörlerine karşı daha donanımlı hale getirir. Böylece birey, geçmiş tecrübelerinden yararlanacak ve gelecekte karşılaşacağı diğer zorluklar için daha rahat çözüm üretebilecektir. Stresli durumlarda yaşanan duyguların yarattığı huzursuzluk bireyi mevcut durumda değişiklik yaratmaya iter. Bireyin bu durumları olumlu yönde değiştirmeye yönelik uğraşma sürecine başa çıkma denir (65, 66). Stresle başa çıkma (SBÇ), bireyin mevcut yaşantısına yönelik tehdit algıladığı bir durumda stresin etkilerini olumlu düzeyde tutabilmek adına gösterdiği, uyum sağlamaya yönelik, sürekli değişen, bilişsel ve davranışsal çabaların tümüdür (58). Ruhsal ve bedensel sağlığı korumak, üretici ve verimli bir yaşam sürdürebilmek için gereklidir. Kişinin psikolojik olarak kendini iyi hissetmesini sağlamaya yönelik kullanacağı uygun davranışsal yaklaşımların yanı sıra kendini kötü hissetmesine neden olacak şeylerden korunmasını sağlayacak uygun kaçma/kaçınma davranışlarını da içerir (65, 66). Yakın tarihli araştırmalar başa çıkmanın dıştan gelen, stres verici veya olumsuz olaylar karşısında verilen bir tepki olduğunu belirtmişlerdir (67, 68). Bu tepkiler genellikle bir kişinin bilinçli stratejileri ya da tarzlarıdır; farklı stres verici durumlara tepki olarak belirli başa çıkma tarzları görülebilmektedir (69, 70). Bireyin bakış açısı, stresi yorumlaması ve kişisel özellikleri yaşanan stresin

düzenini etkiler. Benzer ortamlarda aynı stres kaynağına maruz kalan kişilerin stres algısı ve tepkileri değişkenlik gösterebilir (71).

SBÇ teorisi, bilişsel değerlendirme ve başa çıkma olmak üzere iki süreci kapsamaktadır (72). Bilişsel değerlendirme, kişinin içinde bulunduğu mücadelenin kendi iyilik hali ile ilişkili olup olmadığını ve eğer ilişkiliyse ne şekilde ilişkili olduğunu değerlendirdiği süreçtir. Bu değerlendirme süreçlerinde kişinin sahip olduğu kaynaklar ve yaşam kalitesi sürecin nasıl geliştiğinde etkili olur (72). Birincil ve ikincil olmak üzere iki tür bilişsel değerlendirme vardır. Birincil bilişsel değerlendirme sürecinde kişi, bu mücadelede tehlikede veya risk altında olan herhangi bir şeyinin olup olmadığını; sorumluluklarına, değerlerine ve hedeflerine ilişkin yarar ve zarar olasılıklarını değerlendirir. Bu süreç, durumun bireyin kendisi için ne anlam ifade ettiğinin belirlenmesi sürecidir. İkincil bilişsel değerlendirme sürecinde ise kişi zararın üstesinden gelmek, önlemek ya da yarar sağlama olasılığını artırmak konusunda bir şey yapıp yapamayacağını; sıkıntı yaratan durumla baş edebilmesi için sahip olduğu kaynakları değerlendirir. Bu süreçte ise kişi, durumu değiştirme, onu kabul etme, bilgi arama veya dürtüsel ya da zarar verici bir şekilde davranmaktan kaçınma gibi farklı başa çıkma seçeneklerini değerlendirmektedir (72). Birincil ve ikincil değerlendirmeler birey ve çevre arasındaki etkileşimin, iyilik hali açısından anlamlı olarak ele alınıp alınmadığına ve eğer anlamlıysa tehdit edici (kayıp ya da zarar olasılığına sahip) ya da zorlayıcı (yarar sağlama olasılığına sahip) olup olmadığına karar verilmesi konusunda birleşmektedirler (72). Başa çıkma ise kişinin, kaynaklarını zorluyormuş gibi değerlendirdiği belirli dışsal ve/veya içsel talepleri yönetebilmek amacıyla ortaya koyduğu sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalarıdır (58). Bireyin birincil ve ikincil değerlendirmeleri sonucunda başa çıkma davranışı oluşur. Başa çıkma davranışının ardından birey yine birincil ve ardından ikincil değerlendirme sürecine girer ve sonrasında yeni bir başa çıkma davranışı oluşur. Bu yönüyle süreç aslında döngüselidir (67). Başa çıkma kişinin taleplerine ve onları yönetmesi için var olan kaynaklarına ilişkin yaptığı değerlendirmeden etkilenmektedir ve nelerin iyi veya kötü başa çıkma şeklinde ele alınabileceğine ilişkin bir öngörüde

bulunmak mümkün değildir (72). Stres verici ya da zorlayıcı olaylarla başa çıkmanın çok sayıda yolu olmasına rağmen Lazarus ve Folkman, bunların iki ana kategoriye ayrılabilirliklerini belirtmişlerdir. Bunlar, stres verici duyguları düzenleme (duygu odaklı başa çıkma (emotion-focused)) ve birey ile çevre arasındaki strese neden olan ilişkiyi değiştirmedir (problem odaklı başa çıkma (problem-focused)) (67). Folkman ve Lazarus tarafından yapılan araştırmalarda, bu iki başa çıkma yolunun neredeyse bütün stres verici durumlarda kullanıldığı gösterilmiştir (67, 72). İlerleyen yıllarda bunlara ek olarak stresli durumlardan kaçmayı sağlayan bilişsel ve davranışsal aktiviteleri kapsayan ve “kaçınma tarzı” olarak adlandırılan üçüncü bir başa çıkma tarzı tarif edilmiştir (65, 73).

Problem odaklı (PO) başa çıkma; bireyin sorununa yönelik alternatif çözümler üretmesi, ilişkilerini değiştirmesi, stresli durumu değiştirmek ya da ortadan kaldırmak için çeşitli girişimlerde bulunmasıdır. PO baş etmede kişinin sorunu çözebileceğine inanması ve kaygı verici uyarana müdahale etmesi vardır. Duygu odaklı (DO) başa çıkma ise, stresöre ilişkin duygusal tepkileri düzenleme çabalarıdır. Birey stresi çözemeyeceğine inandığında ya da stresöre uyum sağlaması gereken durumlarda bu tarzı kullanır. Durumu kabullenme, yadsıma, kaçınma, kendini eleştirme, duygularını açıklama, olumlu açıdan bakmaya çalışma, toplumsal destek arama ya da problemden uzaklaşma gibi davranışlar bu tarzla ilişkilidir. Madde kullanma gibi eylemler de DO başa çıkma yöntemleri arasında sayılabilir (72). Genellikle, PO başa çıkma çevresel koşullarda, DO başa çıkmada ise içsel koşullarda değişim gerçekleşir ancak birey kendinde, PO başa çıkma yöntemleri ile çözüme yönelik bir durumu düzelterek içsel değişiklik de yapabilir. PO başa çıkma sorunu belirlemeyi, çözümler üretmeyi, çözümler arasındaki kar zarar durumunu değerlendirmeyi, bir seçim yapmayı ve bu seçimi uygulamayı gerektirir. DO başa çıkmada olumsuz duyguların kontrol altına alınması amaçlanır (65). DO başa çıkma bir durumun değiştirilmesi değil, durumun anlamını değiştirmeye yöneliktir (örneğin “hayatta bundan daha fazla kaygılanacak başka şeyler olduğunu fark ettim” gibi).

Başa çıkma tutumlarının ikisi de iyi ya da kötü olarak değerlendirilmemelidir; stres kaynağının gerektirdiği başa çıkma tutumu ile bireyin tercih ettiği tutuma bağlı olarak ortaya çıkan sonuçlar olumlu ya da olumsuz olabilir (66). Bireysel etkenler SBÇ'de en önemli yere sahiptir, bireylerin stres karşısındaki tutumları ve başa çıkma yöntemleri değişkenlik gösterir (74). Yüksek özsaygıya sahip olan ve iyimser bireylerin daha olumlu ve aktif başa çıkma yöntemlerini kullandıkları ve karşılaştıkları tüm durumlarda ellerinden gelenin en iyisini yapmaya gayret ettikleri belirtilmiştir (69). Düşmanca, katı, yetersiz ve nörotik eğilimler gösteren kişilerin ise sorunlarını saklamaya meyilli oldukları ve DO başa çıkma tutumlarını daha çok kullandıkları belirtilmiştir (75). Tepkisel kişilerin DO başa çıkma tutumlarını kullandıkları düşünülür. İçedönük olmanın gelişmemiş, nörotik baş etmeyle ilgili; dışadönük olmanın ise gelişmiş ve etkili baş etme davranışlarıyla ilgili olduğu belirtilmektedir (76).

Baş etme stratejileri, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerine göre incelendiğinde, ergenlikten erken yetişkinlik ve yetişkinlik dönemine geçerken, PO stratejilerin kullanımının arttığı görülmektedir. Madde kullanımına dayalı baş etme tarzlarının sıklıkla erken yetişkinlik öncesinde görüldüğü ve DO baş etme tarzlarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (77). Alanyazında, DO başa çıkmanın, PO başa çıkmaya kıyasla stres ve ilişkili bozukluklarla daha çok ilişkilendirildiği (78), olaylardan kaçınarak baş etmenin de ruhsal bozukluklarla ilişkilendirildiği görülmektedir (79). Kişilerin kullandıkları baş etme tutumlarında cinsiyetin etkisinin olduğu, erkekler ve kadınların farklı baş etme tutumlarını tercih ettikleri belirtilmektedir. Araştırmalarda, kadınların stresle başa çıkmak için dikkat dağıtan uğraşlara yöneldikleri, duygusal tatmin arayışında oldukları ve toplumsal desteğe daha çok gereksinim duydukları; erkeklerin ise daha aktif baş etme tutumlarını kullandıkları gösterilmiştir (80). Strese yol açan olay çeşitlerinin ve baş etme tutumlarının incelendiği bir çalışmada, kadınların daha çok sağlık ve ailesel yaşantılardan etkilendikleri; erkeklerin ise, finansal durum ve çalışma hayatı ile ilgili yaşantılardan etkilendikleri gösterilmiştir. Kadınların duygusal ve kaçınmacı baş etme yollarını tercih ettikleri; erkeklerin, rasyonel ve çözüm

odaklı baş etme yollarını kullandığı bildirilmiştir (75). Alanyazındaki bir başka araştırmada ise başa çıkma yollarında cinsiyete göre farklılık bulunamamıştır (163). Bir çalışmada kronik hastalıklarla baş etmenin en etkin yolunun hastalığa uyum sağlama olduğu belirtilmiştir (81). Kronik hastalıklar (yüksek tansiyon, kalp hastalıkları, diyabet, romatizmal hastalıklar) ile baş etme tarzlarının ilişkilerinin araştırıldığı bir başka çalışmada, duygusal baş etme tarzlarını (kaçınma, duygusal dışa vurma, suçlama) kullanan hastaların, olumsuz duygulanıma sahip olduğu, özsaygılarının düşük olduğu ve uyum göstermekte zorlandıkları; olumlu duygulanıma sahip hastaların ise bilişsel stratejiler kullandığı ve hastalığa yönelik bilgi toplama kaynaklarından daha fazla yararlandığı bildirilmiştir (82). Bireyler stresle başa çıkarken bedensel, zihinsel, davranışsal yollardan veya inançla başa çıkma yollarından yararlanabilirler. Bu yöntemler ayrı ayrı kullanılabilir gibi birlikte de kullanılabilirler. Bireylere stresle başa çıkmak için etkili bir zaman yönetimi, düzenli diyet, gevşeme hareketleri, egzersiz ve fiziksel aktivite, meditasyon, müzik dinleme, sosyal aktivitelere katılma, hobi edinme, iletişim kurma, olumlu hayal kurma, beceri ve yetenek geliştirici etkinliklere katılma gibi aktiviteler önerilmiştir. Ayrıca toplumsal yardıma ulaşabilmenin mümkün olduğu durumlarda, bireylerin hayatlarındaki stres unsuruyla daha etkin biçimde baş edebildikleri belirtilmiştir (83, 84).

2.2.4. COVID-19 Pandemisi ve Stresle Başa Çıkma

Çalışmalarda COVID -19 pandemisinin bireylerin günlük yaşantısı üzerinde çarpıcı bir etkisi olduğu, değişen sosyal yaşantı, yaşanabilecek maddi sıkıntılar, mesleğe ilişkin riskler gibi birçok etkenin toplumlarda agresiflik, enfeksiyon korkusu, anksiyete, çökkünlük, uyku sorunları ve dikkatsizlik gibi farklı seviyelerde psikopatolojileri etkilediği gösterilmiştir (85, 86). Alanyazında, geçmişteki epidemiler (87) veya doğal afetler (88,89), hastalık (90) veya yüksek stresli mesleklerde uzun süre çalışma gibi travmatik boyutta örseleyici olaylar sırasında da bazı psikopatolojilerin ortaya çıkabildiği ve bunların uzun sürebildiği bildirilmiştir (91). Kanıtlar, stres karşısında başa çıkma yöntemlerinin genel nüfusun yaşam kalitesini etkilediğini göstermiştir (92). Olumsuz başa çıkma stilleri, artmış psikolojik

stres ve TSSB, anksiyete ve depresyon gibi psikopatolojilerle ilişkili olabilir (88, 89, 93). Ebola virüsü ve SARS salgınları ile ilgili daha önce yapılan araştırmalarda, bireylerin bulaşıcı hastalıkları yaşamı tehdit eden bir olay olarak algıladıkları ve bunun anksiyete, depresyon, korku ve uyku problemlerine neden olabileceği gösterilmiştir (85, 94, 95). Ayrıca, bu belirtilerin, bireylerin gelecekte ruhsal hastalık yaşamaları açısından risk faktörü olabileceği ve bireyin salgının önlenmesine yönelik tutum ve davranışlarını etkileyebileceği belirtilmiştir (96). COVID-19 pandemisi döneminde ABD’de yapılan ve 1015 katılımcının yer aldığı bir çalışmada, en yaygın kullanılan baş etme stratejilerinin dikkat dağıtma, aktif baş etme ve duygusal-sosyal destek arama olduğu; kadınların DO stratejileri daha fazla kullandığı; gençlerin, LGBTİ bireylerin ve ekonomik açıdan dezavantajlı grupta olanların genellikle madde kullanımı gibi daha az verimli stratejileri tercih ettiği bildirilmiştir (97). Çin’de yapılan ve 1599 katılımcının yer aldığı bir başka çalışma, olumsuz başa çıkma stiline sahip kişilerin olumlu başa çıkma stiline sahip kişilere göre daha yüksek düzeyde ruhsal probleme sahip olduğu gösterilmiştir (98) . Kronik hastalığı olan 267 katılımcının yer aldığı bir çalışmada da korelasyon analizleri COVID-19 ile ilgili algılanan stresin, dikkat dağılması, inkâr, madde kullanımı ve kendini suçlama gibi başa çıkma stratejileri ile pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir. Hiyerarşik regresyon analizleri sonucunda aktif başa çıkmanın -inkâr, duygusal destek kullanımı, mizah, din ve kendini suçlamanın, demografik ve psikolojik özellikler kontrol edildikten sonra- katılımcıların iyi oluşları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (99).

2.3. Anksiyete ve Depresyon

2.3.1. Anksiyete

Anksiyete kelimesi daralma ya da gerginlik anlamlarına gelen Yunancada “angh”, Latince “angustus” kelimelerinden köken alan Almanca “angst” sözcüğünden türetilmiştir ve köken aldığı kelimelerin anlamlarına uygun olarak “düşünülmeyen fakat hissedilen, gözle görülür bir sebebi bulunmayan, kaynaklarının dolaylı olarak tespit edilebildiği sürekli bir kaygı ve korku hali ya da düşük seviyelerdeki düzenli korku” anlamlarına gelmektedir (100, 101). Araştırmalara bakıldığında, kaygı bozukluklarını

detaylı bir şekilde tanımlayan ilk kişinin Freud olduğu anlaşılmaktadır ve Freud anksiyete nevrozunun kontrol altına alınamayan libidodan kaynaklandığını ortaya atmıştır (102). Spielberger tarafından durumluk kaygı ve sürekli kaygı olmak üzere iki tür olarak ifade edilmiştir (103). Anksiyete, duygulanımda kaygı, korku, sıkıntı ve bunaltı halinin eşlik ettiği, benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim durumudur. Bu tehdidin kaynağının bilinmemesi ile korkudan ayrılır (104). Normal düzeylerdeki anksiyete, hayatın normal seyri için gereklidir. Bireyin karşılaştığı tehditler varlığında kendisini koruma amacıyla ortaya çıkar (105). Anksiyetenin patolojik düzeyde olduğuna karar verebilmek için, uyarının şiddeti ile ortaya çıkan anksiyetenin orantılı olmaması, zamanla azalmak yerine değişmemesi yahut şiddetinin artması, klinik tabloya ağırlıklı olarak anksiyetenin fiziksel belirtilerinin hakim olması, bu duruma katlanmakta zorlanması ve kişinin olağan işlevselliğinin bozulmuş olması gerekir (106). Anksiyete belirtileri, duygusal alanda (gerçek olmayan hisler, aşırı uyanıklılık, gerçekle uyumlu çevresel görüntüler), düşünce alanında (hatırlama güçlükleri, olaylar arasındaki nedenleri kavrayamama, dikkati odaklayamama, düşünce akışının denetlenememesi), kavramsal alanda (bilişsel çarpıtmalar, kontrolü kaybetme ve ölüm korkusu, aklını kaçıracakmış gibi hissetme, aniden çok kötü bir şey olacakmış hissi) ve duygusal alanda (sinirlilik, gerginlik, çaresizlik hissi, sürekli olarak alarm durumunda olma) olabilir (107). Bunlara ek olarak anksiyetenin donakalma, kaçınma, davranışsal inhibisyon gibi davranışsal ve sempatik/parasempatik sinir sisteminde meydana gelen uyarılmalara bağlı olarak oluşan, kalp hızında artma, çarpıntı, kan basıncında değişme, hızlı hızlı nefes alma, boğuluyormuş gibi hissetme, nefes almada zorluk, ellerde ve ayaklarda titreme, kaslarda gerginlik, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtileri de olabilir (107, 108). Bireyler anksiyete ile başa çıkmak için, içe kapanma, dışa vurum, bedene yansıtma, kaçınma gibi pasif başa çıkma tarzlarını veya problem çözme gibi aktif başa çıkma tarzlarını kullanırlar (109). Yaşam boyu prevalansı %13.6-%28.8 arasında kabul edilmektedir (110). Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nde kaygı bozukluklarının 12 aylık prevalansı %6.7 olarak saptanmıştır (111). Genel toplumda en sık görülen kaygı bozukluğu özgül

fobiler olup, ikinci sırada sosyal anksiyete bozukluğu gözükmektedir (112). Ortalama başlangıç yaşı 10-25 yaş arası olup sosyal kaygı bozukluğu ve özgül fobi çoğunlukla çocukluk ya da erken ergenlikte başlamaktadır (113). Kadınlar erkeklere göre daha fazla kaygı bozukluğuna sahip durmaktadır (114). Çeşitli çalışmalarda anksiyete bozukluğuna en sık eşlik eden ruhsal bozukluğun MDB olduğu belirtilmektedir (115, 116). Ayrıca, kalp hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları (117), diyabet ve kanserler (118, 119) de kaygı bozuklukları ile sık birlikteliği olan hastalıklardır.

2.3.2. Depresyon

Depresyon; çökkün duygulanım, ilgisizlik, isteksizlik, hayattan zevk alamama, enerjide azalma, suçluluk duyguları, özgüven azalması, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve konsantrasyon bozukluğu ile seyreden bir duygudurum bozukluğu olarak adlandırılır (120). Depresyon sözcüğünün kelime anlamı Latince 'depressus' kelimesinden yani 'alçakta olmak, bastırmak'tan gelmektedir (121). Depresyonu sınıflandırma çabaları İsa'dan önce 400'lü yıllara kadar uzanmakta olup ilk olarak Hipokrat melankoli terimini kullanmıştır (122). Hipokrat kan, sarı safra, kara safra ve lenfi vücuttaki duygularla ilişkili dört sıvı olarak tarif etmiştir, kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli, frenitis ve paranoya gelişimine neden olduğunu ifade etmiş, depresyon belirtilerini tanımlamış ve depresyonun nedenlerine yönelik açıklamalar ileri sürmüştür (123). Aniden ortaya çıkan stresli yaşam olayları, kronik stres ve yoksulluk depresif bozuklukların psikososyal nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadırlar (124). Depresyon psikiyatrik tablolar arasında en yüksek yaşam boyu yaygınlığa sahip bozukluktur ve yaşam boyu yaygınlık oranı %5 ile %17 arasında değişmektedir (125). Ülkemizde depresyon yaygınlığı diğer ülkelere benzer oranlarda (%8-%20) saptanmıştır (126). Depresyon, kadınlarda erkeklerden 2 kat daha yaygın görülmekte olup sıklıkla 20 ile 50 yaşlar arasında başlamakla (ortalama başlangıç yaşı 40) birlikte, çocukluk ve yaşlılık dönemlerinde de başlangıç gösterebilmektedir (125). Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından Başkent Üniversitesi'ne yaptırılan Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi sonucunda en fazla yeti yitimine neden olan psikiyatrik

hastalığın ve üretken yaş aralığında (15-59 yaş) en sık görülen hastalığın unipolar depresyon olduğu belirtilmiştir (127). Çalışmalarda düşük eğitim düzeyi, yeti yitimine neden olan psikiyatrik ve bedensel hastalıklar, stresli yaşam olayları, sosyal desteğin yetersiz olması, kişilik bozukluğu ek tanısının varlığı depresyon için risk etmenleri olarak bildirilmiştir (128, 129). Stresli yaşam olaylarının etkisinin, kişinin olaya yüklediği anlama göre değiştiği ve bu ilişkinin çift yönlü olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (129).

2.4. Psikolojik Dayanıklılık

2.4.1. Tanım

PD kavramını ifade ederken kullanılan “resilience” sözcüğü Latince “esnek, elastik yapıda olduğu için bozulmayan ve eski formuna dönebilen” anlamlarına gelen ve ‘resilire’ fiilinden türetilmiş olan ‘resiliens’ kelimesinden köken almaktadır (130). PD kavramı üzerine çalışan ilk kişi Suzanne C. Kobasa’dır. Kobasa, stres verici koşullara maruz kalmalarına ya da travmatik olaylar yaşamalarına rağmen hayatın normal işleyişine tekrar uyum sağlayabilen insanların ortak özelliğinin “psikolojik dayanıklılık” olduğunu söyler ve psikolojik dayanıklılığı, bireyin yaşamındaki olayların denetimini elinde tuttuğuna inanması, hayatın getirdiği yeniliklere açık olması ve kendini yaptığı işe adanması olarak tanımlar(131).

PD (resilience) kavramı iki unsuru barındırmaktadır. Birincisi stresli yaşam olaylarını ve her türlü olumsuz koşulu içeren “zorluk”, ikincisi davranışsal ve sosyal becerileri içeren “pozitif uyum”dur (132, 133). Günümüzde kullanılan “resilience” terimini ilk kez 1985 yılında Rutter kullanmıştır (134). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da “resilience” kelimesinin karşılığı olarak başlarda PD, psikolojik sağlamlık, kendini toparlama gücü ve yılmazlık gibi farklı kavramlar kullanılmış; ilerleyen zamanlarda ise en uygun karşılığın “psikolojik dayanıklılık” olduğu konusunda uzlaşmaya varılmıştır (135). Farklı farklı düzeylerde de olsa her birey hayatı boyunca gündelik sıkıntılardan ciddi travmalara kadar birçok stresli durumla karşılaşmaktadır. Stres yaratan durumlara uyum göstermeyi, bu durumlarla etkili bir biçimde

baş edebilmeyi ve strese verilen tepkilerin olumlu yanlarını ifade eden kavram, PD olarak adlandırılmaktadır (136).

2.4.2. Psikolojik Dayanıklılık Kavramının Gelişimi

Kobasa, Illinois Belediyesi'nde orta ve üst düzey yönetici pozisyonunda çalışan, 40-49 yaşları arasında, 670 erkek katılımcı ile yaptığı çalışmasında katılımcılardan son üç yılda yaşadıkları yoğun stresli olayları ve geçirdikleri hastalıkları listelemelerini istemiş; katılımcıları stres seviyelerine ve hastalık puanlarına göre sınıflandırmıştır. Yüksek stres puanı almış olmalarına rağmen düşük hastalık puanına sahip olan katılımcılarda tespit ettiği bazı ortak noktalar Kobasa'nın PD tanımlamasının temelini oluşturmuştur (131). Takip eden çalışmalarda Kobasa ve arkadaşları, psikolojik dayanıklılığın stres için direnç kaynağı olan etkin bir kişilik özelliği olduğunu belirtmişlerdir (137). Gentry ve Kobasa'ya göre ise PD stresin olumsuz etkilerini azaltan ve organizmada hastalığa yol açan gerginliği önleyen bir kişilik özelliğidir. Çalışmalarında strese karşı direnç kaynağı olan kişilik özelliklerini öz kontrol, öz yeterlilik, algılanan kontrol ve PD olarak açıklamışlardır (138). Masten (1990); psikolojik dayanıklılığı, "zorlayıcı ve tehdit edici koşullara rağmen başarılı bir uyum sağlama yeteneğine sahip olmak, bu süreçte gayret göstermek ve sonuçta da başarılı olmaktır." şeklinde ifade etmiştir (139). Öğülmüş (2001) psikolojik dayanıklılığı, "olumsuzluklara rağmen başarmayı sağlayan kişisel nitelikleri içeren bir kavram" olarak tanımlamıştır (140). Bir başka ifadeyle ise PD, "olumlu baş etmenin sonuçları olan uyum (adaptation) ve yeterlik (competence) gibi olumlu gelişme, geleceğe yönelme ve umut ile ilgilidir" şeklinde tanımlanmıştır (141).

PD kavramının evrensel çapta kabul edilmiş bir tanımı olmasa da içerik yönünden benzer özelliklere vurgu yapılmıştır. Bu özellikler; psikolojik dayanıklılığın "dinamik bir süreç olduğu, zorlu yaşam olayları karşısında, risk altındayken etkin olarak baş etme ve sağlıklı bir şekilde uyum gösterme süreçlerini içerdiğidir" (142).

2.4.3. Psikolojik Dayanıklılığın Boyutları

Daha önce kısaca söz edildiği gibi, Kobasa ve arkadaşlarına göre, PD'nin birbiriyle ilişkili üç boyutu vardır: Kendini adama, kontrol ve meydan okuma (131).

Kendini adama: Bireyin günlük olaylara müdahil, girişimci ve aktif olması, olayların dışında kalmaması yoluyla gerçekleşen; çevrelerindeki olayları, nesnelere ve insanları tanıma, anlamaya çalışma gibi genel bir uğraş, amaç ve anlam duygusu olarak görülmektedir (143, 144)). Bu bireyler çevrelerine sosyal olarak yatırım yaparlar ve ilişkide oldukları nesnelere bağlanırlar (137). Kendilerini ve çevrelerini zaman harcamaya değer ve ilginç bulurlar. Ayrıca yaptıkları her şeyde merak edilecek, anlamlı olabilecek bir şeyler aramaya ve bulmaya meyillidirler (136). Kendini adama, yaşama ilgi duyma, kendi değerlerinin ve amaçlarının farkına varma, kendine inanma, duygusal destek almaya ve vermeye istekli olma ile oluşan güçlü bir gerçeklik duygusunu da beraberinde getirir. Bu gerçeklik duygusu, durumlar değişirse bağlanma durumunun da yeniden değerlendirileceğine işaret eder (146).

Meydan okuma: Bireylerin çevresiyle etkileşime geçmesini, yeni deneyimlere açık olmayı, farklı farklı yollarla öğrenmeyi, durum değişikliklerinde yeniden düzenleme yapmayı sağlayan bir faktördür (147). Bu özelliğe sahip bireyler bilginin çaba sarf edilmeden kolay yollardan elde edilmediğini, zorlukların ve zorluklar karşısında gösterilen çaba ve zahmetin bireyi geliştirdiğini bilirler. Yaşamdaki değişimleri olumlu olarak değerlendirirler ve değişim, güvenliklerine karşı bir tehdit unsuru olarak değil, gelişimlerini teşvik edecek bir unsur olarak algılanır. Deneyimledikleri stres verici durumları, yaratıcı ve yenilikçi yollarla çözmek ve başarıya ulaşmak için bir fırsat olarak değerlendirirler. Olayların kendi gelişimlerini teşvik edeceğine ilişkin algıları yaşadıkları durumları yeniden düzenleyebileceklerine olan inançlarından, özgüven sahibi olmalarından ve benlik saygılarının yüksek olduğundan kaynaklanır (137). Çevrelerinde samimi, esnek, zamanı ve kaynakları etkin kullanan, problem çözücü ve işleri kolaylaştırıcı bireyler

olarak bilinirler. Değişen durumları etkili bir şekilde değerlendirme ve yorumlama yeteneğine sahiptirler (148).

Kontrol: Holt ve arkadaşlarına göre bu özellik, bireyin yaşamındaki çeşitli durumları etkileyebileceğine olan inancını, durumları değiştirmeye yönelik düşünce ve eylemlerini ifade eder. Ayrıca tüm engellere rağmen kendi yetenek ve becerilerini olumlu olarak algılamayı da içerir (147). Kontrol karşılaşılan zorluklar karşısında kendini aciz hissetmek yerine, olayların seyrini değiştirmeye yönelik olan inanç ve müdahalelerdir. Bu özelliğe sahip bireyler olurlarına bırakmak yerine mücadele ederek sonucu değiştirebileceklerine inanırlar ve karşılaştıkları örseleyici durumlarda kendilerini güçsüz hissetmezler (143).

Friborg ve arkadaşları ise yapmış oldukları çalışmada PD'yi kişisel güç, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar olarak toplam beş boyutta tanımlamışlar (149). 2005 yılında yaptıkları ikinci bir çalışmada ise kişisel güç boyutunu, kendilik algısı ve gelecek algısı olarak ikiye ayırmışlar ve PD alt boyutlarını altı başlıkta sınıflandırmışlardır (150).

- Kendilik Algısı: Kişinin gerçekte kim olduğu ile ilgili duygu, düşünce ve davranışlarını fark etmesine yönelik algılarını (151),
- Gelecek Algısı: Kişinin geleceğe yönelik pozitif bakış açısını (135),
- Sosyal Yeterlilik: Bireyin sosyal açıdan destek görüp görmemesi ile ilişkili olarak sosyal uyumunu, dış dünya ile ilişkisini ve sosyal aktivitelerde bulunma eğilimini (149),
- Yapısal Stil: Bireyin özgüveni, güçlü yanları ve öz disiplini ile ilişkili olarak günlük aktivitelerini planlama, koordine etme ve eyleme dönebilme becerilerini (135),
- Aile Uyumu: Kendisinin önem verdiği şeylerle ailesininkilerin örtüşmesini ve ailesi ile beraberken kendini mutlu hissedip hissetmemesi ile ilişkili olarak aile fertlerinden aldığı desteği; kısaca bireyin en yakınlarıyla uyumunu (135),
- Sosyal Kaynaklar: Bireyin diğerleri ile olan sosyal ilişkilerindeki yeterliliğini ve sosyal sorumluluğunu ifade etmektedir (152).

Çalışmamızda da kullanılan Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, psikolojik dayanıklılığın bu altı boyutunu incelemektedir.

2.4.4. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler

Yapılan araştırmalarda psikolojik dayanıklılığı etkilediği düşünülen üç temel faktör vardır: bunlar risk faktörleri, koruyucu faktörler ve yatkınlık yaratan faktörler (153).

Risk, istenmeyen sonucun ortaya çıkması olasılığını arttıran durumun varlığı olarak tanımlanırken; risk faktörleri, yaşanan problemleri ve problemlerin doğurabileceği olumsuz sonuçları devam ettiren veya arttıran her türlü süreç ve özellik olarak tanımlanır (154). Araştırmacılar tek bir risk faktöründen ziyade çoklu risk faktörlerinin varlığının, bu faktörlere maruz kalma süresinin ve risk faktörlerinin birikimli etkisinin önemini vurgulamaktadırlar (154, 155). Risk faktörleri; bireysel faktörler, ailesel faktörler ve toplumsal faktörler olarak üç boyutlu yapıda ele alınmıştır (156, 157).

- Bireysel faktörler: Kaygılı bir mizaç, zeka geriliği, prematüre doğum, kronik hastalıklar/hastaneye yatırılma, erken yaşta anne olma, okul başarısızlığı, düşük benlik saygısı, bireyin kendine güveninin az olması, etkili başa çıkma mekanizmalarını kullanamaması, bireyin kendini kontrol etme yeteneğinin az olması, kendini etkili bir biçimde ifade edememesi, agresif kişilik yapısına sahip olunması.
- Ailesel faktörler: Ailevi hastalıklar, krizler, sert ya da tutarsız disiplin anlayışı, boşanma, ayrı yaşama veya tek ebeveyne sahip olma, aile içinde sağlıklı ilişkilerin kurulamaması, aile içi şiddet, ihmal ve istismar.
- Toplumsal faktörler: Düşük sosyoekonomik düzey, evin, okulun ve diğer hizmetlerin niteliksizliği, toplumsal rol modellerinin eksikliği, suç oranı, madde kullanımı olarak belirtilmektedir.

Yatkınlık (psikososyal eğilim) yaratan faktörler, negatif olan bir durumun veya riskli faktörlerin felaketleştirme düşünsel hatası içerisinde abartılı yaşanmasına etki eden her türlü etmendir (158). Duygusal yabancılaşma,

bilişsel çarpıtma, dış odaklı kontrole sahip olma, önceden depresyon geçirmiş olma, uzun süreli kötü yaşam koşullarının varlığı yatkınlık oluşturan faktörlere örnek olarak verilebilir. Yapılan araştırmaların bir kısmında risk faktörlerinin çevresel faktörler olduğu, yatkınlığın ise bireysel ve ailesel faktörlerden kaynaklandığı belirtilmektedir (159).

Koruyucu faktörler, risk altında olmanın olumsuz etkilerini azaltmaya hizmet eden ve bireyin gelişimsel ihtiyaçlarını karşılamasına yardımcı olan değişkenleri ifade etmektedir (160). Rutter ise koruyucu etmenleri; bireylerin maruz kaldığı risk faktörlerinin etkisini ve yaşanan olumsuz olayları azaltan, bireyin benlik algısı ve kendisine olan saygısını ve kendilik kontrolünü arttıran, bireyin yeniliklere ve olanaklara açık olmasını sağlayan her türlü etmen olarak tanımlamıştır (161). Romano'ya göre Koruyucu faktörlerin varlığı, bir taraftan problem ortaya çıkmadan önce önlemeyi ve bir problem davranışın oluşumunu azaltmayı sağlarken; diğer taraftan var olan sorunun etkisini azaltarak bireyin duygusal ve fiziksel iyilik halini artıracak davranışları, tutumları ve bilgileri güçlendirmesine yardımcı olarak zorluklar karşısında ayakta kalmasını sağlamaktadır (162). Fakat çalışmalardan elde edilen verilere göre koruyucu faktörler her durumda bireyin uyumuna olumlu yönde etki sağlamayabilirler; bireyler farklı gelişim dönemlerinde koruyucu faktörlerin etkisine farklı düzeylerde yanıt verebilirler, hatta kimi koruyucu faktörler çeşitli bağlamlarda risk faktörü olarak işlev görebilirler (163). Bu nedenle koruyucu faktörleri PD'nin nedeni şeklinde tasarlamak yanıltıcı sonuçlara sebep olabilir. Koruyucu faktörleri ve risk faktörlerini birbirleriyle etkileşimleri çerçevesinde, bireyin içinde bulunduğu gelişimsel dönemi dikkate alarak ve bu faktörlerin çoklu, zamana dayalı (uzun-kısa vadeli), birikimli etkilerini göz önünde bulundurarak PD kavramını incelemek daha uygun görünmektedir. PD'nin gelişimi, risk faktörleri, koruyucu faktörler ve yatkınlık yaratan faktörlerin etkileşimi ile ilişkilidir. Bununla birlikte PD'yi geliştirmek için önerilen yollar şunlardır (164):

- İnsanlarla ilişki kurmak
- Kriz durumlarını başa çıkılmaz durumlar olarak görmemek

- Değişimin kaçınılmaz olduğunun kabulü
- Hedefleri belirlemek
- Kararlı adımlar atabilmek
- Sorunları kendini keşfetmenin bir yolu olarak görmek
- İnsanın kendisi hakkında olumlu bir görüşe sahip olması
- Olaylara geniş bir zaman diliminden bakabilmek
- İyimser olmak
- Kendine iyi bakmak

2.4.5. Psikolojik Dayanıklılık ve Psikopatolojiler

Yoshikawa ve arkadaşları, Japon katılımcılardan oluşan örneklem üzerinde PD, yaşam olayları ve hostil kişilik özelliğinin depresif belirtiler üzerindeki etkilerini araştırmışlar ve çalışmanın sonucunda yüksek düzeyde hostil kişilik özelliğinin depresif belirtilerle ve düşük PD ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Diğer yandan yüksek PD düzeylerinin stres yaratabilecek olaylarda depresif belirtileri önlediğini bulmuşlardır (165). Humphreys, şiddet mağduru kadınlarda psikolojik belirtiler ile PD arasındaki ilişkileri çalışmıştır. Çalışma sonuçlarına göre psikolojik dayanıklılığı yüksek kadınların hem daha az hem de daha düşük yoğunlukta fiziksel ve psikolojik belirti gösterdiği bulunmuştur. Somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası hassasiyet, depresyon ve anksiyete belirtilerinin hepsinin PD ile olumsuz yönde anlamlı bir ilişki içinde olduğu, bu belirtiler içinde en yüksek ilişkinin depresyonla PD arasında olduğunu bildirmiştir (166). Bir başka çalışmada, PD ile pozitif duygusallığın (mutluluk, umut gibi, olumlu değerlendirme ya da temelde iyi hisler) ilişkili olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada psikopatolojilere ilişkin değerlendirme yapıldığında en güçlü ilişkinin TSSB ve anksiyete ile değil anhedonik depresyon ile olduğu saptanmıştır (167). 121 anksiyete/depresyon hastasının yer aldığı bir çalışmada katılımcılar PD düzeylerine göre düşük, orta ve yüksek olarak gruplandırılmışlardır. Orta ve düşük PD düzeylerine sahip olan katılımcılarda sürekli kaygı düzeyi yüksek bulunmuştur (168). Bu sonuçlara bakarak psikolojik dayanıklılığın anksiyete ve depresyon belirtilerine karşı koruyucu olduğu düşünülebilir ancak psikolojik dayanıklılığın

karmaşık ve çok yönlü yapısı nedeniyle koruma etkisini ne şekilde sağladığı konusunda henüz net bir açıklama yapılamamaktadır.

2.4.6. Psikolojik Dayanıklılık ve Stresle Başa Çıkma

Alanyazında çeşitli çalışmalarda psikolojik dayanıklılığın, stres ve stresle başa çıkma çalışmalarında önemli bir rol oynadığı (138), psikolojik dayanıklılığın artmasının ve uyum sağlayıcı baş etme tarzlarının kullanılmasının stresi ve strese yanıt olarak oluşturulan belirtileri azalttığı belirtilmektedir (148). Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireyler etkili ve problem çözme baş etme tarzlarını kullanırken (144); 58 erkek ve 81 kadın lisans öğrencisinin katıldığı, dayanıklılık, başa çıkma ve kendi bildirdiği hastalık arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan bir çalışmaya göre psikolojik dayanıklılığı düşük olan bireyler kaçınma ve inkar etme başa çıkma tarzlarını kullanmaktadırlar (169). Sandler ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, DO başa çıkma stratejilerini kullanan bireylerin stresi kontrol edemedikleri ve bu nedenle umutsuzluk yaşadıkları; aktif başa çıkma stratejilerini kullanan bireylerin ise stres karşısında kendilerini topladıkları gösterilmiştir (170). Birçok çalışmada psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin aktif başa çıkma tarzlarını kullandıkları gösterilmiştir (169, 171, 172). Sill ve arkadaşları tarafından genç erişkinlerle yapılan bir başka çalışmada, PD ve psikiyatrik belirtilerin ilişkili olduğu, başa çıkma tarzları ve kişilik özelliklerinin de bu süreçte aracı değişkenler olabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmada PO baş etme tarzlarının yüksek PD ile DO baş etme tarzlarının ise düşük PD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (173).

2.4.7. Psikolojik Dayanıklılık ve COVID-19

Stres veren durumlar karşısında, psikolojik dayanıklılığa yüksek düzeylerde sahip bireyler, stabil duruma dönebilme yetenekleri ile değişen ortamlara ve şartlara daha kolay uyum sağlayabilirler (174). Kişinin, stresle başa çıkma, duygusal sıkıntıyı yönetme ve tolere etme yeteneği anlamına gelen PD, ciddi stres faktörlerinden sonra oluşabilecek olumsuz ruhsal semptomlara karşı koruyucu bir özellik olabilir. Psikolojik dayanıklılığın doğal afetlerden sonra depresyon, TSSB ve genel sağlık için önemli bir koruyucu

faktör olduğu gösterilmiştir (175). Ülkemizde COVID-19 pandemisinin ilk 6 haftasını kapsayan ve çevrimiçi veri toplanan bir çalışmada, yüksek umut düzeylerine sahip yetişkinlerde, öznel iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olduğu ve stresli durumlardan sonra düzenlerine geri dönme olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada psikolojik dayanıklılığın öznel iyi oluş ve psikolojik sağlık üzerinde anlamlı ve doğrudan yordayıcı etkisi olduğu gösterilmiştir (176). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada 20-60 yaş arası, 196 bireyin PD düzeyleri sosyodemografik özellikler ve koronavirüs ile ilgili değişkenler açısından incelenmiştir. Araştırma sonucunda cinsiyet ile PD arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ve kadınların psikolojik dayanıklılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Koronavirüs hakkında bilgilendirme şekli, salgın sonrası düşünce tarzları ve salgın sonrası yapılan davranışlar ile PD arasında anlamlı fark saptanmış, ayrıca araştırma sonucuna göre salgın sonrası bireylerin içinde buldukları durumun psikolojik dayanıklılığı etkilediği bulunmuştur. (177). COVID-19 pandemisi sürecinde depresyon, anksiyete, TSSB düzeyleri ile ilişkili faktörleri incelemek amacıyla, ABD’de çevrimiçi anketler kullanılarak yapılan ve 18-30 yaş arası 898 erişkinin katıldığı bir çalışmada yüksek yalnızlık ve düşük sıkıntıya tolerans düzeyleri yüksek depresyon, anksiyete ve TSSB düzeyleri ile; yüksek PD seviyeleri ise düşük kaygı ile ilişkili bulunmuştur(178).

2.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük

2.5.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Tanımı

Türk Dil Kurumu Sözlüğü’nde “belirsiz olma durumu, belgisizlik, müphemiyet” olarak açıklanan “belirsizlik” kavramı (179); Keren ve Gerritsen tarafından, gerçekleşen veya henüz gerçekleşmemiş belirli bir sonuç hakkında var olan kuşku olarak tanımlanmıştır (180). İngilizce alanyazında Türkçe’ye belirsizlik olarak çevrilen iki kavram vardır: Uncertainty ve ambiguity. Cambridge İngilizce Sözlük’e göre “ambiguity” kavramı bir durumun/şeyin farklı anlama gelmesinden doğan karmaşık durumları anlatmak için kullanılırken; “uncertainty” kavramı ise bilinmeyen, nasıl olacağı kestirilemeyen, kesin olmayan durumları ifade etmek için kullanılır. Ayrıca gelecekte ne olacağından emin olamama duygusunu belirtmek için kullanılan

terim de “uncertainty”dir (181). Budner, belirsizliğe tahammülsüzlüğü; bir kişilik özelliği olarak değil belirsiz durumların tehlike kaynağı şeklinde algılanması olarak tanımlamıştır (182). Koerner ve Dugas, belirsizliğe tahammülsüzlüğün hem bilişsel bir yanlılık hem de kişilik özelliği olduğunu öne sürmüşlerdir. Anksiyeteye meyilli bireylerde belirsizlik kaygı sebebi olduğu için bu bireylerin, sonucu belirsiz olan durumları tehdit edici olarak algılayacağını savunmuşlar ve belirsizliğe tahammülsüzlüğü belirsiz bir olay, durum, bu durumun çağrıştırdıkları ve olası sonuçları hakkında negatif tepki vermeye meyilli olarak açıklamışlardır (183). Obsesif Kompulsif Bilişsel Çalışma Grubu belirsizliğe tahammülsüzlüğü; “her şeyin belirsizlikten uzak ve kesin olması gerektiğine inanma, belirsizlik durumunda baş edemeyeceğini düşünme ve belirsizlik durumunda işlevsellikte sorun yaşama” olarak tarif etmiştir (184). Cioffi, muğlaklığın, birden fazlayorum yapılabilen ve her bir yorumun belirsizlik içerdiği olaylar karşısında meydana geldiğini belirtmiştir (185). Muğlaklığa tahammülsüzlük (Intolerance of Ambiguity), bireyin muğlak durumları tehdit ve huzursuzluk kaynağı olarak yorumlama eğilimidir (186). BT ve muğlaklığa tahammülsüzlük (MT) arasındaki en temel benzerlik, her ikisinin de birey için belirsiz bir durum karşısında bilişsel, duygusal ve davranışsal neticelerinin olmasıdır. En temel farkları ise zaman yönelimi bakımındandır: BT gelecekteki olaylara odaklı iken, MT bireyin hâlihazırda bulunduğu zamana ve mekana yöneliktir (185, 186).

2.5.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Kavramının Gelişimi

Çalışmalarda belirsizliğe tahammülsüz olan bireylerin belirsizlik içeren durumları keyif kaçıran ve stresli durumlar olarak niteledikleri, belirsizlik içeren durumlardan kaçındıkları ve belirsizliğin hâkim olduğu durumlarda bazı fonksiyonlarını yerine getiremedikleri bildirilmiştir (187). Belirsizlik ve kaygının birliktelik ilişkisini alanyazında ilk olarak Buhr ve Dugas dile getirmiştir (188). Buhr ve Dugas, BT düzeyleri yüksek olan bireylerin belirsiz durumlara bakışlarını dört faktörle tanımlar: Belirsizlik stres ve sıkıntı vericidir, belirsizlik harekete geçmeyi engeller, belirsiz durumlar olumsuzdur ve onlardan kaçınılmalıdır ve bir durumun kesin olmaması adil değildir (188). Belirsizliğe tahammülsüzlüğü deneysel olarak manipüle ederek bilişsel süreç ile endişe

arasındaki ilişkiyi açıklığa kavuşturmayı amaçlayan bir çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan kişilerin algıları ve yorumları, belirsiz durumlar karşısında olumsuz yönde bir yanlılık içerir ve bu nedenle bu bireyler belirsiz durumları tehdit edici olarak yorumladığı tespit edilmiştir (189). Bilişsel tamamlama olmadığında zihin belirsiz kalan bilgiyi işleyemediği için kaygı süreci devreye girer. Belirsizlik, yenilik, karmaşa ve çözümsüzlük içeren durumlarının tümünde meydana gelebilir. Belirsiz kalınan durumlarda yaşanan kaygı da olumsuz yanlılığı arttıracak için gittikçe bilişsel olarak daha yanlı bir tutum sergilenir. Budner'in yaptığı bir çalışmada belirsiz durumlara yönelik tehditkar yorumlar yapma eğilimi, endişe, kaygı veya depresyondan ziyade belirsizliğe tahammülsüzlük ile daha fazla ilişkili bulunmuştur. (190). Bireyler belirsizlik durumlarını tehlike olarak algıladıklarında olgusal (algılama, değerlendirme, hissetme gibi) ve işlemsel (davranış, çevreyle etkileşim tarzı gibi) olmak üzere iki ayrı seviyede; inkar (durumu kendi isteğine göre değiştirme) ve boyun eğme (durumu kaçınılmaz ve değiştirilemez olarak görme) olmak üzere iki ayrı tarzda yanıt verirler. Bu iki boyutun bir araya gelmesiyle tehlike olarak algılanan belirsizliğe verilebilecek dört çeşit tepki ortaya çıkar. Eğer yeni, karmaşık ve çözümsüz durumlar bireylerde bu dört çeşit davranıştan birini ortaya çıkarıyorsa bu bireylerin belirsizliğe tahammülsüz olduğu söylenebilir (182).

2.5.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Psikopatoloji

BT, sürekli endişenin ve belirsiz durumları olumsuz bir şekilde yorumlama eğiliminin önemli bir belirleyicisidir (183). Krohne, başa çıkma teorisinde, öngörülemeyen ve karmaşık durumları tehdit edici olarak algılayan bireylerde bu durumun, duygusal bir belirsizlik haline sebep olduğunu ileri sürmüştür. Bireyin, gerçekleşmesi küçük bir olasılığa bağlı olsa bile bu olasılığı hesaba katmadan olumsuz bir olayın meydana geldiği takdirde çekilmez olacağını düşünme eğilimi olarak da tanımlanabilir. (187) Belirsizliğe tahammülsüzlüğün psikopatoloji ile ilişkisini anlamak üzere alanyazındaki çalışmalar tarandığında; belirsizliğe tahammülsüzlüğün en yoğun olarak YAB ile beraber ele alındığı görülmektedir (183, 191). Bir çalışmada BT düzeyi yüksek olan bireyler, belirsiz bilgileri daha çok

hatırlamaya ve belirsiz bilgiyi korkutucu olarak yorumlamaya daha eğilimli bulunmuşlardır (190). Bir araştırmaya göre, belirsiz bilgiyi korkutucu olarak görme eğilimi, anksiyete ve depresyondan daha ziyade BT ile ilişkili bulunmuştur (192). Başka bir çalışmada, algılanan belirsizliğin anksiyete ve depresyon ile doğru, yaşam kalitesi ile ters orantılı olduğu gösterilmiştir (193). Kaygı üzerine çalışmalar yapan Kanadalı bir grup araştırmacı YAB için yeni bir bilişsel model geliştirmiş ve ilgili modelde dört ana bileşen saptamışlardır. Bunlar: BT, endişe ile ilgili inançlar, problem çözmede yetersizlik ve bilişsel kaçınmadır. Bu çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün endişe ve kaygı için kilit bir rol oynadığı ve BT ile endişe arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (194). Yapılan diğer birçok çalışmanın sonuçları da bu ilişkiyi destekler niteliktedir (188, 195, 196). McEvoy ve Mahoney'e göre belirsizliğe tahammülsüzlüğün iki boyutu mevcuttur: Kanıta dayalı olası BT ve engelleyici BT boyutları. Kanıta dayalı olası belirsizliğe tahammülsüzlükte, kişinin beklenmedik ve umulmadık durumlardaki tutumu söz konusuysen; engelleyici BT, belirsizlik olgusunun kişinin yapacak olduğu eylemlerden cayması ve sonrasında da kaygı ve depresyon sürecine girmesi olarak gözlemlenmektedir (197). Belirsizliğin birey üzerinde ruhsal ve bedensel sonuçlarla birlikte güçlü bir stres kaynağı olduğu görüşünü destekleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün depresyon (198, 199), obsesif kompulsif bozukluk (200), sosyal kaygı (201, 202) , yeme bozuklukları (203), siberkondri (204), panik bozukluk, sosyal fobi (205) ve agorafobi (206, 207) belirtileri ile ilişkili olduğu görülmüştür.

2.5.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Stresle Başa Çıkma

Krohne, belirsiz ve tehdit edici durumlarda gösterilen başa çıkma tepkilerindeki bireysel farklılıkları incelemek üzerine çalışmalar yapmış; bu çalışmaların sonucunda bireylerin belirsiz ve stres verici durumlarda gösterdiği başa çıkma stratejilerini etkileyen iki değişken olduğunu öne sürmüştür. Bu değişkenlerden ilki BT'dür. BT düzeyleri yüksek olan bireylerin uyarana karşı tetikte olma stratejisini kullanmaya meyilli olduklarını; ikinci değişken olan duygusal uyarılmaya tahammülsüzlüğü yüksek olan bireylerin ise bilişsel kaçınma stratejisine başvurduklarını belirtmiştir. Tetikte olma,

tehditle ilgili bilgilere yönelik bir yaklaşım ve yoğunlaştırılmış bir işleme ile karakterize edilir. Genel amacı, bir durumun tehditle ilgili ana yönleri üzerinde kontrol sağlamak ve böylece bireyi beklenmedik tehlikelerle karşı karşıya kalmasından kaynaklanacak tehdit algısından korumaktır. Bilişsel kaçınma ise tehditle ilgili bilgilerden geri çekilme olarak görülür. Genel amacı, caydırıcı bir olayla yüzleşmenin neden olduğu uyarılmayı azaltmaktır (208). BT ile psikolojik stres arasındaki ilişkinin incelendiği bir başka çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksek düzeyde olmasının, psikolojik stres artışı ile ilişkili olduğunu göstermişler ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün uyuma yönelik bir tepki olamayacağını, belirsizliğe tahammülsüz bireylerin içinde buldukları durum ne olursa olsun olayların nasıl sonuçlanacağı hakkında kaygı duyduklarını ve bu durumun onları kaygı ve strese yatkın hale getirdiğini savunmuşlardır (209). Greco ve Roger tarafından yapılan bir araştırmada, belirsizliğe karşı tahammülsüz olan bireylerin, uzun süreli öngörülemez durumlara maruz kaldıklarında ruhsal ve bedensel sağlıklarında bozulma olacağı belirtilmiştir (210). Yapılan bir tez çalışmasında BT ile stresle başa çıkma tarzları problem odaklı yaklaşım alt boyutları arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuca göre bireylerin BT düzeyleri yükseldikçe etkili başa çıkma yaklaşımlarının azaldığı söylenebilir. BT ve sosyal destek arama alt boyutu arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlüğünün yüksek olmasının, stresle başa çıkmada sosyal destek arama yaklaşımlarını olumsuz etkileyeceği şeklinde yorumlanmıştır (211). Ladouceur ve arkadaşlarına göre, BT, bireyin belirsizliği geçici olarak azaltmasını sağlayan fakat problemi etkili şekilde çözmesini sağlamayan, işlevsiz yöntemler geliştirmesine neden olan ve problem çözmesini olumsuz etkileyen bir süreçtir (212).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem Seçimi

Çalışma grubuna Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji B. D. HD Ünitesi'nde KBY tanısı ile HD tedavisi alan 18-65 yaş arası genel durumu stabil 50 HD hastası gönüllü olarak katılmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden her gönüllü katılımcı araştırmacının amacı ile ilgili hem sözel olarak bilgilendirilmiş hem de her katılımcıya yazılı materyal (Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nca onaylanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu) okutulmuştur. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı 20 Ocak 2021 tarihinde 2021-2/26 nolu karar numarası ile alınmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, Hastane Anksiyete – Depresyon Ölçeği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Diyaliz Hastaları Tarafından Doldurulan Veri Formu, Diyaliz Hastalarının Medikal Bilgilerine İlişkin Hekim Tarafından Doldurulan Veri Formu, COVID-19 Değerlendirme Formu, Sosyodemografik Veri Formu kullanılmıştır.

Katılımcılar bir defa kesitsel olarak görülmüş, ölçekler gönüllüler tarafından doldurulmuştur.

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırma gruplarındaki bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, kimlerle yaşadığı, eğitim durumu, mesleği, iş durumu, bulunduğu çevreye göre ekonomik düzeyi hakkında düşüncesi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, ek tıbbi hastalıkları, daha önceden psikiyatrist tarafından tanı konulmuş psikiyatrik hastalığının varlığı, geçmişte ve ya halen devam eden psikiyatrik ilaç kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, geçmişte yaşanan Göç etme, doğal afet, kaza, çocukluk döneminde aileden ayrılık, ebeveyn kaybı, kardeş kaybı gibi travma öyküsünün varlığı ile ilgili bilgileri elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

3.2.2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

YPDÖ özellikle ruhsal sağlığın tekrar kazanılması ve sürdürülmesinde temel koruyucu faktörlerin neler olduğunu saptamayı amaç edinerek Friborg, Hjemdal, Rosenvinge ve Martinussen (2003) tarafından geliştirilmiştir. Basım ve Çetin (2011) tarafından ülkemizde Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılarak 'Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği' adıyla uyarlanmıştır (213).

Ölçek, Friborg ve ark.'nın 2003 yılında yaptıkları çalışmada "kişisel güç", "yapısal stil", "aile uyumu", "sosyal yeterlilik" ve "sosyal kaynaklar" olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktaydı (149). 2005 yılında yapılan devam niteliğindeki çalışmada ölçeğin altı boyutlu alt yapısının PD modelini daha iyi açıkladığının gösterilmesi ve "kişisel güç" boyutunun "kendilik algısı" ve "gelecek algısı" olmak üzere ikiye ayrılmasıyla 6 boyutlu yapı ortaya çıkmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda, özgün ölçekle örtüşen 'kendilik algısı', 'gelecek algısı', 'yapısal stil', 'sosyal yeterlilik', 'aile uyumu' ve 'sosyal kaynaklar' boyutlarını içeren altı faktörlü yapı doğrulanmıştır. Ölçekte puanın yükselmesi bireyin dayanıklılığın da yükseldiği şeklinde yorumlanmaktadır (150).

YPDÖ, 33 maddeden oluşan, maddelerin 1'den 5'e kadar değerlendirildiği beşli Likert tipinde öz-değerlendirme türünde bir ölçektir. Ölçek, sorularda olumlu ve olumsuz özelliklerin farklı taraflarda rastgele sıralanmış olduğu; yanıtlar için ise olumlu ve olumsuz özellikleri içeren cümleler arasında beş ayrı kutucuğun yer aldığı bir formatta kullanılmaktadır. Bu çalışmada, puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması beklendiğinden cevap kutucukları soldan sağa doğru 1, 2, 3, 4, 5 olarak değerlendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek puan 33 ile 165 arasında değişmektedir. 1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 27, 31, 33 numaralı sorular ters olarak hesaplanır. Alt boyutlara göre maddelerin dağılımı: Yapısal stil: 3, 9, 15 ve 21. maddeler ile değerlendirilmektedir. Bireyin özgüveni, güçlü yanları ve öz disiplini ile ilişkili olarak hedef odaklı, planlı, kurallara ve rutinlere bağlı yaşayabilme özelliklerini ifade etmektedir.

Gelecek algısı: 2, 8, 14 ve 20. maddeler ile değerlendirilmektedir. Geleceği planlama kabiliyeti, geleceğe iyimser bakmak, gerçekçi gelecek algısı ve hedef odaklı olmaya ilişkin özellikleri içerir. Aile uyumu: 5, 11, 17, 23, 26 ve 32. maddeler ile değerlendirilmektedir. Aile üyelerinde bulunan ortak zevkler, iyimser bakış açısı, paylaşılan değerler, aileyle birlikte güzel vakit geçirme, sadakat durumlarını ifade eder. Kendilik algısı: 1, 7, 13, 19, 28 ve 31. maddeler ile değerlendirilmektedir. Kişinin gerçekte kim olduğu ile ilgili duygu, düşünce ve davranışlarını fark etmesine yönelik algılarını ifade etmektedir. Bireylerin öz yeterlilik, pozitif bakış açısı, yeteneklerine ve kendilerine güvenme gibi özellikleri kapsar. Sosyal yeterlilik: 4, 10, 16, 22, 25 ve 29. maddeler ile değerlendirilmektedir. Bireyin sosyal açıdan destek görüp görmemesi ile ilişkili olarak sosyal uyumunu, dış dünya ile ilişkisini ve sosyal aktivitelerde bulunma eğilimini ifade eder. Mizah, dışadönüklük, dostluk kurma, esneklik gibi özellikler ile ilişkilidir. Sosyal kaynaklar: 6, 12, 18, 24, 27, 30 ve 33. maddeler ile değerlendirilmektedir. Bağlılık hissi, aile dışında birinin desteği, cesaret verme, takdir edilme gibi durumları ifade eder.

Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının .66 ile .81 arasında ve test-tekrar test güvenilirliklerinin ise .68 ile .81 arasında değiştiği bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin toplam Cronbach Alfa katsayısı .86 olarak hesaplanmıştır.

3.2.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Formu (BTÖ-12)

Belirsiz durumlara verilen bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkileri ölçmek amacıyla Freeston, Rheaume, Letarte, Dugas ve Ladouceur (1994) tarafından Fransızca olarak geliştirilen, 27 madde ve 5 boyuttan oluşan ölçek Buhr ve Dugas (2002) tarafından İngilizceye uyarlanmıştır. Carleton, Norton, & Asmundson (2007) Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeğinin kısa formunu oluştururken, Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas & Ladouceur (1994) tarafından geliştirilen 27 maddelik ölçeği esas almışlardır. 27 maddelik ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi Sarı ve Dağ (2009) tarafından yapılmıştır. 12 maddelik kısa formun uyarlanması ve geçerlik güvenilirlik çalışması Sarıçam ve arkadaşları (2014) tarafından

yapılmıştır. Bu çalışmada 12 maddeden oluşan BTÖ-kısa form kullanılacaktır (214).

BTÖ-12, 12 madde ve 2 alt boyuttan oluşan, 5'li likert tipinde (1: Beni hiç tanımlamıyor, 3: Bana biraz uygun, 5: Beni tam olarak tanımlıyor) bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Alt boyutları, ileriye yönelik kaygı (1, 2, 3, 4, 5, 6, ve 7. Maddeler) ve engelleyici kaygı (8, 9, 10, 11 ve 12. Maddeler) olarak adlandırılmıştır. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 12 ile 60 arasında değişmektedir. Ölçek toplam puanda çalışmakta olup; alt boyutlardaki yüksek puan, belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksekliğini belirtmektedir. İleriye yönelik kaygı, korku ve belirsizliğin getirdiği endişe ile, engelleyici kaygı ise belirsizlikle karşılaşıldığındaki eylemsizlik ile ilgilidir. İleriye yönelik kaygı alt ölçeği kaygı ve obsesif-kompulsif bozukluk ile, engelleyici kaygı alt ölçeği ise sosyal kaygı, panik, agorafobi ve depresyon ile ilişkilidir (215).

Ölçeğin yapı geçerliği için uygulanan doğrulayıcı faktör analizinde orijinal formla tutarlı olarak 12 maddenin iki boyutta (ileriye yönelik kaygı, engelleyici kaygı) toplandığı görülmüştür. BTÖ-12'nin orijinalinde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı sağlıklı insanlardan oluşan örnekleme .91, klinik hastalardan oluşan örnekleme ise .92 olarak bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin, 27 maddelik orijinal form ile ilişki katsayısı $r = .96$ olarak hesaplanmıştır.

Sarıçam ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanan Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ölçeğin bütünü için .88, ileriye yönelik kaygı alt boyutu için .84, engelleyici kaygı alt boyutu için .77 olarak bulunmuştur.

3.2.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Başta Çıkma Yolları Envanteri, Folkman ve Lazarus (1980) tarafından bireylerin stres verici yaşam olayları karşısında kullandıkları ve çeşitli psikopatolojilerle ilişkili başta çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla hazırlanmış bir ölçektir. Ölçeğin orijinali 66 sorudan oluşan ve 1'den 4'e kadar puanlanan 4'lü likert tipinde bir öz-bildirim ölçeğidir (58).

Ölçek Siva tarafından 1991 yılında kültüre uygun hale getirilmek amacıyla madde eklemeleri yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır, kültüre özgü maddeler eklenmesi sonrasında ölçek 74 maddeye çıkmıştır (216). Ölçeğin kısaltılması çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmış olup, kısaltma çalışmasından sonra ölçek 30 maddeye düşürülmüş ve “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)” adını almıştır.

SBTÖ, “Sizi ne kadar tanımlıyor, size ne kadar uygun?” sorusunun cevaplandığı 30 maddelik, maddeleri 0-3 arasında puanlanan (hiç uygun değil (%0), bana uygun değil (%30), bana uygun (%70) ve bana çok uygun (%100)) 4'lü Likert tipinde bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin “kendine güvenli yaklaşım”, “çaresiz yaklaşım”, “boyun eğici yaklaşım”, “iyimser yaklaşım” ve “sosyal desteğe başvurma” olmak üzere 5 alt boyutu bulunmaktadır. Kendine güvenli yaklaşım (KGY): 8, 10, 14, 16, 20, 23 ve 26. maddelerden oluşur. Bu alt boyutta alınabilecek puan 0-21 arasındadır. İyimser yaklaşım (İY): 2, 4, 6, 12 ve 18. maddelerden oluşur. Bu alt boyutta alınabilecek puan 0-15 arasındadır. Sosyal desteğe başvurma (SDB): 1, 9, 29 ve 30. maddelerden oluşur. Bu alt boyutta alınabilecek puan 0-12 arasındadır. Çaresiz yaklaşım (ÇY): 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27 ve 28. maddelerden oluşur. Bu alt boyutta alınabilecek puan 0-24 arasındadır. Boyun eğici yaklaşım (BEY): 5, 13, 15, 17, 21 ve 24. maddelerden oluşur. Bu alt boyutta alınabilecek puan 0-18 arasındadır. Alt ölçekler ayrı ayrı değerlendirilmekte, toplam puan ise hesaplanmamaktadır. Ölçekte 1. ve 9. Maddeler ters puanlanmakta, alt ölçeklerden alınan puanların yüksek oluşu stresle başa çıkmada hangi alt ölçekte başa çıkma yaklaşımının daha fazla kullanıldığını göstermektedir. Ölçek iki farklı şekilde hesaplanmaktadır. Bunlardan ilki, iki ana stresle başa çıkma tarzını ölçmektedir. Probleme yönelik / aktif tarzları SDB + İY + KGY alt ölçekleri; duygulara yönelik/pasif tarzları ÇY ve BEY alt ölçekleri göstermektedir. Buna göre aktif tarzlar için alınabilecek puan 0-48 arasında; pasif tarzlar için alınabilecek puan ise 0-42 arasındadır. Ölçeğin ikinci hesaplanma tarzı ise birbirinden bağımsız ve ayrı ayrı alt ölçek puanlarının hesaplamasıdır.

Ölçeğin güvenirlik analizi, Şahin ve Durak (1995) tarafından 3 farklı örneklem ile yapılmıştır. Üç aşamalı faktör analizi sonrası alt boyutların Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı “Kendine Güvenli Yaklaşım” alt boyutu için .62 ile .80 arasında, “Çaresiz/kendini suçlayıcı Yaklaşım” alt boyutu için .64 ile .73 arasında, “Boyun Eğici Yaklaşım” alt boyutu için .47 ile .72 arasında, “İyimser Yaklaşım” alt boyutu için .68 ile .49 arasında ve “Sosyal Desteğe Başvurma” alt boyutu için .45 ile .47 arasında olarak bulunmuştur. Bununla birlikte ölçeğin güvenirlik katsayısı .68 olarak hesaplanmıştır.

3.2.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği hastanede anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir (217). Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi anksiyeteyi diğer yedisi depresyonu ölçmektedir. Aydemir ve diğ. (218)'nin yaptıkları geçerlilik ve güvenirlik çalışması sonucunda Anksiyete Alt Ölçeği (HAD-A) için kesme puanı 10-11, Depresyon Alt Ölçeği (HAD-D) için ise 7-8 bulunmuştur. Buna göre bu puanın üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir. Bu ölçeğin araştırmadaki güvenirlik katsayısı Cronbach alpha 0,75'dir. Bu çalışmada araştırmamanın bağımsız değişkenlerini yaşlıların sosyo-demografik ve klinik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, sürekli aylık gelire sahip olma durumu, yaşlıların birlikte yaşadığı kişiler, kronik hastalık durumu, günlük işleri kendi kendilerine yapabilme durumları ve yaşlının sigara içme durumu vb); bağımlı değişkenlerini ise, yaşlıların depresyon ve anksiyete düzeyleri oluşturmaktadır.

3.2.6. COVID-19 Değerlendirme Formu

HD tedavisi alan hastalarda COVID-19 pandemisinden etkilenme düzeyini ve pandemi durumuna verilen tepkileri değerlendirmek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen formdur. Formda, katılımcıların kendilerinin veya yakınlarının COVID-19 tanısı alıp almadıkları veya COVID-19 şüphesiyle takip edilip edilmedikleri, COVID-19 pandemisi başladıktan sonra sosyal medyada harcadıkları süre, uyku süreleri, uyku kaliteleri,

iştahları ve dikkatlerini sürdürme becerilerindeki değişikliklere ilişkin sorular yer almaktadır. Ayrıca katılımcıların COVID-19 pandemisi sırasında olumsuz duygularla baş etmek için hangi yollara başvurdukları ve bu süreçte profesyonel destek alıp almadıklarına ilişkin bilgiler de bu form aracılığıyla öğrenilmiştir. Katılımcıları COVID-19 pandemisi ile ilgili olarak algıladıkları risk ve yaşadıkları stres düzeylerini, yaşadıkları korkuları ve kaygıları, almakta oldukları tedavileri bırakmayı düşünüp düşünmediklerini değerlendirmek amacıyla 5'li likert tipinde hazırlanmış 10 sorudan oluşan "COVID-19 Pandemisine İlişkin Risk Ölçeği (PRAÖ)" bulunmaktadır. COVID-19 pandemisine ilişkin risk algılarını değerlendirmek amacıyla sorulan "kesinlikle katılıyorum, kısmen katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum" şeklinde derecelendirilmiş 10 soru "1,2,3,4,5" olarak puanlanmış, puanlamada düşük skorlar COVID-19 pandemisine ilişkin risk algısının yüksek olduğu şeklinde yorumlanmıştır. PRAÖ ölçeğinin güvenirlik ve geçerliliğine yönelik çalışma alanyazında görülememiştir. Tez çalışmasında güvenirlik analizi Cronbach alpha katsayısı ile değerlendirildiğinde güvenirlik düzeyi 0,835 olarak bulunmuştur. PRAÖ ölçeğinin güvenilir bir ölçek olduğu kabul edilebilir. Tez çalışmasında PRAÖ ölçeği ile BTÖ ölçeğinin kapsam ilgisi bakımından uygun olduğu düşünülerek, PRAÖ ölçeğinin kriter geçerliliğini incelemede referans alınmıştır. BTÖ ölçeğine göre kriter geçerliliğinin alt grubu olan uyum geçerliği bakımından PRAÖ ölçeğinin geçerliliği incelendiğinde BTÖ ölçeği ile PRAÖ ölçeği puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,541$, $p < 0,001$). Ölçekte bulunan ilk iki soru HD tedavisi alan hastalar için hastalıkları ve tedavi süreçlerine yönelik olarak hazırlanmıştır. Bu sorular SARS epidemisinin sağlık çalışanlarında psikolojik etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılmış olan çalışmalardaki sorular örnek alınarak hazırlanmıştır (219, 220).

3.2.7. Hekim Tarafından Doldurulan Diyaliz Hastası Formu

Katılımcıların KBY tanısı alma zamanı, ne kadar zamandır HD tedavisi aldıkları, haftada kaç gün HD tedavisi aldıkları ve gelecek tedavi planları hakkında bilgileri toplayabilmek için araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

3.2.8. Katılımcılar Tarafından Doldurulan Diyaliz Hastası Formu

Katılımcıların HD tedavileri süresince daha önceden profesyonel psikiyatrik yardım alıp almadığı, ailelerinde HD tedavisi alan bir bireyin olup olmadığı, HD tedavisine başlamadan önceki hayatlarında ruhsal travmaya sebep olabilecek hadise yaşayıp yaşamadığı, HD tedavisi sürecinde ruhsal ve bedensel sağlıklarını olumsuz yönde etkileyecek yan etki yaşayıp yaşamadığı, yaşadı ise kaç adet yan etki yaşadığı hususlarında bilgi toplayabilmek için araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

3.3. İstatistiksel Yöntem

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile test edilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermesi durumunda gruplar arası karşılaştırmalar t testi ile yapılmış ve betimleyici değerleri ortalama±standart sapma olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermemesi durumunda gruplar arası karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi ile yapılmış ve betimleyici değerler medyan(min-max) olarak verilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiler, verilerin normal dağılması durumunda Pearson korelasyon katsayısıyla, verilerin normal dağılım göstermemesi durumunda ise Spearman sıra korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Kategorik veriler frekans ve yüzde olarak verilmiştir. Ölçeklerin güvenilirlikleri Cronbach alfa güvenilirlik katsayısıyla incelenmiştir. istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $\alpha=0,05$ alınmıştır. Verilerin analizinde SPSS v25 paket programı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Katılımcılar 01.02.2021- 01.05.2021 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Nefroloji B. D. Hemodiyaliz Ünitesi'nde KBY tanısı ile HD tedavisi alan 18-65 yaş arası genel durumu stabil 50 HD hastası gönüllüden oluşmuştur.

Çalışmaya katılmayı kabul eden her gönüllü katılımcı araştırmanın amacı ile ilgili hem sözel olarak bilgilendirilmiş hem de her katılımcıya yazılı materyal (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nca onaylanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu) okutulmuştur. Çalışmaya dahil edilen gönüllüler 1 defa kesitsel olarak değerlendirilmiştir. (İstatistiksel olarak anlamlı bulunan değerler tablo içinde koyu renkle belirtilmiştir.)

Tez çalışmasında kullanılan ölçeklerin güvenirliği Cronbach alfa katsayısı ile incelenmiştir. Güvenirlik katsayıları BTÖ için 0,79, YPDÖ için 0,90, SBÖ Aktif Faz için 0,85, SBÖ Pasif Faz için 0,65, HADÖ için 0,85 bulunmuştur.

PRAÖ ölçeğinin güvenirlik ve geçerliliğine yönelik çalışma alanyazında görülememiştir. Tez çalışmasında güvenirlik analizi Cronbach alpha katsayısı ile değerlendirildiğinde güvenirlik düzeyi 0,835 olarak bulunmuştur. PRAÖ ölçeğinin güvenilir bir ölçek olduğu kabul edilebilir. Tez çalışmasında PRAÖ ölçeği ile BTÖ ölçeğinin kapsam ilgisi bakımından uygun olduğu düşünülerek, PRAÖ ölçeğinin kriter geçerliliğini incelemeye referans alınmıştır. BTÖ ölçeğine göre kriter geçerliliğinin alt grubu olan uyum geçerliliği bakımından PRAÖ ölçeğinin geçerliliği incelendiğinde BTÖ ölçeği ile PRAÖ ölçeği puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,541$ $p < 0,001$).

Çalışmamıza dahil edilen örneklem grubumuzun çoğunluğu orta ve ileri yaş bireylerden oluşmaktaydı (medyan=49), hastaların çoğunluğu 5 yıl ve üzeri zamandır HD tedavisi almaktaydı, HD bağlı yan etki sayısının grup ortalaması 6 idi, %54'ü erkek ve %46'sı kadındı, %78'inde tedavi planı olarak hemodiyalize devam edilmesi planlanıyordu, %20'sinde ailede HD tedavisi alma öyküsü vardı, %30'unda ailede travma öyküsü bulunmaktaydı, %96'sı

haftada 3 gün HD tedavisi almaktaydı, %64'ü evliydi, %98'i yakın aile bireyleri, eşleri, anne ve babaları ile beraber yaşıyordu, %48'i lise ve üzeri eğitim düzeyine sahipti, %84'ü aktif olarak bir işte çalışmıyordu, %82'sinin gelir algısı orta ve üzeri düzeydeydi, %36'sı sigarayı %70'i de alkolü hiç kullanmamıştı, %90'ında tıbbi ek hastalık bulunmaktaydı, %26'sının psikiyatrik hastalık ek tanısı ve ya psikotrop ilaç kullanım öyküsü bulunmaktaydı ve %92'sinde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu.

Tablo 1: Çalışmadaki olguların demografik değişkenlerinin betimleyici değerleri (n=50)

	Gruplar	Medyan(min-max)
Yaş		49(19-65)
Tanı zamanı		8(1-31)
Tedavi zamanı		5(1-30)
Çocuk sayısı		2(0-4)
Yan etki sayısı		6(1-16)
		n(%)
Cinsiyet	Erkek	27(54)
	Kadın	23(46)
Tedavi Planı	Hemodiyalize devam	39(78)
	Organ nakli sırasında	11(22)
Ailede diyaliz öyküsü	Var	10(20)
	Yok	40(80)
Geçmiş travma öyküsü	Var	15(30)
	Yok	35(70)
Tedavi sıklığı	Haftada 2 gün	2(4)
	Haftada 3 gün	48(96)
Medeni hal	Evli	32(64)
	Bekar	18(36)
Yaşama şekli	Eşi ve çocukları ile	17(34)
	Eşi ile	17(34)
	Anne ve baba ile	11(22)
	Yakınları ile	4(8)
	Yalnız	1(2)
Eğitim durumu	Eğitimsiz	1(2)
	Okur yazar	1(2)
	İlk okul	18(36)

	Orta okul Lise ve üstü	6(12) 24(48)
Mesleği	Memur	4(8)
	İşçi	1(2)
	Esnaf	4(8)
	Emekli	20(40)
	Ev hanımı	14(28)
	Diğer	7(14)
İş durumu	Çalışıyor	8(16)
	Çalışmıyor	42(84)
Gelir algısı	Çok iyi	2(4)
	İyi	14(28)
	Orta	25(50)
	Kötü	8(16)
	Çok kötü	1(2)
Sigara kullanımı	Kullanıyor	20(40)
	Geçmişte kullanmış	12(24)
	Hiç kullanmamış	18(36)
Alkol kullanımı	Kullanıyor	7(14)
	Geçmişte kullanmış	8(16)
	Hiç kullanmamış	35(70)
Tıbbi ek hastalık	Var	45(90)
	Yok	5(10)
Psikiyatrik tanı ve/veya ilaç kullanımı	Var	13(26)
	Yok	37(74)
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	4(8)
	Yok	46(92)

Tez çalışmasına dahil olan tüm katılımcılara yapılan ölçek puanlarının ortalama değerleri tablo 2 de verilmiştir.

Tablo 2: Tez çalışmasına dahil olan tüm katılımcılara yapılan ölçek puanlarının ortalama değerleri

	Ortalama değerler AO±SS/Medyan(min-max)
PRAÖ	24,06±7,86
HADÖ	11(2-34)
YPDÖ	132(69-155)
SBÖ Aktif Faz	33,70±7,86
SBÖ Pasif Faz	16,34±6,03
BTÖ	34,36±8,54

*PRAÖ: Pandemi Risk Algısı Ölçeği, HADÖ: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, YPDÖ: Yetişkin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, SBÖ: Stresle Baş Etme Ölçeği, BTÖ: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Cinsiyete göre ölçek puanları karşılaştırıldığında SBÖ aktif faz ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,047) . Kadınlarda SBÖ aktif faz puanı erkeklere göre daha yüksektir. Diğer ölçek puanları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 3)

Tablo 3: Cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Erkek (n=27) AO±SS	Kadın (n=23) AO±SS	p
PRAÖ	23,59±7,44	24,61±8,46	0,654
HADÖ	12,07±6,66	12,61±7,34	0,788
YPDÖ	123,89±23,72	132,04±15,85	0,155
SBÖ Aktif Faz	31,67±8,66	36,09±6,17	0,047*
SBÖ Pasif Faz	16,48±6,64	16,17±5,37	0,860
BTÖ	34,59±8,99	34,09±8,17	0,837

*PRAÖ: Pandemi Risk Algısı Ölçeği, HADÖ: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, YPDÖ: Yetişkin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, SBÖ: Stresle Baş Etme Ölçeği, BTÖ: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Medeni duruma göre ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Medeni duruma göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Bekar (n=18) AO±SS/Medyan(min- max)	Evli (n=32) AO±SS/Medyan(min- max)	p
PRAÖ	24,56±6,15	23,78±8,67	0,742
HADÖ	10,5(2-24)	12,0(3-34)	0,316
YPDÖ	121,0(89-154)	138,5(69-155)	0,091
SBÖ Aktif Faz	33,61±5,92	33,75±8,86	0,953
SBÖ Pasif Faz	16,11±4,22	16,47±6,90	0,843
BTÖ	35,39±7,40	33,78±9,18	0,529

*PRAÖ: Pandemi Risk Algısı Ölçeği, HADÖ: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, YPDÖ: Yetişkin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, SBÖ: Stresle Baş Etme Ölçeği, BTÖ: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Eğitim düzeyine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyindeki artış ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 5).

Gelir algısına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, gelir algısındaki artış ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 5).

Yaşa göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, yaşın artışı ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Eğitim düzeyi, gelir algısı ve yaş ile ölçek puanları arasındaki ilişkiler (n=50)

	Eğitim Düzeyi		Gelir Algısı		Yaş	
	r	p	r	p	r	p
PRAÖ	0,112	0,437	-0,058	0,690	-0,149	0,302
HADÖ	-0,242	0,091	0,213	0,138	0,108	0,454
YPDÖ	-0,104	0,474	-0,062	0,667	0,164	0,254
SBÖ Aktif Faz	-0,053	0,713	0,074	0,610	0,074	0,609
SBÖ Pasif Faz	0,006	0,969	-0,008	0,954	0,153	0,287
BTÖ	0,049	0,737	0,089	0,537	0,064	0,656

*PRAÖ: Pandemi Risk Algısı Ölçeği, HADÖ: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, YPDÖ: Yetişkin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, SBÖ: Stresle Baş Etme Ölçeği, BTÖ: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Ailede travma öyküsü ile ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 6).

Tablo 6: Ailede travma öyküsü ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Var (n=15) AO±SS/Medyan(min-max)	Yok (n=35) AO±SS/Medyan(min-max)	p
PRAÖ	23,20±7,52	24,43±8,08	0,616
HADÖ	12(3-32)	11(2-34)	0,687
YPDÖ	132(69-151)	132(93-155)	0,582
SBÖ Aktif Faz	31,27±9,52	34,74±6,93	0,154
SBÖ Pasif Faz	15,93±7,64	16,51±5,32	0,759
BTÖ	34,67±9,63	34,23±8,18	0,870

*PRAÖ: Pandemi Risk Algısı Ölçeği, HADÖ: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, YPDÖ: Yetişkin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, SBÖ: Stresle Baş Etme Ölçeği, BTÖ: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Yan etki sayısına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, yan etki sayısındaki artış ile BTÖ ölçek puanı arasında aynı yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir (p=0,045). Diğer ölçekler ile yan etki sayısı arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 7).

Tanı zamanına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, tanı zamanındaki artış ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 7).

Tedavi süresine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, tedavi süresindeki artış ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 7).

Tablo 7: Tanı zamanı, tedavi süresi ve yan etki sayısı ile ölçek puanları arasındaki ilişkiler (n=50)

	Tanı Zamanı		Tedavi Süresi		Yan Etki Sayısı	
	r	p	r	p	r	p
PRAÖ	0,099	0,494	-0,036	0,802	0,054	0,711
HADÖ	-0,125	0,386	-0,011	0,937	0,202	0,159
YPDÖ	0,002	0,989	-0,032	0,828	-0,104	0,474
SBÖ Aktif Faz	-0,027	0,851	0,152	0,290	0,105	0,469
SBÖ Pasif Faz	-0,162	0,262	0,038	0,793	0,106	0,464
BTÖ	-0,202	0,160	-0,005	0,972	0,285	0,045*

*PRAÖ: Pandemi Risk Algısı Ölçeği, HADÖ: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, YPDÖ: Yetişkin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, SBÖ: Stresle Baş Etme Ölçeği, BTÖ: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Psikiyatrik ek tanı ile ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 8).

Tablo 8: Psikiyatrik ek tanı ile ölçek puanlarının karşılaştırılması (n=50)

	Var (n=13) Medyan(min-max)	Yok (n=37) Medyan(min-max)	p
PRAÖ	23(11-42)	22(15-45)	0,859
HADÖ	11(2-32)	11(3-34)	0,982
YPDÖ	132(69-155)	139(89-154)	0,558

SBÖ Aktif Faz	32(12-48)	35(26-48)	0,263
SBÖ Pasif Faz	15(4-29)	18(7-31)	0,231
BTÖ	33(18-53)	38(18-49)	0,528

*PRAÖ: Pandemi Risk Algısı Ölçeği, HADÖ: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, YPDÖ: Yetişkin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, SBÖ: Stresle Baş Etme Ölçeği, BTÖ: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Sosyal medya kullanım süresine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, sosyal medya kullanım süresindeki artış ile BTÖ ölçek puanı arasında aynı yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,045$). Diğer ölçekler ile yan etki sayısı arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 9).

Covid teşhisi/şüphesi ile takip edilme durumuna göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, takip edilme durumu ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 9).

Tablo 9: COVID teşhisi/şüphesi ile takip edilmek ve günlük sosyal medya kullanımı ile ölçek puanları arasındaki ilişkiler ($n=50$)

	COVID Teşhisi/Şüphesi		Sosyal Medya Kullanımı	
	r	p	r	p
PRAÖ	0,013	0,931	-0,215	0,133
HADÖ	0,014	0,921	0,235	0,100
YPDÖ	0,025	0,862	-0,063	0,665
SBÖ Aktif Faz	0,060	0,681	0,070	0,628
SBÖ Pasif Faz	0,071	0,626	0,170	0,239
BTÖ	-0,009	0,950	0,345	0,014*

*PRAÖ: Pandemi Risk Algısı Ölçeği, HADÖ: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, YPDÖ: Yetişkin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, SBÖ: Stresle Baş Etme Ölçeği, BTÖ: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Çalışma durumuna göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, PRAÖ ($p=0,017$), HADÖ ($p=0,010$) ve YPDÖ ($p=0,039$) ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterirken, diğer ölçek puanları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Çalışan bireylerde PRAÖ puanları ve YPDÖ puanları çalışmayanlara göre daha yüksek çıkarken, HADÖ puanları çalışmayan bireylerde çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır (Tablo 10).

Tablo 10: Çalışma durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Çalışıyor (n=8) Medyan(min-max)	Çalışmıyor (n=42) Medyan(min-max)	p
PRAÖ Genel Toplam	29,5(18-42)	22(11-45)	0,017*
HADÖ Genel Toplam	5,5(2-17)	12(3-34)	0,010*
YPDÖ Genel Toplam	142(122-154)	130(69-155)	0,039*
SBÖ Aktif Faz	38(25-47)	33(12-48)	0,302
SBÖ Pasif Faz	13(4-31)	16,5(6-29)	0,382

*PRAÖ: Pandemi Risk Algısı Ölçeği, HADÖ: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, YPDÖ: Yetişkin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, SBÖ: Stresle Baş Etme Ölçeği, BTÖ: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Tez çalışmasında kullanılan diğer ölçeklerin kendi aralarında istatistiksel olarak anlam açısından ilişkileri incelendiğinde, SBÖ aktif faz ile YPDÖ arasında aynı yönde ($p=0,001$), SBÖ pasif faz ile HADÖ arasında aynı yönde ($p=0,008$), SBÖ pasif faz ile BTÖ arasında aynı yönde ($p<0,001$), HADÖ ile YPDÖ arasında aynı yönde ($p=0,040$), HADÖ ile BTÖ arasında aynı yönde ($p<0,001$), BTÖ ile YPDÖ arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,019$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamıza göre kadınlarda SBÖ aktif faz puanı erkeklere göre daha yüksektir. Yan etki sayısı ve sosyal medya kullanım süresi arttıkça bireylerin BTÖ ölçek puanları artış göstermektedir. Çalışma durumuna göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, çalışmayan bireylerin pandemi risk algısı, depresyon ve anksiyete puanları yüksek seyrederken, çalışmayan bireylerin psikolojik dayanıklılığı, çalışan bireylere göre daha düşük tespit edilmiştir.

Alanyazında HD hastaları geçmişte PD ve etkileyen faktörler açısından incelenmişse de pandemi sürecinin yaratmış olduğu küresel stres bu süreçte konunun tekrar ele alınması gerektiğini düşündürmüştür. Yakın tarihli benzer bir tez çalışması onkoloji hastalarını pandemi sürecinde PD açısından yeniden incelemiştir ve bu çalışma düşüncemizin geçerliliğini destekler niteliktedir (221).

Bireylerin kendisinden beklenen psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getirememesi, kişinin kendi kültürü ve değerler sistemi içinde hastalığın olumsuz sonuçlarını en aza indirmek ya da tümüyle başa çıkmak için bir takım tutumlar geliştirmesi ile sonuçlanır. Bu nedenle kişinin stres yaratan bir durum karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarını bilmek; tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve terapötik etkinliğin izlenmesinde yardımcı olacaktır (222). Alanyazında HD hastalarını kontrol grubuna göre SBÖ pasif faz puanlarının daha yüksek olduğu, HD hastalarının DO başa çıkma tutumlarını sergilerken kontrol gruplarının PO başa çıkma tutumlarını sergilediği görülmektedir (223). Hiçdurmaz (223)'ün çalışmasına göre cinsiyet ve HD hastalarının baş etme yöntemleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen erkeklerin aktif faz puanları daha yüksekken, kadınların pasif faz puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Alanyazın incelendiğinde HD hastalarının SBÖ düzeylerini etkileyen bir diğer parametre ise hastaların gelir algısı ve sosyoekonomik düzeyleri olarak görülmektedir. Siyah HD hastalarının fiziksel ve psikososyal uyumları konusunda yapılan bir çalışmada yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olan HD hastalarında baş etme becerilerinin

etkinliğinin arttığı saptanmıştır (224). Stresle baş etmeyle alakalı olan yaşam kalitesi ile ilgili diyaliz hastalarıyla yapılan başka çalışmalarda ise bireylerin gelir algıları arttıkça yaşam kalitelerinin de anlamlı biçimde arttığı bulunmuştur (225, 226). Stresle etkin baş edememenin bir bulgusu olan anksiyetenin incelendiği bir çalışmada ise, gelir düzeyi düşük olan HD hastalarının ortalama anksiyete düzeyleri diğer gelir gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur (227). HD hastalarının Stresle baş etme tutumları ve yaşları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada anlamlı fark bulunmamıştır (228). Yine başka çalışmalarda HD hastalarının hastalık stresine baş edebilmesinin bir göstergesi olan yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiş, yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (226, 229). Ayrıca yaş arttıkça baş etmenin olumsuz etkilendiğini ortaya koyan çalışmalarda alanyazında bulunmaktadır. Burns (224)'un çalışmasında yaş arttıkça baş etme becerilerinde anlamlı biçimde azalma gözlenmiştir. İngilterede 405 hastanın kesitsel olarak incelendiği bir çalışmada KBY hastaları arasında hastalığın subjektif anlamının incelenmiş, çalışma sonucu istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen yaşlı hastaların genç hastalara göre hastalığa daha çok "mücadele" anlamı verdikleri bunun da daha çok kaderci (fatalistik) bir anlamlandırma olduğu görülmüştür (230). Bizim çalışmamızda da HD hastalarına SBÖ düzeyleri ve etkileyen faktörler incelenmiş, cinsiyet ile SBÖ aktif faz puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çalışmamıza göre erkekleri kadınlara göre SBÖ aktif faz puanları daha yüksekti. Bu sonuç alanyazın ile benzerlik göstermektedir. Bunun dışında SBÖ puanları ile karşılaştırdığımız diğer parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Gelir algısı ile ilgili bulgularımız alanyazın ile ters düşüyor gibi görünsede bu durum hastaların %82'sinin benzer gelir algısına sahip olması ile açıklanabilir.

HD tedavisi alan hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, hastaların depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçek puanları arasında pozitif yönlü ilişki olduğu, birbirine paralel olarak depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün arttığı belirlenmiştir. Yine aynı çalışmaya göre, belirsizliğe tahammülsüzlüğü

etkileyebilecek parametreler incelendiğinde, BTÖ ölçek puanları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, tanı süresi parametrelili ile istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır (231). Bu parametreler bazında, bizim çalışmamızdaki vardığımız sonuçlar uyuşmaktadır. Bizim çalışmamızda farklı olarak HD hastalarının tedavi ve hastalığa bağlı maruz kaldıkları yan etki sayısı da araştırılmış, yan etki sayısındaki artış ile BTÖ puanları arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı sonuç tespit edilmiştir. Ayrıca bizim çalışmamızda da ölçekler arası karşılaştırmada BTÖ ve HADÖ paunları arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Hastaların maruz kaldığı yan etki sayılarındaki artış yaşam kaliteleri olumsuz etkilediği bilinmektedir. Yaşam kalitesindeki düşüşün de depresyon parametrelerini etkileyeceğini ve dolaylı yoldan BTÖ puanlarını etkileyebileceğini düşünebiliriz. Alanyazın taramasında HD hastalarında sosyal medya kullanım süresi ile BTÖ puanları arasındaki ilişkiyi birebir olarak inceleyen çalışma bulunamamıştır fakat Yıldırım (232)'in çalışmasında internet bağımlılığı ve BTÖ puanları arasındaki ilişki incelenmiş, internet bağımlılığı ile BTÖ puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Özellikle de internet bağımlılığı alt boyutlarından çevrim içi olma süresini artırmayı isteme ile BTÖ puanları arasındaki aynı yönlü anlamlı ilişkinin tespit edilmesi bizim çalışmamızdaki sosyal medya kullanım süresi ile BTÖ puanları arasındaki aynı yönlü anlamlı ilişki bulunması ile benzerlik göstermektedir.

Alanyazında HD hastaları PD ve etkileyen faktörler açısından birden fazla çalışmada incelenmiştir. Soylu (233)'nun yapmış olduğu çalışmada, YPDÖ ölçek puanları ile demografik veriler karşılaştırılmış, YPDÖ toplam puanda cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamışken, alt ölçek bazında sosyal yeterlilik alt ölçeğinde kadınların PD düzeyi erkeklere nazaran daha yüksek çıkmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yine aynı çalışmada hastalar tedavi alma sürelerine göre gruplandırılmış ve tedavi süresi ile YPDÖ ölçek puanları karşılaştırıldığında, HD tedavi süreleri 6-10 yıl olan kişilerin psikolojik dayanıklılık ölçeğinin, aile uyumu alt boyutu puanları HD tedavi süresi 1-5 yıl olan kişilerden anlamlı derecede daha yüksek

bulunmuştur. Yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir algısı parametrelerinde ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Kabakaş (234)'in çalışmasında ise HD tedavisi alan 100 hasta PD düzeyleri ve etkileyen faktörler incelenmiş, kadın hastaların PD düzeyleri ile erkeklere nazaran daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada bireylerin yaşları arttıkça PD düzeylerinin arttığı, tedavi süreleri arttıkça hastaların PD düzeylerinin azaldığı, PD düzeyleri arttıkça mutluluk düzeylerinin arttığı istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir. Hastalar eğitim düzeyi, medeni hal, gelir algısı, aile tipi, ilaç uyumu ve KBY teşhisine verdikleri tepki parametreleri üzerinden değerlendirilmiş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Ayrıca çalışmada kullandıkları ölçekler arasında PD ile yaşam kalitesinin arasında aynı yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Alanyazında yapılan incelemede, KBY olan hastaların, yaşam kalitelerini düşük olarak algıladığı, yaş, öğrenim durumu, medeni durum, gelirin gideri karşılama durumu, hastalık ve diyaliz süresi, ilaç tedavisine uyma gibi değişkenlerin yaşam kalitesinin bazı boyutlarını etkilediği vurgulanmaktadır (235). Dolayısıyla psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler düşünülürken dolaylı yoldan yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin akılda tutulması önemlidir. Alanyazında HD hastaları üzerinde yapılan bir başka çalışmada da benzer sonuçlar görmekteyiz. Dane (236)'nin yapmış olduğu çalışmada yaş, aile tipi ve HD süresi ile PD arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış, Erkeklerin PD durumları kadınlardan, evli olan bireylerin PD durumu bekar olanlardan çalışanların PD durumu çalışmayanlardan daha yüksek tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda bireylerin çalışma durumu ile YPDÖ puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Çalışan bireylerin PD düzeyleri çalışmayanlara göre daha yüksektir. Bu bulgu alanyazınle benzerdir fakat çalışmamızda gelir algısının hastaların psikolojik düzeylerini etkilemediği de tespit edilmiştir. Bu veriler doğrultusunda, çalışmanın bireyler üzerinde öz yeterlilik düşüncesini, hayatının kontrolünü elinde tutabileceği düşüncesini, bireylerin benlik saygısını yükseltmek suretiyle bireylerin PD düzeylerini artırabildiğini düşünebiliriz (236). Bizim çalışmamızda bireylerin PD düzeyleri ile diğer parametreler arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Örneklem

kısıtlılığı ve çalışmamızda sağlıklı kontrol grubunun olmayışı bazı verilerin alanyazından farklı olarak anlamsız çıkmasına sebep olmuş olabilir.

HD hastaları ile depresyon ve anksiyete ilişkisi üzerine alanyazında araştırmalar bugüne kadar çokça yapılmış ve HD tedavisi alanların depresyon ve anksiyeteye sahip olma riskini artırdığı bilinmektedir. Baykan (237)'in yaptığı çalışmada, HD tedavisi alan bireylerin %57,1'i HADÖ depresyon kesme puanına göre, %28,6'sı da HADÖ anksiyete kesme puanına göre hastalık riski altında tespit edilmiştir. Bu bulgular alanyazın ile paralellik göstermektedir (238-240). HD hastalarında depresyon ile ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada (n=93), hastaların depresyon düzeyleri ile hastalık süresinde uzama, HD tedavi süresinde uzama, düşük eğitim düzeyi, kalabalık ailede yaşama, sosyal destek yetersizliği arasında anlamlı sonuçlar elde edilmiştir (241). Başka benzer bir çalışmada (n=88), depresyon düzeyleri ile evdeki kişi sayısının 6 ve üstü olması arasında anlamlı korelasyon gözlenmiştir. Bu sonuç, küçük bir ev içinde birlikte yaşayan kalabalık ve geniş ailelerde özel hayat kavramının sınırlı olması yanında, gelir dağılımının da çekirdek ailelere oranla muhtemel daha düşük seviyede olabilmesi ve dolayısıyla hastaya daha düşük bir yaşam standardı sağlanması ile açıklanabileceği vurgulanmıştır (242). Bizim çalışmamızda da HD hastaları HADÖ puanları ve etkileyen faktörler açısından incelenmiş, çalışma dururumu ve HADÖ puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çalışmamıza göre çalışmayan bireylerin HADÖ puanları çalışanlara göre daha yüksektir. Bu durum alanyazındaki çalışmalarla paralellik göstermektedir. Çalışmamızda diğer parametreler ve HADÖ puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Depresyon ve çalışma durumu ile ilgili alanyazın taramasında elde edilen verilere göre ruh sağlığının gelişiminde, korunmasında ve ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında bir dizi toplumsal belirleyicinin önemli olduğu görülmektedir. İş, özellikle yaşamın erişkinlik döneminde öz-yeterlilik ve öz-saygı gibi benliği düzenleyen işlevler ile kendini gerçekleştirme için olanaklara sahip olunabilecek toplumsal yapı arasında önemli bir köprü oluşturması nedeniyle önemli bir belirleyicisidir (243). İş ve işsizlik ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi

sorgulayan araştırmalar özellikle erişkin dönemdeki sağlığın toplumsal belirleyicilerinin anlaşılmasında önemli bir yer tutmaktadır. İşsizliğin etkileri yalnızca yaşamı sürdürme için gerekli olan araçların sağlanması yanında olumsuz koşulların "psikososyal" yönünü de içermektedir (244). Yoksulluğun nedeni ve sonucu olarak görebileceğimiz işsizliğin, sürekli hale geldikçe bireyin karamsarlık, umutsuzluk ve çaresizlik duygusunu zaman içinde artıracadığı ve depresyon gelişimini kolaylaştıracadığı tahmin edilebilir. İşsizlik, depresif duygudurum belirtileri yanında klinik yönden anlamlı depresyon tabloları yaratabilmektedir (245). Son yıllarda yapılan araştırmalar uzun dönemli işsizliğin etkisinin de önemli ve kalıcı sonuçları olduğunu göstermektedir. Bu sorunlar özellikle işsizliğin dokuzuncu ayında tepe noktasına ulaşmakta ve depresyon gelişimini kolaylaştırmaktadır (245). Kısa ya da uzun süren işsizlik hem fiziksel işlev kapasitesini ve hem de serum kortizol düzeyini etkileyerek ruhsal durumu olumsuz yönde etkilemektedir (246). Bahar (247)'in çalışmasında cerrahi ve dahili klinikte yatan hastalarda depresyon varlığı ve ilişkili faktörler incelenmiş, çalışmayan bireylerde çalışan bireylere göre HADÖ puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Alanyazında HD hastalarının ekonomik durumu ile depresyon arasında ters yönde anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (248, 249).

Pandemi süreci toplumun tüm kesimlerini etkilese de, bireylerin biyopsikososyal etkilenme düzeyleri incelendiğinde, pandeminin insanlar üzerinde yarattığı korku ve kaygı çalışmalarda da gösterildiği gibi kronik hastalığı olan bireylerde daha yüksek seyretmektedir (250). Suriyede yapılan bir çalışmada (n=124), COVID-19 pandemisi sırasında HD uygulanan hastalarda yorgunluk, anksiyete, depresyon ve uyku kalitesi prevalansını incelenmiş, COVID-19 pandemisi sırasında genel popülasyonlarda yapılan önceki çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırıldığında, bu çalışmada anksiyete, depresyon ve uyku kalitesi prevalansı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ve bu durum COVID-19'dan ölme riskinin yüksek olmasıyla ilişkilendirilmiştir (251-253). Bu çalışmanın sonuçları, aile yelerine COVID-19 teşhisi

konulursa veya şüphelenilirse, katılımcıların yorgunluk, kaygı ve uyku kalitesi riskinin önemli ölçüde arttığını göstermektedir. Bunun nedeni HD alan hastaların hastane ortamından veya ailelerinden enfeksiyondan korkmaları olabilir (254). Bizim çalışmamızda aile üyelerine COVID-19 teşhisi konulması ile ölçek puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu durum çalışmaya katılan bireylerin ortalama kaygı düzeylerinin düşük olması ile açıklanabilir. Ayrıca Suriye’de yapılan bu çalışmada, işsizlik ile depresif bulgular ve kötü uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Önceki araştırmalar benzer bulgular bildirmiştir (254, 255). Bizim çalışmamızda da HD hastalarında iş sahibi olmayan bireylerin PRAÖ ölçek puanları bir işte çalışanlara göre anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır. Aşut (221)’un çalışmasında pandemi risk algısı düzeylerini etkileyen değişkenler incelenmiş ek hastalık varlığı ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Başka bir çalışmaya göre de kronik hastalığa sahip bireylerin pandemi süreci ile ilgili risk algısı ve anksiyete düzeyleri daha yüksek çıkmaktadır. Hong-Kong’da 761 yetişkin ile yapılan bir anket çalışmasında kronik hastalık varlığı ile ölçek puanları arasında ilişki saptandığı bildirilmiştir (256). Yine Aşut (221)’un çalışmasında yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Bu durum bizim bulgularımız ile paralellik göstermektedir. HD hastalarının pandemi risk algısı ve anksiyete düzeylerini etkileyen diğer faktörleri incelediğimizde, diğer parametreler ile arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bunun sebebi grup üyelerinin büyük çoğunluğunun pandemi risk algısı ve anksiyete düzeyleri düşük bireylerden oluşması, örneklemimizin kısıtlı olması, çalışmamızda kontrol grubunun olmaması olarak görülebilir.

Çalışmamızın birkaç kısıtlılığı bulunmaktadır. Bunların başında çalışmaya sadece gönüllü bireyleri dahil olması, kontrol grubunun olmaması, hastaların kesitsel olarak değerlendirilmesi, bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin klinik görüşme yapılarak belirlenmemesi olarak gösterilebilir. Ayrıca çalışmanın sadece Bursa Uludağ Üniversitesi Hastahanesi’ndeki HD hastaları içermesi, aynı HD merkezinde tedavi gören hastaların zaman içinde belli bir düzeyde ilişki kurmaları, zaman içinde ilişki kuvvetlendikçe ortak fikir

ve kaygıları paylaşmaya başlamaları ve sonuç olarak da çalışma grubunda heterojenitenin azalmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızın sonucunda önerebileceğimiz noktalar; Alanyazın incelendiğinde HD hastaları ile ilgili daha çok depresyon ve anksiyete düzeyi çalışmalarının yapıldığı, PD ve stresle baş etme ile ilgili çalışmaların hayli yetersiz olduğu görülmüştür. Bu konuda daha çok, örneklem büyüklüğü sağlanması ve kapsamlı çalışmaların yapılması daha bilgilendirici olacaktır. Ayrıca bahsedilen konular hakkındaki edinilen bilgiler ruh hastalıklarının tedavisinin yanında, hastalıkların oluşumunu da engellememize yardımcı olacak veriler içerecektir. HD hastalarının ruhsal hastalıklar konusunda normal polüasyondaki bireylere nazaran daha çok risk taşımakta oldukları akılda tutulmalıdır. Hali hazırda ruhsal patolojilere karşı hassas olan bu bireyler için pandemi süreci ciddi bir stressör olarak kabul edilmelidir. HD hastaları imkanları dahilinde, uygun şartlarda çalışmaya teşvik edilmelidir. Çalışmamızın da gösterdiği gibi bir işte çalışmak HD hastaları için sadece maddi gelir kapısı olarak görülmemektedir. Son olarak gerek bakım verenler, gerek sağlık çalışanları açısından bu zor zamanlarda HD tedavisi alan hastalara sağduyu ile yaklaşmaları önemlidir.

6. KAYNAKLAR

1. Abram HS. Survival by machine: psychological aspects of chronic dialysis. *Psychiatr Med* 1970; 1:37.
2. Andreoli TE, Evanoff GV, Ketel BL. Chronic Renal Failure. In: Andreoli TE., Bennet CJ, Crapenter CJ, Plum F, Smith LH, eds. *Cecil Essentials of Medicine*. Philadelphia. WB, Saunders Company 1993. p. 245.
3. Strain JJ, Lyons JS, Hammer JS et al. Cost Offset from a Psychiatric Consultation-liaison Intervention with Elderly Hip Fracture Patients. *American Journal of Psychiatry*. 1991; 148:1044.
4. Yavuz, D., Yavuz R., Altunoğlu A. Hemodiyaliz hastalarında görülen psikiyatrik hastalıklar. *Türk Tıp Dergisi*, 2012; 6:33.
5. Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö. Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2003; 12:113.
6. Soanes C., Stevenson A., *Oxford dictionary of English*. 2 ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2006.
7. Kobasa S. Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology* 1979; 37:1.
8. Tusaie K, Dyer J. Resilience: A historical review of the construct. *Holist Nurs Pract* 2004; 18:3.
9. Luthar S., Cicchetti D., Becker B. Research on resilience: Response to commentaries. *Child development*. 2000; 71: 573.
10. Yildirim M., Arslan G. Exploring the associations between resilience, dispositional hope, subjective well-being, and psychological health among adults during early stage of COVID-19. 2020.
11. Vural A. Kronik böbrek yetmezliği ve tedavisi. *İç Hastalıkları Günleri III*. Ankara: GATA Basımevi; 2002; 339.
12. Majkovicz M, Afeltowicz Z, LichodziejewskaNiemiğko M, et al. Comparison of the quality of life in hemodialysed and peritoneally dialysed (CAPD) patients using the EORTC QLQ-C30 questionnaire. *Int J Artif Organs* 2000; 23:423.
13. Hallan SI, Coresh J, Astor BC, et al. International comparison of the relationship of chronic kidney disease prevalence and ESRD risk. *J Am Soc Nephrol* 2006; 17:2275.
14. U. S. Renal Data System, *USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of End Stage Renal Disease in the United States*. National Institutes of

Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, 2013.

15. Süleymanlar G., Ateş K., Seyahi N. Türkiye 2019 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu 2020.

16. Bello A, Kavar B, El Kossi M, El Nahas M. Epidemiology and pathophysiology of chronic kidney disease. Comprehensive Clinical Nephrology, 4th edition, 2010; pp: 907.

17. Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, et al. A population based survey of chronic renal disease in Turkey - The CREDIT study. Nephrol Dial Transplant 2011; 26:1862.

18. Diaz-Buxo JA, Lowrie EG, Lew NL, Zhang H, Lazarus JM. Quality-of-life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. Am J Kidney DisFeb; 2000; 35:293.

19. Stone WJ, Hakim RM. Therapeutic Options in the Management of End-stage Renal Disease. The Principles and Practice of Nephrology, Mosby Year Book, St. Louis. 1995; pp:653.

20. Akman B., Ozdemir FN., Sezer S. Depression levels before and after renal transplantation. Transplant Proc. 2004; 36:111.

21. Yurtsever S. Kronik Böbrek Yetmezliği Nedeniyle Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerde Yorgunluğun Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara;1999.

22. Şahan E. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı ile İzlenen Adölesanlarda Yaşam Kalitesi ve Öz bakım Gücü (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Başkent Üniversitesi; 2010.

23. Yıldız A.U. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Yaşam Tarzı Değişikliği Müdahalesinin Yaşam Kalitesine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Zonguldak: Kara Elmas Üniversitesi; 2010.

24. Yetişkin Ş. Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul: Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2008.

25. Kan S. Kronik Böbrek yetmezliğinde erektil disfonksiyon, yaşam kalitesi, depresyon ve uyku kalitesi üzerine sildenafil ve vardenafil'in etkilerinin karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi; 2006.

26. Erol N. Diyaliz Tedavisine Başlanmayan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaları ile Hemodiyaliz Tedavisi Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2010.

27. Asan T. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hastaların Ailelerinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2007
28. Özdemir Ç. Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom Kümelerinin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Başkent Üniversitesi; 2011.
29. Öztürk S. Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların kendini algılama durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2014.
30. Küçük M. Hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri, hasta özellikleri ve hemşirelik hizmetleri ile ilgili doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Afyon:2008.
31. Karadeniz G, Altıparmak S, Marul G, Muslu, H. "Hemodiyaliz Tedavisi. Alan Hastaların Cinsel Yaşama İlişkin Yaşadıkları Sorunlar Ve Danışmanlık Gereksinimleri, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005; 21: 29.
32. Kaçmaz N. Fiziksel Hastalığa Uyum Güçlüğü Yaşayan Hastalarda Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Modeli Geliştirme çalışması (Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2003.
33. Tossani E, Cassano P, Fava M. Depression and renal disease. Semin Dial; 2005; 2: 73.
34. Zengin O. Çözüm Odaklı Kısa Terapi Yaklaşımına Dayalı Sosyal Hizmet Müdahalesinin Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psiko-Sosyal Uyum Düzeylerine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2015.
35. Keskin B. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Almış Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon Düzeyleri, Algılanan Duygu Dışavurum Düzeyleri Ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2015.
36. Ünsal E. Covid 19: Komorbid durumlarda bakım yönetimi. Şenuz un Aykar F, editör. İç Hastalıkları Hemşireliği ve Covid 19. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri 2020:10.
37. Bayrakçı N, Özkan G. Covid 19 pandemisinde nefroloji kliniklerinin yönetimi. Namık Kemal Tıp Dergisi 2020; 8:355.
38. Dede Ş, Kayabaşı H. Sars COV 2 ile ilişkili akut böbrek hasarı. Dicle Tıp Dergisi 2020;47:498.
39. Benedetti C, Waldman M, Zaza G, Riella L, Cravedi P. Covid 19 and the kidneys: an update. Frontiers in Medicine 2020;7:423.

40. Topbaş E. Covid 19 s¼recinde b¼brek yetmezliği olan hastanın yoğun bakım y¼netimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2020;24:61.
41. Hardenberg B, Luft FC. Covid 19, ACE2 and the kidney. Acta Physiologica 2020;230.
42. Durvasula R, Wellington T, Mcnamara E, Watnick S. Covid 19 and kidney failure in the acute care setting: our experience from seattle. American Journal of Kidney Diseases. 2020;76;4.
43. Ronco C, Reis T. Kidney involvement in Covid 19 and rationale for extracorporeal therapies. Nature Reviews Nephrology. 2020;16:308.
44. Naicker S, Yang CW, Hwang SJ. et al. The Novel Coronavirus 2019 epidemic and kidneys. Kidney International. 2020;97:824.
45. Gabarre P, Dumas G, Dupont T. et al. Acute kidney injury in critically ill patients with Covid19. Intensive Care Medicine. 2020;46:1339.
46. Wang L, Li X, Chen H. et al. Coronavirus disease 19 infection does not result in acute kidney injury: an analysis of 116 hospitalized patients from Wuhan, China. American Journal of Nephrology. 2020;51:343.
47. Luo Y, Li J, Liu Z, Yu H, Peng X. Characteristics and outcomes of hemodialysis patients with covid 19: a retrospective single center study. Peerj. 2020;8:10459.
48. S¼leymanlar G, Ateş K, Seyahi N. T.C. Sağlık Bakanlığı ve T¼rk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. 2020;136.
49. Wang H. Maintenance hemodialysis and coronavirus disease 2019 (Covid 19): saving lives with caution, care, and courage. Kidney Medicine. 2020;2:365.
50. Arslan H, Musabak, Ayvazoğlu EH. ark. Incidence and immunologic analysis of coronavirus disease (covid 19) in hemodialysis patients: a single center experience. Experimental and Clinical Transplantation. 2020;18:275.
51. Aydin Bahat K, Parmaksiz E, Sert S. The clinical characteristics and course of Covid 19 in hemodialysis patients. Hemodialysis International. 2020;24:534.
52. Goicoechea M, Cmara LAS, Macas N et al. Covid 19: clinical course and outcomes of 36 hemodialysis patients in Spain. Kidney International.2020;98:27.
53. Kikuchi K, Nangaku M, Ryuzaki M. et al. Covid 19 of dialysis patients in Japan: current status and guidance on preventive measures. Therapeutic Apheresis and Dialysis. 2020;24:361.

54. Xiong F, Tang H, Liu L. et al. Clinical characteristics of and medical interventions for covid 19 in hemodialysis patients in Wuhan, China. *Journal of The American Society of Nephrology*. 2020;31:1387.
55. Ma Y, Diao B, Lv X. et al. Epidemiological, clinical, and immunological features of a cluster of Covid 19 contracted hemodialysis patients. *Kidney International Reports*. 2020;5:1333.
56. Zou R, Chen F, Chen D, Xu CL, Xiong F. Clinical characteristics and outcome of hemodialysis patients with Covid 19: A large cohort study in a single chinese center. *Renal Failure*. 2020;42:950.
57. Tortonese S, Sc riabine I, Anjou L. et al. Covid 19 in patients on maintenance dialysis in the paris region. *Kidney International Reports*. 2020;5:1535.
58. Lazarus S, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company; 1984.
59. Online Etymology Dictionary-Stress. Erişim: <https://www.etymonline.com/word/stress>. Erişim tarihi: 09/08/2020
60. Selye H, The Evolution of the Stress Concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatoxic hormones. *American scientist*. 1973;61:692.
61. Selye H, Fortier C. *Adaptive reaction to stress*. Psychosomatic medicine; 1950.
62. Freud S, *Ketvurmalar, Belirtiler ve Anksiyete*. 1926: p. 93.
63. Ceylan M, *Stresle başa çıkmada bilişsel stratejilerin kullanılmasında cinsiyet ve kişilik değişkeninin etkisi (Tıpta Uzmanlık Tezi)*. İzmir: Ege Üniversitesi; 2005.
64. Demir V, *Bilinçli farkındalık temelli hazırlanan eğitim programının bireylerin depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisi (Doktora Tezi)*. İstanbul: Arel Üniversitesi; 2014.
65. Atkinson M, Violato C. Neuroticism and coping with anger: The trans-situational consistency of coping responses. *Personality and Individual Differences*. 1994;17:769.
66. Atkinson L, Atkinson C, Smith E, Hoeksema S. *Psikolojiye Giriş 3ed*. Arkadaş Yayınevi; 2006.
67. Folkman S, Lazarus S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*. 1980;21:219.

68. Billings G, Moos H. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of behavioral medicine*. 1981;4:139.
69. Carver S, Scheier F, Weintraub K. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*. 1989;56:267.
70. Fleishman A. Personality characteristics and coping patterns. *Journal of health and social behavior*. 1984;25:229.
71. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*. 1984;46:839.
72. Folkman S. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*. 1986;50:992.
73. Bryant A, Harvey G. Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour research and therapy*. 1995;33:631.
74. Parkes R. Coping in stressful episodes: The role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics. *Journal of personality and social psychology*. 1986;51:1277.
75. Vingerhoets J, Van L. Gender, coping and psychosomatic symptoms. *Psychological medicine*. 1990;20:125.
76. Jorgensen S, Dusek B. Adolescent adjustment and coping strategies. *Journal of personality*. 1990;58:503.
77. Wingo P, Baldessarini J, Windle M. Coping styles: Longitudinal development from ages 17 to 33 and associations with psychiatric disorders. *Psychiatry research*. 2015;225:299.
78. Soderstrom M. The relationship of hardiness, coping strategies, and perceived stress to symptoms of illness. *Journal of behavioral medicine*. 2000;23:311.
79. Arslan G. Psychological maltreatment, coping strategies, and mental health problems: A brief and effective measure of psychological maltreatment in adolescents. *Child Abuse & Neglect*. 2017;68:96.
80. Surtees P, Pharoah P, Wainwright N. A follow-up study of new users of a university counselling service. *British Journal of Guidance and Counselling*. 1998;26:255.
81. Seki Ö. Multiple Sklerozlu Hastaların Stresle Baş Etme Tarzlarının ve Psikiyatrik Belirtilerinin Değerlendirilmesi; 2013.

82. Felton J, Revenson A. Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J Consult Clin Psychol.* 1984;52:343.
83. Allgöwer A, Wardle J, Steptoe A. Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health psychology.* 2001;20:223.
84. Penland A. Possible selves, depression and coping skills in university students. *Personality and Individual Differences.* 2000;29:963.
85. Xiang Y. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry.* 2020;7:228.
86. Kang L. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry.* 2020;7:14.
87. Lau J. Monitoring of perceptions, anticipated behavioral, and psychological responses related to H5N1 influenza. *Infection.* 2010;38:275.
88. Hollifield M. Symptoms and coping in Sri Lanka 20–21 months after the 2004 tsunami. *The British Journal of Psychiatry.* 2008;192:39.
89. Huang J. Post-traumatic stress disorder status in a rescue group after the Wenchuan earthquake relief. *Neural regeneration research.* 2013;8:1898.
90. Scheenen E. Patients “at risk” of suffering from persistent complaints after mild traumatic brain injury: the role of coping, mood disorders, and post-traumatic stress. *Journal of neurotrauma.* 2017;34:31.
91. Taylor R. Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC public health.* 2008;8:347.
92. Westerhuis W. Coping style and quality of life in patients with epilepsy: a cross-sectional study. *Journal of neurology.* 2011;258:37.
93. Sliter M, Kale A, Yuan Z. Is humor the best medicine? The buffering effect of coping humor on traumatic stressors in firefighters. *Journal of Organizational Behavior.* 2014;35:257.
94. Mohammed A. An evaluation of psychological distress and social support of survivors and contacts of Ebola virus disease infection and their relatives in Lagos, Nigeria: a cross sectional study– 2014. *BMC Public Health.* 2015;15:1.
95. Wu K, Chan K, Ma M. Posttraumatic stress after SARS. *Emerging infectious diseases.* 2005;11:1297.

96. Leung G. The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2003;57:857.
97. Park L. Americans' COVID-19 Stress, Coping, and Adherence to CDC Guidelines. *Journal of General Internal Medicine*, 2020: p. 1.
98. Wang H. The psychological distress and coping styles in the early stages of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic in the general mainland Chinese population: A web-based survey. *Plos one*. 2020; 15.
99. Umucu E, Lee B. Examining the impact of COVID-19 on stress and coping strategies in individuals with disabilities and chronic conditions. *Rehabilitation Psychology*; 2020.
100. Berrios G. Anxiety disorders: A conceptual history. *Journal of affective disorders*; 1999.
101. Şeref Ö. Anksiyete Bozuklukları. TPD Yayınları: Ankara, 2006;p. 3.
102. Berksun E. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Turgut Yayıncılık. 2003;49.
103. Cheng C. CMWL. Psychological responses to outbreak of severe acute respiratory syndrome: a prospective, multiple time-point study. *J Pers*. 2005;73:261.
104. Arkonaç O, Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1999.
105. Stanley A, Beck J. Anxiety disorders. *Clin Psychol Rev*. 2000;20:731.
106. Bal U, Çakmak S, Uğuz Ş. Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. *Arch Med Rev J*. 2013;22:441.
107. Beck T, Emery G, Greenberg L. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. *Basic Books*; 2005.
108. Uzbay T, Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2002;5:5.
109. Newman M. Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual review of clinical psychology*. 2013;9:275.
110. Horwath E. Epidemiology of anxiety disorders. *Textb Psychiatr Epidemiol*. 2011;28.

111. Kılıç C. Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Türkiye Ruh sağlığı Profili, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara. 1998; 64
112. Öztürk O, Uluşahin A. Bunaltı Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 2015;337.
113. Michael T. Epidemiology of anxiety disorders. Psychiatry. 2007;6:42.
114. Sadock J, Sadock A. Anksiyete Bozuklukları. Kaplan&Sadock Psikiyatri 11.baskı Lippincott Williams&Wilkins. 2016;387.
115. Binbay T. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. Turk Psikiyatri Derg. 2014;25:264.
116. McLean C. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. Journal of psychiatric research. 2011;45:1027.
117. Aydemir Y. Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi. 2015;5:199.
118. Ateşçi F. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Turk Psikiyatri Derg. 2003;14:145.
119. Özkan S, Alçalar N. Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health, 2009;5.
120. Yıldırım E, Tan M. Depresyonda Risk Faktörleri, Belirti ve Bulgular. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği- Özel Konular. 2017;1:15.
121. Işık E, Işık U. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Rota Tıp Yayınevi. 2013;6.
122. Gül I, Karlıdağ R. Dünden Bugüne Depresyon. Türkiye Klinikleri Psychiatry - Special Topics 2012;2:1.
123. Uğuz S, Turhan N. Farklı bir bakışla depresyon. Galenos Yayınları 2002;61.
124. Sadock B, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. 2015;p.348.
125. Sadock B, Ruiz P, Sadock V. Kaplan & Sadock’s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2014;37.

126. Doğan O, Gölmez H. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Dilek Matbaası; 1995;15.
127. Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi: Maliyet Etkilik Final Raporu. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı 2004;129.
128. Ralph W, Swindle J, Cronkite R, Moos R. Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up. The Journal of nervous and mental disease. 1998;186:462.
129. Oltmans F, Neale J, Davison C. Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vaka Çalışmaları. Türk Psikologlar Derneği Yayınları: Ankara. 2003;p.107.
130. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. European psychologist. 2013;18:12.
131. Kobasa S. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. Journal of personality and social psychology. 1979;37:1.
132. Luthar S, Zigler E. Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. American journal of Orthopsychiatry. 1991;61:6.
133. Maddi S. On hardiness and other pathways to resilience. American Psychologist. 2005;60:261.
134. Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. The British journal of psychiatry. 1985;147:598.
135. Basim H, Çetin F. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 2011;22:104.
136. Şahin M, Yetim A, Çelik A. Psikolojik sağlamlığın gelişiminde koruyucu bir faktör olarak spor ve fiziksel aktivite. The Journal of Academic Social Science Studies. 2012;5:373.
137. Kobasa S, Maddi S, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. Journal of personality and social psychology. 1982;42:168.
138. Gentry W, Kobasa S. Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. Handbook of behavioral medicine. 1984;1:87.
139. Dane E, Olgun N. Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2016;1:44.

140. Oruç E. Pozitif Psikolojik Sermayenin Politik Davranışlara Etkisi (Doktora Tezi). Sakarya: Sakarya Üniversitesi; 2015.
141. Gürkan U. Resiliency Scale (RS): Scale Development, Reliability and Validity Study. Journal of Faculty of Educational Sciences, 2006;39:45.
142. Gizir C. Psikolojik sağlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2007;28:113.
143. Maddi S. The personality construct of hardiness, III: Relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. Journal of personality. 2006;74:575.
144. Nowack K. Coping style, cognitive hardiness, and health status. Journal of behavioral medicine. 1989;12:145.
145. Sinclair R, Tetrick L. Implications of item wording for hardiness structure, relation with neuroticism, and stress buffering. Journal of research in personality. 2000;34:1.
146. Kanya H. Hardiness and spiritual well-being among social work students: Implications for social work education. Journal of social work education. 2000;36:231.
147. Holt P, Fine M, Tollefson N. Mediating stress: Survival of the hardy. Psychology in the Schools. 1987;24:51.
148. Kobasa S, Puccetti M. Personality and social resources in stress resistance. Journal of personality and social psychology. 1983;45:839.
149. Friborg O. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? International journal of methods in psychiatric research. 2003;12:65.
150. Friborg O. Resilience in relation to personality and intelligence. International journal of methods in psychiatric research. 2005;14:29.
151. Çetin F, Yeloğlu H, Basım H. Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında beş faktör kişilik özelliklerinin rolü: Bir kanonik ilişki analizi. Türk Psikoloji Dergisi. 2015;30:81.
152. Bitmiş M, Sökmen A, Turgut H. Psikolojik dayanıklılığın tükenmişlik üzerine etkisi: örgütsel özdeşleşmenin aracılık rolü. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2013;15:27.
153. Tümlü G. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Farklı Üniversite Öğrencilerinin Temas Engellerinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2012.
154. Wright M, Masten A. Resilience processes in development, in Handbook of resilience in children. 2005; p.17.

155. Rutter M. Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of family therapy*. 1999;21:119.
156. Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Resilience in Children*. 2006;1.
157. Luther S, Zigler E. Intelligence and social competence among high-risk adolescents. *Development and Psychopathology*, 1992;4:287.
158. Masten A. Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity: Challenges and prospects, in *Educational resilience in inner city America: Challenges and prospects*. 1994;p.3.
159. Masten A. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*. 2001;56:227.
160. Mangham C, Mcgrath P, Reid G, Stewart M. *Resiliency: Relevance to Health Promotion Detailed Analysis*. Dalhousie University: Atlantic Health Promotion Research Centre; 1999.
161. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*. 1987;57:316.
162. Romano J, Hage M. Prevention and counseling psychology revitalizing commitments for the 21st century. *The counseling psychologist*, 2000;28:733.
163. Masten A, Coatsworth J. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American psychologist*. 1998;53:205.
164. American Psychiatric Association. *The Road to Resilience*. Erişim: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> Erişim tarihi: 17/08/2020
165. Yoshikawa E. Role of resilience for the association between trait hostility and depressive symptoms in Japanese company workers. *Current Psychology*:2019;1.
166. Humphreys J. Resilience in sheltered battered women. *Issues in mental health nursing*. 2003;24:137.
167. Robinson J, Larson C, Cahill S. Relations between resilience, positive and negative emotionality, and symptoms of anxiety and depression. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2014;6:92.
168. Min J. Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Quality of Life Research*. 2013;22:231.

169. Williams P, Wieb, D, Smith T. Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health. *Journal of behavioral medicine*. 1992;15:237.
170. Sandler I, Wolchik S, Ayers T. Resilience rather than recovery: A contextual framework on adaptation following bereavement. *Death studies*. 2007;32:59.
171. Wiebe D. Hardiness and stress moderation: A test of proposed mechanisms. *Journal of personality and social psychology*. 1991;60:89.
172. Wiebe D, McCallum D. Health practices and hardiness as mediators in the stress-illness relationship. *Health Psychology*. 1986;5:425.
173. Campbell L, Cohan S, Stein M. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour research and therapy*. 2006;44:585.
174. Alim T. Trauma, resilience, and recovery in a high-risk African-American population. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165:1566.
175. Kukihara H. Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/ nuclear disaster survivors of Hirono, Fukushima, Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2014;68:524.
176. Yildirim M, Arslan G. Exploring the associations between resilience, dispositional hope, subjective well-being, and psychological health among adults during early stage of COVID-19. 2020;14:1.
177. Tönbül Ö. Koronavirüs (Covid-19) Salgını Sonrası 20-60 Yaş Arası Bireylerin Psikolojik Dayanıklılıklarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Humanistic Perspective*. 2021;2:159.
178. Liu C. Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for US young adult mental health. *Psychiatry Research*. 2020;290:113172.
179. Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlük. Erişim: <https://sozluk.gov.tr>. Erişim tarihi: 18/08/2020
180. Keren G, Gerritsen L. On the robustness and possible accounts of ambiguity aversion. *Acta Psychologica*. 1999;103:149.
181. Cambridge English Dictionary. Erişim: <https://dictionary.cambridge.org>. Erişim tarihi: 20/08/2020
182. Stanley N. Intolerance of ambiguity as a personality variable 1. *Journal of personality*. 1962;30:29.
183. Koerner N, Dugas M. An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: The role of intolerance of uncertainty. *Cognitive Therapy and Research*. 2008;32:619.

184. OCCWG, Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1997;35:667.
185. Rosen N, Ivanova E, Knäuper B. Differentiating intolerance of uncertainty from three related but distinct constructs. *Anxiety, Stress & Coping*. 2014;27:55.
186. Grenier S, Barrette A, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and intolerance of ambiguity: Similarities and differences. *Personality and individual differences*. 2005;39:593.
187. Carleton R, Norton M, Asmundson G. Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of anxiety disorders*. 2007;21:105.
188. Buhr K, Dugas M. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*. 2002;40:931.
189. Ladouceur R, Gosselin P, Dugas M. Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour research and therapy*. 2000;38:933.
190. Dugas M. Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*. 2005;29:57.
191. Laugesen N, Dugas M, Bukowski W. Understanding adolescent worry: The application of a cognitive model. *Journal of abnormal child psychology*. 2003;31:55.
192. Dugas M, Marchand A, Ladouceur R. Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*. 2005;19:329.
193. Barahmand U, Haji A. The impact of intolerance of uncertainty, worry and irritability on quality of life in persons with epilepsy: Irritability as mediator. *Epilepsy research*. 2014;108:1335.
194. Dugas M. Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour research and therapy*. 1998;36:215.
195. Dugas M, Freeston M, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive therapy and research*. 1997;21:593.
196. Dugas M, Buhr K, Ladouceur R. The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance, in *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, The Guilford Press: New York, NY, US. 2004;p.143.

197. McEvoy P, Mahoney A. To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior therapy*. 2012;43:533.
198. Yook K. Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2010;24:623.
199. Miranda R, Fontes M, Marroquín B. Cognitive content-specificity in future expectancies: Role of hopelessness and intolerance of uncertainty in depression and GAD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 2008;46:1151.
200. Tolin D. Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2003;17:233.
201. Carleton R, Collimore K, Asmundson G. "It's not just the judgements—It's that I don't know": Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010;24:189.
202. Boelen P, Reijntjes A. Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of anxiety disorders*. 2009;23:130.
203. Sternheim L, Startup H, Schmidt U. An experimental exploration of behavioral and cognitive–emotional aspects of intolerance of uncertainty in eating disorder patients. *Journal of anxiety disorders*. 2011;25:806.
204. Norr A. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria. *Journal of Affective Disorders*. 2015;174:64.
205. Carleton R, Collimore K, Asmundson G. "It's not just the judgements—It's that I don't know": Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010;24:189.
206. Buhr K, Dugas M. The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behaviour Research and Therapy*. 2009;47:215.
207. Carleton R. "But it might be a heart attack": intolerance of uncertainty and panic disorder symptoms. *Journal of anxiety disorders*. 2014;28:463.
208. Krohne H. The concept of coping modes: Relating cognitive person variables to actual coping behavior. *Advances in behaviour research and therapy*. 1989;11:235.
209. Lally J, Cantillon P. Uncertainty and ambiguity and their association with psychological distress in medical students. *Academic Psychiatry*. 2014;38:339.

210. Greco V, Roger D. Uncertainty, stress, and health. *Personality and Individual differences*. 2003;34:1057.
211. Coşkun E. Duygusal Zeka ve Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Stresle Başa Çıkma Tarzlarına Etkisinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi; 2019.
212. Ladouceur R, Talbot F, Dugas M. Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry: Experimental findings. *Behavior Modification*. 1997;21:355.
213. Basim H, Çetin F. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011;22:104.
214. Sarıçam H. The Turkish short version of the Intolerance of Uncertainty (IUS-12) Scale: The study of validity and reliability. *Route Educational and Social Science Journal*. 2014;1:148.
215. Carleton R, Norton M, Asmundson G. Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of anxiety disorders*. 2007;21:105.
216. Şahin N, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995;10:56.
217. Zigmond A, Snaith R. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983;67: p.361.
218. Aydemir O. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8:187.
219. Wu P. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009;54:302.
220. Chong M. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;185:127.
221. AŞUT G. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Covid-19 Pandemisi Sırasında Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Psikolojik Dayanıklılık Ve İlişkili Faktörler (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara: Başkent Üniversitesi; 2020.
222. Ağargün M, Beşiroğlu L, Kıran Ü, Özer Ö, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:221.
223. Hiçdurmaz D. Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Baş Etme Biçimlerinin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2005.

224. Burns D. Physical and psychosocial adaptation of blacks on hemodialysis, *Applied Nursing Research*. 2004;17:116.
225. Durmaz A, Karadakovan A. Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi, *Ege Tıp Dergisi*. 2002;41:97.
226. Suet-Ching W. The quality of life for Hong-Kong dialysis patients, *Journal of Advanced Nursing*. 2001;35:218.
227. Özatalay E. Kronik Hemodiyaliz Programındaki Hastalarda Anksiyete (Tıpta Uzmanlık Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 1990.
228. Daigle M, Stewart M. Support and coping of male hemodialysis dependent patients, *International Journal of Nursing Studies*. 1997;34:420.
229. Pucheu S, Consoli S, D'Auzac C, Français P, Issad B. Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients, *Journal of Psychosomatic Research*. 2004;56:317.
230. Caress A, Luker K, Owens R. A descriptive study of meaning of illness in chronic renal disease, *Journal of Advanced Nursing*. 2001;33:716.
231. Yanar M. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hasta ve Yakınlarının Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi; 2015.
232. Yıldırım Ü. Teknoloji Bağımlılığının Psikolojik İyi Oluş İle İlişkisinde Bilinçli Farkındalık Ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Değişkenlerinin Aracı Rolünün İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi; 2019.
233. Soylu G. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Dayanıklılığının Yaşam Kalitesine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Başkent Üniversitesi; 2018.
234. Kabakaş B. Kronik Böbrek Yetmezliği Olup Hemodiyaliz Alan 20-65 Yaş Arası Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin, Bireylerin Mutluluk Düzeyleri ve Yakın İlişkilerdeki Yaşantıları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2016.
235. Acaray A, Pınar R. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2004;8:1.
236. Dane E. Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Türkiye Cumhuriyeti Acıbadem Üniversitesi; 2015.

237. Baykan H. Hemodiyaliz Ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Depresyon Ve Anksiyete Bozuklukları, Yaşam Kaliteleri, Cinsel Hayatları Ve Stresle Başa Çıkma Tutumları (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara: Başbakanlık Bezm-İ Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2010.

238. Mittal S, Ahern L, Flaster E. et al. Self-assessed quality of life in peritoneal dialysis patients. *Am J Nephrol* 2001;21:215.

239. Kimmel P, Peterson R, Weihs K. et al. Behavioral compliance with dialysis prescription in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 1995;5:1826.

240. Watnick S, Kirwin P, Mahnensmith R, Concato J. The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis* 2003;41:105.

241. Cöngüel M. Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve İntihar Düşüncesine Etkili Faktörlerin Araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul: Haydarpaşa Eğitim Hastanesi; 1996.

242. Atayoğlu T. Hemodiyaliz hastalarında beck depresyon envanteri ile sosyodemografik ve kan değerleri arasındaki ilişki Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2003.

243. Dollard MF, Winefield AH Mental health: overemployment, underemployment, unemployment and healthy jobs. *Mental Health and Work: Issues and Perspectives*; 2002.

244. Siegrist J, Marmot M. Health Inequalities and the psychosocial environment - two scientific challenges. *Social Science and Medicine*, 2004;58:1463.

245. Cooper D. The health hazards of unemployment and poor education: The socioeconomic determinants of health duration in the European Union. *Economics and Human Biology*; 2006.

246. Maier R. Effects of short- and long-term unemployment on physical work capacity and on serum cortisol. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006;79:193.

247. Bahar A. Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;11:2.

248. Vettath R, Reddy Y, Dutta S. et al. A multicenter cross-sectional study of mental and physical health depression in MHD patients. *Indian J Nephrol* 2012;22:251.

249. Andrade C, Cruz M, Urrutia M. et al. Evaluation of depressive symptoms in patients with chronic renal failure *J Nephrol* 2010;23:168.

250. Bakioğlu F, Korkmaz O, Ercan H. Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020; p.1.
251. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R. et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Glob Health*. 2020;16:57.
252. Wang C, Pan R, Wan X. et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun*. 2020;87:40.
253. Wang C, Pan R, Wan X. et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:10.
254. Tian C, Zhang B, Liang W. et al. Fatigue in Peritoneal Dialysis Patients and an Exploration of Contributing Factors: A Cross-Sectional Study. *J Pain Symptom Manage*. 2020;59:1074.
255. Ng E, Wong P, Kamaruddin A, Lim C, Chan Y. Poor sleep quality, depression and social support are determinants of serum phosphate level among hemodialysis patients in Malaysia. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:10.
256. Lau B, Chan C. Resilience of Hong Kong people in the COVID-19 pandemic: lessons learned from a survey at the peak of the pandemic in Spring 2020. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*. 2020;p.1.

7. EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Veri Formu

1-Yaşı:

2-Cinsiyeti:

1. Erkek () 2. Kadın ()

3-Medeni durumu:

1. Bekar () 2. Evli () 3. Boşanmış/Ayrılmış () 4. Dul ()

4-Çocuk sayısı: (rakamla belirtiniz)

5-Aile şekli – kimlerle yaşadığı:

1. Eşi ve çocukları ile () 2. Eşi ile () 3. Anne ve/veya baba ile ()
4. Yakınları ile () 5. Yalnız () 6. Arkadaş ile ()

6-Yaşadığı şehir.....

7-Eğitim durumu:

1. Eğitimsiz () 2. Okur-yazar () 3. İlkokul ()
4. Ortaokul () 5. Lise () 6. Yüksekokul ()
7. Üniversite () 8. Yüksek lisans/doktora ()

8-Mesleği:

1. Memur () 2. İşçi () 3. Esnaf ()
4. Emekli () 5. Ev hanımı () 6. Diğer

9-İş Durumu:

1. Çalışıyor () 2. Çalışmıyor ()

10-Bulduğunuz çevre ile kıyasladığınızda ekonomik düzeyinizi nasıl tarif edersiniz?

1. Çok iyi () 2. İyi () 3. Orta () 4. Kötü () 5. Çok kötü ()

11-Sigara kullanıyor musunuz?

1. Kullanıyorum ()..... (miktar ve yıl belirtiniz)
2. Bir süre kullandım bıraktım ()..... (miktar ve yıl belirtiniz)
3. Hiç kullanmadım ()

12-Alkol kullanıyor musunuz?

1. Kullanıyorum ()..... (tür, miktar ve yıl belirtiniz)
2. Bir süre kullandım, bıraktım ().....(tür, miktar ve yıl belirtiniz)
3. Hiç kullanmadım ()

13-Teşhis edilmiş tıbbi ek hastalık:

1. Hipertansiyon () 2. Diyabet () 3. Kalp Hastalığı ()
4. Akciğer Hastalığı () 5. Diğer.....

14-Geçmişte veya halen hekim tarafından konmuş psikiyatrik hastalık tanısı:

1. Depresyon () 2. Kaygı bozukluğu () 3. OKB ()
4. Diğer..... 5. Yok ()

15-Psikiyatrik ilaç kullanımı:

1. Var ()(belirtiniz) 2. Yok ()

16-Ailenizde geçmişte veya halen hekim tarafından konmuş psikiyatrik hastalık tanısı:

1. Depresyon () 2. Kaygı bozukluğu () 3. OKB ()
4. Diğer..... 5. Yok ()

17-Ailenizde psikiyatrik ilaç kullanımı:

1. Var ()(belirtiniz) 2. Yok ()

18-Göç etme, doğal afet, kaza, çocukluk döneminde aileden ayrılık, ebeveyn kaybı, kardeş kaybı gibi bir durum yaşadınız mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

Varsa ne zaman yaşadığınızı ve ne olduğunu belirtiniz.....

.....

.....

**Ek-2. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarının Medikal Bilgilerine İlişkin
Hekim Tarafından Doldurulan Veri Formu**

1-Tanı zamanı:

2-Hemodiyaliz tedavisine başlama zamanı:

3-Hemodiyaliz tedavisini alma sıklığı:

4-Planlanan tedavi biçimi:

1. Hemodiyaliz devam edilecek ()
2. Organ nakli planlanıyor kadavra donör sırasında ()
3. Organ nakli planlanıyor canlı donör var ()

Ek-3. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalar Tarafından Doldurulan Veri Formu

1-Hastalığım ve tedavi sürecim için psikiyatrik/ psikolojik destek:

1. Aldım () 2. Almadım ()

2-Ailede diyaliz tedavisi öyküsü:

1. Var ()(yakınlık derecesi ve tanısı) 2. Yok ()

3-Aşağıda Kronik böbrek yetmezliği ve hemodiyaliz tedavisi sürecinde görülebilecek olan olası yan etkiler yer almaktadır.

Sizin yaşadığınız yan etkileri işaretleyiniz.

- Bulantı
- Kusma
- İştahsızlık
- Halsizlik - yorgunluk
- Kilo kaybı
- Kilo artışı
- Saçlarda ve vücut kıllarında dökülme
- Ağız içinde yaralar
- İshal
- Kabızlık
- Ödem
- Sinirlilik
- Baş ağrısı
- Kas ve eklem ağrıları
- Baş dönmesi
- Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
- Çarpıntı
- Ateş
- Kansızlık
- Çabuk morarma veya kanama
- Ellerde veya ayaklarda hissizlik, iğne batması, uyuşmalar
- Tırnaklarda veya ciltte kuruluk, renk değişikliği
- Cinsel ilgi ve istek azalması
- Diğer

.....

Ek-4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin.

Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

	Bir sıkıntı olduğunda...	%0	%30	%70	%100
1.	Kimsenin bilmesini istemem.				
2.	İyimser olmaya çalışırım.				
3.	Bir mucize olmasını beklerim.				
4.	Olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım.				
5.	Başta gelen çekilir diye düşünürüm.				
6.	Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7.	Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.				
8.	Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9.	İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.				
10.	Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11.	Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12.	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13.	İş olacağına varır diye düşünüyorum.				
14.	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım				
15.	Problemin çözümü için adak adarım.				
16.	Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17.	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18.	Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19.	Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20.	Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 20.01.2021
Karar No : 2021-2/26y

21.	Mücadeleden vazgeçerim.				
22.	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23.	Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24.	Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim.				
25.	"Keşke daha güçlü olsaydım" diye düşünürüm.				
26.	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim.				
27.	"Benim suçum ne" diye düşünürüm.				
28.	"Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm.				
29.	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30.	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 20.01.2021
Form No : 2021-2/26 Y

Ek-5. COVID-19 Değerlendirme Formu

COVID -19 DEğERLENDİRME FORMU

COVID – 19 pandemisi sürecinde COVID tanısı aldınız mı veya COVID şüphesiyle takip edildiniz mi?

1. Evet () 2. Hayır ()

COVID – 19 pandemisi sürecinde yakınlarınızdan veya tanıdıklarınızdan COVID tanısı alan oldu mu?

1. Evet ()..... (yakınlık derecesini belirtiniz)

2. Hayır ()

COVID – 19 pandemisi sürecinde yakınlarınızdan veya tanıdıklarınızdan COVID şüphesi ile takip edilen oldu mu?

1. Evet ()..... (yakınlık derecesini belirtiniz)

2. Hayır ()

COVID – 19 Pandemisi başladıktan sonra sosyal medyada harcadığınız süre

1. Belirgin olarak arttı ()

2. Kısmen arttı ()

3. Değişmedi ()

4. Kısmen azaldı ()

5. Belirgin olarak azaldı ()

6. Kullanmıyorum ()

Sosyal medyada COVID Pandemisi ile ilgili günlük olarak harcadığınız tahmini süre (saat olarak).....

COVID – 19 Pandemisi başladıktan sonra

Uyku sürem

1. Belirgin olarak arttı ()

2. Kısmen arttı ()

3. Değişmedi ()

4. Kısmen azaldı ()

5. Belirgin olarak azaldı ()

Uyku kalitem

1. Belirgin olarak arttı ()

2. Kısmen arttı ()

3. Değişmedi ()

4. Kısmen azaldı ()

5. Belirgin olarak azaldı ()

İştahım

1. Belirgin olarak arttı ()

2. Kısmen arttı ()

3. Değişmedi ()

4. Kısmen azaldı ()

5. Belirgin olarak azaldı ()

Dikkatimi Sürdürme Becerim

1. Belirgin olarak arttı ()

2. Kısmen arttı ()

3. Değişmedi ()

4. Kısmen azaldı ()

5. Belirgin olarak azaldı ()

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakóltesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 20.01.2021
Kontrol No : 2021-2/264

COVID -19 DEĞERLENDİRME FORMU

	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Ciddi ölçüde risk altında olduğuma inanıyorum					
Günelik hayatımda fazladan stres hissediyorum					
COVID-19 hastalığına yakalanmaktan korkuyorum					
COVID-19 hastalığına yakalanıp yakalanmayacağım konusunda çok az kontrole sahip olduğumu hissediyorum					
COVID-19 hastalığına yakalanırsam hayatta kalamayacağımı düşünüyorum					
Kullanmakta olduğum ilaçları/ tedavileri bu süreçte bırakmayı düşündüm					
COVID-19 hastalığını başkalarına taşımaktan korkuyorum					
COVID-19 hastalığı hakkında düşünmek beni endişelendiriyor					
COVID-19 hastalığına yakalanma riskimi düşündüğümde gergin hissediyorum					
Başka bir COVID-19 salgını olma olasılığı konusunda oldukça endişeli hissediyorum					

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 20.01.2021
Karar No : 2021-2/16

COVID -19 DEĞERLENDİRME FORMU

COVID-19 salgını sürecinde olumsuz duygularla baş etmek için hangi yollara başvurdunuz?
() Kullanmakta olduğum sigara miktarını arttırdım

() İçtiğim alkol miktarını ve sıklığını arttırdım

() Reçetesiz satılan ve/veya bitkisel bir ilaç kullandım

() Salgın hakkında yeterli ve doğru bilgi sahibi olmaya gayret ettim

() Salgınla ilgili koruyucu önlemleri öğrendim ve onları uyguladım

() Sosyal medya kullanımımı sınırlandırdım

() Ailemle, arkadaşlarımla düzenli olarak görüştim

() Evde düzenli olarak egzersiz/spor yaptım

() İşle ilgili konulara dikkatimi vermeye çalıştım

() Kitap okudum, dizi/film izledim, oyun oynadım

() Olumsuz duygularla baş etmek için hiçbir şey yapmadım

() Diğer

COVID-19 salgını nedeniyle Psikiyatrik / Psikolojik destek almak için başvurdunuz mu?

1. Başvurdum ()

2. Başvurmadım ()

Başvurduysanız destek alma biçiminizi belirtiniz.

1. Bir psikiyatrist ya da psikologla yüz yüze görüşme ()

2. Bir psikiyatrist ya da psikologla online (internet üzerinden) görüşme ()

3. Bir psikiyatrist ya da psikologla telefonla görüşme ()

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 20.01.2021
Karar No : 2021-2/26

Ek-6. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Aşağıda Psikolojik Dayanıklılığınza ilişkin sorular yer almaktadır. Aşağıdaki soruların yanında yer alan kutucuklardan size en yakın olan kutucuğu 1,2,3,4,5 sayılarından biri ile işaretleyiniz.

1. Beklenmedik bir olay olduğunda... Her zaman bir çözüm bulurum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların... Başarılması zordur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır... Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum Diğer kişilerle birlikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı... Benimkinden farklıdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ... Hiç kimseyle tartışmam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim.
7. Kişisel problemlerimi... Çözmem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi... Nasıl başaracağımı bilirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ... İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak Önemli değildir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim Çok mutlu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çok mutsuz
12. Beni ... Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim... Olduğuna çok inanırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hiss ediyorum Ümit verici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Belirsiz

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 20.01.2021
Karar No : 2021-2/264

15. Şu konuda iyiyimdir...	Zamanımı planlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	Kolayca yapabildiğim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	Birbirinden bağımsız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş.
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ...	Zayıftır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	Çok fazla güvenmem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	Belirsizdir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	Günlük yaşamımda yoktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	Benim için zordur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benim iyi olduğum bir konudur.
23. Zor zamanlarda, ailem ...	Geleceğe pozitif bakar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	Bana hemen haber verilir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır.
25. Diğerleriyle beraberken	Kolayca gülerim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	Birbirlerini desteklemez biçimde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	Her şeyi umutsuzca gören bir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	Zordur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	Bana yardım edebilecek kimse yoktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	Başa çıkmaya çalışırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	İşleri bağımsız olarak yapmayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...	Yeteneklerimi beğenirler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yeteneklerimi beğenmezler

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 20.01.2021
Form No : 2021-2/26

Ek-7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-Kısa Formu (BTÖ-12)

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

1	2	3	4	5			
Bana hiç uygun değil		Bana biraz uygun		Bana tamamen uygun			
1		Beklenmedik olaylar canımı çok sıkar.	1	2	3	4	5
2		Bir durumda ihtiyacım olan tüm bilgilere sahip değilsem sinirlerim bozulur.	1	2	3	4	5
3		İnsan sürprizlerden kaçınmak için daima ileriye bakmalıdır.	1	2	3	4	5
4		En iyi planlamayı yapsam bile beklenmedik küçük bir olay her şeyi mahvedebilir.	1	2	3	4	5
5		Geleceğin bana neler getireceğini her zaman bilmek isterim.	1	2	3	4	5
6		Bir duruma hazırlıksız yakalanmaya katlanamam.	1	2	3	4	5
7		Her şeyi önceden ayrıntılı bir şekilde organize edebilmeliyim.	1	2	3	4	5
8		Belirsizlik beni hayatı dolu dolu yaşamaktan alıkoyar.	1	2	3	4	5
9		Harekete geçme zamanı geldiğinde, belirsizlik elimi kolumu bağlar.	1	2	3	4	5
10		Belirsizlik yaşadığımda pek iyi çalışmam.	1	2	3	4	5
11		En küçük bir şüphe bile hareket etmemi engeller.	1	2	3	4	5
12		Tüm belirsiz durumlardan uzak durmak zorundayım.	1	2	3	4	5

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 20.01.2021
Karar No : 2020-2/267

Ek-8. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)
(Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

Çoğu zaman Zaman zaman, bazen
 Birçok zaman Hiçbir zaman

Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

Aynı eskisi kadar Yalnızca biraz eskisi kadar
 Pek eskisi kadar değil Hiçbir zaman

Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
 Evet, ama çok da şiddetli değil
 Biraz, ama beni pek endişelendirmiyor
 Hayır, hiç de öyle değil

Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

Her zaman olduğu kadar Kesinlikle o kadar değil
 Şimdi pek o kadar değil Artık hiç değil

Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

Çoğu zaman Zaman zaman, çok sık değil
 Birçok zaman Yalnızca bazen

Kendimi neşeli hissediyorum.

Hiçbir zaman Bazen
 Sık değil Çoğu zaman

Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.

Kesinlikle Sık değil
 Genellikle Hiçbir zaman

Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

Hemen hemen her zaman Bazen
 Çok sık Hiçbir zaman

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

Hiçbir zaman Oldukça sık
 Bazen Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

Kesinlikle
 Gerekli kadar özen göstermiyorum
 Pek o kadar özen göstermeyebilirim
 Her zamanki kadar özen gösteriyorum

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

Gerçekten de çok fazla Çok fazla değil
 Oldukça fazla Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

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

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

Gerçekten de çok sık Çok sık değil
 Oldukça sık Hiçbir zaman

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

Sıklıkla Pek sık değil
 Bazen Çok seyrek

Mavi renkli kutu içinde şıkları olan sorular anksiyete, turuncu renkli altı çizgili şıkları olan sorular depresyon skorlarını verir.
0-7 puan: normal ||| 8-10puan: sınırdan ||| 11ve üstü anormal

Toplam Puan: Depresyon _____ Anksiyete _____

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 20.01.2021
Form No : 2020-2/269

www.fronline.com

8. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Prof. Dr. Selçuk Kırlı, Prof. Dr. Aslı Sarandöl, Doç. Dr. E. Yusuf Sivrioğlu, Prof. Dr. Cengiz Akkaya ve Prof. Dr. Saygın Eker'e, rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan öğretim üyelerine ve hekim arkadaşlarıma, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki tüm hekim arkadaşlarıma, hemşire ve personelimize, beni yetiştiren aileme ve daima bana inanan ve bana destek olan biricik eşime teşekkür ederim.

9. ÖZGEÇMİŞ

■■■■■■■■■■ tarihinde ■■■■■■■■■■ ilçesinde dünyaya geldim. İlkokulu Tahsin Şahinkaya İlköğretim Okulu'nda, Ankara'da okudum. Liseyi Isparta Süleyman Demirel Fen Lisesi'nde okudum. 2016 yılında Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. Eylül 2016-Nisan 2017 tarihleri arasında Edirne'de Süloğlu İlçe Devlet Hastanesi'nde pratisyen hekim olarak acil serviste görev yaptım. 14 Nisan 2017 tarihinde Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimine başladım. Halen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda asistan doktor olarak görevime devam etmekteyim.