



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

**POLİKİSTİK OVER SENDROMU OLAN GENÇ
BİREYLERDE DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ
BECERİ EĞİTİMİNİN ETKİLİLİĞİNİN
İNCELENMESİ: BİR KARMA METOT ÇALIŞMASI**

DOKTORA TEZİ

ESMA GÜNDOĞAN

İSTANBUL, 2022



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

**POLİKİSTİK OVER SENDROMU OLAN GENÇ
BİREYLERDE DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ
BECERİ EĞİTİMİNİN ETKİLİLİĞİNİN
İNCELENMESİ: BİR KARMA METOT ÇALIŞMASI**

DOKTORA TEZİ

**ESMA GÜNDOĞAN
(181131007)**

**Danışman
(Prof. Dr. Selma Arıkan)**

İSTANBUL, 2022

26/12/2022

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Doktora programı öğrencisi 181131007 numaralı Esma GÜNDOĞAN'ın hazırladığı "Polikistik Over Sendromu (PKOS) Olan Genç Kadınlarda Diyalektik Davranışçı Beceri Eğitiminin Uygulanması: Bir Karma Method Çalışma Örneği" konulu Doktora tezi ile ilgili Tez Savunma Sınavı, 26/12/2022 Pazartesi günü saat 15:00'da yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **Kabulüne Oy Birliği** ile karar verilmiştir.

Tez adı değişikliği yapılması halinde: Tez adının "Polikistik Over Sendromu Olan Genç Bireylerde Diyalektik Davranışçı Terapi Beceri Eğitiminin Etkililiğinin İncelenmesi: Bir Karma Metot Çalışması" şeklinde değiştirilmesi uygundur.

	Jüri Üyesi	Karar
1.	Prof. Dr. Selma ARIKAN (Danışman)	KABUL
2.	Prof. Dr. F. Işıl BİLİCAN	KABUL
3.	Dr. Öğr. Üyesi Nevin KILIÇ	KABUL
4.	Dr. Öğr. Üyesi Volkan KOÇ	KABUL
5.	Dr. Öğr. Üyesi Özge ENEZ	KABUL
6.	(İkinci Danışman)*.....	

*2. Danışman varsa doldurulması gerekmektedir.

ETİK BİLDİRİM

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

Esmâ Gündoğan

TEŞEKKÜR

Doktora tez dönemim boyunca gösterdiği destek ve anlayıştan ötürü değerli hocam Doç. Dr. Selma Arıkan'a, bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen sayın Prof. Dr. Şenel Büyüköztürk ve Dr. Öğr. Üyesi Melek ASTAR'a, araştırmaya bilgi ve görüşleriyle katkı sunan çalışma arkadaşım Dr. Ayşe Nesibe Sağlam'a ve akran süpervizyon desteğinden ötürü uzman psikolog Hamza Ertürk'e can-ı gönülden teşekkürlerimi sunarım.

Esmâ Gündoğan

**POLİKİSTİK OVER SENDROMU OLAN GENÇ BİREYLERDE
DİYALEKTİK DAVRANIŞCI TERAPİ BECERİ EĞİTİMİNİN
ETKİLİLİĞİNİN İNCELENMESİ: BİR KARMA METOT
ÇALIŞMASI**

Esmâ Gündoğan

ÖZET

Bu alışmada, Diyalektik Davranışçı Terapi Beceri Eğitimi'nin polikistik over sendromu olan genç bireylerin psikolojik iyi oluş ve yaşam kalitesi üzerindeki etkililiği incelenmiştir. Çalışmanın rneklemi, bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından PKOS tanısı konulmuş ve yaşları 19-25 yaş arasında değişmekte olan niversite öğrencilerinden oluşmaktadır.

Karma yöntem metodolojisine dayanan bu çalışmada, deney grubuna atanan PKOS'lu bireyler 12 hafta boyunca Diyalektik Davranışçı Terapi Beceri eğitimi almıştır. Kontrol grubuna atanan PKOS'lu bireylere ise hiçbir müdahale programını verilmemiştir. Katılımcılardan uygulamadan hemen önce, uygulamadan hemen sonra ve uygulamanın bitiminden iki ay sonra olmak üzere alınan toplam üç ölçüm sonuçlarına uygulanan tekrarlı ölçümler için iki yönlü Anova istatistiksel analiz bulguları, DDT-BE eğitiminin PKOS'lu genç bireylerin psikolojik iyi oluşunu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Araştırmanın nitel boyutu, deney grubuna dahil olan 12 katılımcıdan gönüllülük esasına göre seçilen beş katılımcı ile yürütülmüştür. Nitel alışma ile katılımcıların 12 haftalık Diyalektik Beceri Eğitimi deneyimlerinin derinlemesine incelenmesi hedeflenmiştir. Nitel çalışmaya katılan beş katılımcının her biri ile yaklaşık iki saat süren yüz yüze yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiş,

görüşmelerin deşifreleri ise Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz yöntemi ile incelenmiştir.

Görüşmelerin deşifresi neticesinde üç üst tema ve on iki alt tema keşfedilmiştir. “PKOS yolculuğum, “Hayata Diyalektik Penceresinden Bakıyorum ve “Hayatımda Yeni Bir Başlangıç olarak üç üst tema tanımlanmaktadır. Katılımcılar; görüşme sırasında PKOS ile ilgili deneyimlerini bir hikaye akışı içinde anlatmış; PKOS ile ilgili algılarının eğitimden sonra nasıl bir değişim izlediğini aktarmışlardır. Katılımcılar “ortak bir deneyim olarak öğrendikleri becerilerin PKOS ile ilgili problemlerle baş etmede destekleyici olduğunu ifade etmişlerdir. En çok fayda gördükleri DDT becerilerinin kabullenme ve bilinçli farkındalık olduğunu dile getirmişlerdir. Katılımcılar; DDT becerilerinin, PKOS ile ilgili problemlerin yanı sıra gündelik yaşam problemleri (kaygı yönetimi; kişiler arası ilişkilerde problemler) ile baş etmede de yardımcı olduğunu dile getirmektedirler.

Sonuç olarak; araştırmanın nitel ve nicel bulgularının birbirleri ile tutarlılık içinde olduğu ve DDT-BE'nin PKOS'lu genç bireyler üzerinde olumlu yönde etkili olduğu gözlemlenmiştir. Tüm katılımcılar çalışma sonunda Diyalektik Davranışçı Terapi Beceri Eğitimin kendileri üzerinde olumsuz herhangi bir etkisi olmadığını beyan etmiştir. Bu araştırma Polikistik Over Sendromunun tedavisinde DDT beceri eğitimini öneren ve uygulayan ilk çalışmadır. Araştırma bulguları; PKOS'lu bireylere yönelik olarak uyarlanmış DDT yönelimli koruyucu tedavi programlarının geliştirilmesi yaklaşımını önermektedir.

Anahtar kelimeler: polikistik over sendromu, diyalektik davranışçı terapi, diyalektik davranışçı terapi beceri eğitimi, yorumlayıcı fenomenolojik analiz, karma yöntem metodolojisi, PKOS ve yaşam kalitesi.

**THE INVESTIGATION OF THE EFFECTIVENESS OF
DIALECTICAL BEHAVIORAL THERAPY SKILLS TRAINING
IN YOUNG INDIVIDUALS WITH POLYCYSTIC OVARY
SYNDROME: A MIXED METHOD STUDY**

Esma Gündoğan

ABSTRACT

In this study, the effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy Skills Training on the psychological well-being and quality of life of young individuals with polycystic ovary syndrome was investigated. The sample of the study consists of university students aged between 19-25 years, who were diagnosed with PCOS by a gynecologist and obstetrician.

In this study that based on mixed method methodology, individuals with PCOS assigned to the experimental group received 12 weeks-Dialectical Behavioral Therapy Skills training. No intervention program was given to the individuals with PCOS who were assigned to the control group. Statistical findings of Two-way Anova for repeated measurements analysis showed that DBT-BE positively affected the psychological well-being and quality of life of young individuals with PCOS, who were applied three measurements as total, taken just before the application, immediately after the application and two months after the end of the application.

The qualitative aspect of the study was carried out with the five participants selected from 12 participants in the experimental group, based on a voluntary basis. With the qualitative study, it was aimed to examine the participants' 12-week Dialectical Skills Training experiences in depth. Semi-structured face-to-face interviews that lasted approximately two hours were conducted with each of the five individuals participating in the qualitative study, and the transcripts of the interviews were analyzed by the Interpretive Phenomenological Analysis.

As a result of deciphering the interviews, three upper themes and twelve sub-themes were discovered. Three main themes are defined as 'My PCOS journey', 'I View Life from a Dialectical Window' and 'A New Beginning in My Life'. Participants; during the interview, told about their experiences with PCOS in a story flow; They reported how their perceptions of PCOS changed after the training compared to before the training. Participants, as a 'common experience', stated that the skills they learned were supportive in coping with PCOS-related problems. They stated that the DBT skills they benefited the most were acceptance and mindfulness. Participants state that DBT skills help to cope with daily life problems (anxiety management; effectiveness in interpersonal relations) as well as the problems related to PCOS.

As a result; It was observed that the qualitative and quantitative findings of the study were consistent with each other and that DBT-ST had a positive effect on young individuals with PCOS. All participants declared that the Dialectical Behavioral Therapy Skills Training did not have any negative effect on them at the end of the study. This research is the first to recommend and apply DBT skill training in the treatment of Polycystic Ovary Syndrome. Research findings; It recommends the approach of developing DBT-oriented preventive treatment programs tailored for individuals with PCOS.

Keywords: polycystic ovarian syndrome, dialectical behavior therapy, dialectical behavior therapy skills training, interpretive phenomenological analysis, mixed methods methodology, PCOS and quality of life.

ÖNSÖZ

Ruh ve beden sağlığı ayrılmaz bir bütündür. Belirli fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar eş tanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte, pek çok kronik hastalıklara eş tanı olarak depresyon ve anksiyetenin eşlik ettiği bilinmektedir. Bir arada görülen fiziksel ve ruhsal hastalıkların etiyolojisi tam olarak aydınlatılmış olamasa da; getirilen temel açıklamalar; aynı patafizyolojik özelliklerin hem belirli fiziksel hastalıklar hem de psikolojik rahatsızlıklarla ilişkili olduğu ve/veya kronik bir rahatsızlığın getirdiği strese tepki olarak psikolojik rahatsızlıkların tetiklendiği etrafında toplanmaktadır.

Fiziksel ve ruhsal hastalıkların bütüncül bir şekilde, ‘biyopsikososyal model’ çerçevesinde anlaşılmasını savunan bir bilim insanı adayı olarak, bu çalışmanın ilgili literatüre katkı sağlayacağı ve gelecek araştırmalar için ufuk açıcı olmasını temenni etmekteyim.

Kasım, 2022

Esma Gündoğan

İÇİNDEKİLER

ÖZET	v
ABSTRACT	vii
ÖNSÖZ	ix
KISALTMALAR	xix
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
1. POLİKİSTİK OVER SENDROMU	3
1.1. TANIM	3
1.2. TANI KRİTERLERİ	3
1.3. BAŞLANGIÇ YAŞI ve PREVALANS	6
1.4. ETİYOLOJİ.....	7
1.5. KLİNİK GÖRÜNÜM.....	9
1.5.1. Menstruel Düzensizlik	9
1.5.2. Polikistik Over Görünümü.....	10
1.5.3. Hirsutizm	11
1.5.4. Akne.....	12
1.5.5. Alopesi	13
1.5.6. Obezite.....	13
1.5.7. PKOS ve Kemik Metabolizması	14
1.6. PKOS'DA UZUN DÖNEMDE GÖRÜLEN SAĞLIK PROBLEMLERİ	15
1.6.1. Metabolik Sendrom.....	16
1.6.2. Bozulmuş Glikoz Toleransı ve Tip 2 Diyabet	16
1.6.3. Dislipidemi	17
1.7. HİPERTANSİYON VE KARDİYAVASKÜLER HASTALIKLAR	17
1.8. İNFERTİLİTE	17
1.9. PKOS TEDAVİSİ	18

1.9.1. PKOS'da Bir Tedavi Yöntemi Olarak Kilo Yönetimi ve Sağlık Davranışları Geliştirme	20
İKİNCİ BÖLÜM	21
2. PKOS VE İLİŞKİLİ PSİKOLOJİK DEĞİŞKENLER	21
2.1. PKOS ve DEPRESYON	21
2.2. PKOS ve ANKSİYETE.....	22
2.3. PKOS ve YEME BOZUKLUKLARI	23
2.4. PKOS ve BASKIN MİZAÇ & KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ	25
2.5. PKOS ve BAŞ ETME BİÇİMLERİ	26
2.6. PKOS ve YAŞAM KALİTESİ.....	28
2.7. PKOS ve SAĞLIĞI KORUYUCU DAVRANIŞLAR.....	29
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	31
3. DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ	31
3.1. DDT, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ve BİYOSOSYAL KURAM ...	32
3.2. DİYALEKTİK DAVRANIŞ TERAPİ BİLEŞENLERİ.....	36
3.3. DİYALEKTİK DAVRANIŞ TERAPİSİ BECERİ EĞİTİMİ.....	38
3.3.1. Bilinçli Farkındalık Modülü	38
3.3.2. Kişilerarası Etkililik Modülü	40
3.3.3. Duygu Düzenleme Modülü	42
3.3.4. Sıkıntıyı Tolere Etme Modülü	45
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	47
4. PKOS VE DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ BECERİ EĞİTİMİ	47
4.1. PKOS, DDT ve SAĞLIK İNANÇLARI MODELİ.....	47
4.2. PKOS, DDT ve SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ.....	50
4.3. PKOS, DDT ve DUYGU DÜZENLEME	52
4.4. PKOS, DDT-BE ve YEME FARKINDALIĞI	55
4.5. PKOS, DDT-BE ve PKOS'UN İLİŞKİLİ OLDUĞU PSİKOLOJİK FAKTÖRLER	56
5. Bu Araştırmanın Konusu, Amacı ve Önemi	59
BEŞİNCİ BÖLÜM	65
6. YÖNTEM	65

6.1. UYGULAMA ÖNCESİ: DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ BECERİ EĞİTİMİ PLANLAMA BASAMAKLARI	65
6.1.1. Tedavi Modülünün Belirlenmesi	65
6.1.2. Beceri Eğitim Grubu Planlanması.....	66
6.1.3. Grup Formatı	66
6.1.4. Terapist Rollerinin Belirlenmesi.....	67
6.1.5. DDT Beceri Eğitimi Akışı.....	67
6.1.6. DDT Beceri Eğitiminin Polikistik Over Sendromu için Spesifikleştirilmesi:	68
6.1.7. Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Kriterlerinin Belirlenmesi..	69
6.2. ARAŞTIRMA DESENİ: KARMA YÖNTEMLER.....	70
6.2.1. Sıralı Dönüşümsel Desen	72
6.2.2. Genel Prosedür	73
6.2.3. Karma Yöntem Örneklem Türü.....	75
6.2.3.1. Sıralı Karma Yöntem Örnekleme	75
6.3. NİCEL ARAŞTIRMA YÖNTEM.....	77
6.3.1. Araştırmanın Örnekleme	77
6.3.2. Araştırmanın Deneysel Deseni	77
6.3.3. Verilerin Analizi	79
6.3.4. Nicel Araştırma Hipotezleri	80
6.3.5. Veri Toplama Araçları	81
6.3.5.1. SosyoDemografik Bilgi Formu	81
6.3.5.2. Polikistik Over Sendromu Yaşam Kalitesi-50 Ölçeği (PCOSQ- 50)	81
6.3.5.3. Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeği	82
6.3.5.4. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30).....	82
6.4. NİTEL ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	83
6.4.1. Görüşme Soruları.....	83
6.4.2. Veri Toplama Tekniği.....	84
6.4.3. Nitel Analiz Yöntemi: Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz	85
6.4.4. Nitel Araştırma Örnekleme Yöntemi	89
6.4.5. Nitel Araştırmada Etik	91

6.4.6. Veri Analizi	92
6.4.7. Nitel Araştırmada Geçerlilik ve Güvenirlilik	92
ALTINCI BÖLÜM	95
7. NİCEL BULGULAR	95
7.1. PKOS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUANLARININ ANALİZLERİ	98
7.2. PKOS Yaşam Kalitesi Ölçeği ‘Psiko-sosyal ve Duygusal’ Alt Boyutu Analizleri	104
7.3. PKOS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ‘DOĞURGANLIK’ ALT BOYUTLARI ANALİZİ	108
7.4. PKOS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ‘OBEZİTE VE MENSTRÜEL BOZUKLUKLAR ‘ ALT BOYUTU ANALİZLERİ	111
7.5. PKOS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ‘TÜYLENME’ ALT BOYUTU ANALİZLERİ	116
7.6. SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ VE KORUYUCU DAVRANIŞLAR ÖLÇEĞİ ANALİZİ	120
7.7. YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ ANALİZLERİ	124
8. NİTEL BULGULAR	130
8.1. TEMA I: PKOS YOLCULUĞUM	132
8.1.1. Neden Böyleyim?	132
8.1.2. Ben Ne Yaşıyorum?	136
8.1.3. Kilo vermek mi? O zor iş!	139
8.1.4. ‘Aşırı yeme isteğim ile baş etmeyi öğreniyorum’	140
8.1.5. ‘Benim kozmetik problemim: PKOS’	142
8.2. TEMA II: ‘Hayata Diyalektik Penceresinden Bakıyorum’	144
8.2.1. ‘Eski dünyaya yeni bir bakış’	145
8.2.2. ‘Duygularımı Düzenlemeyi Öğreniyorum’	149
8.2.3. ‘Kabullenmeyi Öğreniyorum’	153
8.3. TEMA III: ‘Hayatımda Yeni Bir Başlangıç’	158
8.3.1. Evreka!: Pkos ve hislerim	159
8.3.2. ‘Bir tek ben değilim’	162
8.3.3. ‘Bu Kader Değil!’	164
8.3.4. Küçük Küçük Adımlar Atıyorum	165

YEDİNCİ BÖLÜM	172
9. TARTIŞMA	172
9.1. TARTIŞMA I	172
9.2. TARTIŞMA II	203
9.2.1. Polikistik Over Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularının Değerlendirilmesi	203
9.2.2. Polikistik Over Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Bulgularının Değerlendirilmesi	209
9.2.3. Sağlık Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeği Bulgularının Değerlendirilmesi	212
9.2.4. Yeme Davranışları İle ilgili Nitel Bulguların ve Yeme Farkındalığı Ölçeği Nicel Bulgularının Birlikte Değerlendirilmesi	215
9.3. TARTIŞMA III.....	224
9.4. Araştırmanın Güçlü Yanları, Sınırlılıkları ve Önemi	236
KAYNAKÇA	241
EKLER	281

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1.Araştırmada Deneysel Desenler (Gliner ve ark., 2016).....	79
Tablo 2. Bu Araştırmanın Deseni	80
Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-demografik Değişkenler Açısından Yüzdelerik Dağılımları	96
Tablo 4. Katılımcıların Ön Test PKOS Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının	97
Tablo 5.PKOS Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test Puanlarının Kontrol ve Deney Gruplarında Bağımsız Örnek t Testi İle Karşılaştırılması.....	98
Tablo 6.Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem Pkos Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Normallik Analizi Sonuçları.....	99
Tablo 7.Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümlerinden Elde Edilen Puanlarına (Pkos yaşam kalitesi) Uygulanan Varyans Homojenliği (Levene) Testi Sonuçları	100
Tablo 8.Mauchly Küresellik Varsayımının Sınanması	100
Tablo 9.PKOS Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel toplam Puanlarının Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ölçümleri Arası Farklılığın Tekrarlı Ölçümler İçin İkiYönlü Varyans Analizi ile İncelenmesi.....	101
Tablo 10. Ön Test Son Test ve İzlem Testi Puanlarının Kontrol ve Deney.....	102
Tablo 11. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem Psiko-Sosyal ve Duygusal Alt boyut Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Normallik Analizi Sonuçları	104
Tablo 12. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümlerinden Elde Edilen Puanlarına (Psiko-sosyal ve duygusal alan) Uygulanan Varyans Homojenliği (Levene) Testi Sonuçları	105
Tablo 13.Mauchly Küresellik Varsayımının Sınanması	105
Tablo 14.Pkos Yaşam Kalitesi Ölçeği Psiko-sosyal ve Duygusal Alt Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ölçümleri Arası Farklılığın Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi ile İncelenmesi	106
Tablo 15. Psikosyal ve Duygusal Alt Ölçek Ön Test Son Test ve İzlem Testi Puanlarının Kontrol ve Deney Gruplarına Göre karşılaştırılması.....	107
Tablo 16. Katılımcıların Ön Test, son test ve izlem Doğurganlık Alt Boyut Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Normallik Analizi Sonuçları.....	108

Tablo 17. Katılımcıların Ön Test, son test ve izlem ölçümlerinden elde edilen puanlarına (Doğurganlık alt boyutu) uygulanan varyans homojenliği (Levene) testi sonuçları	109
Tablo 18. Mauchly Küresellik Varsayımının Sınanması	109
Tablo 19.Pkos Yaşam Kalitesi Ölçeği Doğurganlık Alt Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ölçümleri Arası Farklılığın Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi ile İncelenmesi.....	110
Tablo 20.Katılımcıların Ön Test, son test ve izlem ‘Obezite ve Menstrüel Bozukluklar’ Alt Boyut Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Normallik Analizi Sonuçları.....	112
Tablo 21. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümlerinden Elde Edilen Obezite ve Menstrüel Bozukluklar Alanı Puanlarına Uygulanan Varyans Homojenliği (Levene) Testi Sonuçları.....	112
Tablo 22.Mauchly Küresellik Varsayımının Sınanması	113
Tablo 23.Pkos Yaşam Kalitesi Ölçeği Obezite ve Menstrüel Bozukluklar Alt Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ölçümleri Arası Farklılığın Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi ile İncelenmesi.....	113
Tablo 24.Obezite ve Menstrüel Bozukluklar Alt Ölçek Ön Test Son Test ve İzlem Testi Puanlarının Kontrol ve Deney Gruplarına Göre karşılaştırılması.....	115
Tablo 25. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem ‘Tüyenme’ alt boyut Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarına göre Normallik Analizi Sonuçları.....	116
Tablo 26.Katılımcıların Ön Test, son test ve izlem ölçümlerinden elde edilen puanlarına (tüyenme alanı) uygulanan varyans homojenliği (Levene) testi sonuçları	117
Tablo 27. Mauchly Küresellik Varsayımının Sınanması	117
Tablo 28.Pkos Yaşam Kalitesi Ölçeği Tüyenme Alt Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ölçümleri Arası Farklılığın Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi ile İncelenmesi.....	118
Tablo 29. Tüyenme Alt Ölçek Ön Test Son Test ve İzlem Testi Puanlarının Kontrol ve Deney Gruplarına Göre karşılaştırılması.....	119
Tablo 30.Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeğinin Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Normallik Analizi Sonuçları.....	120
Tablo 31.Katılımcıların SGKD Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümlerinden elde edilen puanlarına uygulanan varyans homojenliği (Levene) testi sonuçlar	121
Tablo 32.Mauchly Küresellik Varsayımının Sınanması	121
Tablo 33. Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ölçümleri Arası Farklılığın Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi ile İncelenmesi.....	122
Tablo 34.Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem Yeme Farkındalığı Ölçeğinin Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Normallik Analizi Sonuçları.....	124

Tablo 35.Katılımcıların Yeme Farkındalığı Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümlerinden elde edilen puanlarına uygulanan varyans homojenliği (Levene) testi sonuçları	126
Tablo 36.Mauchly Küresellik Varsayımının Sınanması	126
Tablo 37.Yeme Farkındalığı Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ölçümleri Arası Farklılığın Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi ile İncelenmesi	127
Tablo 38.Yeme Farkındalığı Ölçek Ön Test Son Test ve İzlem Testi Puanlarının Kontrol ve Deney Gruplarına Göre karşılaştırılması	128
Tablo 39.Üst Temalar ve Alt Temalar	131

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1.Polikistik Over Görüntüsü	11
Şekil 2. Ferriman Gallwey Puanlaması (Yıldız, 2008).	12
Şekil 3.Nitel verilerin analiz aşamaları	92
Şekil 4.Deney ve kontrol gruplarının pkos yaşam kalitesi ölçeği	103
Şekil 5. Deney ve kontrol gruplarının SKGD ölçeği Ön test, son test ve izlem	123
Şekil 6..Deney ve kontrol gruplarının Yeme Farkındalığı Ölçeği Ön test, son test ve izlem ölçümleri boyunca zaman içindeki değişiminin grafiği	129

KISALTMALAR

PKOS	Polikistik Over Sendromu
DDT	Diyalektik Davranışçı Terapi
DDT-BE	Diyalektik Davranışçı Terapi Beceri Eğitimi
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
PKO	Polikistik Over Görünümü
PKOSQ	Polikistik Over Yaşam Kalitesi Ölçeği
SGKDÖ	Sağlığı Koruyucu ve Geliştirici Davranışlar Ölçeği
YFA	Yeme Farkındalığı Ölçeği
BKI	Beden Kitle İndeksi

GİRİŞ

Polikistik over sendromu kadınlarda en yaygın görülen hormonal bozukluktur. Semptomlar kişiye göre değişmekle birlikte, genellikle adet düzensizliği, tüylenme, akne, obezite ve saç dökülmesi gibi belirtilerle ilişkili olmaktadır. PKOS hormonal düzeni ve dış görünüşü bozmanın yanı sıra, psikolojik sorunlar ve uzun dönemde kısırlık ve metabolik hastalıklar için de risk faktörü teşkil etmektedir.

Günümüz koşullarında PKOS'un radikal bir tedavisi bulunmamaktadır. Tedavisi semptomatiktir. Üzerine en çok araştırma yapılan kadın hastalıklarından biri olmakla birlikte, etiyojisi henüz tam olarak aydınlatılmış değildir. Yaşam boyu tıbbi kontrol gerektirdiğinden sağlık sistemine de önemli bir yük getirmektedir. Bu sebeplerden ötürü hastalığın erken dönemde teşhis edilmesi ve hastalığın ilerleyişinin durdurulmasına yönelik önlemler alınması kişide hastalığın yol açacağı sorunların önüne geçilmesi ve sağlık sistemini daha işlevsel kılabilmek açısından önem arz etmektedir. Bununla birlikte, PKOS'da sağlıklı yaşam tarzı geliştirmeye yönelik hazırlanan koruyucu tedavi programlarının yalnızca bir kaçının psikoterapi tekniklerini de kendi programlarına entegre ettiği bilinmektedir. Halbuki, PKOS başta depresyon olmak üzere pek çok eş tanı ile birlikte görülmektedir.

Bu çalışmada Diyalektik Davranışçı Terapi Beceri Eğitiminin PKOS'lu bireylerin yaşam kalitesi ve psikolojik iyi oluşu üzerindeki etkililiğine cevap aranmaktadır. DDT-BE iyi yapılandırılmış bir tedavi ekolü olmakla birlikte pek çok psikolojik stratejiyi kapsamaktadır. DDT'ye göre bir hedefi başarmanın birden fazla yolu vardır ve geniş yelpazede sunulan stratejilerden kişi kendi için en doğru ve uygun olanı seçebilir. DDT'nin bu esnek doğasının PKOS'lu bireylerin spesifik problemleri için ihtiyaç duydukları becerileri sunmaya olanak tanıdığı düşünülmektedir. Bu çalışma, PKOS örnekleminde DDT'yi öneren ve etkililiğini sınavan ilk literatür araştırması olması açısından önem arz etmektedir. Çalışmanın bir diğer önemi ise; PKOS'lu genç bireylerin ihtiyaç ve problemlerine farkındalık

yaratması ve de onlar için geliştirilebilecek DDT yönelimli tedavi protokollerine ön pilot çalışma niteliğinde zengin veriler sunmasıdır.

Giriş kısmının ilk bölümünde polikistik over sendromunu açıklayıcı tıbbi literatür bilgisine yer verilmiştir. İkinci bölümünde ise; PKOS ve ilişkili olduğu psikolojik değişkenler ele alınmıştır. Üçüncü bölümde; DDT'nin temel prensipleri ve tedavi bileşenleri tanıtılmıştır. Son olarak, dördüncü bölümde DDT'nin PKOS üzerinde neden etkili olabileceği literatür bilgileri ışında detaylı bir şekilde tartışılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. POLİKİSTİK OVER SENDROMU

1.1. TANIM

Polikistik Over Sendromu (PKOS) genellikle adolesan evrede ortaya çıkan, anovulasyon, adet düzensizlikleri ve hiperandrojenizm gibi klinik bulguları ile karakterize olan ve üreme çağındaki kadınlarda en sık görülen endokrinolojik bozukluktur. PKOS'un görünüm şekli ve gösterdiği klinik bulgular, bireyden bireye değişkenlik göstermekte, başka bir deyişle; PKOS'a özgü olan semptomların bütünü, bir vakada hepsi bir arada olacak şekilde görülmeyebilir. Bu nedenle bir hastalıktan ziyade bir sendrom olarak kabul edilmektedir. Kronik bir rahatsızlıktır ve ovaryan hiperandrojenizm adı ile de bilinmektedir (Carmina ve Lobo, 1999).

1.2. TANI KRİTERLERİ

Amerikan Birleşik Devletlerinde 1990 yılında National İnstitute Health (Milli Sağlık Enstitüsü), 2003 yılında Rotterdam Consensus ve 2006 yılında Androgen Excess Society (Androjen Fazlalılığı topluluğu) toplantılarında toplamda üç farklı tanı kriterleri önerilmiştir.

A) National İnstitute of Health (NIH) toplantısı PKOS için tanı kriter önerileri:

- 1) Hiperandrojenizm (klinik veya biyokimyasal kanıtı)
- 2) Oligo veya anovulasyon
- 3) Ayırıcı tanıdaki hastalıkların ekarte edilmesi.

Bu tanı kriterlerine göre; bir kişinin PKOS tanısı alabilmesi için, androjen fazlalığı olduğunun klinik (örn. kıllanma) ve/veya biyokimyasal kanıt (örn. yüksek total ve/veya serbest testesteron düzeyleri) ile desteklenmiş olması, overdisfonksiyon olması (yumurtlamanın oluşmaması veya seyrek, düzensiz ovulasyon), androjen fazlalığına neden olabilecek diğer tüm hastalıkların dışlanması ve bu üç kriterin hepsinin bir arada olması şartı vardır (Zawadski ve Dunaif, 1992). Bu tanı kriterleri arasında ultrasonda PKOS görünümü bulgusu bir kriter olarak yer almamıştır; ki bu o

dönemde ultrasonografinin yaygın olarak kullanılan bir sağlık teknoloji yöntemi olmamasından kaynaklanmıştır.

PKOS'un tanı kriterlerinin netleştirilmesi adına yapılmış olan bu ilk girişim, birçok kongre ve araştırmalarda sendromun konu olarak yer almasının önünü açmış, yapılan araştırmalar sonucunda da PKOS'un belli tanı kriterlerinin tamamını karşılayan bir hastalıktan ziyade bir klinik spektrum olarak görünen bir sendrom olabileceği yönündeki kanıtlar güçlenmiştir. Örneğin, Rotterdam'da düzenlenen ve PKOS'un tanı kriterlerini düzenlemek adına ikinci girişim olarak nitelendirilen panelde, ultrasonografide PKOM (Polikistik Over görünümü)'un, hiperandrojenizmden bağımsız olarak, bir tanı kriteri olarak yer almasının uygun olduğu görüşü ifade edilmiştir. 1990 yılında yapılan toplantıdan farklı olarak, Rotterdam tanı kriterleri tüm şartların karşılandığı bir yaklaşım değil; PKOS'un alt fenotiplerinin olduğu bir görüşe yer vermiştir (NIO, 2012).

B) Rotterdam Toplantısı PKOS için tanı kriterleri (2003);

- 1) Oligo-ovulasyon veya anovulasyon
 - 2) Hiperandrojenizm (klinik ve/veya biyokimyasal kanıt)
 - 3) Polikistik overler (ultrasonografi ile tanı koyulmuş)
- (*Şartlardan iki tanesinin karşılanması tanı için yeterlidir)

Bu tanı kriterlerine göre; Rotterdam toplantısında, dört PKOS fenotipi önerilmektedir (Rotterdam EA-SPCWG, 2004);

Fenotip A; klasik tip PKOS denilen sınıflamadır. Hiperandrojenizm, oligo-anovulasyon ve ultrasonografide polikistik over sendromu görünümünü kapsamaktadır (HA+OA+PKOM).

Fenotip B; Hiperandrojenizm ve oligo-anovulasyon vardır; ancak ultrasonografik polikistik over görünümü mevcut değildir (HA+OA).

Fenotip C; Hiperandrojenizm ve ultrasonda polikistik over görünümü vardır, ancak menstrual düzensizlik bulgusu bulunmamaktadır (HA+PKOM).

Fenotip D: Hiperandrojenizme dair klinik veya biyokimyasal bir bulgu görülmemektedir; ancak; overdisfonksiyon ve polikistik over morfolojisi bulunmaktadır (OA+PKOM).

Bilimsel araştırmalar PKOS'un klinik bir spektrum olduğu ile ilgili yaklaşımı desteklese de Rotterdam Kriterleri için gelen eleştiriler; hiperandrojenizm gibi PKOS için temel bir özellik olarak kabul görmüş bir bulgunun mevcut olmadığı bir sınıflamanın, dolayısıyla Fenotip D (OA+PKOM) alt tipinin gerçek anlamda PKOS'u temsil edip etmediği yönünde yoğunlaşmaktadır. PKOS'da en ciddi alt grup Fenotip A ve ardından Fenotip C iken; genel görüş olarak ise; karşılanan kriterlerin sayısı ne kadar artarsa hastalığın seviyesinin o kadar arttığı kabul edilir (aktaran; Bertizlioglu,2020).

Günümüzde hiperandrojenizm'in olmadığı OA+PKOM alt tipinin PKOS'u temsil edip etmediği hala tartışmalı olmakla birlikte, Rotterdam panelinden üç sene sonra, 2006 yılında, hiperandrojenizminin PKOS'un temel taşı olduğu kanısında olan bilimsel otoritelerce Androgen Excess Study (AES) panelinde yeni bir revizyon gündeme getirilmiş ve 2009 yılında da ilgili kriterler yayınlanmıştır.

C) Androgen Excess Study (2006) PKOS Tanısı kriter önerileri

- 1) Hiperandrojenizm (Klinik ve/veya biyokimyasal kanıtı)
- 2) Overdisfonksiyon kanıtı (oligo-anovulasyon ve/veya polikistik over görünümü)
- 3) Ayırıcı tanı da olan hastalıkların dışlanması

Cemiyetin görüşlerini içeren bu düzenlemeye göre androjen fazlalığı PKOS tanısı için gerekli ve temel bir şart olup, bunun yanı sıra yukarıdaki kriterlerden ikisinin karşılanmasıdır. Bu görüş, hiperandrojenizm olmayan bir tabloyu PKOS'un bir alt tipi olarak kabul etmemektedir. Bu anlamda, yaklaşımları Rotterdam kriterlerinden ayırır. Benzerlik gösterdikleri nokta ise; her PKOS tanısında polikistik over görünümü olmayacağı gibi her polikistik over görünümünün de PKOS olgusuna işaret etmeyeceği gözleminde uzlaşmalarıdır. Her üç konferansın ortak noktasına da değinmek gerekirse; anovulasyon ve hiperandrojenizm'in benzeri

bir şekilde görülebileceği diğer hastalıkların dışlanmasıdır. AES (2006) panelinde duyurulan ayırıcı tanıda olan hastalıklar şu şekilde belirtilmiştir;

*Hidroksilaz tipi klasik olmayan adrenal hiperplazi,

*Androjen Salgılayan Tümörler

*Androjenik/anabolik ilaç kullanımı

*Cushing Sendromu

*Ciddi insülin direnci sendromları

*tiroid disfonksiyonu

*hiperprolaktinemi

Günümüzde yukarıda bahsedilen bu üç tanı kriterinden herhangi biri kesin olarak kabul edilmemiştir. Değerlendirmeler hastanın şikayetleri, irregular menstrual siklus öyküsü, klinik görünüm, ultrasonografik muayene ve androjenizm yüksekliğinin görüldüğü diğer hastalıkların ayırt edilmesi ile yapılır. PKOS bir ekartasyon tanısıdır; anovulasyonun görülebileceği hipo veya hipertroidi gibi durumları elemine edebilmek tiroid fonksiyon ölçüm testleri mutlaka yapılmalıdır (Redmond,2004). Endokrin cemiyeti tarafından ekim 2013’de yayımlanan kılavuza göre PKOS tanısı için Rotterdam kriterlerinin kullanılması ve de androjen fazlalığı, over disfonksiyon veya polikistik over kriterlerinden en az ikisinin olması gerektiği önerilmiştir (Aktaran; Sakallı, 2016).

1.3. BAŞLANGIÇ YAŞI ve PREVALANS

PKOS çoğunlukla püberte dönemi ile başlamasına rağmen, PKOM görünümüne altı yaş gibi çok erken dönemlerde de rastlanabilmektedir; hatta bazı vakaların muhtemelen PKO ile doğduğu tartışılmaktadır (Ağırbaş,2013). Ergenlik öncesi dönemde obezitenin varlığı sadece tip 2 diabet açısından bir risk faktörü olarak değil, PKOS’u yordayan bir özellik olarak da öne sürülmüştür (Legro, Kunselman ve Demers, 2002). Aynı zamanda, pubik kıllanmanın ergenliğe girmeden çok önce başlaması da PKOS için öncü bir semptomdur (Slayden ve ark.,2001).

Çoğu olguda neden, PKOS'da temel problem olarak görülen hiperandrojenizmin erken başlangıçlı bir anormal ekspresyonudur (O'DriscollJB ve ark., 1994).

PKOS üreme çağındaki kadınlarda en yaygın olarak rastalanan endokronolojik bozukluk olmakla birlikte prevelans oranı kullanılan tanı kriterlerine göre %6-%19.9 arasında değişkenlik göstermektedir. Rotterdam kriterleri ile yapılan değerlendirmeler, NIH kriterleri ile yapılan değerlendirmelere kıyasla iki üç kat daha yüksek prevelans oranları sunmaktadır (Yıldız ve ark., 2012). Rotterdam kriterleri daha heterojen bir yapıyı içermektedir ve bu kriterler baz alınarak yapılan prevelans değerlendirmelerine bakıldığında, Fenotip A denilen klasik PKOS sınıfına giren vakalar mevcut hastaların yarısından fazlasını oluşturmaktadır, diğer üç fenotipe (Fenotip B, C,D) giren vakalar ise neredeyse eşit oranlardadır (Wild ve ark., 2010). Yaygınlığı etkileyen bir diğer faktör de toplumsal farklılıklardır. Yapılan araştırmalar; Kafkas ve Afro-amerikan kadınlara kıyasla, beyaz ve asya kökenli kadınlarda daha yüksek oranda görüldüğünü göstermektedir (aktaran, Musalı, 2014).

1.4. ETİYOLOJİ

PKOS'un patafizyolojisinde yer alan mekanizma günümüzde hala tam olarak netleştirilememekle birlikte, çoğunluk görüşü, genetik faktörler ile yatkınlaştırıcı çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşimlerinin sonucu ortaya çıkan fonksiyonel bir bozukluk olduğu yönündedir (Tsilchorozidou ve ark. , 2004, Dumesic, Abbott ve Padmanabhan, 2007). Genetik olarak hiperandrojenizme yatkınlık; ırk, etnik köken ve bireye göre de değişkenlik gösterebilecek beslenme, yaşam tarzı alışkanlıkları gibi çevresel faktörler ile etkileşince, her bireyde farklı şekilde kendini ifade etmektedir (Ezeh, Yıldız ve Azziz, 2013). Bazı çıkarımlara göre; PKOS'un bu karmaşık yapısı, 2000 yılından beri yapılan gen haritaları oluşturma ve bu kapsamda her hastalığa özgü genetik yatkınlığı açıklayacak gen bölgelerinin deşifre edilmesine yönelik çalışmalarda, PKOS gen çalışmalarından başarılı bir sonuç alınamamasının yegane nedenidir (Hayes et al., 2015; Simoni, Tempfer, Destenaves, & Fauser, 2008). PKOS

kapsamındaki gen çalışma girişimleri, tek bir genin mutasyonundan ziyade çoklu genlerdeki değişikliklerden meydana gelen multigenetik bir tablo sunmaktadır (Escobar-Morreale, Luque-Ramírez ve San,2005; Berga ve Does, 2012).

PKOS'un belirli ailelerde kümeleniyor olması bozukluğun kalıtsal bir geçişinin olduğunun düşünülmesinin en önemli sebeplerindendir. PKOS tanısı almış kadınların anne ve kız kardeşlerinde PKOS görülme oranı kontrol grubuna göre anlamlı derecede çok daha yüksektir. PKOS tanısı almış kadınların PKOS tanısı almayan kız kardeşlerinde yükselmiş androjen ve LH düzeyleri bulguları bu vaka grubunun aile bireylerinin de PKOS geliştirmek için riskli grup olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (Legro, Driscoll, Strauss, Fox ve Dunaif, 1998). Otozomal dominant kalıtım görüşünü savunan bazı bilim insanlarınc, bir hastalığın hem kadınlarda hem de erkeklerde görülen ekspresyon şekli vardır (Escobar-Morreale ve ark. 2001). PKOS'lu bireylerin baba ve erkek kardeşlerinde erken saç dökülmesi ve insülin direnci gibi olguların normal bireylerin birinci derece erkek akrabalarına göre anlamlı derecede çok daha yüksek olduğu bulgusu sendromun erkek fenotipi olabileceği şeklinde tartışılmıştır (Legro ve Strauss, 2002; Dušková ve ark., 2004; Dušková ve Stárka, 2006; Kurzrock ve Cohen, 2007; Starka, Duskova, Vrbikova, ve Hill, 2005). PKOS'lu bireylerin hem annelerin de hem de babalarında bozulmuş glikoz toleransı (sırasıyla, %40, %50) sıklığı ve de tip 2 diabet gelişime riski normal popülasyona göre anlamlı derecede daha yüksektir. (Yılmaz ve ark., 2005). İkiz çalışmaları da PKOS için risk faktörü olan yüksek insülin düzeyi, yüksek vücut kitle indeksi ve serum androstenoidol glukoronad düzeylerinin genetik geçişli olduğunu destekler niteliktedir (Jahanfar ve ark., 1995).

Öte yandan, PKOS'un aynı aileden olan bireylerde yaygın olmasını, çevresel faktörlere göre değişen gen ifadesi olarak açıklayan teorilerde mevcuttur (Escobar-Morreale, 2018). Bu görüşe göre; androjen yükselten maddelere maruziyet, sigara kullanımı, maternal hipertansiyon ve hamilelikte kısıtlı besin alımı gibi çevresel faktörler anne karnındaki bebeğin gelişimini kalıcı olarak etkileyebilecek kalıtsal fenotip değişikliklere sebep olabilir. Bu bebekler insülin direncine yatkın olarak dünyaya gelip kalıcı metabolik fonksiyon bozukluklarına programlanmış olabilirler. İleriki gelişim dönemlerinde hareketsiz bir yaşam, yanlış beslenme alışkanlıkları ve

sigara kullanımı gibi yatkınlaştırıcı bir yaşam tarzının benimsenmesi metabolik sendrom, obezite ve PKOS gelişimi için önemli risk teşkil eder. Bu anlamda, epigenetik başlatıcılardan uzak durmak, sağlık davranışlarını yaşam tarzı olarak benimsemek, kimyasal maruziyetten kaçınmak (özellikle hamilelikte) hem bireylerin kendi sağlığı için koruyucu bir tedavi sağlayacak hem de yeni nesillere kalıtsal olarak daha az mutasyonlu genler aktarılacak, dolayısıyla daha az kalıtsal fenotipler aynı ailede yaygın olarak görülecektir.

Genetik ve çevresel faktörlerin yanı sıra; PKOS'un patogenezinde yer aldığı düşünülen bir mekanizma da insülin direncidir (Azziz et al., 2004). PKOS'un temel taşı olan hiperandrojenizmin kaynakları tam olarak netleştirilememiş olsa da, insülin direnci yüksek androjen salınımına katkı da bulunan en önemli faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir. İnsülin direnci kavramı, ilk olarak 1922 yılında hiperglisemiye stabilize etmek için insülin takviye tedavisi alan bazı hastalarda aşırı doz bir insüline ihtiyaç duyulduğu, ancak bu şekilde beklenen reaksiyonun alındığı durumun gözlemlenmesiyle ortaya çıkmıştır. İnsülin duyarsızlığı olarak da adlandırılan bu duruma sonraki yıllarda olan farkındalık hızla artmış, obezite, metabolik hastalıklar ve PKOS için önemli bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur. Hücre, doku ve organizmada insüline karşı normal bir tepkinin ortaya çıkması için gerekli insülin miktarının normalden fazla olduğu bir hücresel bozukluk olarak tanımlanabilecek bu olgunun kilo alımı ile arasında pozitif yönde doğrusal güçlü bir ilişki vardır. Aşırı kilo almak sağlıklı bireyler için de insülin direnci geliştirmek için bir risk faktörü iken, PKOS'lu ve zayıf olan kadınların PKOS tanısı olmayan zayıf kadınlara göre anlamlı derecede daha çok insülin direnci semptomuna sahiptirler. Öte yandan, Obezite klinik bulgusunun olduğu PKOS vakalarında obezitenin eşlik etmediği PKOS vakalarına göre daha ciddi bir düzeyde insülin direnci gözlemlenmektedir (Ovesen, 1993, Acien et al., 1999).

1.5. KLİNİK GÖRÜNÜM

1.5.1. Menstruel Düzensizlik

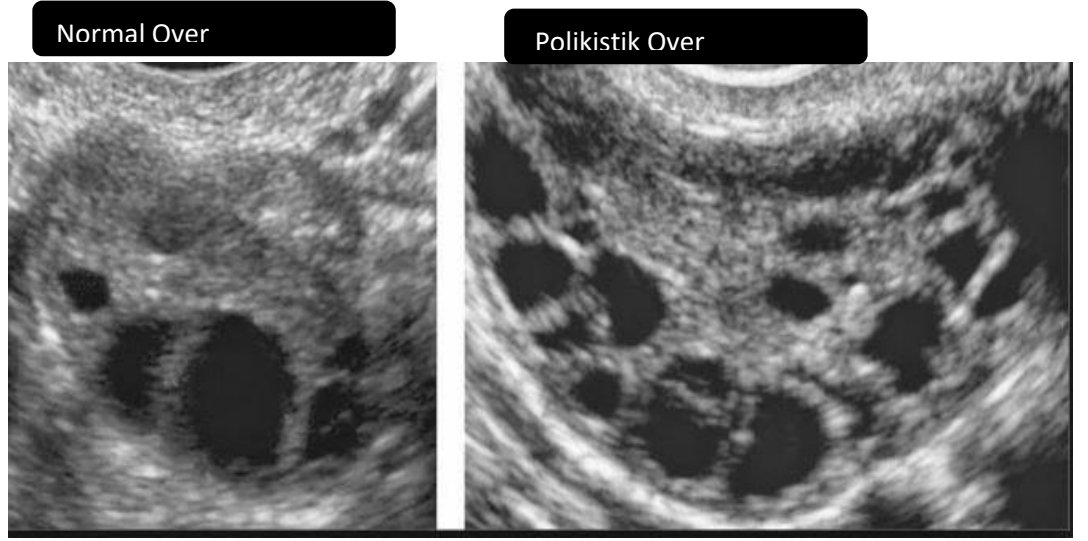
Tüm anovulasyon vakalarının %80'i PKOS'tan kaynaklanmaktadır (aktaran, Köksal, 2019) ve de PKOS'da en sık görülen problemlerden birisi irregular

menstruel siklus'dur (Carmina, 1998; Glueck, Papanna ve Wang, 2003). PKOS'lu kadınların en sık görülen doktora başvuru şikayet sebebi düzenli adet kanamalarının gerçekleşmemesidir. Ovulasyon gerçekleşmediğinde endojen progesteron sentezlenemediği için doğal adet kanaması gerçekleşemez. Veyahut ovulasyon gerçekleşse bile yüksek androjen seviyeleri doğal adet döngüsünün oluşumunu baskılayabilir (Bilgin, 2004; aktaran, Serin,2017). PKOS'lu vakalarda menstrüel disfonksiyon menarştan (ilk adet kanaması) hemen sonra amenore (menstrüel kanamanın hiç olmaması) veya oligomenore (adet döngüsünün 35 günden uzun sürmesi ve senede 10'dan az adet döngüsünün olması) olarak kendini gösterir (Azziz ve ark. 2009; Fauser ve ark. 2012). Ancak göz önünde bulundurulması gereken nokta, püberte döneminde menarştan sonraki ilk iki sene adet düzensizliklerinin olması beklendik bir durumdur ve ergenlik döneminde henüz hipotalamohipofizer aksın tam olgunluğa erişmemiş olması sebebiyle sağlıklı ergenlerde de adet düzensizlikleri sık olarak görülebilir. Bu anlamda, sadece adet döngüsünü kriter olarak (özelliklede menarştan sonraki ilk iki-üç yılda) PKOS tanısı koymak yanıltıcı sonuçlar doğurabilir (Dewailly ve ark. 2014). Öte yandan, menarştan hemen sonraki ilk yıllarda PKOS'lu adölesanlarla sağlıklı adölesanları diagnostik olarak ayırmadaki güçlük bazı ergenlerin geç tanı almasıyla sonuçlanabilir (Van, Voorhorst ve Kaptein, 1999; aktaran Yüce, 2011). PKOS'lu kadınların %50' sinde oligomenore, %20'sinde amenore görülüp çoğunlukla bu olgulara demir eksikliği eşlik ederken, %30'u düzenli menstruel döngülere sahip olabilmektedir (Balen ve ark.,1995). PKOS'lu vakalarda da düzenli menstrüel döngünün görülebileceği göz önünde bulundurulmalı (Chang ve Katz, 1999), adet döngüleri düzenli ergenlerde de PKOS'u dışlamamak gereklidir (aktaran, Ağırbaş, 2013).

1.5.2. Polikistik Over Görünümü

2003 yılında Rotterdam tanı kriterleri arasında PKOM'da eklenmiş, 2-9 mm çapındaki overde ≥ 12 follikül olması ve/veya over genişliğinin >10 mL olması olarak tanımlamıştır. Bu özelliklerin tek bir overde dahi görülmesi tanı için yeterlidir. PKOM sağlıklı kadınlarda da sık rastlanan bir durum olduğu gibi (Polson ve ark., 1988; Johnstone ve ark., 2010) her PKOS'lu kadın da ultrasonografik muayenede görülmeyebilir (Dunaif ve ark., 1988; Lobo ve ark., 1983). Tek başına PKOM tanı

için yeterli kriter değildir (Speroff, 2005) ancak insülin duyarlılığı, androjen düzeyi ve glukoz metabolizmasında farklılaşmış değerleri yordayabilir (aktaran Köksal, 2019). Öte yandan tek başına infertilite durumuna işaret etmez (Rai ve ark., 2000). PKOM genellikle genç yaşlarda daha siktir yaşla birlikte yaygınlığında azalma görülür (aktaran Köksal, 2019).

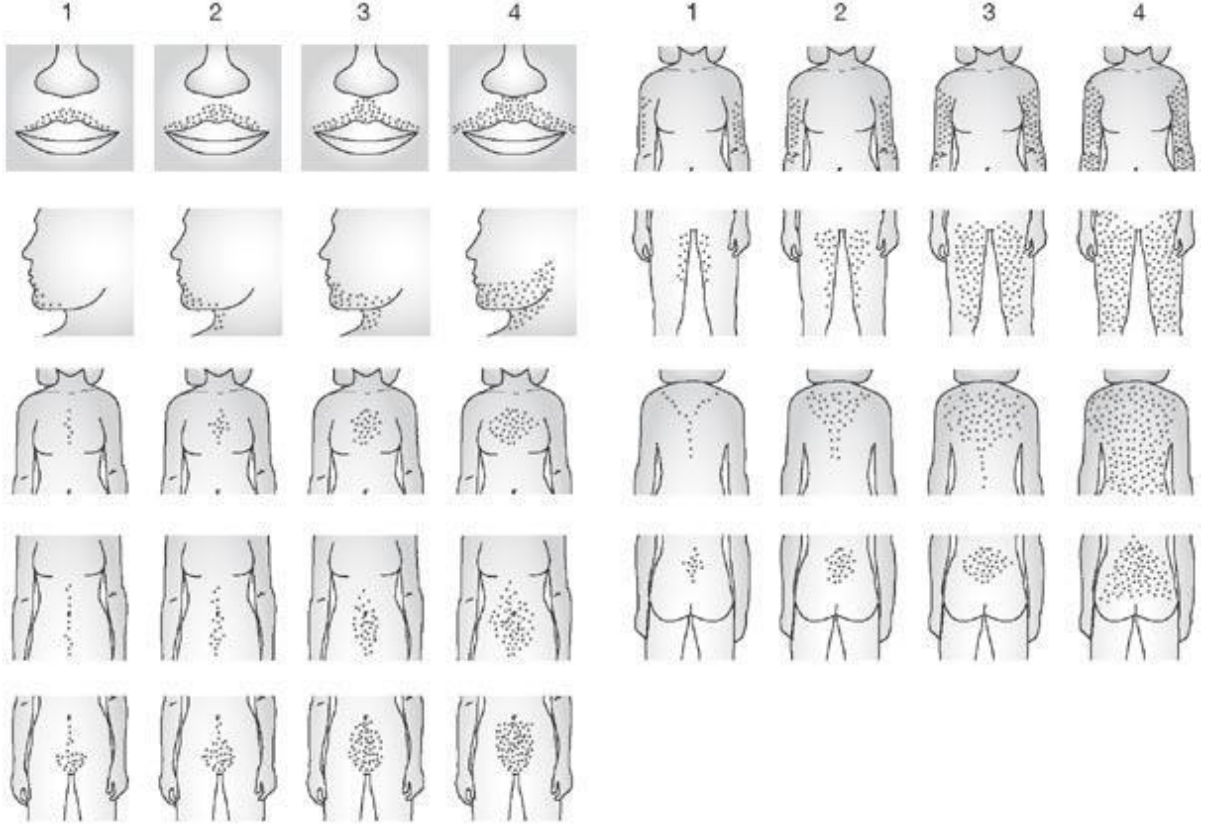


Şekil 1. Polikistik Over Görüntüsü

1.5.3. Hirsutizm

Kadınlardaki hirsutizmin triodlerde disfonksiyon, Cushing Sendromu, hipertekozis, klasik olmayan adrenal hiperplazi, overyan veya adrenal androjenin fazla salınımına neden olan tümörler gibi pek çok sebebi olabilir; ancak %70 olguda neden PKOS'dan kaynaklanmaktadır (Aziz, Carmina ve Sawaya, 2002; Farquhar ve Johnson, 2008; Brown ve ark., 2009; Hart, Hickey ve Franks, 2004). PKOS'dan şüphelenilen hastalarda diğer tanıların ekarte edilmesi için gerekli test ölçümlerinin alınması, overyan hiperandrojenizm için TT (serum total testosteron) düzeyinin ve de adrenal hiperandrojenizm için de DHEA-S (dehidroksiepiandrosteron sülfat) ölçümlerinin yapılması gereklidir (Farquhar ve Johnson, 2008). Hirsutizmin klinik değerlendirilmesi ise Ferriman-Gallwey yöntemi ile yapılır. Üst dudak, çene, göğüs, sırtın alt ve üst kısımları, alt ve üst karın, kol ve bacakların üst kısımları olmak üzere toplam dokuz alanda kıl dağılımı 0-4 arasında puanlanarak toplam >6 ise hirsutizm

olarak tanımlanır (Ferriman ve ark., 1961). PKOS'lu kadınların ailelerinde %20-50 oranlarında hirsutizm vardır (aktaran Sakallı, 2016; Melissa ve Hunter, 2003).



Şekil 2. Ferriman Gallwey Puanlaması (Yıldız, 2008).

1.5.4. Akne

Genç kadınlarda tüm akne vakalarının üçte biri PKOS'dan kaynaklıdır (Rajkhowa ve ark., 1997) ve de tüm PKOS vakalarının yaklaşık üçte birinde akne klinik bulgusu görülmektedir (Fauser ve ark., 2012; aktaran Beşyaprak, 2011). Overlerde üretilen androjen düzeyinin ciltteki akneler ile doğrudan bir korelasyonu yoktur; bu nedenle tanı kriterlerinde direkt olarak yer almamıştır. Yüksek androjen düzeyi ciltte yağlanma ile ilişkilidir, bu da akne oluşumu için gerekli zemini oluşturur ancak aknedeki testosterondan çok yüksek DHEAS (dehidroepiandrostenedion sülfat) düzeylerinin sorumlu olduğu düşünülmektedir (aktaran Cengiz, 2020). Adolesan çağında akne sık karşılaşılan bir durumdur; ancak

ilerleyen yaşlarda aknenin istikrarlı oluşu PKOS'u düşündürmelidir (Homburg ve Lambalk, 2004).

1.5.5. Alopesi

Kadınlarda saç dökülmesi yanlış beslenme alışkanlıkları, demir eksikliği, kansızlık, tiroid bozukluğu ve başka kronik rahatsızlıkların bir göstergesi olarak ortaya çıkabileceği gibi, androjen fazlalığına bağlı olarak PKOS'lu kadınlarda da görülebilen dermatolojik bir bulgudur. Tüm alopesi vakalarının 10-40% 'ı PKOS'dan kaynaklanır (Piraccini ve Alessandrini, 2014). Hiperandrojenizm'in biyokimyasal kanıtı şart değildir; ancak saç derisinde androjen reseptörlerinin artmış duyarlılığı söz konusudur. Aynı zamanda, kıl folikülünde aşırı 5 α -redüktaz aktivitesi nedeniyle DHT düzeylerinde artış vardır (aktaran, Serin, 2017). Ani ve birden olan saç kayıpları PKOS'u yansıtan bir prognoz değildir. Hızlı seyirli ve şiddetli dökülmeler androjen salgılayan tümörlerle ilişkili olabilir ve erkek tipi saç dökülmesinin yanı sıra seste kalınlaşma ve klitoromegali gibi semptomlar ile ilişkilidir. PKOS'da saç kaybı yavaş yavaş kronik bir erkek tipi dökülme şeklinde ilerler, her iki temporalde ve tepede zayıflama şeklindedir ve saçlarda aşırı yağlanma ile karakterizedir (aktaran Serin, 2017). Kadınların %5 'inde androjen fazlalığının diğer bulguları olmaksızın tek başına görülebilir (aktaran Ulutaş, 2017). Akne ve alopesi tek başına izole bir semptom olarak güçlü bir hiperandrojenizm göstergesi olmasa da (Barth, Yasmin ve Balen, 2007; aktaran, Mut, 2018) bazı PKOS hastalarında androjenizm'in diğer bulguları olmaksızın da var olabilirler (Piraccini ve Alessandrini, 2014).

1.5.6. Obezite

PKOS'lu kadınlarda obezitenin prevalansı ülke ve etnik kökene göre değişmekte olup 40-60 % aralığındadır (Chang ve Katz, 1999). Amerika'da bulunan PKOS'lu kadınların vücut kitle indeksi (VKİ) Avrupalı olanlara göre daha fazladır (Ehrmann, 2005). PKOS'lu obez hastalar ile PKOS olmayan obez hastalar karşılaştırıldığında, VKİ'den bağımsız olarak vücuttaki yağ dağılımının farklı karakterize özellikte olduğu ve de PKOS'lu hastaların bel ve kalça oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Björntorp, 1988). Bu durum insülin direnci ile doğrudan ilişkilidir ve android obezite olarak adlandırılmaktadır. Zayıf PKOS'lu hastalar ve

PKOS olmayan sağlıklı kontrol grubu ile yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda zayıf PKOS'lu hastalarda android tipte yağlanmanın olduğu gözlemlenmiştir (Pasquali, Casimirri ve Cantobelli, 1993). Hem zayıf hem de aşırı kilolu PKOS'lu hastaların %60'ı android tipte bir vücut yağ dağılım oranına sahiptir (Deutsch ve ark., 1985).

Obezite, PKOS'da hem yatkınlaştırıcı hem de kötü gidişatı arttırıcı bir faktördür. Genellikle adet düzensizlikleri başlamadan önce kilo artışı başlar ve kilo artışından sonra da PKOS'a eşlik eden diğer klinik bulgularda da şiddetlenmeye yol açar. PKOS'lu obez kadınlar, fiziksel egzersiz ve diyetle rağmen kilo vermekte çok zorlanır; bu durum insülin direnci ve hiperinsülinemi ile doğrudan ilişkilidir. Belirli bir miktardaki insülin takviyesine verilen glukoz cevabı azaldıkça, kan glukoz dengesini yeniden sağlamak için pankreas giderek insülin salınımını arttırır. İnsülin direncini telafi etmek için hiperinsülinemi gelişir (Lillioja ve ark., 1993). İnsülin direnci ve beraberinde hiperinsülinemi PKOS'lu kadınların hem çok çabuk kilo almasına hem de çok zor kilo vermesine neden olur.

PKOS'lu kadınların %30-50'si zayıftır; ancak zayıf PKOS'lu kadınlarda kontrol gruplarına kıyasla daha fazla insülin direnci ve hiperinsülinemi görülür (Legro ve ark., 1999; Tsilchorozidou ve ark., 2004). PKOS'lu kadınlarda insülin direnci obeziteden bağımsız olarak görülmektedir (Burghen ve ark., 1980). Dolayısıyla, zayıf PKOS'lu hastalarda kilo almaya yatkın olabilirler, kötü beslenme alışkanlıkları ve egzersiz yokluğunda kilo artışı gerçekleşebilir; buna bağlı olarak insülin direnci daha da arttırabilir ve sonuç olarak da alevlenen hiperinsülinemi hücrelerde androjen artışı tetikler (Escobar-Morreale, 2018). Bu da obezitenin yanı sıra PKOS'daki diğer klinik bulgularının şiddetlenmesine ve kısır bir döngünün oluşmasına yol açar (Shaw et al., 2008).

1.5.7. PKOS ve Kemik Metabolizması

PKOS gösterdiği semptom değişkenliğine göre kemik mineral yoğunluğunu (KMY) olumlu, olumsuz veya sabit bir şekilde etkileyebilir (Bertizlioglu, 2020). Klinik bulgular adet düzensizliğinin varlığının, kemik yoğunluğunun en yüksek düzeylerde olduğu genç ergenlik ve otuzlu yaşlarda KMY üzerinde olumsuz etki yarattığını göstermektedir (Bailey ve ark., 1999). Amonerik PKOS'lu hastalarda

amonerik olmayan PKOS'lu hastalara göre daha düşük KMY değerleri görölmüştür (Adami ve ark. 1998). Amonere düşük KMY için risk faktörü iken, PKOS'a bağlı amonerik olgular ile başka nedenlerden ötürü olan amonerik olguların karşılaştırıldığı bir araştırmada PKOS'lu olguların daha yüksek KMY oranlarıyla ilişkili olması PKOS'daki kompanse edici faktörleri düşündürmektedir (Yüksel ve ark.,2001). Androjen hormonları östrojen hormonların azlığında bile KMY için koruyucu faktör olarak görünmektedir, ancak hirsütizm (klinik hiperandrojenizm bulguları) belirtilerine sahip olup da menstrüel düzensizlikleri olmayan hastalarda en yüksek KMY oranları görölmüş, tüm bu sonuçlarda, östrojen seviyelerinde bir yetersizlik söz konusu olmadığı koşulda androjen hormonlarının kemik yapımına olan olumlu etkilerinin maksimum düzeyde olduğu şeklinde özetlenmiştir (Dixon ve ark., 1989).

Bu aynı zamanda PKOS'un koruyucu faktör olarak literatürde betimlenen tek alanıdır. PKOS'lu hastalarda androjen oranı ile KMY arasında pozitif yönde bir ilişki vardır (Barnes & Rosenfield, 1989). Hirsütizm (yüksek androjen düzeyinin klinik bulgusu) problemi olan kadınlar PKOS tanısı olsun ya da olmasın kontrol grubuna göre daha yüksek KMY oranına sahiptir. (Dagogo-Jack, Al-Ali, Qurttom, ve Metabolism, 1997). PKOS'lu bireylerde kırık riski PKOS olmayanlara göre düşüktür (Rubin ve ark., 2016). Öte yandan ilginç bir araştırma ise, sadece obez PKOS'luların kontrol grubu ile eşit değerlerde olduğunu, normal kilolu PKOS'luların kontrollerden düşük KMY değerlerine sahip olduğunu bulmuştur (Katulski ve ark. 2014). PKOS'un kemik kütlesini nasıl etkileyebileceği kilo, androjen ve östrojen düzeyi gibi tüm faktörlerin ortak bir sonucu ile belirlendiğini düşündürmektedir (Yüksel ve ark., 2001).

1.6. PKOS'DA UZUN DÖNEMDE GÖRÜLEN SAğLIK PROBLEMLERİ

PKOS tek başına bir hastalık olmaktan öte, uzun dönemde metabolik sendrom, tip 2 diyabet, olası kardiyovasküler hastalıklar ve endometrium kanseri gibi hastalıklara karşı artmış risk oluşturan bir endokrin bozukluktur (Hart ve Doherty;2015; Twig ve ark., 2016).

1.6.1. Metabolik Sendrom

Metabolik Sendrom abdominal obezite, glukoz intoleransı veya DM (diyabetes mellitus), dislipidemi, obstrüktif uyku apne sendromu, hipertansiyon ve kronik arter hastalığı gibi sistemik hastalıkların bir arada bulunduğu klinik bir tablodur (TEMD, 2019; aktaran pkos 19). Metabolik sendromun patofizyolojisinde PKOS'a benzer bir şekilde insülin direnci yatmakta olup, PKOS vakalarında metabolik sendrom normal popülasyona göre iki kat daha fazla görülmektedir (Dunaif, 1997). Son yıllarda yapılan bir çalışmaya göre ise; metabolik sendrom görülme prevalansı, PKOS olan kadınlarda %45, kontrol grubunda ise %4'dür. (aktaran, Yılmaz; 2017). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) Metabolik Sendrom Çalışma Grubu'nun önerisine göre; DM, BGT veya İnsülin direnci tanı kriterlerinden en az biri ve Hipertansiyon, Dislipidemi ve abdominal kriterlerinden en az ikisinin bir arada bulunması gerekir. Bu tanı kriterlerine göre, PKOS bir metabolik rahatsızlık olarak da kabul edilmektedir (Speroff, 2007).

1.6.2. Bozulmuş Glikoz Toleransı ve Tip 2 Diyabet

PKOS, Amerikan Diyabet Topluluğu tarafından tip 2 diyabet gelişimi için spesifik bir risk faktörü olarak bildirilmiştir (aktaran, Bağdatlı,2020). Genç hastalarda glikoz toleransı ve tip 2 diyabet için risk, PKOS tanısının konması ile başlar; ancak ileri yaş artmış bir risk oranını teşkil eder. Orta yaşlı PKOS hastalarında normal popülasyona göre iki buçuk kat daha fazla tip 2 diyabete rastlanmaktadır; ve bu oran yüksek vücut kitle indeksi, yüksek açlık kan şekeri ve azalmış SGHB düzeyi ile yordandmaktadır (Yoldemir ve Atasayan, 2019). Yakın zamanda yapılan diğer çalışmalarda, yüksek vücut kitle indeksi, artmış bel/kalça oranı, ileri yaş, birinci dereceden akrabalarda diyabet varlığı gibi risk faktörleri PKOS'da diyabet gelişiminin yordayıcıları olarak tanımlanmıştır (Legro ve ark., 1999). Amerikan klinik endokrinologlar derneği (American Association of Clinical Endocrinologists) PKOS'lu tüm obez veya normal kilolu kadınların diyabet açısından 30 yaşından itibaren taranmasını tavsiye etmektedir. Artmış riski olan hastaların 30 yaşından önce de taranması önerilmektedir. Diyabet açısından test edilip negatif çıkanlar periodik olarak ömür boyu takip edilmelidir (AACE, 2009).

Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği PKOS'lu hastaları Tip 2 Diyabet ve bozulmuş glukoz toleransı için açlık glukoz ve 75 gr'lık glukoz yüklemesi sonrası 2. saat glukoz seviyeleri ile taramayı önermektedir (ACOG, 2009).

1.6.3. Dislipidemi

PKOS'da düzenli olarak dislipidemi için önemli olan değerlerin (HDL, trigliserid düzeyi, LDL konsantrasyonları) ölçülmesi ve takip edilmesi gereklidir (Yılmaz, 2017). PKOS 'lu vakalarda çoğunlukla normal lipid profilleri görülür ancak %70'inde en az bir sınırdan ya da yüksek lipid düzeyi görülür (Norman ve ark. 1995).

1.7. HİPERTANSİYON VE KARDİYAVASKÜLER HASTALIKLAR

Hipertansiyon genetik faktörler ve beslenme, tuzlu diyet, egzersiz alışkanlıkları ve stres gibi çevresel faktörlerin etkileşimi ile oluşan bir hastalıktır. PKOS'lu kadınlarda insülin direncinin doğrudan hipertansiyona neden olabileceğini gösteren bir çalışma mevcut değildir; ancak insülin direncinin obezite için yatıklaştırıcı zemin oluşturduğu ve de obezitenin hipertansiyon ve kardiyavasküler hastalıklar için önemli risk faktörleri olduğu iyi bilinmektedir (Yüce, 2011). PKOS'lu vakalarda hipertansiyon yaygınlığı normal popülasyona göre üç kat daha fazladır (Dahlgren, Johansson ve Lindstedt, 1992). PKOS'da karakterize olan hiperinsülinemi, adet düzensizliği ve hiperandrojenimi gibi unsurlar kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörleridir (Norman ve ark, 2007; Yoldemir ve Atasayan, 2019; aktaran Beşyaprak, 2011). PKOS'lu kadınların iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık için daha fazla hastane yatış öyküsü vardır (Hart ve Doherty, 2015).

1.8. İNFERTİLİTE

PKOS'un erken yaş dönemlerinde en sık şikayet edilen klinik bulgusu adet düzensizlikleri iken; ilerleyen yaşlarda infertilite önde gelen problem alanlarından biri olacaktır (Wild ve ark., 2000). PKOS'da FSH yetersizliği, LH'in hipersekresyonu, hiperandropjenizm, insülin direnci ve beraberinde hiperinsülinemi ve folikül sıvısındaki birçok mediatör dengesinin bozulması sonucunda yumurtlamanın

gerçekleşmemesi PKOS'dan kaynaklanan infertilitenin primer sorumlusu olarak kabul edilir (Qiao ve Feng, 2011). Yumurtlama sorununa bağlı tüm infertilite vakalarının en yaygın nedeni %80 oran ile PKOS olarak gösterilmektedir (Çiftçi, 2009). Oligo-anovulasyon hiperandrojenemi ile yüksek korelasyon içindedir (ACOG, 2020). Her PKOS vakası aynı derecede infertilite riski taşımamaktadır. Özellikle hiperandrojenemi ile karakterize olan klasik PKOS fenotipi %50 oranla riskli grubu oluştururken androjen düzeyi nispeten normal olan PKOS vakalarında gebelik gerçekleşebilmektedir (aktaran, Cengiz, 2020). Normal bir gebe kalma sürecinin gerçekleşebilmesi için öncelikli olarak belirli hormonal salınımların etkisiyle foliküler olgunlaşmanın gerçekleşmesi ve olgunlaşmış yumurta hücresinin serbest kalması gereklidir. Ancak PKOS'da olan süreç foliküler olgunlaşmada olan aksama ve duraksamaların etkisi ile yumurtlamanın gerçekleşmemesi ve de çatlamamış foliküllerin yumurtalıklar içinde birikerek PKOM (Polikistik Over Morfolojisi) gelişmesine neden olması ile karakterizedir (Sirmans ve Pate, 2013). PKOS karmaşık bir sendromdur; PKOM görüntüsünün olması tek başına PKOS tanısı koymak için yeterli bir kriter olmadığı gibi tek başına da infertilitenin güçlü bir yordayıcısı değildir (Rai, Backos ve Rushworth, 2000). Ayrıca, oligo-anovulasyon infertilitenin primer sorumlusu olmakla birlikte implantasyon oranlarını azaltan endometrial değişiklikler, obezite ve azalmış oosit kalitesi de infertilite ile ilişkili olduğu gösterilen diğer durumlardır (Acet ve Tavmergen, 2019). Gebelik komplikasyonlarına bağlı düşükler PKOS vakalarında, normal popülasyona göre iki kattan daha fazla yaygın olarak görülmektedir (Clifford, Rai ve Regan, 1997).

1.9. PKOS TEDAVİSİ

PKOS çoklu faktörlerden etkilenen bir etiyolojik yapıyı içermektedir. Tam anlamıyla anlaşılmamış bir sendrom olduğundan dolayı henüz radikal bir tedaviden ziyade semptomatik bir tedavi uygulaması vardır (Küçük, 2013). Tedavide hedef semptomlar şunlardır;

- 1) Hirsutizm, akne, alopesi gibi hiperandrojenizm belirtileri
- 2) Adet döngüsünü düzenleme
- 3) İnsülin duyarlılığını artırma

- 4) İnfertilite tedavisi
- 5) Kilo kaybı sağlama

Tedavi amaçları (Küçük; 2013);

- İnsülin direncini kırma ve böylelikle uzun vadede oluşabilecek hastalıkların önüne geçme
- Kilo kaybı sağlayarak infertilitenin, insülin direnci ve hipernandrojenizmin şiddetini azaltmak
- Gebeliği sağlamak
- Androjen düzeyini azaltmak

PKOS'ta hirsutizm için tam bir primer tedavi bulunmamaktadır (ACOG, 2009). Adolesanlarda henüz hiperandrojenizm bulguları yerleşmeden oral kontraseptifler (Doğum kontrol hapları) kullanılmaktadır. Özellikle aşırı androjen mevcudiyeti durumlarında, bu ilaçların yanı sıra, kombine tedavi olarak antiandrojenler de kullanılabilir. Aksi takdirde, kronik olarak yüksek androjen düzeyine bağlı olarak tüylenmenin tekrarlanma olasılığı vardır (Cumming ve ark., 1982). PKOS'a bağlı tüylenmede kozmetik bir yöntem olarak lazer epilasyona yönelme çok sıkça başvurulan bir alternatiftir (Yılmaz ve Yıldız, 2019). Oral kontraseptifler puberte döneminde ve ileri yaş dönemlerinde adetleri düzenleme ve akne tedavisi olarak da çok yaygın olarak kullanılmaktadır. PKOS'lu hastalarda tip 2 diyabet olsun ya da olmasın, insülini dengelemek ve uzun dönemde insülin direncine bağlı olarak oluşabilecek diyabet ve kardiyovasküler hastalıkları önlemek için metformin tedavisi çok kabul görmüş bir medikal tedavidir. Öte yandan; tüm bu oral kontraseptifler, antiandrojenler ve insülin duyarlılığını arttırmaya yönelik olan ilaçların PKOS tedavisinde yaygın olarak kullanılmasına rağmen, bu medikal tedavi modalitelerinin çoğu FDA (United States Food and Drug Administration) onayı olmadan kullanılmıştır (aktaran, Bertizlioğlu; 2020). PKOS'un karmaşık doğası ve henüz tam aydınlatılmamış olan etiyolojisi tedaviye yönelik olan araştırmaları ve doktorların tedavi uygulamalarını da kısıtlamaktadır. PKOS'da medikal tedavilerin etkililiğini araştırmak için olan bazı girişimler metformin kullanımının insülin duyarlılığını artırma, androjen düzeyini düşürme, kilo vermeyi kolaylaştırma,

diyabet gelişimini engelleme de hem adölesan gruplarda (Hoeger ve ark., 2004) hem de gebe gruplarda etkililiğini ortaya koymuşlardır. (Begum ve Khanam, 2009; Khattab ve Mohsen, 2011). Metformin kullanımının ovulasyonu sağlama, adet döngüsünü düzenleme (Glueck ve ark., 2001; Shobokshi, 2003; metformin linki) ve gebelikte gestasyonel diyabet riskini düşürme üzerine iyileştirici etkileri vardır (Begum ve Khanam, 2009). Ancak; metformin kalp, böbrek ve karaciğer fonksiyonlarına bakılmaksızın kullanılabilir bir ilaç değildir ve de tüm PKOS fenotiplerinde kullanılabilirliğini gösteren bir bilimsel araştırma henüz mevcut değildir (Sakallı, 2016).

1.9.1. PKOS’da Bir Tedavi Yöntemi Olarak Kilo Yönetimi ve Sağlık Davranışları Geliştirme

PKOS’da kullanılan primer tedavi yöntemi obez hastalarda kilo kaybını sağlamak, zayıf ve insülin direnci olan bireylerde de dengeli beslenmek, fiziksel egzersiz ve sigara kullanmaktan kaçınma gibi uygun sağlık davranışlarını geliştirmek ve yaşam şekline dönüştürmektir. PKOS’da kilo yönetimi hem tedavi edici hem de koruyucu bir tedavidir. PKOS’lu obez kadınlar vücut ağırlığının %5-10’u kaybettikten sonra bile adet döngüleri normale dönebilmektedir (Harrison ve ark., 2011) ve bu gebe kalma olasılığını da yükseltir (Huber-Buchholz, Carey ve Norman, 1999; Crosignani ve ark., 2003). İnsülin direnci, PKOS’lu kadınların daha kolay kilo almasına ve zor kilo vermesine neden olurken; belli bir vücut ağırlığının kaybının gerçekleşmesi ise insülin direncinin de kırılmasını ve insülin duyarlılığının artmasını sağlar (Huber-Buchholz, Carey ve Norman, 1999). Kilo kaybı androjen üretiminin düşmesine ve tüylenmenin şiddetinin azalmasına da yol açar (aktaran Sakallı, 2016). Kontrendikasyon yoksa tüm hastalara fiziksel aktivite önerilmelidir. Fiziksel egzersiz insülinin dengelenmesine ve insülin duyarlılığının artmasına yardımcıdır. Egzersiz ve beslenme tedavisine alınan Türk PKOS’lu kadınlarda tedavi öncesinde basal metabolizma hızının düşük olduğu ve %85’inin egzersiz yapmadığı görülmüştür.(Serintürk, 2008). PKOS’da ağırlık kaybına, sürekli ve düşük yoğunluklu egzersizdense yoğun ve aralıklı egzersizin çok daha yardımcı olduğunu ortaya konulmuştur. Kardiyovasküler hastalık riskinden ötürü PKOS’lu bireyler sigara kullanmaktan kaçınmalıdır (Sakallı, 2016)

İKİNCİ BÖLÜM

2. PKOS VE İLİŞKİLİ PSİKOLOJİK DEĞİŞKENLER

2.1. PKOS ve DEPRESYON

PKOS tek başına hormonal bir kronik bozukluk olmaktan çok öte, uzun dönemde metabolik sendrom, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, dislipidemi ve infertilite gibi sağlık problemleriyle ilişkilidir. Bunun yanı sıra; PKOS, depresyon tanısı ile normal popülasyona kıyasla çok sık olarak görülen bir eş tanıdır (Weber ve ark. 2000; Elsenbruch ve ark. 2003; Himelein ve Thatcher 2006; Hollinrake ve ark. 2007; Rasgon ve ark. 2003; Weiner ve ark. 2004; Tan ve ark. 2008, Jedel ve ark. 2010). PKOS'lu kadınların %40'ı depresyon tanı kriterlerini karşılamaktadır (Kerchner, ve ark. 2009) ve benzer bulgular Türk örnekleme için de geçerlidir (Keskin ve ark. 2012).

PKOS ve depresyon arasındaki ilişki henüz çok iyi anlaşılmamakla birlikte bu hedef ile PKOS'lu kadınlarda yapılan sınırlı araştırmalar şu ön bulgulara işaret etmektedir: 1) Depresyonu olan PKOS'lu kadınlarda yüksek vücut kitle indeksi (BMI) ve insülin direnci olduğu ortaya çıkarılmıştır (Rasgon ve ark. 2003), 2)Kilonun etkisi için kontrol edildikten sonra bakıldığında testesteron düzeylerinin nispeten yükselmiş olduğu ve depresyonla belirgin ilişkisi olduğu gösterilmiştir (Weber ve ark., 2000; Weiner ve ark. 2004). Bu anlamda PKOS ve depresyon arasındaki bağlantının tek bir değişkenden ziyade, PKOS'un içerdiği hiperandrojenizm ve aynı zamanda da PKOS'un neden olduğu klinik semptomların dolaylı etkilerini de kapsayan daha karmaşık bir yapıya işaret ettiği düşünülmektedir (Szigethy ve ark., 2019).

PKOS'un getirdiği aşırı kilo, adet düzensizliği, hirsutizm (yüzde ve vücutta kıllanma), akne gibi problemlerin de bu bireylerde, kadınlık algısı bağlamında stres ve endişeyi arttırdığı ve bu durumun psikolojik iyi oluşu bozduğu düşünülmektedir (Hahn ve ark. 2005; Bernard ve ark. 2007). Akne ve hirsutizm belirtileri gösteren

PKOS'lu kadınlar, kontrol grubuna göre, daha yüksek beden memnuniyetsizliği bildirmektedir. Türk örneğine dayalı PKOS'lu ergenlerde yapılan bir araştırmada ise, deney grubunun kontrol grubuna göre, depresyon, sosyal anksiyete ve genellenmiş anksiyete puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ve bu ölçeklerden alınan puanların beden kitle indeksi ile pozitif yönde bir korelasyon gösterdiği görülmüştür (Emeksiz ve ark. 2017).

Yapılan araştırmalar hem fiziksel sağlık hem de fiziksel görünümüne dair olumsuzlukların beden imajını ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. PKOS'lu bireylerde yapılan araştırmalar, PKOS'un klinik belirtilerinin beden imajını ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilediğini (Weiner ve ark. 2004, Himelein ve Thatcher 2006, Keegan ve ark.2003, Thomas ve ark. 2014, Bazarganipour ve ark. 2013) ve PKOS'lu kadınların öznel beden imgelerinin (subjective body image) depresif semptomların düzeyini önemli ölçüde yordadığını göstermektedir (Pastore ve ark. 2011; Deeks ve ark. 2001; Kogure ve ark. 2019). PKOS ve depresyon arasındaki bağlantıya izah getirmek için yapılan başka bir araştırma ise, PKOS'lu bireylerin adet düzensizliği ve kısırlık riskini, PKOS'la ilgili en stresli ve en az kontrol edilebilir yönler olarak aktardığı ve de daha düşük kontrol algısının daha yüksek depresif semptom düzeyini yordadığını bulmuşlardır (Dilbaz ve ark., 2012).

Özetle; PKOS ve depresyon etiyolojisi henüz tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte (Szigethy ve ark., 2019); Literatürdeki araştırmalar yüksek depresyon seviyelerini androjen düzeyleri, insülin direnci ve yüksek beden kitlesinin (Farrel ve ark.; 2010) yanı sıra PKOS'a eşlik eden klinik semptomların beden memnuniyetini ve psikolojik iyi oluşu bozması ile ilişkilendirmektedir (Becker ve ark. 2017).

2.2. PKOS ve ANKSİYETE

Literatürdeki pek çok araştırma PKOS'lu kadınların normal popülasyona göre daha yüksek düzeyde anksiyete semptomları ve daha yüksek oranda anksiyete bozuklukları tanılarını karşıladığını göstermektedir (Keskin ve ark. 2012, Caltekin ve ark., 2022). Batı Avusturya'daki bir hastanenin geniş veri tabanını baz alan bir

çalışmada klinik düzeyde anksiyete semptomlarının PKOS'lu kadınlarda %14 iken PKOS tanısı almayan kadınlarda %5.9 olduğu ve bu farkın istatistiki olarak yüksek düzeyde anlamlı olduğu bildirilmiştir (Hart ve Doherty, 2015). PKOS ve anksiyete ilişkisini incelemek için yapılan meta analiz çalışmaları da PKOS'un daha yüksek anksiyete semptomları ile ilişkili olduğu yönündedir (Barry, Kuczmierczyk ve Hardiman, 2011; Dokras ve ark. 2012). Daha yakın zamanda yapılan bir meta analiz çalışmasında anksiyetenin medyan yaygınlığı PKOS grubunda %41.9 (IQR, 13.6%, 52.0%), kontrol grubunda ise %8.5 (IQR, 3.3%, 12.0%)'dir (Cooney ve ark.2017).

PKOS ve anksiyete ilişkisini incelemek için yapılan Türk örnekleme dayalı bir çalışma, hiperandrojenizm, obezite, hirsutizm gibi belirtilerin anksiyete düzeyine katkı da bulunduğuna işaret etmektedir (Altınkaya, Nergiz ve Yüksel, 2014). Türk örnekleme dayalı başka bir çalışma da, PKOS'da görülen metabolik değişikliklerin yanı sıra, hirsutizm ve yüksek beden kitle indeksinin bağımsız olarak beden imgesi ve anksiyete üzerinde etkili olduğunu bulgulamışlardır (Şahin ve ark., 2017). İlginç bir araştırmada, maternal androjen maruziyetinin dişi ve erkek sıçanlarda anksiyete davranışlarını doğurduğu görülmüştür. Bu anksiyete davranışları, amigdala bozulmuş androjen reseptör işlevi ve de amigdala ve hipokampüsdeki östrojen reseptör alfa, serotenerjik ve GABAerjik genlerdeki değişimlerle birlikte görülmüştür (Hu ve ark. 2015). Öte yandan, Literatürde, BKİ ve hiperandrojenizmin anksiyete ile ilişkili olmadığını bulgulayan bir araştırma da mevcuttur (Karjula ve ark. 2017). Sonuç olarak, PKOS'daki artmış anksiyete etiyojisini anlayabilmek için ileri araştırmalara ihtiyaç vardır (Dokras ve ark. 2018).

2.3. PKOS ve YEME BOZUKLUKLARI

Herhangi bir yeme bozukluğu tanısının PKOS'lu kadınlardaki yaygınlığı %12 ile %36 arasında değişmektedir (Barnard ve ark. 2007, Coffey, Bano ve Mason, 2006). Yapılandırılmış bir tanısız görüşme formatı olan MINI test (Mini İnternational Neuropsychiatric Interview) kullanılarak yapılan bir çalışmada PKOS'lu kadınlarda (n=49) herhangi bir yeme bozukluğu yaygınlığının yüksek olduğu (%21) bulunmuştur (Monsson ve ark. 2008). PKOS'lu kadınlarda hem klinik bulmia

nervosa (%5.3) hem de subklinik bulmia nervosa oranı (%10.5) anlamlı derecede yüksektir ve bu oranda bir yükseliş görülmektedir (Bernadett ve Szeman, 2016).

Dört araştırmaya dayanan (n=868) bir meta analiz çalışmasında klinik düzeyde tıkanırmasına yeme bozukluğu ve PKOS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu gösterilmiştir. 7188 hastayı kapsayan dört çalışmayı baz alan başka bir meta analiz çalışması ise PKOS ve herhangi bir klinik düzeyde yeme bozukluğu tanısı arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğunu raporlamıştır. Öte yandan; üç farklı araştırmaya dayanan başka bir meta-analiz çalışması PKOS ve klinik düzeyde Anoreksia nervosa arasında bir bağlantı olmadığını bulgulamıştır (aktaran Thannickal ve ark.2019).

PKOS'da yüksek yeme bozukluğu yaygınlığı gösterilmiş olsa da ardındaki etiyoloji ile ilgili tatmin edici düzeyde bir bilgi henüz mevcut değildir. PKOS ile ilişkili bulunan bulmia nervosa, tıkanırmasına yeme bozukluğu ve diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış pek çok yeme bozuklukları tıkanırmasına yeme davranışları ile karakterize olduğundan, PKOS ve yeme bozuklukları ardındaki ortak bir özelliğin yeme davranışları ve alışkanlıkları olabileceği düşünülmüştür (Lee ve ark. 2018).

Kilo vermede güçlük, düzensiz adet döngüleri, kısırlık ve hirsutizm PKOS ve tıkanırmasına yeme bozukluğundaki (TYB) ortak tablolarıdır (Himelein ve ark. 2006; Lizneva ve ark. 2016; Jeanes ve ark. 2016). Hiperandrojenizm, hem PKOS (Dokras, Stener ve Yildiz, 2018) hem tıkanırmasına yeme davranışı (Baker, Girdler ve Bulik, 2012; Sundblad, Bergman ve Eriksson, 1994) ile sık bir şekilde bir arada görülür. Bunun muhtemel bir açıklaması her iki tablonun da yüksek beden kitle indeksi ile ilintili olması, dolayısıyla kilo güçlüklerinin artmış androjen ve adet düzensizlikleri durumlarında oynadığı nedensel rol olabilir (Van ve Watson, 2006; Krepula, Bidzinska-Speichert ve Lenarcik, 2012). Bunun yanı sıra, hormonal değişimler ve adet düzensizlikleri kişileri hem PKOS (Norman, Wu ve Stankiewicz, 2004; Teede, Deeks ve Moran, 2010; Lizneva ve ark. 2016) hem de tıkanırmasına yeme bozukluğu geliştirmek için daha eğilimli hale getirir (Klump, Keel ve Racine, 2013; Algars, Huang ve Von, 2014). Adet düzensizliklerinin açlık hissi ve psikolojik strese yükselme yarattığı ve bunun da tıkanırmasına yeme davranışında artışa neden olduğu

PKOS ve TYB arasındaki örtüşmeler için getirilen muhtemel bir açıklamadır. (Algars, Huang ve Von, 2014; Paganini ve ark. 2018). Başka potansiyel bir hipotez ise yüksek androjen düzeylerinin kadınlarda iştahı arttırdığı (Sundblad, Bergman ve Eriksson, 1994; Iwasa, Matsuzaki ve Yano; 2018) dolayısıyla da tıkanırcasına yeme davranışlarını tetikleyebileceği yönündedir (Krug, Giles ve Paganini, 2019).

PKOS'daki saç dökülmesi akne, kilo artışı gibi semptomların beden memnuniyetsizliğini arttırdığı ve bunun da tıkanırcasına yeme davranışına katkıda bulunduğu düşünülmektedir (Himelein ve Thatcher, 2006; Karacan ve ark. 2014). PKOS'lu kadınlarda fiziksel görünüm ve kilo ile ilgili endişelerin fazla olduğu (Hahn ve ark., 2005) ve anksiyete eş tanısının olmasının bir yeme bozukluğunun olma olasılığını beş kat arttırdığı bilinmektedir (Thannickal ve ark., 2019).

Özetle, altında yatan mekanizma tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte, araştırmalar PKOS'lu hastalarda yeme bozukluklarının yüksek oranda olduğunu ve bir yeme bozukluğu eş tanısının PKOS'un seyrini ve tedavi sürecini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Dolayısıyla, PKOS'lu hastaların tedavisinde potansiyel bir yeme bozukluğu eş tanısının göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir (Thannickal ve ark., 2019). PKOS'da günümüzdeki en temel olarak görülen tedavinin diyet ve kilo yönetimi olduğu düşünüldüğünde, aşırı yeme davranışları ile karakterize yeme bozukluklarının tedavisi, bu hasta grubunda özellikle önem kazanmaktadır (Bernadett ve Szeman, 2016).

2.4. PKOS ve BASKIN MİZAÇ & KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

Mizaç (Temperament); yapısal, genetik ve biyolojik temele dayanan, spesifik bir düşünce, duygu ve davranış kalıplarına yönelik kalıtsal bir eğilimi ifade eder. Depresif, hipertimik, siklotimik, sinirli (irritabl) ve endişeli (anksiyöz) olmak üzere beş temel affektif mizaç tanımlanmaktadır (Akiskal ve Mallya, 1987) ve bu mizaç özellikleri ile patoloji arasında bir tutarlılık önerilmektedir (Akiskal ve Pinto, 2000).

Kişilik ise; doğuştan getirilen mizaç ve sonradan kazanılanlar ile oluşan karakter arasındaki etkileşimin ortak ürünüdür. Aleksitimi ve dürtüsellik gibi

örüntüler kişilik özelliği olarak kabul edilmekte ve bazı psikolojik rahatsızlıklar için risk faktörü teşkil etmektedir (Lamas ve ark.2006).

Özsoy ve ark. (2020), PKOS'lu kadınlarda baskın mizaç ve kişilik özelliklerini sağlıklı kontrollerle karşılaştırarak incelemiş, sonuç olarak ise; PKOS hastalarının mizaç değerlendirme amacıyla kullanılan envanterin beş alt tipinde de (depresif, hipertimik, siklotimik, sinirli ve endişeli) PKOS olmayan sağlıklı kontrollere göre daha yüksek skorlar aldığını gözlemlemişlerdir. Ayrıca, PKOS hastaları hem dürtüsellik hem aleksitimi kişilik özelliklerinde kontrol grubuna göre yüksek skorlar almış, PKOS'lu hastaların aleksitimi ölçek puanları depresyon ve anksiyete ölçek puanları ile de pozitif korelasyon içindedir. Araştırmanın bulguları PKOS'lu hastaların birden fazla baskın mizaç ve kişilik özelliği olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Türk örneğinde gösterilen bu sonuçlar diğer ülkelerdeki PKOS örneğinde gösterilen bulgular ile de tutarlıdır. Aleksitimi'nin PKOS'lu hastalarda görülen bir kişilik özelliği olduğu bilinmektedir (Basirat ve ark. 2019, Scaruffi ve ark. 2019). Demiryürek ve ark (2016); PKOS'lu kadınlarda total testesteron düzeyi ile dürtüsellik arasında ilişki olduğunu, aynı zamanda bu hastalardaki yüksek insülin düzeyi ve insülin direncinin, öfkenin şiddeti ve öfkenin ifadesine katkıda bulunduğunu göstermiştir. PKOS'lu hastaların androjen düzeyleri yükseldikçe öfke düzey ve gösterimi artmakta, öfke kontrolü azalmaktadır (Borghi ve ark. 2018). Diğer bazı ilginç araştırmalar ise, PKOS'lu hastalarda öfke kontrolünün düşük olduğunu (Balıkçı ve ark. 2014), dürtüsellüğün dikkat ile ilişkili alt boyutundan alınan skorların düşük olduğunu ve hatta dikkat eksikliği semptomları gösterebildiklerini (Hergüner, Harmancı ve Toy, 2015), bu hastalardaki dürtüsellikten yüksek androjen düzeylerinin sorumlu olduğunu (Adalı ve ark. 2008, Herrero ve ark. 2010) ve de hiperandrojenizmin ve obezitenin kişilik değişimlerine dahi neden olabileceğini vurgulamıştır (Şahingöz ve ark. 2013).

2.5. PKOS ve BAŞ ETME BİÇİMLERİ

Baş etme biçimleri; stres verici yaşam olayları ve psikolojik sonuçları arasında önemli bir aracı değişken durumu teşkil etmektedir. Çeşitli hastalıkları

kapsayan örneklem gruplarından gelen birçok araştırma, baş etme biçimlerinin psikolojik iyi oluş ve yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir (Lazarus ve Folkman, 1984; Lechner, Bolman ve Vandalen, 2007). Polikistik over sendromu gibi kronik bir hastalıkta; bireylerin hem günlük hayatta karşılaştığı problemleri hem de hastalığın kısa ve uzun dönemde ilişkili olduğu olumsuz faktörleri nasıl yorumladığı ve bunlarla nasıl baş ettiği hem psikolojik iyi oluş hallerini hem de hastalığın seyrini etkilemektedir (Benson ve ark. 2010).

Psikoloji araştırmaları stres ile baş edebilme yöntemlerini iki majör ana başlık altında toplamaktadır: Problem odaklı başa çıkma ve duygu odaklı başa çıkma (Folkman & Lazarus, 1988). Problem odaklı başa çıkma, çözüme giden yollara odaklanılan aktif bir baş etme biçimi olarak düşünülür; kişi burada stres verici yaşam olaylarını değiştirmek veya kaçınmak için neler yapabileceğini değerlendirir. Örneğin; söz konusu problem, eğer bir kronik hastalıksa, birey hastalığın tanı ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi edinir, tedavide önemli olan sağlık davranışlarını hayata geçirir, destek gruplarına katılır ve alandaki uzman sağlık personellerinden mümkün mertebe yardım almaya çalışır. Öte yandan, duygu odaklı baş etme ise kişinin, ruminasyon, kendine acıma, kader ile kavga etme, diğer insanlardan geri çekilme gibi, stres verici yaşam olaylarının sebep olduğu olumsuz duyguları azaltmaya yönelik maladaptif düşünce ve duyguları içeren pasif bir yöntem olarak kabul edilir (Folkman & Greer, 2000).

Özenli ve ark. (2008), PKOS'lu kadınlarda baş etme yöntemlerinin PKOS olmayan kadınlardan ayrışıp ayrışmadığını ortaya koymak için, Türk popülasyonuna dayalı deney ve kontrol gruplarına 4 seçenek ve 5 alt grup (*öz-denetim, pozitif değerlendirme, kendini suçlama ve çaresizlik, sorumluluğu kabul etme ve sosyal destek arama*) içeren 30 sorulu WCI (*ways of coping*) ölçeğini uygulamıştır. İstatiksel analiz sonuçları, PKOS'lu kadınların kendini suçlama ve çaresizlik ve kabullenme (gönülsüz bir şekilde) puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Buna göre PKOS'lu kadınlar günlük hayatlarındaki problemlerde duygusal odaklı pasif ve maladaptif baş etme biçimlerine daha sık başvurumaktadırlar. Benzer şekilde; Kaçma,/kaçınma gibi maladaptif baş etme biçimlerini daha çok, problem çözme ve pozitif değerlendirme gibi baş etme

yöntemlerini daha az kullanan PKOS'lu kadınlar anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi psikolojik değişkenlerde daha yüksek skorlar almışlardır (Kolahi ve ark., 2021).

Bunların yanı sıra, Literatürde, çoğunluk bulgulara tezat bilgi sunan üç araştırmaya rastlanmıştır. Bu araştırmalara göre, PKOS'lu kadınlar PKOS'lu olmayan kadınlar kadar sosyal destek alma, problem çözme ve pozitif değerlendirme gibi bir etkili başa çıkma yöntemlerini kullanmaktadırlar (Benson ve ark. 2010), PKOS'lu kısır kadınlar PKOS'lu olmayan kısır kadınlardan daha az etkin baş etme yöntemleri kullanmamaktadır (Martins ve ark., 2011). Son olarak; PKOS'lu kadınların baş etme biçimlerinin psikiyatrik durum, yaşam kalitesi ve beden kitle indeksi üzerinde herhangi bir etkisi gözlemlenmemiştir (Chaudhari, Mazumdar ve Deepak, 2018).

2.6. PKOS ve YAŞAM KALİTESİ

PKOS; ağırlı, rahatsız edici, kontrol edilemez ve arzulanmayan semptomları içerir. Bunun yanı sıra PKOS yaşam tatminsizliği, cinsel tatminsizlik, agresyon, kilo güçlükleri ve kötü kişiler arası ilişkilerle ilişkilidir (Kitzinger ve Willmott, 2002; Trent et al., 2002, 2003, 2005; Elsenbruch ve ark. 2003). Bu belirtiler kişilerin yaşam doyumunu olumsuz yönde etkilerken; PKOS'un uzun dönemde ilişkili olduğu TİP2-DM, hipertansiyon, infertilite, hipertansiyon gibi güçlükler bireylerin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta, yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (McCook, Reame ve Thatcher, 2004).

PKOS'un düşük yaşam kalitesi ile ilişkisi pek çok araştırma ile gösterilmiştir (Trent ve ark. 2003; Elsenbruch ve ark., 2003; Mccook ve ark., 2005; Barnard ve ark.; 2007, Keskin ve ark., 2012, Açmaz ve ark., 2013; Bazarganipour ve ark. 2013, 2014; 2015). Ergenlerde beden kitle indeksi ve aşırı kilo durumu, PKOS ve düşük yaşam kalitesi arasındaki aracı değişkendir (Trent ve ark., 2005). Bir meta-analiz çalışmasında kilo ile ilgili endişelerin düşük yaşam kalitesini en çok yordayan özellik olduğu vurgulanmıştır (Jones ve ark, 2007). Benzer bir şekilde; İran örneğine (n=796) dayalı bir çalışmada ise, kılınmanın düşük yaşam kalitesini en çok yordayan semptom olduğu, bunu sırasıyla beden kitle indeksi, adet düzensizlikleri ve

kısırlığın takip ettiğini bulmuşlardır (Khomami ve ark., 2015). PKOS'lu kadınlarda kılınma düzeyi arttıkça evlilik doyumu ve yaşam kalitesi de azalmaktadır (Drosdzol ve ark., 2007). Hem PKOS'u hem interfilitesi olan kadınlar sadece infertilite olan kadınlara göre, daha düşük yaşam kalitesine sahiptir (Angin ve ark, 2009). Benzer seviyede PKOS semptomlarına sahip oldukları halde Müslüman kadınlar, Avustralyalı kadınlara göre daha yüksek yaşam kalitesi bildirmişlerdir. Bu bulgu araştırmacı tarafından kültürel farklılıkların yaşam kalitesinin öznel algısını etkilediği ve PKOS'lu hastaların tedavisinde kültürel ve etnik farklılıkların göz önünde bulundurulması gerektiği olarak yorumlanmıştır (Schmid ve ark., 2004). Son olarak; PKOS'lu kadınlarda kilo vermek ve yaşam tarzını doğru yönetmek androjen hormonlarını azaltmakta ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (Thomson ve ark.,2010 ; Docras ve ark., 2016).

2.7. PKOS ve SAĞLIĞI KORUYUCU DAVRANIŞLAR

Sağlığı koruyucu davranışlar, sağlığa iyi ve kötü gelecek tüm davranışların etkin bir şekilde yönetilmesi, sağlığı koruma ve uzun ömürlü olma ile ilişkili olan bir dizi alışkanlıksal aktiviteyi içerir. Yeterli uyuma, düzenli kahvaltı etme, öğün aralarında atıştırmama, kilo kontrolü, düzenli egzersiz yapma, alkol, sigara ve madde kullanmama temel sağlığı koruyucu davranışlardır (Walker, 1987). Bazı diğer sağlığı koruyucu davranışlar ise, günde iki kere diş fırçalama, emniyet kemerini takma, vitamin ve takviyelerini alma, hijyen koşullarını sağlama ve sürdürme, düzenli sağlık kontrollerini yaptıрма gibi sağlıklı birey olarak yaşamımızı idame ettirmemize hizmet eden alışkanlıklar olarak tanımlanmaktadır. (Scharfe & Eldredge, 2001; İlhan 2010).

Sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemek her popülasyonda önemli olmakla birlikte, merkezi tedavi yönteminin kilo kontrolü ve fiziksel egzersiz olduğu PKOS gibi kronik şekilde seyreden bir hastalıkta özellikle önem kazanmaktadır (Thomson ve ark.,2010; Hamadi, 2018). PKOS olan kadınlar, PKOS'lu olmayan kadınlara göre daha fazla kilo ve diyetleri ile ilgili anksiyete yaşamakta (Larsson ve ark. 2015), daha az fiziksel egzersize dahil olmakta, (Chouhan Haldar ve Praveen, 2021) fiziksel

egzersiz oranları azaldıkça depresyon düzeyleri artmakta (Lamb ve ark., 2011) ve da yaşam kaliteleri düşmektedir (Mirghafourvand ve ark.,2017).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ

Diyalektik Davranış terapisi (DDT), temelde duygu düzenleme güçlüğünü kuramsal bir model olarak, Sınırdaki Kişilik Bozukluğu tanısı almış kişileri tedavi etmek üzere geliştirilmiştir. DDT, kurucusu olan Linehan'ın kendi yaşantılarından etkilenerek de ortaya çıkmış ve kendinden önceki psikanaliz, varoluşçu terapi, davranış terapisi, bilişsel terapi ve danışan merkezli terapi olmak üzere pek çok akımdan ve de üçüncü dalga terapilerinin ana çekirdeği olan farkındalık ve kabullenme kavramlarından etkilenmiştir; ancak son hali ile DDT herhangi bir yaklaşıma indirgenemez ve kendine özgün bir formdadır (Dimeff ve Linehan, 2001).

DDT, bilişsel davranış temelli bir üçüncü dalga terapisi olarak tanımlanmaktadır. DDT'yi diğer bilişsel davranışçı terapilerden (BDT) ayıran en ana unsur, DDT'nin BDT'deki değişim temelli stratejiler ile zen felsefesindeki radikal kabullenme temelli yaklaşımların diyalektik sentezine yaptığı vurgudur. Açıklamak gerekirse; her türlü danışan örneğinde geçerli olmakla birlikte, özellikle sınırdaki kişilik bozukluğu olan hastalarda, sadece davranışsal odaklı bir müdahale yapıldığında kendilerini eleştirilmiş hissetmekte, duygusal olarak kapanmakta, kendi yaşadıkları acıların küçümsendiğini vurgulamakta ve çoğunlukla da aşırı duygusal uyarılmışlık ile terapiyi terk etmektedirler. Öte yandan, varoluşçu ve danışan merkezli terapilerde olduğu gibi, sürekli duygularını anlamaya ve onaylamaya odaklanıldığında ise; değişim için gerekli olan farkındalık ve yüzleşme süreci ıskalanmaktadır (Dimeff ve Linehan, 2001). Belki de bu sebeplerdendir ki; birinci ve ikinci dalga terapi akımları (*davranışsal terapiler; bilişsel terapiler*) kronik, birden fazla eş tanısı olan, intihar riski taşıyan sınırdaki kişilik bozukluğu (SKB) olan hastalarda yeterince etkili olamamıştır. Bu anlamda DBT'nin tedavi yaklaşımı, bir taraftan tutarlı bir şekilde değişim için hastayı motive ederken, bir taraftan da danışanın radikal kabulünü sentezleme üzerinedir (Linehan, 1993).

BDT terapistinden farklı olarak bir DDT terapisti, danışanları kendi hayatlarında engellenmişlik duygusuna neden olan bir düşünce ya da davranış şekli sergilediğinde, bu düşünceleri ‘yanlış’, ‘hatalı’ veya ‘çarpıtılmış’ olarak değerlendirmek yerine o düşünce ve/veya davranışın o andaki kabul ve geçerli kılınmasına odaklanır (Van Dijk; 2012). Linahan’a (1993) göre sadece değişim odaklı bir yaklaşım danışanların kişisel zorluklarının kendi davranışlarının sonucu olduğuna vurgu yapmakla sınırlıdır, bu da çoğu zaman danışanlarda anlaşılma duygusunu doğurur. Bu anlamda, DDT yargısal yaklaşımı değişimin önündeki engel olarak görür. BDT’deki davranışsal ve bilişsel teknikler DDT’de de kullanılır; ancak DDT’de değişim ve kabulün dengelenmesi esastır. BDT’den farklı olarak ilk önce, danışanın kabul etmekte zorlandığı kişiliğinin bir parçasını ve/veya bir yaşam olayını o anda olduğu gibi yargılamadan kabulüne vurgu yapar, daha sonra da değişim için gerekli olan stratejileri kullanarak danışanını destekler.

3.1. DDT, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ve BİYOSOSYAL KURAM

Biyososyal kuram; DDT’nin duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireylerin deneyimlerini anlamlandırmak için kullanılan, çeşitli problem ve tedavi tekniklerinin rasyoneline ilişkin, terapist ve danışanlar arasında ortak bir anlayış geliştirmeye yönelik bir psikoeğitim modelidir. Duygu düzenleme güçlüğü’nün neden ve nasıl geliştiğine ve bireylerin hayatındaki kişisel güçlüklerle nasıl katkıda bulunduğu açıklama getirmeye yöneliktir (Dimeff ve Koerner; 2007).

Linehan (2015), uzun süreli klinik çalışmaları ve araştırmaları sonucunda SKB tanılı bireylerin, diğer danışanlarına göre; duygusal uyaranlara karşı daha yüksek hassasiyet gösterdiğini, daha yoğun duygusal tepkiler sergilediklerini ve uyarılmışlık durumundan önceki duygu durumuna dönebilmelerinin daha çok vakit aldığını gözlemlemiştir. Linehan’a göre duygularını düzenlemedeki bu güçlük, SKB’deki temel problemi oluşturmaktaydı ve yüksek duygusal hassasiyetten/kırılganlıktan kaynaklanmaktaydı. Bu bağlamda; SKB’deki merkezi tedavi zorlu duygularla işlevsel olarak başa çıkabilmek, duyguları düzenleme becerilerini arttırmak ve duyguları geçerli kılmaktı.

Linehan (2015), aynı zamanda; yeme bozukluğu, madde kullanımı ve dürtüsel davranış problemlerinin görüldüğü çeşitli tanı sınıflarında da duygu düzenleme güçlüğü görüldüğünü belirtmiştir. Bazı teorisyenler majör depresyon bozukluğunu pozitif duyguları üretme ve devam ettirmekle ilintili bir duygu düzenleme güçlüğü olarak konsept etmişlerdir (Heller ve ark., 2009). Benzer bir şekilde; anksiyete bozuklukları, şizofreni ve hatta bipolar bozukluğun da duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğunu gösteren araştırmalar literatürde mevcuttur (Cisler ve ark., 2010; Kring ve Werner, 2004).

Biyososyal teori duygusal düzenleme güçlüğü'nün, biyolojik yatkınlık ve geçersiz kılan bir çevrenin (invalidated environment) etkileşimi sonucu ortaya çıkan bir olgu olduğunu öne sürer. Bu yaklaşıma göre; bazı insanlar genetik olarak; diğerlerine göre daha yüksek duygusal hassasiyet eğilimine sahiptirler; duygusal uyaran ipuçlarına karşı daha hassastırlar; duygularını daha yoğun yaşarlar, duyguların etkisini daha uzun süre ve daha kalıcı olarak deneyimlerler (Koorner, 2012).

Biyolojik yatkınlığın yanı sıra; geçersiz kılan bir çevreye maruziyet de duyguların düzenlenmesini daha çok zorlaştırır. Geçersiz kılan bir çevre, çocuğun deneyimlediği duygu, düşünce, fiziksel duyumsama gibi kişisel deneyimleri geçersiz kılma; görmezden gelme veya inkar etme ya da uygunsuz bir tepki ile karşılamayı içerir (*örn. bebek gibi davranma!, sızlanmayı bırak!, ödleğ gibi davranma ve sadece sorununu çöz!, normal çocuklar böyle bir şey için ağlamaz!*). Geçersiz kılan bir çevre, çocuğun duygularını tanıma, duygusal uyarılmışlığının farkında olma ve düzenleme, stresi tolere edebilme gibi becerileri kazanmasının önünü keserek duygu düzenleme güçlüğüne katkıda bulunmuş olur. Geçersiz kılan bir çevre aynı zamanda, çocuğun içsel ve dışsal uyaranlara karşı nasıl hissetmesi ve nasıl tepki vermesi konusunda kendi duygu ve sezgilerine güvenmemeyi öğrenmesine de neden olur (*örn. bu şekilde hissetmem doğru değıl, normal insanlar bu şekilde hayal kırıklığına uğramaz, bende yanlış giden bir şeyler var... gibi kendini geçersiz kılma deneyimleri.*). Dolayısıyla geçersiz kılan sosyal bir çevre, çocuğa olaylar karşısındaki kendi düşünce ve duygularını içeren deneyimlerinin yanlış ve hatalı olduğunu mesajını verir ve de kendini geçersiz kılma deneyimlerine yol açar (Linehan, 2015).

Linehan'a (2015) göre susadığını söyleyen bir çocuğa 'hayır! Susamadın' demekten, eleştirelilik, ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismara kadar geniş bir yelpazenin geçersiz kılan davranışı örneklediğini açıklar. Onun görüşlerine göre; bir miktar geçersiz kılma, sınırların da öğretilmesi gereken bir çocuk yetiştirme sürecinin olması gereken bir parçasıdır; ancak belli kalıp örüntülerin tekrarlandığı ailelerin duygu düzenleme güçlüklerine (*özellikle de duygusal hassasiyete biyolojik yatkınlığı bulunan çocuklarda*) katkıda bulunduğunu vurgular. 'Düzensiz aileler' (disorganized family) kronik olarak istismarda ya da ihmalde bulunarak, 'mükemmel aileler'(perfect family) ise olumsuz duyguların ifadesini yasaklayarak sistematik bir şekilde geçersiz kılma tepkilerini sergilerler. Dolayısıyla çocuğa sistematik olarak; kendi öznel deneyimlerinin geçerliliği ve onlara neyin sebebiyet verdiğine dair kendi duygularına, sezgilerine ve eylemlerine güvenmemeyi öğretirler.

Geçersiz bir çevrede bireyin duyguları dikkate alınmaz, duygularını ifade etme çabaları da görmezden gelinir ve hatta birey cezalandırılabilir. Geçersizliğin en uç denebilecek şekli, cinsel ya da cinsel olmayan ve istismarcı ebeveynin çocuğu çok sevdiğini iddia ettiği ancak yine de çocuğa zarar verdiği istismardır (Kring ve ark., 2017). Varsayılan iki etken, duygusal kırılganlık ve geçersiz çevre, birbirleriyle dinamik bir şekilde etkileşime geçer. Örneğin, duygusal kırılganlığı olan çocuk, duygusal ihtiyacının fark edilmesi veya karşılanması adına ailesine karşı aşırı talepkar olabilir veya aşırı davranışlar sergileyebilir. Bu durumdan usanan ebeveynler, çocuğun bu gibi patlamalarını ya görmezden gelir ya da çocuğu cezalandırır. Bu eylemler çocuğun duygularını bastırmasına neden olur. Bastırılan duygular bir patlama olacak şekilde birikir ve takip eden her duygusal patlama ebeveyn tepkisi ile karşılaşarak pekişir (Kring ve ark., 2017). Böylelikle; bir birey ne kadar çok geçersiz kılınma maruziyeti yaşarsa, o kadar çok duyguları düzenleme gücü geliştirir. Benzeri bir şekilde ne kadar çok duyguları düzenleme gücü çekerse o kadar çok diğerleri (*onun duygusal hassasiyetini anlamlandıramadıkları için*) tarafından geçersiz kılınmaya eğilimli hale gelir (Linehan, 2015).

'Makul aileler' (optimal family) ise öznel deneyimlerinin sosyal onayını çocuğa sık sık sağlar. Örneğin; eğer çocuk susadığını söylüyorsa ona bir bardak su verir (*hayır susamadın demek yerine*); eğer bebek ağlıyorsa sorunun ne olduğunu

anlamaya çalışır veya onu sakinleştirmeye çalışır (*mızmozlanmayı bırak demek yerine*); eğer çocuk öfkeliyse bu aile bireyleri tarafından ciddiye alınır (*görmezden gelmek yerine*). Makul ailelerde çocuğun tercihleri (*örn. odasının rengi, yapmak istediği aktivite*) ve duyguları ciddiye alınır. Kişisel deneyimlerin ifadesine izin verilen ve desteklenen ortamda aile bireyleri de çocuğun duygusal tepkilerini bir kendini ifade şekli olarak görür, uygun geribildirimleri verir ve çocuğun ihtiyaçları karşılanmış olur; böylelikle potansiyel olumsuz sonuçların olasılığı azaltılmış olur (Linehan, 2015).

Linehan'a (1993) göre; duygu düzenleme güçlüğü SKB'ye özgü değildir; ancak bu hastalar için karakteristik bir durumdur. Ona göre SKB'li bireyler diyalektik dilemma denilen, geçersiz kılan bir çevre ve duygusal kırılganlığın etkileşiminin sonucuna bir tepki olarak gelişmiş davranışsal örüntüler ortaya koyarlar. Linehan bu olguyu 'duygusal kırılganlığa karşı kendini geçersiz kılma' olarak adlandırır. Bu davranış paternleri, kuantumun bir ekstrem ucundan diğer ekstrem ucuna hızlı geçişlerle karakterize olması açısından ve de bir ekstrem ucun diğerinin antitezi olması açısından 'diyalektik dilemma'lar olarak adlandırılmıştır.

Bu ikilem, SKB olan bir bireyin geçersiz kılındığını hissettiğinde nasıl bir aşırı uç olan duygusal kırılganlıktan (*'Kötü hissetmek için çok haklı sebeplerim var'*) diğer bir aşırı uç olan kendini geçersiz kılmaya (*'Bende yanlış giden bir şeyler olmalı', 'bu şekilde hissetmek için mantıklı bir nedenim yok'*) hızlı ve keskin bir şekilde geçiş yaptığı olgusuna karşılık gelir. SKB'li bireyler duygularını çok yoğun yaşar ve diğer insanlara göre uyarılmalarında aşırı tepkiler verirler. Bu olduğunda hayatlarındaki diğer önemli kişilere kendilerini anlatmak için çok yoğun efor sarf edebilirler; ancak çabalarına karşılık kendini anlaşılmamış hissettiğinde hızlı bir şekilde kendini geçersiz kılma (*Delirmiş olmalıyım, nedensiz yere kontrolümü kaybediyorum*) ucuna kaymaktadır (Linehan, 1993).

Diyalektik tedavi anlayışında; terapötik ilişki çok önemli bir yer tutar. DDT terapisti adeta bir 'amigo koçu' gibi danışanını destekler (Linehan,2015). En mantıksız görünen davranışta bile kendini geçerli kılacak bir kısım bulunur ve işlevsel duygu düzenleme becerilerini hayata geçirmeye çalışır. DDT terapisti

kendini geçerli kılma becerisine yönelik sağlıklı bir model teşkil eder ve danışanın onu içselleştirmeye çalışması sağlanır (Linehan, 1993; Van Dijk, 2012).

3.2. DİYALEKTİK DAVRANIŞ TERAPİ BİLEŞENLERİ

Diyalektik Davranış terapisi diğer pek çok terapi ekollerinden farklı olarak bireysel desteğin yanı sıra, grup beceri eğitimi, konsültasyon ekibi ve telefon desteğini de içeren dört öğeden oluşmaktadır (Linehan, 2015). Hastanın hangi problemine ve/ya ihtiyacına hangi modülün cevap vereceği, bireysel terapistinin ve grup beceri eğitmeninin görev dağılımları, hangi durumlarda diğer terapistle yönlendirmesi gerektiği DDT prensipleri içerisinde tanımlıdır. Bu anlamda DDT oldukça yapılandırılmış bir tedavi ekolüdür. Örneğin; DDT ilkelerine göre; intihar riski taşıyan kişiler sadece grup beceri eğitimlerine katılamazlar; grup beceri eğitimlerine ancak bireysel terapi desteği alma koşulu ile katılabilirler. Bu ilkenin rasyoneli, intihar kriz davranışlarının çalışılacağı yerin bireysel terapi olmasıdır. Grup beceri eğitimlerinin önceliği ise; bireylere duygu düzenleme becerilerini öğrenebilmeleri ve gündelik hayata genelleyebilmeleri için diğer grup üyeleri ile birbirlerinden de öğrenebilecekleri bir imkan sağlamaktadır (Linehan, 2015).

DDT'deki temel modüllerden biri olan bireysel terapi, her zaman ilk önce anlaşma ve oryantasyon ile başlar. İlk iki seansta DDT'nin ilkeleri ve nasıl bir yaklaşım olduğu açıklanır, terapist ve danışanın birlikte çalışıp çalışmayacağına karar verilir. Sınırdaki kişilik bozukluğu olan hastalar mutlaka bireysel terapi ile tedaviye başlar. DDT'nin genel ilkelerinde olduğu gibi bireysel psikoterapi sistemi de çok iyi bir şekilde yapılandırılmıştır. Örneğin, hastanın hangi problemlerinin öncelikli olarak hangi problemlerinin ise ikincil olarak ele alınacağı daha terapi başlamadan önce planlıdır. Açıklamak gerekirse; intihar kriz davranışları, kendine zarar verme veya başkalarına zarar verme ile tehdit etmek her zaman ilk ele alınacak davranışlardır. Terapi sürecini bozucu davranışlar ise ikinci aşamada ele alınır, çünkü öncelik sıralamasında ötelendiğinde bu davranışlar görmezden gelinmiş olur ve terapötik ilişkiyi bozar. Üçüncül hedefler ise yaşam kalitesini bozan tüm davranışlara, 4. aşamada da hastanın getirdiği yaşam problemlerine çözüm sağlamış

becerilerin pekiştirilerek güçlendirilmesi çalışır Bireysel psikoterapideki bu yapılandırılmış hiyerarşi hastanın psikolojik problemlerini klinik olarak kategorize etmeye, dolayısıyla hangi problemin öncelikli olarak ele alınması gerektiğine dair terapist ve danışana bir yol haritası sağlamış olur (Rosenthal ve Lynch, 2005).

DDT tedavisinin diğer bir önemli birleşeni de telefon destekleridir. DDT terapisti önemli kriz anları için ulaşılabilir olmalıdır; öyle zamanlarda hastalara telefon desteği sağlanır. Buradaki amaç tam olarak öğretilen becerilerin güçlendirilmesidir ki böylelikle hastalar kriz anları ortaya çıkmadan önce doğru müdahaleleri yapabilme olanağı sağlar. Kriz anı problemini çözmek terapistin değil hastanın sorumluluğudur. Bu anlamda telefon desteği vererek terapistin üstlenmiş olduğu rol, problemi danışan yerine çözmek değil, terapide öğrenilen becerileri o andaki problemde nasıl uygulayacağı konusunda danışana rehberlik etmek ve destek olmaktır.

Konsültasyon ekibi ise; hastaların tedavilerini üstlenen DDT terapistlerine motivasyon ve bilgi desteği verir. Terapistlere tıklandıkları ya da tükenmişlik hissettikleri alanlarda yeni çözüm yolları önerilir. Grup eğitimlerinde, eğer öğretilecek bir beceri terapistlerin kendisi içinde yeni bir davranış modeli ise ve uygulamakta zorlanıyorlarsa, konsültasyon ekibi terapistlerin bu sorununu role-play ile ele alacağı profesyonel bir destek ortamıdır. SKB’li hastaların intihar kriz davranışı, kendine ve başkalarına zarar verme veya tehditte bulunma gibi eğilimleri düşünüldüğünde, zorlayıcı gruplarla çalışan terapist üyelerine böylesine önemli bir destek sağlaması adına konsültasyon ekibinin varlığı DDT’yi diğer terapi ekollerinden ayıran önemli bir özelliğidir.

DDT, orijinalinde SKB için geliştirilmiştir. SKB’li hastalar DDT’nin tüm modüllerine katıldıkları bir tedavi programına dahil edilmiştir; ancak günümüzde intihar risk grubu ve/veya klinik tanı sınıfında olmayan bireylere de grup beceri eğitimi, kendi başına tek bir modül olarak, duygu düzenleme becerilerini geliştirmek amacıyla etkin bir şekilde uygulanmaktadır (Linehan, 2015).

3.3. DİYALEKTİK DAVRANIŞ TERAPİSİ BECERİ EĞİTİMİ

DDT beceri eğitimleri, açık veya kapalı grup formatlarında yapılır. Gruplar 4 ile 10 kişiyi kapsayabilir. Bir grup terapisinden ziyade, ilgili becerilerin ne olduğunun anlatıldığı ve role-play gibi etkinler üzerinden prova edildiği ve sürecin ev ödevleri ile takip edildiği bir beceri eğitimi formatındadır. Bir lider bir co-terapist olmak üzere iki kişinin liderliğinde yürütülür. Lider terapist ilgili becerilerin ne olduğunu anlatır ve değişim için katılımcıları bu becerileri uygulamaya teşvik eder. Co-terapist ise beceri eğitimi boyunca grupta olup bitenleri gözlemler, değişim direncinin arkasında yatan zorlu duygulardan ötürü danışanları geçerli kılma (validation) rolünü üstlenir. Grup eğitimi duyguları düzenleme, farkındalık, kişiler arası etkililik ve stres toleransı olarak dört temel becerinin kazandırılmasını amaçlar (Linehan,1993).

3.3.1. Bilinçli Farkındalık Modülü

Bilinçli farkındalık (mindfulness) şimdiki an içerisinde gerçekleşenlere dikkat etmek, bu dikkatin niteliğini fark etmek ve tüm bu fark edilenleri yargısız bir duruş ile kabul etmeyi kapsar. ‘Şimdiki anı yaşamak’ söylemi ile özdeşleşen bilinçli farkındalık kavramı ‘an için yaşamak’ gibi haz ve mutluluk yönelimli hedonist felsefe ile aynı olguya karşılık gelmemektedir. Geçmişin pişmanlığı ve geleceğin kaygısı arasında savrulan bir zihin elbette içinde bulunduğu andaki olumlu deneyimleri ıskalayacaktır; ancak bilinçli farkındalık kavramı bundan çok daha geniş kapsamlıdır ve içinde bulunduğumuz anda hoş giden şeyler olduğu kadar hoş gitmeyen şeyler de olabileceğini, dolayısıyla şimdiki anda iyi ve kötü olan ne varsa bunları kaçınılmaksızın ve yargılamaksızın farkında olmaya açık olmayı ve kabullenmeye içerir. Bu anlamda içinde bulunduğumuz andaki hoş giden şeyleri alıp hoş gitmeyen şeyleri görmeme eğilimi olarak haz odaklı bir hedonist yönelim, bilinçli farkındalıktan ayrılmaktadır (Atalay, 2018).

Killing ve Gilbert (2010) tarafından seksen üç farklı ülkeden beş bine yakın kişi üzerinde yapılan geniş örneklem skalasına dayanan bir çalışmada, katılımcıların zamanlarınının (*uykuda olunan vakitlerin dışında*) %46.9’unu geçmiş ve geleceği

düşünerek geçirdiğini bulmuştur. Aynı araştırmanın diğer bir bulgusuna göre, içinde bulunduğu anda sevmediği bir işi yapıyor olsa bile daha çok şu anda olanlar kişiler, zihni geçmiş ve gelecek arasında uçuşan kişilere göre (wandering mind) göre daha çok mutluluk düzeyi bildirmişlerdir. Araştırmanın bu bulguları ise ‘uçuşan bir zihin mutsuz bir zihindir’ olarak yorumlanmıştır.

Bilinçli farkındalık budist bir felsefeye dayanıyor olsa da şu anki hali ile kendine özgün ve herhangi bir dini veya felsefi akıma indirgenemez yapıdadır. Farkındalık becerilerini pratik etmek için herhangi bir dine veya spiritüel inanca mensubiyet gerekmemektedir (Linehan, 2015). Bilinçli farkındalığı temel alan uygulamaların en güçlü yanı bilimsel açıdan desteklenmiş olmalarıdır. Bilinçli farkındalık becerilerinin etkililiği hem klinik örneklem gruplarında hem de nörobilimsel çalışmalarla gösterilmiştir. Mindfulness temelli stres azaltma programlarına katılan kişilerde amigdalada inceltme ve prefrontal kortekste kalınlaşma gözlemlenmiş ve bu bulgular algılanan stres oranında ve endişede azalma, duygusal zorluklara karşı dayanıklılıkta artış olarak yorumlanmıştır (Hölzel ve ark., 2010, 2011).

Bilinçli farkındalığın stres azaltma üzerinde nasıl bir mekanizma üzerinden etki ettiği ile ilgili teorisyenler tarafından getirilen bazı izahlar vardır. Kabat-zinn (1982) anksiyete ile ilişkili olan düşünce ve acıların yargısal olmadan gözlemlenmenin, düşüncelerin gerçekliğin kendisinden ziyade sadece birer düşünce olduğunu, başka bir deyişle, düşüncelerle özdeşim kurmak yerine onları mesafeli bir duruştan gözlemlenmenin yaşantısal ve tepkisel kaçınmaları azaltacağını belirtmiştir. Benzer bir diğer yaklaşıma göre ise, bir baş etme yöntemi olarak kaçınma tepkileri, acıyı ancak kısa vadede azaltmakta; ancak uzun vadede arttırmaktadır. Bilinçli farkındalık ile kaçınılan düşüncelere tekrar ve tekrar mazur kalan kişi duygusal uyarandan ayrışabilir ve aynı olguyu farklı bir karşılama biçimi ile ele alabilir (Wright, Day &Howells, 2009). Başka bir yaklaşıma göre ise; dikkati içinde bulunduğu ana, nefesine ve fiziksel duyumsamalarına odaklamak için eğitmek, bu pratiği bir alışkanlığa dönüştürmek bireyi potansiyel bir ruminasyon nüksünden, dolayısıyla da depresyonu tetikleyebilecek bir kısır döngüye girmekten korumuş olur (Segal et al., 2002).

Bilinçli farkındalığı psikoterapinin bir parçası haline getirerek kendi bünyesine dahil eden ilk terapi ekolü diyalektik davranışçı terapidir (Boone, 2014). Linehan, bilinçli farkındalık modülünün beceri eğitiminin merkezinde olduğunu vurgular. Buna göre; beceri eğitimleri ilk olarak farkındalık modülünün kazandırılmasıyla başlar, diğer modüllerin çalışıldığı haftalarda ise oturumlar bir farkındalık egzersizi ile başlatılır. İçinde bulunulan an içinde var olan duygu, düşünce, fiziksel duyumsama ve dürtüleri yargısız bir duruş olarak gözleme ve betimleme ritüelinin, duyguları düzenleme, stresi tolere etme ve kişiler arası etkililik gibi diğer üç modül altında ele alınan becerilerin çalışılması için uygun zemini hazırladığı düşünülmektedir (Linehan, 2015).

3.3.2. Kişilerarası Etkililik Modülü

Kişiler arası etkililik modülü, mevcut ilişkileri güçlendirme, yeni ilişkiler kurabilme ve sürdürülebilir, öz saygılarını koruyarak başka insanlardan talep de bulunabilme, kendi sınırlarını koruyarak hayır diyebilme, kendi arzu ve fikirlerini diğerlerinin hoş karşılayacağı şekilde iletebilme gibi becerilerin kazanımını hedeflemektedir (Linehan, 2015).

Kişilerarası etkililik modülü, DDT'nin değişim odaklı becerilerini içermektedir. Kişiler arası çatışmaların nasıl yönetileceği, girişkenlik becerilerinin nasıl hayata geçirileceği çeşitli tekniklerle öğretilir ve sosyal becerilerin kazandırılması hedeflenir. Bu modül; kişilerarası ilişkilerde temel etkin olma becerileri, ilişki kurma ve zarar veren ilişkileri sonlandırma ve orta yolda yürüme olarak üç ana beceriyi kapsamaktadır (Linehan; 2005).

Temel kişilerarası etkililik becerilerinde kişinin ihtiyaç duyduğu şeyleri uygun bir dil ile iletebilme, talep edebilme, kişisel sınırlarını koruyabilme gibi becerileri kazandırmaya yöneliktir. Modül kişinin ihtiyaçlarının karşılanma ihtimalini en üst düzeye çıkarmayı hedeflerken öte yandan öz saygıyı koruyacak

stratejileri de dengeli bir şekilde öğretmeye çalışır. Tüm bu beceriler hatırlatıcı anahtar kelimeler (Dear Man, Give ve Fast) altında katılımcılara anlatılır. 'Dear Man' becerileri altında tanımlamak, duyguları ifade etmek, isteklerini ortaya koymak, pekiştirmek, farkında olmaya devam etmek kendinden emin görünmek ve uzlaşmak öğretilir. 'Give' becerileri altında nazik olmak, ilgili davranmak, geçerli kılmak ve sakin tavır sergilemek öğretilir. Fast becerileri altında adil olmak, pişmanlık duymamak, değerlere sadık kalmak ve dürüst olmak öğretilir. Bireyler, kişilerarası ilişkiler becerilerine dair bilgi eksikliği içinde olabilirler veya teorik olarak iyi bir bilgi düzeyine sahip olsalar bile bunları nasıl hayata geçireceklerini bilmiyor olabilirler. Bireylerin becerilerini etkin bir şekilde uygulanmasını ketleyen düşünce mitleri, varsayımları ve davranış paternleri (örn. *'başkasından bir şey istersem ona minnet etmiş olurum'*; *'nazik davranırsam haklı olduğumu ispatlayamam'* gibi) anlaşılmaya çalışılır ve bunlar alternatif düşünce üreterek daha gerçekçi düşüncelerle değiştirilmeye çalışılır (Linehan,2015).

İlişki kurma ve zarar verici ilişkileri sonlandırma becerileri, bireylerin yalnız hissetmesi ile baş edebilmek adına potansiyel arkadaşlık ilişkilerini kurma ihtimalini arttıran beceriler ve de zarar veren ilişkilerin gerçekliğiyle yüzleşebilme, durumun gerektirdiklerinden kaçınmadan etkin karar verebilme becerilerine odaklanır. Potansiyel ilişkileri başlatabilme ve devam ettirebilmedeki güçlük öz saygıyı hırpalayan zarar verici ilişkileri bitirememek kadar problem teşkil eder. DDT, kişiler arası ilişkilerde bir uzlaşma yöntemi veya zarardan kaçınma yöntemi olarak, kendi ihtiyaçlarını dile getirmemeyi seçme veya isteklerine ket vurmaya aktif bir baş etme yöntemi olarak görmez. Öte yandan, çatışmaları etkin bir şekilde yönetememek, sıkıntıyı tolere etme becerilerindeki eksiklikler ve duygu düzenlemedeki problemler; uzlaşma becerilerindeki eksikler potansiyel ilişkilerin sonlandırılmasıyla sonuçlanabilir. Başka bir problem olarak zarar verici ilişkileri sonlandıramama, kendi sınırlarını koruyabilme konusundaki güçlükler, suçluluk duyma, terk etme ve yalnız kalma korkusu gibi baş etme güçlüğü gibi olası dinamiklerden kaynaklanmaktadır. Modülün bu kısmındaki beceriler yüzeysel olmayan ve uzun süreli ilişkiler kurmak isteyen herkesin fayda sağlamasına uygundur (Linehan; 2015).

Orta yolda yürüme becerileri; kişiler arası ilişkilerde kabul ve değişimi dengeli bir şekilde kullanma üzerinedir. Her ne kadar; bu modülün ilk aşamasındaki beceriler arzulan tepkileri alma olasılığını arttıran becerileri öğretse de; bu beceriler etkin bir şekilde uygulansa da yaşamda her zaman arzu edilen sonucu doğurmayabilir; böyle durumlarda uzlaşma, davranış değişikliği stratejileri ve gerçekliği kabullenme becerileri kullanılmalıdır (Linehan, 2015).

3.3.3. Duygu Düzenleme Modülü

Daha önce de değinildiği gibi duygu düzenleme güçlüğü SKB'de karakteristiktir; ancak sadece SKB'ye özgü değildir. DDT, intihar girişimi, madde kullanımı, aşırı yeme, aşırı duygusallık, diğerlerine saldırganlık gibi birçok davranışsal problemi, işlevsiz bir duygu düzenleme çabası olarak görür. Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan kişiler, acı verici duygularla baş etmeyi ancak onları bastırarak veya kaçınarak mümkün olabileceğini düşünürler. Oysa kaçınma davranışları kaygı, depresyon ve dürtüsel davranışların şiddetini arttırmaktadır (Marra, 2005). Bazı insanlar ise, duygularını kontrol edebilmek için çaba sarf etmeyi, diğer insanların onlar ile ilgili fikirlerinde haklı, kendilerinin ise haksız olduğu biçiminde görmektedirler. Dolayısıyla kendi haklılıklarını korumak adına hiçbir şey yapmamayı tercih ederler (*örn. diğerleri öfkeli olmak için ne kadar haklı sebeplerim olduğunu göremiyorlar*). DDT'de en temel duygu düzenleme becerilerinden biri, duygu mitlerine yönelik iç görü geliştirmektedir. Çünkü duygularımıza dair gerçek dışı mitlere sahip olmak duyguları etkin bir şekilde düzenlemenin önünde engel teşkil etmektedir (Linehan, 2015).

Duygular işlevseldir ve acı veren duygular bireye neyin yanlış gittiği ile ilgili yol gösterici sinyaller içerirler. Dolayısıyla acı veren duygularla baş etmek onları yok etmeye çalışmaktan değil; duyguları anlamaktan geçer. Farkındalık modülü duygu düzenleme modülünde çok sıkça faydalanılır. İçinde bulunan andaki duyguların farkına varma, yargısal olmayan bir duruş ile duyguları gözlemlenme ve tanımlama otomatik hale gelene kadar kazandırılmaya çalışılan bir beceridir. DDT' ye göre

herhangi bir duruma verilen ilk tepki temel bir tepki teşkil eder. Duygusal sıkıntılar birincil tepkilere verilen ikinci tepkilerden (utanma, kaçınma, öfke) kaynaklanır. Bu ikincil duyguların azaltılması, yargısız bir şekilde bu duyguları gözlemler, kaçınmadan bu duygularla yüzleşme ve acı veren duygulara maruz bırakma ile mümkündür (Linehan, 2015).

Bu modülde; duyguları anlama ve adlandırma, istenmeyen duyguların değiştirilmesi, duygusal zihinden kaynaklanan kırılganlığı azaltmak ve aşırı duyguları yönetmek adı altından dört ana beceri şeklinde duygu düzenleme becerileri öğretilmektedir.

Duyguları anlama ve adlandırma becerileri altında bireylere duyguları tanımlama, duyguların işlevlerini anlama, duyguları değiştirmede ortaya çıkan engelleri tanımlama öğretilir. Zincir analizi, DDT’de kullanılan en temel tekniklerdendir ve sadece duyguları belirleme ve tasnif etmenin bile uyum bozucu davranışları azaltmadaki etkisinden dolayı DDT beceri eğitimleri boyunca sıkça kullanılır. Bu yöntemde birey (1) duygularını harekete geçiren olay, (2) duyguları harekete geçiren olayın yorumlanması, (3) hassasiyeti ve duygusal kırılganlığı arttıran olay, (4) duygunun nasıl deneyimlendiği (ikincil tepkiler ve fiziksel duyumsamalar), (5) duygulara verilen davranışsal tepkiler, davranışsal tepkilerin kısa vadedeki (6) ve uzun vadedeki (7) sonuçlarını gözlemler ve bu gözlemleri zincir analizinin yöntemine uygun şekilde kayıt tutar. Amaç; duyguların ikincil tepkiler, uyumsuz davranışlar ve doğurduğu sonuçlar arasındaki bağı ve alternatif davranışların aslında potansiyel olarak kısa ve uzun vadede neleri değiştirebileceği üzerinde farkındalık geliştirmektir. İlk başta bilişsel düzeyde gerçekleşmesi gereken bu becerilerin zamanla otomatikleştirilmesi hedeflenir (Linehan, 2015).

Bu modülün istenmeyen duyguları değiştirilmesi becerileri altında ilk olarak gerçekliği kontrol etme becerisi (check the facts) öğretilir. DDT’de bilişsel davranışçı terapi’de olduğu kadar geniş yer tutmamakla birlikte bilişsel yöntemler sıkça kullanılmaktadır. Bilişsel öğretilere göre duygular çoğunlukla olguların temsil ettiği gerçeklikten değil bunların algılanma şekline kaynaklanmaktadır.

Dolayısıyla bireylere olayları gözden geçirme, mevcut olayı açıklayabilecek alternatif olası düşünceleri üretme ve bunların gerçekliğe uygunluğunun yeniden değerlendirilmesi becerileri öğretilir. Bilişsel temelli terapilerde olduğu gibi DDT’de bireylere olayları yeniden değerlendirerek duyguları değiştirme stratejisi öğretilir. Eğer olayları yeniden gözden geçirdiğinde verilen duygunun gerçeklikteki olayla örtüştüğü sonucuna varılıyorsa o halde bu nokta da kullanılacak strateji sorun çözme becerisidir. Bu anlamda duyguları kontrol etmenin bir yolu da duyguları ortaya çıkaran olayı kontrol altına almaktır. Modülün bu kısmında öğretilen son beceri ise karşıt eylem geliştirme stratejisidir. Sorunlu duyguların uzantısı olan yüz ifade ve davranışsal eylemlerin tam tersini yapmak, sorunlu duyguların getirdiği otomatik tepkilerin akışına kapılmaktan çok daha potansiyel farklı sonuçlar doğuracaktır (Linehan, 2015).

Duygusal zihinden kaynaklanan kırılganlığı artırma becerileri altında ilk olarak hoş giden anlara farkındalık artırma becerileri öğretilir. Hoşa giden anlara dair farkındalık kişinin yaşamaya değer bir yaşam inşa etmesi için hoş giden anları hayatına daha çok dahil etmesi için gerekli hayat değişikliklerini yapabilmesi için itici güç teşkil eder. Bireylerin hoş giden aktiviteleri hayatına daha çok dahil etmesi olumlu duygulanım biriktirmeyi sağlar ve duygusal kırılganlığa yol açabilecek durumlar için güç kaynaklarını teşkil eder. Kişinin öz yeterlilik arttıracak aktivitelere daha çok dahil olması öz kontrol duygusunu artırır. Bilişsel temelli terapilerde kontrol duygusunu arttırmanın depresyon tedavilerinde kullanılması stratejisi DDT de geçerlidir. Bu modülde son olarak bedenine iyi bakmak, dengeli beslenmek, yeterli uyku almak ve egzersiz yapmak duygusal direnci arttıran alışkanlıklar olarak çerçevesizdir (Linehan, 2015).

Bu modülün aşırı duyguların yönetimi başlığında ise içinde bulunulan andaki acı veren güçlü ve/veya yıkıcı duygularla nasıl baş edilebileceğiyle ilgili stratejiler öğretilir. Birincil duygularla yüzleşmek ikincil duyguların doğmasını, güçlenmesini ve yıkıcı etkisini kontrol altına alacaktır. Temel olumsuz duyguları (öfke, utanma, korku) ‘yanlış’, ‘ hatalı’, ‘kusurlu’, ‘kötü’ şeklinde etiketlemek, kişi bu duygular her açığa çıktığında sıkıntılı duruma tolerans göstermesini engelleyecek ve duygusal

kaçınmasını arttırarak baş etmesini güçleştirecektir. Kişi içinde bulunduğu duygu durumu ile yüzleşir ve o duygularını kaçınmadan kabul ederse ancak o zaman kendi duygusal gerçekliğini değiştirecek doğru adımları atabilir. Özetle; DDT' ye göre duygusal değişim önce kendi duygusal gerçekliğimizi yargılamadan kabul etmekten geçer (Linehan, 2015).

3.3.4. Sıkıntıyı Tolere Etme Modülü

DDT'ye göre sıkıntıyı tolere edebilme becerisine sahip olmak birkaç nedenden ötürü önemlidir. İlk olarak, acı yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır, yok sayarak ortadan kaldırılamazlar. Acı veren bir deneyimi görmezden gelmeye çalışmak, acıdan kaçınmak, acıyı azaltmak yerine ancak daha çok katlanılmaz hale getirecektir. İkinci olarak ise; acıdan kaçınmak, işlevsiz bir baş etme yöntemi olarak dürtüsel eylemlere sebebiyet vermektedir. Oysa; bireyin arzu ettiği yaşam hedeflerine erişebilmesi için gerekli çabayı sarf edebilmesi acının görmezden gelinmesinden değil acının kabullenilmesinden geçer. Dolayısıyla, sıkıntıya dayanmak, uzun vadede yaşamaya değer bir hayat inşa edebilmek için kısa vadede atılması gereken bir adımdır (Linehan, 2015).

Bu modülün krizi atlama becerilerinde, eğer acı veren durum karşısında şimdiki anda doğru bir çözüm yöntemine erişim yok ise, neyin en doğru veya en yanlış tepki olabileceği ile ilgili düzgün bir karar yetisi ortaya konulamayacaksa, böyle bir kriz anını dürtüsel tepkiler vererek daha da çileli bir hale getirmektense yürütülebilecek altı set strateji öğretilir. Krizi atlama becerileri, duygusal güçlüğe sebebiyet veren yaşantıya ikincil güçlükler eklememek için bireylerin kendini yatıştırmasını sağlar. Kişi en doğru kararı verene kadar kendine zaman vermesi için olanak tanır. Kısa vadede işlevseldir; ancak uzun vadede kaçınmaya sebebiyet vereceğinden önerilmez. Modülün bu kısmında öğretilen tüm beceriler sadece kriz durumlarında kullanılır. Kriz durumları dışında kullanılması yaşantısal kaçınma ile sonuçlanmaktadır (Linehan, 2015).

Modülün ikinci kısmı olan gerçeği kabul etme becerileri ise yaşamı olduğu gibi kabul etme maharetini öğretmeyi hedefler. Sıkıntıya dayanmanın gerçekliği kabullenmek ile doğrudan bir ilişkisi vardır. Acı veren hakikatler değiştirilebilir bile olsalar anında değiştirilemeyeceğinden, kişinin kendi gerçekliğini kabul etmesi kişiyi daha özgür kılar. Farkındalık egzersizleri sıkıntıya dayanma da sıkça kullanılır. Gerçekliği yargısız bir şekilde gözlemlemek ve onunla yüzleşmek kabullenme de önemli bir adımdır. Ancak yargısız bir duruş almak onaylayıcı bir duruş ile aynı anlama gelmemektedir. Bu bağlamda DDT boyun eğen, itaat eden bir kabullenme anlamı taşımamaktadır. DDT'deki kabullenme gerçekleşmiş acı veren durumun gerçekleşmiş olduğunu kabul etmektir. Bu bireyin zihnini, 'Neden benim başıma geldi? veya Niçin Ben?', gibi çözüme katkısı olmayacak işlevsiz düşünceler yerine işlevsel olan düşüncelere odaklanmayı öğrenmesine yardımcı olacaktır (Linehan, 2015)

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. PKOS VE DİYALEKTİK DAVRANÇI TERAPİ BECERİ EĞİTİMİ

4.1. PKOS, DDT ve SAĞLIK İNANÇLARI MODELİ

Yukarıda da değinildiği gibi, PKOS'un karmaşık doğası henüz tam olarak aydınlatılmadığından kullanılan tedavi yöntemi radikal tedavi olmaktan çok semptomatik tedavidir. PKOS'da kullanılan primer tedavi yöntemi ise obez hastalarda kilo kaybını sağlamak, zayıf ve insülin direnci olan bireylerde de dengeli beslenme fiziksel egzersiz ve sigara kullanmaktan kaçınma gibi uygun sağlık davranışlarını geliştirme ve yaşam şekline dönüştürmektir. PKOS'da sağlıklı yaşam geliştirmenin hem tedavi edici hem de uzun vadede risk faktörlerinden koruyucu etkisi göz önünde bulundurulduğunda, bu hastalarda sağlığı koruyucu davranışları geliştirmek ve bunları devam ettirmek özellikle önem kazanmaktadır.

PKOS'lu hastalarda yapılan bir çalışmada; katılımcılara bu hastalığı kontrol altında tutabilmek için sağlık davranışlarının neden ve nasıl önemli olduğu üzerine tıbbi bilgilendirme eğitimi verilmiş; ancak bilgilendirmeden sonra takip edilen PKOS'lu hastaların sağlık davranışlarında olumlu yönde bir değişim sağlanmadığı görülmüştür. Başka bir çalışma da ise dört ay boyunca beslenme ve fiziksel egzersiz eğitimi verilen adolesan obez PKOS'lu kızların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandığı görülmüştür (Erbaba, 2019). Bu olguyu anlayabilmek adına sağlık davranışı modellerini incelemek fayda sağlayabilir.

Sağlık İnanç Modeli bireylerin sağlık davranışlarını ne olasılıkta hayata geçireceklerini tahmin etmek ve sağlık davranışlarını hayatlarına dahil etme olasılığını arttırmak için hangi değişkenlerin önemli olabileceğini belirleyebilmek adına geliştirilmiş bir teoridir (Vural ve Temel, 2007). Sağlık İnanç Modeline göre; sağlık davranışı geliştirmenin tek bir nedeni bulunmamaktadır, birçok değişkenin

karşılıklı etkileşiminin karmaşık bir sonucudur. Bu modele göre; bir bireyin sağlık davranışlarını hayatlarına dahil etmesinin bir yordayıcısı, kendilerinin de o hastalığa yakalanabileceğini ne kadar olası gördüğüdür (Batlaş, 2009). Yani bu modele göre; PKOS’lu bir bireyin tedbir amaçlı sağlık davranışlarını geliştirmesi, PKOS’un uzun vadede getireceği kronik hastalıklara yakalanabileceklerine ne kadar ihtimal verdikleri ile ilişkilidir.

İkinci bir yordayıcı ise; kişinin o hastalığa yakalanması dahilinde sonuçlarının ne kadar ciddi olabileceğine dair inançlarıdır (Champion ve Skinner, 2008). Örneğin; Bir kişinin PKOS’un olumsuz sonuçlarını önlemek için bir girişimde bulunma ihtimali; hastalığın doğuracağı psikolojik, sosyal ve fiziksel sonuçların daha yıkıcı olduğuna inandığı takdirde daha yüksektir. Başka bir önemli yordayıcı ise; bireyin sağlık davranışlarını hayatına dahil ettiği takdirde; bu tedbirlerin ne derecede potansiyel hastalıktan korumaya yardım ettiğine dair inançlarıdır. Örn.; bu modele göre kilo kontrolünün onu gelecekteki potansiyel kısırlık ve kronik hastalıklardan koruyabileceğine ihtimal vermeyen PKOS’lu bir bireyin kilo kontrolü için eyleme geçmesi daha düşük bir olasılıktır (Champion ve Skinner, 2008).

Bu araştırmada, Diyalektik Davranışçı Terapi Beceri eğitiminin PKOS’lu genç bireylerde sağlığı koruyucu davranışları geliştirmede yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Bunun bir nedeni, DDT’nin sağlık davranış modelleri ile temel bir düzeyde örtüşmesidir. Açıklamak gerekirse; Sağlık İnanç modeline göre; inanç eyleme geçmek için tek başına yetmez, yukarıda belirtilen faktörlerin yanı sıra ‘algılanan engel’ de bu konu da önemli bir yordayıcıdır. (Champion ve Skinner, 2008). Kişi tavsiye edilen bir eylemin ne kadar zor olabileceği veya hem fiziksel hem psikolojik olarak nelere mal olacağını değerlendirir ve bu değerlendirme sonucunda eğer fayda engellerden daha ağır basıyorsa, o zaman eyleme geçme ihtimali daha yüksektir.

Öte yandan, Diyalektik Davranışçı Terapinin temel prensiplerine bakıldığında; sadece onaylama veya sadece değişim üzerinden giden tedavi stratejilerini benimsemediği, onay ve değişimin dengeli bir kabulünü ilke edindiği görülür. Bu bağlamda; DDT’ye göre yeni bir davranışı kazanmaya çalışan birey, bir

yandan yeni davranış kazanımı sırasında deneyimlediği güçlükler için kendini onaylamalı bir yandan da eyleme geçmesinin önündeki engelleri tespit ederek değişimsel stratejileri devreye sokmalıdır (Linehan, 2015). DDT bu görüşü ile sağlık davranışları geliştirmek için inancın önemli ancak tek başına yeterli bir faktör olmadığını vurgulayan Sağlık inançları modeli ile örtüşmektedir.

Kişi eyleme geçtiği taktirde, yapması gereken değişiklikleri zor ve uygulanması güç buluyorsa, algılanan engel algılanan faydanın önüne geçebilir. DDT beceri eğitimi, yeni bir davranışı kazanma sırasında ortaya çıkabilecek kişisel engellere dair zengin bir içerik sunmaktadır. DDT beceri eğitiminde yeni bir beceriyi kazanmanın önünde engel teşkil edebilecek potansiyel mit düşünceler, olumsuz varsayımlar didaktik bir şekilde terapist tarafından anlatılır ve katılımcılardan bunlardan hangilerine ne derecede sahip olduklarını değerlendirmeleri istenir. Çünkü engelleyici düşüncelerin tespit edilmesi değişim için esastır. (Linehan; 2015). DDT'deki herhangi bir yeni davranışı kazanmak için sunulan bu yaklaşımın, katılımcılar tarafından sağlığı koruyucu davranışlar geliştirmek için de genellenebileceği düşünülmektedir. Böylelikle katılımcılar bir yandan kendilerini onaylayarak eyleme geçebileceklerine dair inançlarını beslerken; bir yandan da algılanan engellerin gerçekçi bir değerlendirmesini yaparak değişime götüren hedeflere odaklanabilirler.

Sağlık inançları modeline göre, 'eylem ipuçları' bir kişiyi sağlık davranışında bulunmaya teşvik eden uyarıcılardır (Champion ve Skinner, 2008). Örneğin; PKOS'lu birinin kronik hastalıklar geliştirmeye başlaması sağlık davranışlarını geliştirmek için içsel bir uyarıcı olabilir. Veya PKOS'lu bir başka yakın kişinin kronik hastalık başlangıcı göstermesi ise dışsal bir uyarıcı olarak kişiyi eyleme geçiren itici güç olabilir. Eylem ipuçları sadece eyleme geçiren itici güç niteliğindeki olayları değil aynı zamanda stratejileri de kapsar. Sağlık inançları modelindeki bu görüş DDT'deki davranış kazanımı stratejileri ile de uyuşmaktadır. Açıklamak gerekirse, Linehan'a (2015) göre sağlıklı bir kiloya ulaşma hedefinde olan biri kendisini bu hedefe ulaştıracak içsel ve dışsal düzenlemeleri gerçekleştirmelidir. Aşırı yeme davranışı için itici güç eğer olumsuz duygulanım ile başa çıkma ise kişi duygu düzenleme becerilerini devreye sokmalıdır. İçsel düzenlemelerin yanı sıra kişi

kendisini hedefe götürecektir dışsal düzenlemelere yönelik stratejileri de kullanmalıdır. Örneğin; eğer birey evinde zararlı atıktırmalıklar olduğunda bu onun yeme davranışlarını olumsuz yönde etkileyecekse evine bu ürünleri almamayı tercih etmelidir. Böylelikle, öz kontrol duygusunu arttıracak becerilerin yanı sıra dışsal düzenlemeler de DDT’de temel stratejiler olarak kabul görmektedir.

Sağlık inançları modeline göre, sağlık davranışlarını etkileyen bir diğer faktör sağlığın değeridir. Sağlığa verilen değer genel anlamda sağlığa duyulan ilgi ve merakı, sağlığa düşkün olmayı ifade eder. Bu modele göre sağlığına değer veren kişiler, sağlığına değer vermeyen kişilere göre daha çok egzersiz yapmakta, sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirmek için daha çok efor sarf etmektedir (Champion ve Skinner, 2008). Son olarak, öz-yeterlilik sağlık davranışlarını etkileyen kilit faktörler olarak formüle edilmektedir (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002). Kişinin eyleme geçebileceğine dair olan güveni uzlaştırıcı değişkenlerden etkilenir ve karşılığında beklentileri etkiler. Benzer şekilde, DDT’nin duygu düzenleme modülüne bakıldığında; öz yeterliliği arttıracak stratejilere yer verildiğini, bunun yanı sıra bedene değer vermek, bedene iyi bakmak, dengeli beslenmek, yeterli uyumak ve egzersiz yapmak gibi alışkanlıkların öneminin vurgulandığı görülmektedir. Linehan (2015); diğer konularda olduğu gibi bu konuda da beceri eğitmenlerine, sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışların psikolojik iyi oluşu da olumlu yönde etkilediğini gösteren araştırma bulgularının da katılımcılarla sık sık paylaşmasını salık vermektedir.

4.2. PKOS, DDT ve SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ

Sağlık davranışları üzerine önerilmiş olan bir başka teori de Sağlığı Geliştirme modeli’dir. Sağlık inanç modeli hastalığı önleme üzerine odaklanırken bu model ise daha çok sağlığı geliştirme üzerine odaklanmaktadır. Odak noktası hastalığı önlemek değil, potansiyel en üst sağlık düzeyine ulaşmaktır. Sağlık inanç modelinde sağlık davranışının belirleyicisi hastalık korkusu ve/veya hastalık tehditi olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle aslında bu modelin özünde bir hastalıktan kaçınma modeli olduğu da düşünülmektedir. Sağlığı geliştirme modeli, sağlık inançları modelinden hastalık korkusu faktörü ile ayrılmaktayken, “algılanan

yarar”, “algılanan engel”, “öz yeterlilik” faktörleri açısından benzeşmektedir (Bahar ve Açıl, 2014).

Sağlığı geliştirme modelinin varsayımları DDT’nin varsayımları ile paralellik içermektedir. Sağlığı geliştirme modelinin varsayımları şunlardır (Bahar ve Açıl, 2014).;

1. İnsanlar, kendilerine özgü sağlık potansiyellerini en iyi şekilde ifade edebilecekleri yaşam koşullarını oluşturmaya çalışırlar.
2. İnsanların, yeteneklerini/öz-yeterliliklerini değerlendirerek farkındalıklarını yansıtmaya kapasiteleri vardır.
3. İnsanlar, pozitif yönde gelişmeye değer verirler ve kişisel olarak kabul edilebilir düzeyde değişim ve durağanlık arasında denge kurabilirler.
4. Bireyler kendi davranışlarını aktif olarak geliştirmeye çalışırlar.
5. Bireyler, tüm biyopsikososyal karmaşalarında çevreleri ile etkileşim içerisinde olurlar ve çevreyi zaman içerisinde ve sürece yayarak değiştirirler.
6. Sağlık profesyonelleri, kişilerarası çevrenin bir parçası olup, bireyleri birbirleriyle etkileşim içerisinde olmaya yöneltir.
7. Çevre-insan etkileşimi insanların davranış değişikliğini etkileyen önemli unsurlardandır.

DDT’nin varsayımları ise (Linehan, 2015);

1. İnsanlar ellerinden gelenin en iyisini yaparlar.
2. İnsanlar hayatlarını geliştirmek/iyileştirmek ister.
3. İnsanlar değişim için daha iyi şeyler yapmalı, daha fazla uğraşmalı ve daha fazla motive olmaya ihtiyaç duymalıdır.
4. Bir insan kendi problemlerinin tamamının nedeni olamaz ama yine de problemlerinin hepsini kendi çözmek zorundadır.
5. Yeni bir davranış, ilgili bağlamların tamamında öğrenilmelidir.
6. Tüm davranışların (eylemler, düşünceler, duygular) nedeni vardır.
7. Davranışların nedenlerini anlamaya çalışmak ve değiştirmek, yargılamaktan ve suçlamaktan daha iyidir.

Sağlığı geliştirme modeli ve DDT arasındaki bu ortak noktalar; DDT'nin PKOS'lu bireyler için primer tedavi olan sağlığı koruyucu davranışları kazanmasında etkili olabileceğini düşündürmektedir. Sağlığı geliştirme modeli davranış değişikliğini insan ve çevre etkileşiminin sonucu olarak görmektedir, DDT'de benzer şekilde duygu ve davranışları 'biyososyal kuram' ile açıklamaktadır. Sağlığı geliştirme modelinde 'Kişiler arası etkiler' kilit bir rol oynamaktadır. Buna göre; Kişiler arası etkileşim, Sosyal normlar (sağlığa değer veren bir çevre içinde olmak), sosyal destek (çevresinin bireyi daha fiziksel olarak aktif olması için desteklemesi) ve rol modelleri (ailede düzenli olarak egzersiz yapan bir bireyin olması) olarak üç temel faktör üzerinden sağlık davranışlarına etki etmektedir.

Bu modelde, uzmanlara danışanlarına yardımcı olabilmek için;

1. Sosyal normlar; bireyin aile ve arkadaşlarını cesaretlendirme
2. Sosyal destek; bireye ailelerinden ihtiyaç duydukları desteği alması için rica etmesinde yardımcı olmak
3. Rol modelleri; Fiziksel olarak aktif kişilerle etkileşimi artırma konularında destek vermesi önerilmektedir.

Benzer bir şekilde; DDT'de Kişiler arası etkililik modülü, bireylere kendi öz saygılarını da koruyarak diğer insanlardan kendi arzu ve taleplerini uygun bir şekilde dile getirme ve isteklerini elde etme olasılığını arttıran becerileri kazandırmayı hedeflemektedir. Bu bağlamda PKOS'lu genç bireyler, öğrendikleri kişiler arası etkililik becerileri ile özellikle sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik olarak sosyal destek almalarını sağlamak için kullanma yönünde teşvik edilebilirler.

4.3. PKOS, DDT ve DUYGU DÜZENLEME

DDT, aşırı yeme ve sigara kullanımı gibi sağlığa zarar verici davranışları işlevsiz duygu düzenleme stratejileri olarak görmektedir (Linehan, 2015). Literatürdeki çalışmalar, duygu düzenlemenin, yeme bozuklukları (Rezaei, Khoshsorou ve Nouri, 2019; Svaldi, Griepenstroh, Tuschen-Caffier ve Ehring, 2012) yeme tutumları (Karaoğlu ve Erzi, 2019), duygusal yeme ve beden kitle endeksi ile ilişkili olduğunu desteklemektedir (Cotter ve Kelly, 2018).

Yeme bozukluğu olan kişiler etkin duygu düzenleme stratejilerini kullanamamaktadır (Aldao ve Nolen-Hoeksema, 2010) Kısıtlı gıda alımı, uygun duygu düzenleme stratejilerinin yokluğunda, bir nevi duygu düzenleme işlevi görmektedir (Wolz, Fagundo, Treasure ve Fernandez-Aranda, 2015).Gıda sınırlandırılması ile karakterize olan yeme patolojilerinin yanı sıra, literatürde tıknircasına yeme atakları ve uyumsuz duygu düzenleme stratejileri arasında da ilişkiyi destekleyen bulgular mevcuttur (Han ve Pistole, 2014; Wisner ve Telch, 1999). Bir yeme tutumu olarak tanımlanan ‘duygusal yeme’ örüntüsünün de uygun duygu düzenleme becerilerini kullanamamanın sonucuna bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir (Gianini, White ve Masheb, 2013).

Yeme davranışının, herhangi bir fizyolojik açlık veya sosyal bir gereklilik olmadığı halde ortaya çıkması ile ilgili iki izahat getirilmektedir. İlk olarak; Olumsuz duygular yeme davranışını tetiklemektedir. İkinci olarak ise; kişinin yaşadığı olumsuz duyguları yatıştırmaktadır (Demirel, Yavuz, Karadere ve Türkçapar, 2014). Bireylerin %73’ü, duygusal stres karşısında daha tatlı ve yağlı atıştırmalıklara yönelmekte (Oliver ve Wardle, 1999), sebze, meyve, balık türü gıdaların alımını azaltmakta ve atıştırma sıklığını arttırmaktadır (Blyderveen ve ark., 2016). Özellikle yağlı ve karbonhidratlı yiyecekler beyinde serotonin ve endorfin salınımını uyararak ruh halinde iyileşme sağlamaktadır (Benton ve Donohoe, 1999). Olumsuz duygularla başa çıkmak için duygusal yeme eğilimi olanlarda, böyle bir eğilimi olmayanlara göre daha yüksek beden kitle indeksi ve artmış bel çevresi kalınlığı görülmektedir. (Cotter ve Kelly, 2018). Kadınlar erkeklere nazaran daha fazla duygu odaklı baş etme yöntemlerini kullanmakta (Billings ve Moos, 1981), duygusal strese yanıt olarak sık sık yeme davranışı sergilemektedir (Dhivyadharshini, Priya ve Gayathridevi, 2019; Blyderveen, Lafrance, Emond, Kosmerly, O’Connor ve Chang, 2016).

Bu bölümde verilen bilgiler ışığında iki sebepten ötürü DDT-BE’nin PKOS’lu genç kadın örneğinde fayda sağlayabileceği düşünülmektedir. İlk olarak; DDT bir duygu düzenleme terapisi olarak tanımlanmaktadır. Bazı teorisyenler, yeme bozuklukları patolojilerinin duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğunu gösteren araştırma bulgularına dayanarak, DDT’nin yeme bozuklukları

tedavisi için etkili olabileceği öne sürmüştür ve yeme bozukluklarına spesifik bir DDT uyarlaması yapmışlardır (Debra ve ark., 2017). Yapılan deneysel çalışmalar ise DDT'nin yeme bozuklukları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. (Telch, ve ark., 2001; Lynch, Gray ve Hempel; 2013). Öte yandan ise; Literatür bulguları, özellikle tıknırcasına yeme ile karakterize olan yeme bozuklukları dahil tüm yeme bozukluklarının ve olumsuz yeme davranışlarının PKOS'lu kadınlarda normal popülasyona göre çok daha yüksek oranda olduğunu göstermektedir (Thannickal ve ark., 2020). DDT'nin yeme bozuklukları üzerinde kanıtlanmış olan etkililiği; PKOS'un da yeme bozuklukları için risk faktörü olduğu düşünüldüğünde özellikle önem kazanmaktadır.

İkinci olarak; PKOS'da dengeli beslenmek ve kilo kontrolü esastır. Fizyolojik bir ihtiyaç yokken, duygusal strese yanıt olarak ortaya çıkan yeme davranışlarını kontrol altına almak; kolayca kilo alabilen ve zor kilo veren PKOS hastalarında özellikle önem kazanmaktadır. DDT ile PKOS'lu kadınların uygun duygu düzenleme becerilerini arttırması, uyumsuz duygu düzenleme stratejilerini azaltması ve buna bağlı olarak da duygusal yeme davranışını kontrol altına alması; kilo vermesine, dolayısıyla da PKOS'un tedavisine önemli bir katkı sağlayabilir. PKOS'da kilo kontrolünün uzun vadede kronik hastalıkların ortaya çıkma olasılığını önemli ölçüde azalttığı düşünüldüğünde ise, DDT PKOS için koruyucu bir önlem tedavi olarak işlev görebilir.

İlginç bir araştırma, duygu düzenleme becerilerinden özellikle de duyguları tanıyamama, hissettiği duygunun adını koyamama ve duygusal tepkiyi kabullenememe gibi beceri eksikliklerinin duygusal yeme davranışını yordadığını bulmuştur (Gianini, White ve Masheb, 2013). DDT-BE duygu düzenleme modülü, duyguları tanıma ve duyguların işlevlerini anlama becerilerine yönelik egzersizlerle başlamaktadır. Çünkü DDT'ye göre; duyguları anlamak duygu düzenleme becerilerini kazanmak için temel bir başlangıçtır (Linehan, 2015). Aynı zamanda DDT'ye göre duygusal tepkiyi kabullenememek duygu düzenlemeyi daha da güçleştirmektedir, değişime giden yol mevcut andaki olumsuz duyguları kabullenmekten geçmektedir.

4.4. PKOS, DDT-BE ve YEME FARKINDALIĞI

İlginç bir araştırmada ‘farkındalık ile yeme’nin hedeflenen yeme davranışlarını kazanmaya yardımcı olduğu gösterilmiştir (O’Reilly, Cook, Spruijt-Metz ve Black, 2014). Yeme eylemi boyunca, dikkati düşünce, duygu ve fiziksel duyumsamalar (koku, tat, bedensel ipuçları) üzerine odaklamak, bu dikkatin niteliğini fark etmek ve tüm bu fark edilenleri yargılamaksızın kabul etmek, ‘yeme farkındalığı’ olgusuna karşılık gelmektedir (Çolak ve Aktaç, 2019). Günlük hayatta; diğer pek çok eylemde olabildiği gibi yeme eylemini de bilinçli bir farkındalık olmadan otomatik pilota gerçekleştirebiliriz ancak; bilinçli bir farkındalıkla yapılan yeme eylemi çok daha zengin bir deneyim içerecektir (Atalay, 2018). Yeme davranışı sırasında dikkati dağıtacak uyaranlara değil, tamamen o andaki fiziksel duyumsamalara odaklanmak, yeme hızını azaltacak, yeme hazzını arttıracak ve doyunluğun farkına varılmasını sağlayacaktır. Olumsuz duyguların akışına kapılıp otomatik pilota yemek yerine, yeme sırasında oluşan suçluluk, kaygı ve öfke gibi duyguları yargısızca gözlemlemek, olumsuz duyguların kabul edilmesine ve yeme alışkanlıklarının değişmesine yardımcı olabilir (Çolak ve Aktaç, 2019).

DDT-BE farkındalık beceri modülünde katılımcılara yargısız bir duruş almayı ve olumsuz duyguları kabul etmeyi öğretmek için pek çok metafor kullanılmaktadır. Örnek vermek gerekirse; ‘Bir tepede oturduğunuzu ve karşı tepede görüş alanınızdan bir trenin geçtiğini hayal edin. Görüş alanınıza trenin bir vagonu giriyor ve sonra görüş açısından çıkıyor, ardından diğer vagon görüş açınıza giriyor. Tıpkı ardı adına zihninizden geçen düşünceler gibi.. O vagonları izleyin, ancak trene binmeyin!’ DDT yapılandırılmış bir terapidir, aynı zamanda da esnektir, bir hedefe gitmenin birden fazla yolunu önerir, kişilere kendileri için en doğru olan stratejiyi seçmesi için seçenekler sunar. Tren rayı metaforunun yanında ırmak, taşıma kayışı gibi başka metaforları da içerir. Farkındalık ile ilgili olarak ise, çay ve kahve yaparken farkındalık, bulaşıkları yıkarken farkındalık, evi temizlerken farkındalık, banyo yaparken farkındalık, meditasyon ile farkındalık gibi geniş yelpaze de öneriler içerir. Yeme farkındalığı ile ilgili olarak ise; ‘kuru üzüm etkinliği’, ‘farkındalıkla çikolata yeme’, ‘daha önce hiç yenmemiş bir yemeyi yargısızlıkla yeme’ gibi egzersizler DDT-BE’ de sıkça kullanılır.

DDT-BE'ye katılan PKOS'lu bireyler, farkındalık becerileri modülünü öğrenirken farkındalıkla yeme ile ilgili egzersizler özellikle ön plana çıkarılabilir, bu becerileri kendilerini sağlıklı kiloya götürebilecek yeme davranışlarını geliştirmek için kullanabilecekleri konusunda, literatürdeki destekleyici araştırmalardan da örnek verilerek yönlendirilebilirler. Nitekim, 'yeme farkındalığı temelli terapi' yeme davranışı sırasında, açlık tokluk sinyallerinin farkına varma, değişen duygu durumlarına verilen yanıtları kontrol altına alma, farkındalık ile doyunluk hissini arttırma ve porsiyonları küçültme gibi birtakım hedefler üzerinden sağlıklı yeme davranışlarını yaşam tarzına dönüştürmeyi amaçlayan bir tedavi yöntemi olarak geliştirilmiştir (Miller, 2017). Yeme farkındalığı ağırlık yönetimine yeni bir yaklaşım olarak görülmektedir (Çolak ve Aktaç, 2019).Yapılan çalışmalar, farkındalıkla yeme eğitiminin aşırı yeme ataklarının sıklığını azalttığını, yeme ile ilişkili kontrol duygusunu geliştirdiğini ve depresif belirtileri de azalttığını göstermektedir (Kristeller ve Wolever, 2011).

4.5. PKOS, DDT-BE ve PKOS'UN İLİŞKİLİ OLDUĞU PSİKOLOJİK FAKTÖRLER

PKOS'un primer olarak ilişkili olduğu psikolojik tanı depresyondur. PKOS'lu ergenlerin ruh sağlığını ve yaşam kalitesini korumak amacıyla, 'PKOS'lu ergenler için bilişsel davranışçı terapi (BDT) protokolü geliştirilmiş ve önleyici bir tedavi programı olarak kullanımı süregelmektedir. Ancak, BDT programına yapılan en majör eleştiri, PKOS'lu ergenler için yapılan BDT programının, obez ergenler için BDT protokolünden içerik olarak ayrışmaması, dolayısıyla PKOS'lu gençlerin spesifik olarak ihtiyaç duyduğu alanlara özgü olamamasıdır (Szigethy ve ark., 2019).

Literatürde, DDT-BE'nin PKOS'lu bireylere depresyon semptomları ile baş etmelerinde yardımcı olabileceğini destekleyen bulgular mevcuttur. Bazı teorisyenler depresyonu bir duygu düzenleme güçlüğü olarak çerçevelemiş ve buna dayanarak, DDT'nin depresyon üzerinde etkili bir tedavi olabileceğini öne sürmüşlerdir. Nitekim, Yapılan deneysel çalışmalar, DDT-BE'nin depresyon üzerinde etkili olduğu yönündedir (Lynch, Morse, Mendelson ve Robins; 2003).

Literatürde, DDT'nin PKOS'da yaygın olarak görülen başka bir tanı grubu olarak anksiyete bozuklukları üzerinde de etkili olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. Marra (2004) DDT-BE' nin özellikle de anksiyete bozuklukları gibi kaçınma ile ilişkili bozukluklarda işlevsel olabileceğini öne sürmüştü; bu bozukluklarda neden ve nasıl bir şekilde işe yaracayacağını tartışmıştır. Ona göre; anksiyete tehditsel ipuçlarına aşırı tetikte olma, güvenli ipuçlarına karşı ise düşük reaksiyon sürecini içerir. Bu tehdit ipuçları içsel (bende yanlış giden bir şeyler var) veya dışsal (çevreyi kontrol etmek yerine çevre tarafından kontrol edildiği algısı) olabilir. DDT güvenli ipuçlarına karşı daha artmış şekilde dikkat etmeyi, tehdit ipuçları ile ise daha etkili bir şekilde baş etmeyi sağlayabilir. Böylelikle DDT, hem negatif kendilik değerlendirmesinde hem de çevresel şartları kontrol etmede davranışsal olarak daha stratejik olmayı sağlar. Marra (2004) aynı zamanda kontrolü kaybetmişlik hissindeki anksiyöz bireyin, zihinsel bir süreç olarak, önemsiz detaylara daha çok odaklandığını, bir iki detay üzerinde sabit olarak takılıp kaldığını, mecazi bir deyişle bir iki ağaca odaklanıp büyük ormanı kaçırdığını aktarır. Bu nokta da DDT, işlevsel olan düşünce şekli ile olmayanı ayırt etme, ne önemli ise ona odaklanmayı başarabilme konusunda bireye zihinsel yeni bir harita sunabilir.

Bir diğer önemli nokta da anksiyetede kronik, dirençli ve uzlaşmaz olan çatışmaların (conflict) DDT ile çalışılabilirliğidir. Örneğin kendini güvende hissetmek istiyorsun; ama aynı zamanda, eğlenceli olabilecek yeni insanların olduğu yeni yerlere de gitmek istiyorsun. Sosyal anksiyete yaşayan biri için, hem güvende hissetme hem de hareket özgürlüğü birlikte var olamaz; çünkü ancak kendini aşına olunan insan ve durumlarla sınırlarsa güvende hissedebilecektir. İşte bu diyalektik bir çatışmadır. DDT bu noktada, net bir şekilde yapacağın seçimleri tanımlama, rekabet halindeki istekler arasında karar kılmayı sağlama ve alternatif seçimlerin sonuçlarını analiz etmede yardımcı olur (Marra, 2004).

Marra'ya (2004) göre DDT'nin anksiyetede yardımcı olabileceği en önemli noktalardan biri de bu ekolün kendini geçersiz kılmaya (invalidation) karşı kendini kabule yaptığı vurgudur. Açıklamak gerekirse; Diğerleri (ebeenyn, öğretmen, arkadaşlar...) size korkacak hiçbir şey olmadığını, o şekilde hissetmeniz için hiçbir neden olmadığını, dolayısıyla bunun sizinle ilgili olduğunu söylerler, halbuki siz

anksiyetenin tüm gerçekliğini, bedeninizdeki gerginlikte, kalbinizin atışınızda, burada bir tehlike var sinyalinin gönderen kaçıp gitme istediğinizde hissedersiniz. Böylelikle diğerleri duygularınızın yanlış olduğunu söylerken, siz dışsal bir geçersiz kılınmayı deneyimlersiniz ve ‘bende yanlış giden bir şeyler var’ hissine kapılırsınız. Böylelikle de temel duygularınızın kesinliğini, nihayetinde de kendi varoluşunuzu sorguladığınız bir sürece girersiniz (*Korkmuş hissetmemeliyim, korkacak bir şey yok, peki o zaman neden korkmuş hissediyorum?*). (*‘Diğerlerine karşı onları kendimle ilgili hayal kırıklığına uğratan bir şey yapmış olmalıyım ve bundan ben sorumluyum’*). Diğerleri sizde giden yanlışları bildiğine göre içsel dünyanız transparandır. Eğer diğerleri içinizi görüyorsa korktuğunuzu da görebilir. Eğer korkunuzu görüyorsa yetersizliğinizi de görebilir. Eğer yetersizseniz kendinizi diğer insanların ataklarından korumak için onlardan kaçınmalısınızdır. Ama madem her şey transparan, o zaman kaçınma diye bir şey de yoktur. Korku yoğun duygulardan kaçınma dürtüsüyle devam eder. Fakat kendi duygularınızdan nasıl kaçabilirsiniz? Kaçamazsınız! Bu da korku, endişe, kaçınma ve nasıl hissetmeniz gerektiğini anlamak için diğerlerine bakıp kıyasladığınız sonu olmayan negatif bir kısır döngüye yol açar. Öz saldırı (öz-saygı, kişisel gücünüze dair hissiyatınız ve hatta fiziksel olarak bedeniniz üzerinden olabilir) sembolik veya somut yollarla olabilir. İşte bu örnekte olduğu gibi kendi hislerinizin dışsal dünyada geçersiz kılındığı bir sıkışmışlık hissinde, DDT’nin diyalektiğe (onaylama ve değişim) ve radikal kabullenmeye yaptığı vurgu terapinin temel yapı taşıdır. Kendiliğin yok edilmek, bastırılmak ve kaçınılmak istenilen kısımları, yargısızlık ve kabullenme ile ele alınır. DDT’ye göre duyguları yaşamının tek bir doğru yolu yoktur. Bir duygu işlev bozucu olduğunda bile, o duygu da geçerli kılınacak her ne var ise geçerli kılınır, aynı zamanda değişim için gerekli olan stratejiler ile dengeli bir şekilde ele alınır.

Nitekim; literatürde DDT’nin anksiyete bozuklukları üzerinde etkili olduğunu gösteren birkaç araştırma mevcuttur (Welch, Osborne ve Pryzgod, 2010; Navarro-Haro ve ark., 2019, Slocum ve ark., 2022). Bazı ilginç çalışmalar ise; diyalektik davranışçı terapinin önemli bir ögesi olan farkındalığın (mindfulness) anksiyete ile ilişkisine dikkat çekmişlerdir. (Hofmann, Sawyer, Witt ve Oh, 2010; Roemer ve Orsillo, 2002; Kocaefe, 2013; Ülev, 2014). Sağlıklı popülasyon üzerinde yapılan bir

çalışmada farkındalık ile anksiyete düzeyleri arasında negatif bir ilişki olduğu; kişilerin farkındalık düzeyi arttıkça anksiyete düzeylerinin de düştüğü bulgulanmıştır (Hisli-şahin ve Yeniçeri, 2015). Aynı zamanda; bilinçli farkındalık temelli grup terapi uygulamalarının etkililiğini inceleyen araştırmalarda mevcuttur. Demir (2014) tarafından sağlıklı popülasyonda gerçekleştirilen bir çalışmada bilinçli farkındalık temelli sekiz oturumluk bir eğitim programının katılımcıların stres düzeylerini azaltmada etkili olduğu göstermiştir. Benzer bir şekilde, Shapiro at al (2007) tarafından normal popülasyonda yapılan bir araştırmasında ‘Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma’ programına dahil olan katılımcılarda sekiz hafta sonunda sürekli kaygı düzeyinde azalma olduğu görülmüştür. Bir meta-analiz çalışması ise farkındalık becerilerinin hayata geçirilmesi sonucu artan farkındalık düzeyinin kaygı belirtilerini azalttığı sonucuna erişmiştir (Gu, Strauss, Bond ve Cavanagh, 2015).

5. Bu Araştırmanın Konusu, Amacı ve Önemi

PKOS’un sadece hormonal bir bozukluk olmasından ziyade, psikolojik ve fiziksel hastalıklar için risk teşkil etmesi, erken teşhis ve tedavinin önemini ortaya koymaktadır. Kilo yönetimi ve düzenli egzersizler bu özgül grupta psikolojik iyi oluşu olumlu yönde etkilemekte ve uzun dönemde interfelite ve metabolik rahatsızlıklara yakalanma ihtimalini azaltmaktadır. Bilindiği kadarıyla, şimdiye kadar iki erken müdahale protokolü kilo kaybı tedavilerine motivasyonel görüşme tekniklerini eklemiştir ve bunlar Sağlıklı Yaşam Tarzı Pilot Çalışması (Schwartz ve ark., 2007) ve Go Girls (Resnicow ve ark., 2005)’dür. Bu tedavi protokollerinin hedef kitlesi yüksek beden kitle indeksine sahip (*pkos değil*) çocuklardır. Ne yazık ki, tedavi protokollerine bir psikoterapi tekniği olarak motivasyonel görüşme tekniklerini eklemenin tedavi etkililiğini arttırdığını belirleyebilmek adına yeterli veri bulunmamaktadır. (Resnicow ve ark., 2005).

Bilindiği kadarıyla, PKOS ve depresyonu olan ergenler için psikoterapi temelli sadece bir tedavi programının etkililiği test edilmiştir. ‘Sağlıklı bedenler, Sağlıklı zihinler’ (HBHM) isimli bu yapılandırılmış müdahale programı Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) temel tekniklerine dayanan sekiz yoğun seansı içermektedir. Esasında obezite engelleme programı olarak hazırlanmış olan

programın, tedaviye rastgele atanan PKOS ve depresyonlu ergenleri de içeren genişletilmiş pilot çalışmalarının ilk sonuçları olumlu idi (Rofey ve ark., 2009). Öte yandan, BDT yönelimli HBHM programına getirilen en temel eleştiri; PKOS’lu ergenler için uygulanan tedavinin ile obeziteli ergenler için uygulananı ayırmamış olması; dolayısıyla da PKOS’lu ergenlerin spesifik ihtiyaçlarına göre düzenlenmemiş olmasıdır. Başka bir deyişle; HBHM, hem obezite hem de depresyonu olan ergenlerde, bir model fiziksel hastalığı (PKOS) kullanarak bir alt yapı sağlar; ancak bu müdahalenin her hastanın ihtiyaçlarına göre düzenlenmesi gerekmektedir (Szigethy ve ark., 2019). Örneğin, Her PKOS hastası obezite geliştirmemektedir. Veya bir PKOS hastasının obeziteden bağımsız olarak geliştirdiği psikolojik değişkenler olabilmektedir. Örneğin; PKOS’lu zayıf bireylerde de yeme bozukluğu olduğu rapor edilmiş ve obezitenin tek başına PKOS ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkiyi açıklamadığı görülmüştür (Jeanes ve ark., 2017). HBHM programına getirilen ikinci diğer eleştiri de, hem PKOS’lu hem obez ergenlerin bilişsel stratejileri anlama ve öğrenmede güçlük çekebilecekleridir (Szigethy ve ark., 2019).

Bu araştırmanın amacı, Diyalektik Davranışçı Terapi beceri eğitiminin Polikistik over sendromu olan genç bireylerde etkililiğini incelemektedir. Birkaç sebepten ötürü DDT’nin bu özgül grupta etkili olabileceği düşünülmektedir. İlk olarak; DDT’nin PKOS ile ilişkili olan depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları gibi tanılar üzerinde etkili olduğu ortaya koyan çalışmaların mevcut oluşudur (Lynch, Morse, Mendelson ve Robins, 2003; Welch, Osborne ve Pryzgod, 2010; Navarro-Haro ve ark., 2019; Slocum ve ark., 2022; Gu, Strauss, Bond ve Cavanagh, 2015; Telch, ve ark., 2001; Lynch, Gray ve Hempel; 2013). İkinci olarak, DDT-BE özünde bir duygu düzenleme modülüdür. PKOS’un depresif mizaç, yüksek agresyon, kişilerarası ilişkilerde duyarlılık, pasif baş etme biçimleri ile karakterize olduğu bilinmektedir. (Özsoy ve ark., 2020 ; Özenli ve ark., 2008), DDT, PKOS’lu bireylere özellikle ihtiyaç duyduğu duygu düzenleme, kişilerarası ilişkilerde etkililik ve işlevsel baş etme becerilerini sağlayabilir.

DDT-BE’yi PKOS’lu bireyler için önemli kılabilen bir başka nokta da, duygu düzenleme becerileri ve sağlık davranışları geliştirme arasındaki ilişkidir.

Örneğin; PKOS'lu bireylerin kısıtlı egzersiz yapma nedenlerinin sorgulandığı nitel bir çalışmada katılımcılar depresif mod ile ilişkili olan negatif düşüncelerin kendilerini spor yapmaktan alıkoyduğunu dile getirmişlerdir (Lim ve ark., 2019). Buna göre; PKOS'lu kadınlar depresif hissetmekte, zihinlerini kendilerine yarar sağlayacak çözümlere odaklanmaktan çok olumsuz düşüncelere yoğunlaşmakta ve spora gitmek için kendilerine hedefler koyarak planlamalar yapamamaktadır. PKOS'lu kadınlar; aynı zamanda, kendi bedenlerinden utandıkları için spor salonuna gitmekten çekinmektedir.

PKOS'da görülen aşırı yeme davranışlarının da bir duygusal başa çıkma yöntemi olarak açıklanması söz konusudur. Örneğin; Bazı araştırmacılar PKOS'da görülen aşırı yeme davranışlarını, karbonhidrat ve yağlı besinler tüketerek duygu düzenlemeyi sağlamanın öğrenilmiş bir örüntüye dönüşmesi olarak açıklamaktadırlar. Karbonhidrat tükettikten sonra serotoninin yükselişi ve duygu durumunda anlık düzelmenin sağlanması PKOS'da öğrenilmiş bir davranış olabilir (Tay ve ark., 2019). Nitekim; araştırmalarda yüksek androjen seviyelerinin depresyon (Eriksson ve ark., 2000), iştah artışı (Asarian ve Geary, 2006) ve yeme isteği (food cravings) ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Hirschberg, 2012). Öte yandan; henüz radikal bir tedavisi olmayan PKOS'da, uluslararası düzeyde temel tedavi yöntemi olarak, kilo yönetimi, düzenli egzersiz ve sigara kullanmama gibi kalıcı yaşam tarzı değişiklikleri hala birinci sırada yerini korumaktadır (Conway ve ark., 2014). Bu anlamda, PKOS'lu bireylerde duygu düzenleme becerilerini arttırmak sağlıklı yaşam tarzları geliştirmelerine de yardımcı olabilir.

Diyalektik Davranışçı Terapi Beceri eğitimi bugüne kadar, tek başına bir modül olarak, klinik olan (Telch, Agras ve Linehan 2001; Hartmann Urban, Manser ve Okwara, 2012) ve olmayan (Zapolski ve Smith, 2016; Woodberry ve Popenoe, 2008; Ben-Porath, 2010) pek çok psikolojik tanı grubunda çalışılmıştır. Kronik bir fiziksel hastalık grubu üzerinde ise Türk örneğine dayalı henüz sadece bir çalışma mevcuttur. Yavuz (2020), fibromiyalji hastalarında kısa süreli DDT-BE uygulamış; daha sonra da nitel bir araştırma ile katılımcıların beceri eğitimi deneyimlerini derinlemesine incelemiştir.

Bu çalışmada ise; kronik bir hastalık grubu olarak 19 ve 25 yaş aralığındaki genç PKOS'lu bireylerde 12 haftalık beceri eğitimin etkililiğinin incelenmesi hedeflenmektedir. Erken teşhisin ve tedavinin PKOS için önemi bilinmektedir. PKOS çoğunlukla adolesan evrede başlamaktadır. Kısırlık, diyabet, metabolik rahatsızlıklar için risk çoğunlukla otuz yaşından sonra başlamaktadır. Bu araştırmada, özel bir uyarlama çalışması gerektirdiği için ergenlik dönemindeki adolesanlara ve uzun dönem riskleri ile karakterize olduğu için orta yaş yetişkinlere yer verilmemiştir. Ergenlik dönemindeki PKOS'lu bireyler, özel bir uyarlama çalışmasının yokluğunda, DDT ilke ve tekniklerini belki de öğrenme de güçlük çekebilirler. Öte yandan, henüz hastalığın uzun dönem risklerini deneyimlememiş olan genç ve yirmili yaşlarının başında olan bir grup üzerinde çalışmak; gelecekte geliştirilebilecek DDT yönelimli koruyucu tedavi kılavuzları için temel düzeyde bir veri sağlamaya yardımcı olabilir. Bu sebeplerden ötürü araştırmanın örneklemini için spesifik bir yaş aralığı hedef alınmış, PKOS tanısı alabilecek üreme çağına erişmiş; ancak metabolik rahatsızlıklar geliştirmek için risk olan yaş aralığına (otuzlu yaşlar) henüz gelmemiş olanlar hedef kitlesi olarak belirlenmiştir.

Nitekim bazı araştırmacılar; hastaların polikistik over sendromu deneyimlerini daha iyi anlayabilmek için; bu alanda yaş-spesifik araştırmalara ihtiyaç duyulduğunu tartışmaktadır. (Kaczmarek, Haller ve Yaron 2016). Bu araştırma; Türk örneklemine dayanan yaş-spesifik olarak tasarlanmış ilk nitel çalışmayı içermektedir. Literatürde Türk örneklemini üzerinde PKOS'lu bireylerin deneyimlerini inceleyen tek bir çalışma mevcuttur. Pekince (2019) tarafından yürütülen bu çalışmada özellikle yaş-spesifik bir gruba odaklanmaksızın, üreme çağındaki çeşitli yaş aralığından olan PKOS'lu kadınlar ile çalışılmıştır.

Karma yöntem metodolojisine dayanan bu araştırmanın diğer bir önemi ise; Polikistik over sendromunda DDT beceri eğitimini öneren ve uygulayan ilk çalışma olmasıdır. Araştırmanın nicel boyutunda 12 haftalık DDT-BE'nin etkililiğine ilişkin hipotezler kurulmuş (bkz., Yöntem, s. 63) ve test edilmiştir. Nitel boyutunda ise; herhangi bir hipotez kurulmamış; katılımcıların 12 haftalık DDT-BE deneyimleri derinlemesine incelenmiştir. Karma yöntem metodolojisine uygun olarak bu

araştırmada bir takım çatı sorular oluşturulmuş, nicel ve nitel yöntemlerden gelen bilgiler ışığında aşağıdaki problemlere cevap aranması hedeflenmiştir:

Ana problem: Diyalektik beceri eğitimi polikistik over sendromu olan genç bireylerde etkili olmuş mudur?

- Alt problemler:
- Diyalektik beceri eğitimi spesifik bir grup olarak Polikistik over sendromu olan genç bireylere özgü ihtiyaç ve problemler üzerinde etkili olmuş mudur?
- Diyalektik Davranış beceri eğitimi polikistik over sendromu olan genç bireylerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmuş mudur?
- Diyalektik davranışçı terapi beceri eğitimi polikistik over sendromu olan genç bireylerin sağlığı koruyucu davranışlar geliştirmesinde etkili olmuş mudur?
- Diyalektik davranışçı beceri eğitimi polikistik over sendromu olan genç bireylerin psikolojik iyi oluşu üzerinde etkili olmuş mudur?
- Diyalektik beceri eğitiminin grup formatında olması polikistik over sendromu olan genç bireylerin fayda görmesinde etkili olmuş mudur?

BEŞİNCİ BÖLÜM

6. YÖNTEM

6.1. UYGULAMA ÖNCESİ: DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ BECERİ EĞİTİMİ PLANLAMA BASAMAKLARI

Diyalektik davranışçı terapiyi (DDT) diğer bir çok ekolden ayıran özgün bir özelliği çok detaylı bir şekilde yapılandırılmış olmasıdır. Ayrıca; DDT’de yapılacak uygulamaya dair her detay tedavi programı öncesinde net bir şekilde kararlaştırılır. Eğer bir DDT tedavi programı aynı zamanda bir araştırma projesi olarak da amaçlanıyorsa; o zaman o program çok iyi bir tedavi öncesi planlama sürecini gerektirir (Linehan, 2015). Bu nedenle, PKOS örnekleme üzerinde uygulanması hedeflenen Diyalektik Davranışçı terapi beceri eğitiminin yürütülme esasları ve her bir oturumun içeriğinin ne olacağı müdahale programı başlamadan önce planlanmıştır.

Linehan (2015)’e göre; bir DDT programına başlamadan önce aşağıda belirtilen hususların planlaması önem arz etmektedir.

Bireysel görüşme mi yoksa beceri eğitimi mi?

Açık grup mu yoksa kapalı grup mu?

Heterojen gruplar mı yoksa Homojen gruplar mı?

Yeni bir DBT ekibi mi kurulacak yoksa var olana dâhil mi olunacak?

Beceri Eğitim Formatı nasıl olacak?

Hangi beceri eğitmeni hangi beceri oturumunu yönetecek?

Lider terapistin rolü ne; Co-terapistin rolü ne?

6.1.1. Tedavi Modülünün Belirlenmesi

Standart DDT tedavi programı, bireysel terapi, beceri eğitim grubu, kriz durumunda telefon danışmanlığı ve haftalık terapist konsültasyon toplantılarını kapsar. Söz konusu olan bu araştırma da tek başına bir modül olarak beceri eğitimi

hedeflenmiştir. Başka bir deyişle, bu araştırmada kullanılan tedavi formatı bireysel terapi modülü ve telefon danışmanlığı içermemektedir. Araştırmacı bir DDT ekibinin parçası değildir; haftalık terapist konsültasyon toplantıları bu araştırma sürecinin bir parçası olmamıştır. Beceri eğitimleri, bir DDT terapisti veya başka terapi ekolüne mensup psikologlar tarafından faydalı olacağı düşünüldüğünde tek başına bir modül olarak yürütülebilmektedir (Linehan, 2015).

6.1.2. Beceri Eğitim Grubu Planlanması

DDT eğitimi, iki ana kabullenme becerileri (farkındalık ve stres toleransı) ve iki ana değişim becerileri (kişiler arası etkililik ve duygusal regülasyon) olmak üzere toplam 4 temel modülü içermektedir. Linehan (2015), standart bir DDT programında SKB hastaları için tüm çekirdek modülleri 6 ayda tamamlar ve tekrar başa dönerek tüm modülleri tekrar uygular, böylece program bir yıl sürmüş olur. Ancak DDT beceri eğitimi; klinik olan ve olmayan başka gruplarda daha kısa süreli bir formatta yürütülebilmektedir. Bu araştırmada ise her bir ana modül için üçer oturum planlanmıştır, böylelikle katılımcılar DDT'nin tüm modüllerini temel düzeyde içeren ve toplamda 12 hafta sürecek bir programa dahil olacaklardır. İlk üç hafta bilinçli farkındalık (mindfulness) becerileri, sonraki üç hafta kişilerarası etkililik, bir diğer sonraki üç hafta duygusal regülasyon ve son üç hafta stres tolerans becerilerinin ele alınması kararlaştırılmıştır.

6.1.3. Grup Formatı

DDT'de beceri eğitimleri açık veya kapalı grup formatında yürütülebilmektedir (Linehan, 2015). Programın kısa süreli olması ve bir araştırma amacı ile yürütülüyor olmasından kapalı grup beceri eğitimi formatında karar kılınmıştır. Buna göre; beceri eğitimi süresince gruba her hafta yeni katılımcılar dâhil olmaz, beceri eğitimi aynı katılımcılar ile başlar ve sonlanır.

Grupların açık mı kapalı mı formatta yürütüleceği dışında planlanması gereken bir diğer husus da grupların homojen mi yoksa heterojen mi olacağı

konusudur. Beceri eğitimleri aynı tanıyı alan insanlar kadar aynı tanı grubundan olmayan insanlar ile de yürütülmektedir (Linehan, 2015). Araştırma amacı taşıyan uygulamalar homojen gruplar üzerinde yürütülür. Beceri eğitimine dahil olan tüm katılımcılar PKOS tanısı almış genç bireylerden oluşmaktadır.

6.1.4. Terapist Rollerinin Belirlenmesi

DDT’de her bir beceri eğitimi bir lider ve bir co-terapist olmak üzere iki beceri eğitmeni eşliğinde yürütülür, ilk ele alınan modül her zaman mindfulness becerileridir ve başka modüller çalışılırken de her oturum mindfulness egzersizi ile başlar ve mindfulness egzersizleri ile biter. Bu programda co-terapist olarak toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan uzman psikolog Nuray Tekin eşlik etmiştir. Beceri eğitmenleri arasında görev dağılımı yapılmıştır. Araştırmacının kendisi bizzat lider terapist rolündedir. Yardımcı terapist rolündeki uzman psikolog ise, oturum açılışlarında bilinçli farkındalık egzersizlerini yürütme, grubu gözleme, yapılan etkinlikler sırasında katılımcılara ilgili çalışma kağıtlarında yardımcı olma gibi konularda görev üstlenmiştir. Oturumlardan sonra lider ve yardımcı terapist grup gözlemlerini birbirleri ile paylaşmış ve grup süreci üzerine akran süper vizyonu yapmışlardır.

6.1.5. DDT Beceri Eğitimi Akışı

DDT’de her oturumun ilk yarısı ödev kontrolü ile başlar, küçük bir molanın ardından da ikinci yarı yeni becerinin sunumuna geçilir. Aynı format bu beceri eğitimi için de geçerlidir ve her bir oturum cuma günleri ikişer saat şeklinde planlanmıştır:

1. Başlangıç ritüeli (mindfulness egzersizi, eğer o beceri eğitmeninin grup ile ilk çalışmasıysa grup ilkelerinin söylenmesi ve tanışma)
2. Ev ödevi kontrolü
3. Mola
4. Yeni beceri sunumu ve ilgili ödevlerin verilmesi
5. Kapanış

6.1.6. DDT Beceri Eğitiminin Polikistik Over Sendromu için Spesifikleştirilmesi:

DDT orijinalinde sınır kişilik bozukluğu olan hastalar için geliştirilmiş; davranışsal değişim odaklı bir terapi tekniğidir. Dolayısıyla DDT için hazırlanan bazı egzersiz ve çalışma kağıtları sınırdaki kişilik bozukluğuna özgün duygusal kırılganlık, dürtüsel davranışlar ve öfke kontrolü ile ilişkili olarak tasarlanmıştır. DDT beceri eğitiminin kapsadığı diğer çoğu çalışma kağıtları ve egzersizler ise başka alanlarda teşhisi olan ya da olmayan hem klinik hem klinik olmayan örneklerde yaşam kalitesini yükseltmek, günlük karşılaşılabilecek problemlerle sağlıklı başa çıkabilmek adına çok daha geniş bir kitleye uygulanabilir formattadır. Bu araştırma kapsamında, çalışmada yer alacak egzersiz ve çalışma kağıtları (worksheets) baştan belirlenmiş, hangilerinin bire bir uygulanacağı hangilerinin ise PKOS'a uygun şekilde revizyon gerektirdiği baştan kararlaştırılmıştır. Örneğin, orijinalinde sınırdaki kişilik bozukluğunu göz önünde bulundurarak tasarlanan duygusal kırılganlığın biososyal modeli, PKOS'a uygun şekilde yeniden düzenlenmiş, validasyon konusu PKOS'lu bireylerin deneyimlerine özgü örnekler ile açıklanmış, zincir analizi ve halka analizi PKOS'da tipik olarak görülen bir davranış örüntüsü üzerinden anlatılmıştır. Bunun dışında tüm modüller verilirken, PKOS ile ilgili araştırmalar göz önünde bulundurulmuş ve o modülde PKOS'a özgü ihtiyaçlar ön planda tutulmuştur.

Açıklamak gerekirse; bilinçli farkındalığın bir alt dalı olarak kabul edilen yeme farkındalığı ağırlık yönetimine yeni bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Öte yandan; kilo yönetimi PKOS'da hala temel tedavi yöntemi olarak önemini korumaktadır. Aynı zamanda; araştırmalar PKOS'lu bireylerin yeme farkındalığının düşük olduğunu göstermektedir. Bu nedenle; bilinçli farkındalık modülünde yeme farkındalığı egzersizlerine yer verilmiş; grup tartışma noktalarında bu egzersizlerin PKOS için önemi açıklanmıştır. Bilinçli farkındalık egzersizleri; aynı zamanda PKOS'da sık görülen premenstrüel dönemdeki depresif duygulanım ve fiziksel ağrıları yönetebilmek için de önerilmiştir. PKOS ile ilişkili olarak kişiler arası ilişkilerde pasif ve duygusal baş etme yöntemleri yerine daha etkin baş etme

yöntemleri öğretilmeye çalışılmış; bu alanda da Kişilerarası etkililik modülü ‘Dear Man’ becerilerinden faydalanılmıştır. Stres tolerans becerilerinde ise; özellikle kabullenme becerileri; PKOS ve bununla ilişkili tüm güçlükleri kabullenme, bu sendromun yaşam boyu yönetim gerektiren bir durum olduğunu kabullenme üzerine çalışılmıştır.

Kısacası bu program PKOS’lu bireyler için özellikle uyarlanmış bir DDT programı olmamakla birlikte, PKOS’a özgü ihtiyaçlar özellikle dikkate alınmış her bir modülde öğrenilen becerilerin PKOS bağlamında hangi ihtiyaç ve problemlere cevap olabileceği göz önünde bulundurulmuştur.

Başka bir önemli nokta ise; toplam 12 hafta sürecek programın kaç haftasının hangi modüle ayrılacağı, başka bir deyişle, PKOS’da en çok görülen problemler çerçevesinde en çok hangi modüle ihtiyaç duyulabileceğini belirlemektir. Yukarıda değinildiği gibi bu programda her bir modüle eşit oturum sayısının (4*3) verilmesi kararlaştırıldı. Bu kararda etkin olan unsur, PKOS’da görülen duygusal, davranışsal ve bilişsel örüntülerin DDT’nin tüm modüllerinden fayda sağlayabileceğine işaret eden literatür çalışmalarının mevcudiyetidir.

6.1.7. Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Kriterlerinin Belirlenmesi

Yukarıda da değinildiği gibi bu araştırmanın amacı DDT beceri eğitiminin polikistik over sendromu üzerindeki etkisini gözlemlemektir. Dolayısıyla, araştırmanın en doğru sonuca ulaşabilmesi için hedef örneklemin PKOS ile benzer semptomları olan diğer tanılardan arındırılmış olması gerekmektedir.

Aynı zamanda, bu araştırma da standart bir DDT programı değil bir beceri eğitim grubu çalışması hedeflenmiştir. Programın bireysel terapi içermiyor oluşu, örneklemin kapsama ve dışlama kriterlerinin çok iyi bir şekilde belirlenmesi gerekliliğini doğurmuştur. Örneğin; intihar kriz davranışları olan ve herhangi başka bir kurumda ilaç ve psikolojik destek ile takibinin yapılmadığı bir katılımcı, tek başına uygulanan bir grup beceri eğitimi için uygun bir aday olmamaktadır (Linehan, 2015). Bu nedenden ötürü katılımcılar ile potansiyel bir patoloji tanısı ve intihar riskine karşı ön görüşme yapılmış, kesitsel belirti ölçeği uygulanmıştır. Araştırmaya

başvuran hiçbir katılımcının geçmiş intihar öyküsü ve psikiyatri öyküsü bulunmamaktadır.

Bu araştırma için belirlenen kapsama ve dışlama kriterleri şu şekildedir;

Kapsama

- Bir tıp uzmanı tarafından PKOS tanısı almış olmak
- Eğer kullanılan psikofarmakolojik bir ilaç varsa, bu ilaç tedavisinde stabil olmak

Dışlama

- Hidroksilaz tipi klasik olmayan adrenal hiperplazi,
- Androjen Salgılayan Tümörler
- Androjenik/anabolik ilaç kullanımı
- Cushing Sendromu
- Ciddi insülin direnci sendromları
- Tiroid disfonksiyonu
- Hiperprolaktinemi
- Psikotik bozukluklar
- Bipolar tanısı
- Alkol veya Madde bağımlılığı
- İntihar düşüncesi veya kendine zarar verme davranışı
- Mental retardasyon
- Borderline kişilik bozukluğu
- PKOS için aktif bir hormon tedavisi görmemek

6.2. ARAŞTIRMA DESENİ: KARMA YÖNTEMLER

Bu araştırmada, nicel yöntem ve nitel yöntemlerden ayrıca üçüncü bir yöntem türü olarak tanımlanan karma yöntem deseni kullanılmıştır. Nitel araştırmalar

genellenemeyen bireysel hikâyelere odaklanırken nicel araştırmalar genellikle donuk istatistiksel verilere indirgenmektedir (Shapiro, Setturland & Cragg, 2003). Karma yöntem araştırma modelleri, birbirinden iki farklı araştırma yöntemine dayanan verilerin birleştirildiği; böylelikle de tek başına nitel ya da nicel araştırmalardan elde edilebilecek bulgulardan daha zengin ve daha kapsamlı sonuçlar elde edebilmek amacıyla kullanılmaktadır (Creswell; 2012).

Bu araştırmada ise; DDT beceri eğitiminin PKOS’lu genç bireylerde etkili olup olmadığı sorusuna Karma yöntem modeli kullanılarak yanıt aranmış; bunu yaparken de hem nicel araştırma ile istatistiksel bulgu ortaya koyabilmek hem de nitel veriler ile katılımcıların DDT beceri eğitimi deneyimlerini derinlemesine inceleyebilmek hedeflenmiştir. Böylelikle; bu araştırmada karma yöntem kullanarak bir yöntemin zayıf yönünü tanzim etmek, her iki araştırmanın güçlü yönlerinden faydalanabilmek, nicel yöntemden elde edilen veriler ile nitel yöntemden elde edilen verilerin tutarlılığını görebilmek hedeflenmiştir.

Karma yöntem araştırmaları incelendiğinde; bu yöntem türü altında pek çok tanımlanmış araştırma desenin olduğu görülmüştür (Creswell, 2002, 2003, 2012; Creswell, Plona Clark, Gutman ve Hudson, 2003, Johnson ve Onwuegbuzie, 2004; Maxwell ve Loomis, 2003; Morse, 2003; Tashakkori ve Teddlie, 2003; Teddlie ve Tashakkori, 2003). Bu araştırma da kullanılan karma method desenin; tanımlanmış sınıflandırılmılardan hangisine karşılık geldiğini analiz edebilmek için Creswell (2003) ve Creswell ve Plano Clark (2011)’in modellemeleri kriter olarak alınmıştır.

Creswell (2012)’e göre; araştırmacılar karma yöntem türlerinden hangisini kullanacağına karar verirken dört kriterin göz önünde bulundurulmasını önermektedir;

- 1) Nitel ve nicel yöntemlerden hangisine daha ağırlık verecektir?
- 2) Nitel ve nicel verileri toplama aşamasında hangisine öncelik verilecektir? (*örn. Veriler eş zamanlı mı toplanacak yoksa biri diğerinden önce mi toplanmak zorunda?*)
- 3) Nitel ve nicel veriler birlikte mi yoksa ayrı ayrı mı analiz edilecek?

4) Nitel ve nicel veriler birbirleri ile ne derecede ve hangi aşamada ilişkilidir?

(örn.iki araştırmanın bulguları veri toplama sürecinden itibaren birbirleri ile iç içe yedirilmiş olarak mı sunulacak ya da iki bağımsız araştırmanın bulguları sadece yorumlama kısmında mı bir arada değerlendirilecek)

Bu kriterlerin bir arada değerlendirilmesiyle ortaya çıkan farklı kombinasyondaki modeller; 6 farklı araştırma türü olarak tanımlanmıştır. (Cresswell, 2003)

- *Sıralı açıklayıcı tasarım*
- *Sıralı araştırmacı tasarım:*
- *Sıralı dönüşümsel tasarım*
- *Eşzamanlı üçgenleme*
- *Eşzamanlı iç içe geçmiş*
- *Eşzamanlı dönüşümsel*

6.2.1. Sıralı Dönüşümsel Desen

Sıralı dönüşümsel desen üzerinde çalışılacak olguyu daha iyi anlamayı olanaklı kılmak ve her iki yönteminde bakış açısından faydalanabilmenin hedeflendiği durumlarda kullanılmaktadır. Bu modelde veri toplama ve veri analizi ayrı ayrı yapılır, birleştirme veri yorumlama aşamasında olmaktadır. Bu desende nitel verilere nicel verilerden daha fazla ağırlık verilebilir; nicel verilere nitel verilerden daha fazla ağırlık verilebilir veya her iki veri türüne de eşit önem verilebilir. Nitel veya nicel verilerden hangisinin önce toplanacağı araştırmacının önceliği ve ihtiyacına bağlı olarak belirlenir (Cresswell, 2003).

Bu çalışmadaki nitel veya nicel araştırmalar birbirine bağıl değildir. Açıklamak gerekirse; örneğin öncelikli olarak nitel araştırma ile keşfedici bir çalışma yapıp; bu çalışmaya bağlı olarak nicel araştırma sorularının belirlenmesini gerektiren bir çalışma deseninde; yöntemsel olarak nitel olan araştırma nicel olan araştırmanın ön koşulu olacaktır. Bazı araştırmalar ise nicel araştırmanın ağırlıklı ve sıra olarak

öncelikli olduğu desenin kullanılmasını gerektirir. Araştırma başlangıcında nitel araştırma soruları henüz oluşturulmamıştır; çünkü nitel soruların oluşturulması nicel araştırmadan çıkacak bulgulara göre oluşturulacaktır (Baki ve Gökçek, 2012). Öte yandan; Bazı araştırmalarda ise, toplanan ve analiz edilen veri içinde gömülü olarak bulunan teorinin ortaya çıkarılması hedeflenir. Gömülü desen olarak tanımlanan bu modelde nitel araştırmalar önceliklidir ve nicel araştırmalar ise nitel araştırmayı daha da zenginleştirmek için ikincil olarak kullanılmaktadır (Creswell, 2012).

Bu çalışma herhangi bir teoriyi test etmek veya ortaya koymak amacı taşımamaktadır. Nitel ve nicel araştırmalardan herhangi biri diğerine sırasal olarak öncelikli değildir. Nitel ve Nicel araştırma soruları birbirinden bağımsız olarak oluşturulmuştur. Bu noktadaki amaç, aynı olguya iki farklı alternatif yöntemin yaklaşımı ile ele alabilmek ve ortaya daha zengin bir veri sunabilmek olmuştur. Verileri toplama ve analiz sırası araştırmacının ihtiyacı ve tercihi doğrultusunda gerçekleşmiştir. Her iki araştırmanın veri toplama ve veri analiz süreci birbirinden bağımsız olarak yürütülmüştür. İki farklı analiz türünden gelen bilgiler bu araştırmanın tartışma bölümünde bir arada değerlendirilmiştir. Nicel veriler ile DDT beceri eğitiminin etkililiğine dair çıkarımda bulunmak mümkün olurken, nitel veriler ile de katılımcıların beceri eğitimi deneyimlerine dair zengin bilgi aktarımları sunulmuştur. Tartışma bölümünde; Nitel ve nicel verilerin tutarlılığı da ele alınmıştır. Böylelikle bir yöntemden gelen bilginin güvenilirliğini değerlendirmek mümkün olmuştur.

Bu mantıksal gerekçelerden yola çıkarak; bu araştırma için kullanılan karma yöntem modeli 'sıralı dönüşümsel desen' olarak tanımlanmıştır.

6.2.2. Genel Prosedür

Araştırma için gerekli olan tüm etik izinler Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi etik komitesinden sağlanmıştır (Ek-1). Erzurum Teknik Üniversitesi'nden resmi izin alınmıştır. Araştırmaya başvuru bilgilerini içeren afiş öğrenciler ile edu.tr uzantılı mail üzerinden paylaşılmıştır (Ek-10). Mail üzerinden dönüş yapan katılımcı adayları ile öncelikli olarak yapılandırılmış bir telefon

görüşmesi (phone screen) yapılmıştır. Telefon görüşmesinde katılımcı adaylara; araştırma ile ilgili bilgilendirilme verilmiş, merak ettikleri sorular cevaplanmış ve adaylar araştırmaya uygunluğu açısından taranmıştır (Ek-8).

Uygun görülen adaylar için bir ön görüşme oluşturulmuştur. Ön görüşmeler her bir katılımcı için bireysel randevu verilerek oluşturulmuştur. Ön görüşmede katılımcılar 1) Kesitsel Belirti Ölçeği (Ek-7) ile dışlama kriterlerinden herhangi bir tanıya sahip olma açısından taranmışlardır 2) DDT beceri eğitiminin yaklaşımı, temel ilkeleri ve gizlilik açısından bilgilendirme verilmişlerdir 3) Polikistik over sendromu ile ilgili en çok hangi alanda desteğe ihtiyaç duydukları ile ilgili ön bilgi alınmıştır 4) Araştırma ile ilgili bilgi almaya ihtiyaç duydukları sorular cevaplanmıştır.

Ön görüşmelerin tamamlanmasının ardından deney grubuna atanan katılımcılar ile bir oryantasyon haftası düzenlenmiştir. Oryantasyon haftasında 1) grup kuralları, 2) DDT temel ilke ve varsayımları 3) Polikistik over sendromu ile ilgili literatür çalışmalarının aktarıldığı bilgilendirme olmak üzere toplamda üç başlık esasında bir içerik sunulmuştur. Oryantasyon haftasından sonra toplamda 12 hafta süren beceri eğitimi verilmiştir. Beceri eğitimin içerdiği dört modülden (bilinçli farkındalık, kişiler arası etkililik, duygu düzenleme, stres toleransı) her bir tanesi eşit sürede olacak şekilde (4*3) eğitim içeriği düzenlenmiştir. Araştırmanın nicel bileşeni için katılımcılardan beceri eğitiminin ilk oturumunun hemen öncesinde bilgilendirilmiş onam (Ek-2) ve ilk ölçüm alınmıştır. Diğer iki ölçüm ise; on ikinci oturumun hemen sonunda ve tüm uygulama bittikten iki ay sonra olarak alınmıştır. Kontrol grubunda olanlardan da aynı zaman dilimi içinde ölçüm alınmıştır. Tüm ölçümler alındıktan sonra araştırmanın nitel boyutu için yarı yapılandırılmış görüşmeler yürütülmüştür.

6.2.3. Karma Yöntem Örneklem Türü

Sosyal ve davranış bilimlerinde örnekleme türleri olasılıklı ve amaçlı örneklem olarak iki temel başlık altında sınıflandırılmaktadır. Teddlie ve Yu (2007) ise sosyal bilimlerde kullanılan örnekleme yöntemlerini inceledikleri çalışmalar sonucunda dört temel örnekleme sınıflaması yapmaktadırlar;

- *Olasılıklı Örneklem*
- *Amaçlı Örneklem*
- *Uygunluk Örnekleme*
- *Karma Yöntem Örnekleme*

Teddlie ve Yu (2007) karma yöntem (KY) örnekleme türlerini de kendi içinde şu şekilde sınıflandırmaktadırlar;

- Temel Karma Yöntem Örnekleme
- Sıralı ve Eş zamanlı Karma Yöntem Örnekleme
- Çok Düzeyli Karma Yöntem Örnekleme

Teddlie ve Yu (2007)'e göre; karma yöntemler olasılıklı ve amaçlı örneklemedeki tüm teknik türlerini içermektedir; ancak karma yöntemlerde hem nitel hem nicel çalışma olduğundan örneklem türleri birbirleri ile ilişkili olabilmektedir. Örneklem türüne daha çalışma başlamadan karar verilir. Ancak bazı araştırma desenlerinde, (örn, nitel dayanıklı problemler) başka örneklerin de ortaya çıkması gerekebilir. Karma örneklem yöntemindeki genel amaç, araştırma sorularını cevaplayacak şekilde bir örneklem oluşturmayı tasarlamaktır.

6.2.3.1. Sıralı Karma Yöntem Örnekleme

Sıralı Karma yöntem örnekleme, bir karma yöntem çalışması için olasılıklı ve amaçlı örnekleme stratejilerinden (Nitel-Nicel) ya da (Nicel-Nitel) şeklinde sıralı bir biçimde örneklem seçilmesini ifade eder. Sıralı KY örnekleme, karma yöntem tasarımlarda en çok kullanılan yöntemdir (Creswell, Plano Clark, Gutmann, ve Hanson, 2003; Johnson ve Onwuegbuzie, 2004; Kemper, 2003). Bu örnekleme yöntemini kullanan çalışmalar incelendiğinde; araştırmanın nicel bileşenin de

kullanılan son örneklemin içinden nitel bileşen için örneklem seçiliminin yapıldığı görülmüştür (Palak ve Walls, 2009) ya da araştırmanın nitel bileşeninde kullanılan örneklem nicel bileşeni için seçilecek örnekleme belirleyici olmuştur (Nieto ve ark.,1999).

Bu araştırmada ise, deney ve kontrol grubundaki tüm katılımcılardan nicel ölçümler alınmıştır. Nitel araştırmada ise; deney grubundaki on iki katılımcıdan beş tanesi gönüllülük esasına göre seçilmiştir.

6.3. NİCEL ARAŞTIRMA YÖNTEM

Bu bölümde çalışmanın nicel araştırma bileşeni ve metodolojisi açıklanmıştır.

6.3.1. Araştırmanın Örnekleme

Çalışma Evreni: Çalışmanın evreni Erzurum ili ve merkez ilçelerinde bulunan üniversite kurumlarında öğrenci statüsünde olan polikistik over sendromu tanısı almış genç bireylerdir.

Çalışma grubu: Katılımcılar, Erzurum Teknik Üniversitesi resmi afiş duyurusu üzerinden başvuru yapmış bireyler arasından belirlenmiştir. Nicel araştırmanın örneklem seçimi; olasılıksız örneklem türlerinden uygun örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir.

6.3.2. Araştırmanın Deneysel Deseni

Uygulamada deneysel desenler yarı deneysel ve deneysel desenler olmak üzere iki temel türe ayrılmaktadır (Gliner ve ark., 2016). Tam deneysel araştırmalarda seçkisiz atama şarttır. Bir deneysel desenin seçkisiz olarak tanımlanabilmesi için, a) tanımlanan büyük gruptan, deneklerin seçkisiz (random) işlem gruplarına atanması ve b) denek grupları (örn., deney grubu ve kontrol grubu)) oluşturduktan sonra üyelerin işlem gruplarına seçkisiz atanması gerekir (Büyüköztürk, 2016).

Seçkisiz olmayan deneysel desenler de vardır. Zayıf yarı deneysel desenlerde bir kontrol grubu bulunmaz ya da kontrol grubu olsa bile denekler işlem gruplarına seçkisiz bir şekilde atanmamıştır ve de işlem öncesinde işlemden sonra alınan ölçümü karşılaştıracak bir ön test ölçümü mevcut değildir. Gelişmiş yarı deneysel desenlerde ise yansız atama gerçekleştirilememiştir. Öte yandan, deney ve kontrol grupları mevcuttur ve birden fazla ölçüm alınmıştır (Gliner ve ark., 2016).

Büyüköztürk'e (2016) göre; yarı deneysel araştırmaları daha güçlü kılmamanın yolu, işlem gruplarının bağımlı değişkenle ilişkili olabilecek temel bir veya birkaç değişken açısından denkleştirmektir. Bazı araştırmalarda ise; araştırmacının herhangi bir müdahalesi olmadan grupların önemli değişkenler açısından kendiliğinden

denkliği söz konusudur. Yani gruplar denk gruplar ya da denkleştirilmiş gruplar olabilir.

Bu çalışma gelişmiş yarı deneysel desen sınıfına girmektedir. Seçkisiz atama, araştırma koşulları nedeniyle gerçekleştirilememiştir; Ancak araştırma yöntemini güçlendirmek adına Büyüköztürk (2016)'ün önerileri referans alınmıştır. 1) Grupların araştırma için önemli değişkenler açısından homojen yapıda olmasına dikkat edilmiştir 2) Deney ve kontrol gruplarının uygulama öncesinde bağımlı değişken açısından denkliği kontrol edilmiştir. 3) Araştırmada tekrarlı ölçümler alınmıştır.

Tablo 1.Araştırmada Deneysel Desenler (Gliner ve ark., 2016)

Yarı deneysel desenler		Deneysel desenler
Zayıf yarı deneysel desenler	Gelişmiş Yarı Deneysel desenler	Kontrol gruplu son test deseni
Tek grup son test deseni	Eşitlenmemiş gruplar ön test-son test deseni: - Güçlü - Ortalama güçte - Zayıf	Kontrol gruplu ön test-son test deseni
Tek grup ön test-son test deseni	Zaman serisi desenleri - Tek grup zaman serisi deseni (Geçici uygulamalı, uzun süreli uygulamalı) - Çok gruplu zaman serisi deseni (Geçici uygulamalı, uzun süreli uygulamalı)	Solomon dört grup deseni
Eşitlenmemiş gruplar son test dese		Katılımcı eşleştirmeli desen
		Bireyler içi/çapraz geçişli desen

1

6.3.3. Verilerin Analizi

Araştırmanın her bir bağımlı değişkenini test etmek amacıyla, eğer örneklem parametrik test kriterlerini karşılıyorsa, tek faktör üzerinden tekrarlanmış ölçümler için iki faktörlü varyans analizi (karışık desenler için ANOVA) kullanılacaktır. Başka bir deyişle, 2x3 Faktörlü ANOVA uygulanacaktır. Bu çalışmanın deseni 2x3 lük karışık (split-plot) desendir. Birinci faktör 2 düzeyli olup D-K gruplarını (işlem gruplarını, between factor); ikinci faktör 3 düzeyli olup Ön est-Son test-İzlem (ilişkili ölçümleri, within factor/repeated measures) gösterir (Büyüköztürk, 2012). Araştırma örnekleminin parametrik test kriterlerini karşılamadığı takdirde, karışık desenler için ANOVA modelinin non-parametrik karşılığı uygulanacaktır. Parametrik test

kriterlerini karşılamak için varyansların homojenliği ve normalliğin sınanması yapılacaktır. Ölçümlerden elde edilen veriler SPSS 20.0 ile analiz edilmiştir.

Tablo 2. Bu Araştırmanın Deseni

Grup	Ön Test	Müdahale	Son Test	İzleme (2 ay sonra)
Müdahale	Envanterlerin ilk kez uygulanması	DDT beceri eğitimi	Envanterlerin ikinci kez uygulanması	Envanterlerin üçüncü kez uygulanması
Kontrol	Envanterlerin ilk kez uygulanması	Müdahale yok	Envanterlerin ikinci kez uygulanması	Envanterlerin üçüncü kez uygulanması

6.3.4. Nicel Araştırma Hipotezleri

Ana Hipotez; Diyalektik davranışçı terapi beceri eğitimi programını alan katılımcıların, 1) PKOS yaşam kalitesi ölçeği 2) Sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ölçeği 3) Yeme farkındalığı ölçeği olmak üzere tüm ölçeklerde; ön test ve son test puanları arasında anlamlı fark olacak ve bu fark iki ay sonra yapılacak izleme sürecinde de sabit kalacaktır. Öte yandan; Kontrol grubuna katılan katılımcıların ön test, son test ve izlem ölçümleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark olmayacaktır.

Deney grubu hipotezleri

- 1) Deney grubundaki katılımcıların son test puanları ön test puanından anlamları derecede yüksektir.
- 2) Deney grubundaki katılımcıların izlem puanları ön test puanından anlamlı derecede yüksektir.
- 3) Deney grubundaki katılımcıların son test puanları ve izlem puanları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Kontrol Grubu hipotezleri

- 1) Kontrol grubunda yer alan katılımcıların son test puanları ve ön test puanları arasında anlamlı fark yoktur.
- 2) Kontrol grubunda yer alan katılımcıların son test puanları ve izlem test puanları arasında anlamlı fark yoktur.
- 3) Kontrol grubundaki yer alan katılımcıların son test puanları ve izlem test puanları arasında anlamlı fark yoktur.

6.3.5. Veri Toplama Araçları

6.3.5.1. SosyoDemografik Bilgi Formu

Katılımcılar, yaş, medeni durum, eğitim, sosyo-ekonomik seviye gibi bilgilerin alındığı sosyodemografik bir form doldurmuşlardır. Form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda ayrıca; geçmiş psikiyatri ve ilaç kullanım öyküsü ve geçmiş psikoterapi öyküsüne ilişkin soruları da içermektedir. Katılımcılar hiçbir forma adını yazmamış, kendilerinden daha sonra hatırlayabilecekleri bir rumuz yazmaları istenmiştir (Ek 3).

6.3.5.2. Polikistik Over Sendromu Yaşam Kalitesi-50 Ölçeği (PCOSQ-50)

PCOSQ-50, Polikistik Over Sendromunun yaşam kalitesine etkisini ölçmek amacıyla Nasiri-Amiri ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. PCOSQ-50, toplamda 50 sorudan oluşan alt boyutlu bir ölçektir. PCOSQ-50’de yer alan maddeler “Hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “sık sık” ve “her zaman” şeklinde beşli bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmakta ve sırasıyla 5, 4, 3, 2 ve 1 puan ile değerlendirilmektedir. Dolayısıyla, bu ölçekten alınabilecek elde edilecek toplam puan 50 ile 250 arasında değişmekte; ölçekten alınan puanlar yükseldikçe yaşam kalitesinin yükseldiği anlamına gelmektedir. Ölçekte ters puanlanan maddeler bulunmamaktadır.

Koyutürk (2018) Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ile Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği’ne başvuran PKOS tanısı almış 250 kadının dahil olduğu bir çalışma ile PCOSQ-50 ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yürütmüştür.

PCOSQ-50 ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0.972, alt boyutlara ait iç tutarlılık katsayılarının ise 0.956 ile 0.977 arasında olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ise; ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0.945, '*psikososyal ve duygusal*' alt boyutu .908; '*doğurganlık*' alt boyutu .930; '*obezite ve menstrüel bozukluklar*' alt boyutu .867, '*tüylene*' alt boyutu .942 olarak bulgulanmıştır.

6.3.5.3. Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeği

Bostan ve ark. (2016) bir üniversitenin sağlık Yüksekokulunda öğrenim görmekte olan 117 öğrenci üzerinde yürüttükleri bir çalışma ile sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ölçeğini geliştirmişlerdir. Ölçek toplam 24 maddeden oluşmaktadır ve beşli likert tipinde tasarlanmıştır. "Asla, "Çok seyrek", "Bazen", "Çoğunlukla", "Her zaman " şeklinde derecelendirilir ve sırasıyla 1, 2, 3, 4 ve 5 şeklinde puanlanır. Ölçekten düşük puan alınması bireylerin sağlığı geliştirici ve koruyucu (*dengeli beslenme, kaliteli uyku düzenli egzersiz yapma; sağlık kontrollerine düzenli gitme gibi...*) davranışları uygulamaya geçirme düzeylerinin düşüklüğüne işaret etmektedir. 1, 3, 4, 5, 12, 13, 14, 23. maddeler ters olarak kodlanmaktadır.

Bostan ve ark. (2016) Cronbach alfa katsayısını 0,83 olarak saptamıştır. Bu çalışmada ise; iç tutarlılık katsayısı 0.854 olarak bulunmuştur.

6.3.5.4. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)

Yeme farkındalığı ölçeğini (YFÖ-28), Framson ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilmiştir. Köse ve ark. (2016) ise Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-28) 'nden 5 madde alıp, diğer maddeleri ise yine aynı ölçekten esinlenerek uyarlanmış ve toplam 30 soru olarak yeme farkındalığı ölçeğini uyarlamışlardır.

YFÖ-30, beşli likert tipi (*1:hiç, 2:nadiren, 3:bazen, 4:sık sık, 5:her zaman*) bir ölçektir. Ölçekteki maddelerin 20 tanesi ters olarak puanlanmaktadır (*1, 7, 9, 11,*

13, 15, 18, 24, 25 ve 27). YFÖ-30 geçerlik ve güvenilirlik çalışması ölçeğin iç tutarlılığı (Cronbach alfa değeri) 0.733 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ise iç tutarlılık değeri .882 olarak gözlemlenmiştir.

6.4. NİTEL ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

6.4.1. Görüşme Soruları

Bu çalışmanın nitel bileşeni, PKOS'lu genç bireylerin DDT beceri eğitimi deneyimlerini derinlemesine incelemeyi amaçlamaktadır. Görüşme soruları araştırmacının kendisini tarafından hazırlanmıştır. Sorular; sosyoloji alanında nitel çalışmalar yürüten bir Dr. Öğr. Üyesi tarafından denetlenmiş ve son formatına ulaştırılmıştır (Ek-11). Soruların hazırlanma ve denetleme aşamasında nitel araştırmalar için tanımlanmış kriterler göz önünde bulundurulmuştur. Smith ve Osbourn (2007)'a göre, görüşme soruları hazırlanırken dikkat edilmesi gereken kriterler şunlardır;

- Görüşme soruları değer yüklü (value-leading) olmaktan ziyade doğal olmalıdır
- Görüşme soruları yönlendirici olmamalıdır
- Görüşme soruları kapalı uçlu olmamalıdır. Evet ya da hayır şeklindeki cevaplar; açık uçlu soruların aksine katılımcıyı belli bir yönde cevap vermek için teşvik eder.
- Görüşme soruları, belli bir uzmanlık alanında profesyonel olanların anlayabileceği tekniksel terim ve jargon kullanılan bir dil ile değil, herkesin rahat bir şekilde anlamada rahat edebileceği bir dil kullanılarak hazırlanmalıdır.

Nitel çalışmadaki sorular hazırlanırken görüşme sorularının; araştırmada incelenen problemin anlaşılacak istenen olgunun tüm yönlerine ilişkin detayları kapsamaması üzerinde de durulmuştur. Aynı zamanda, tüm ana sorular için detaylandırılmış cevaplar alınmasını kolaylaştırıcı alt sorular bulunmaktadır. Creswell (1994) ana soruların derinleştirebilmesini ve daha fazla açıklanabilmesini sağlamak amacıyla alt sorular yazılmasını tavsiye etmektedir. Bu araştırmada da alt

soruların ana soruların daha iyi detaylandırılmasını sağlamaya yönelik olarak hazırlanmasına dikkat edilmiştir. ‘Evet’ ya da ‘hayır’ cevabı gerektiren kapalı uçlu sorular sadece katılımcının ne demek istediğini netleştirmeye ihtiyaç duyulduğunda kullanılmıştır (Smith ve Osbourn, 2007).

Son olarak, görüşme soruları hazırlanırken bu araştırmada kullanılan spesifik yöntemin (*bakınız; veri analiz yöntemi*) metodolojisi de göz önünde bulundurulmuştur. Fenomenolojik yaklaşımlar içinde "deneyim" kelimesine daha özel bir anlam verilmektedir (Patton, 2018). Bu nedenle bireylerin deneyimlerini anlamlandırma süreciyle ilgilenen bu araştırmada görüşme sorularında ‘PKOS nedir’ gibi soru kalıplarından ziyade ‘PKOS’u nasıl deneyimlediniz?, tecrübe ettiniz?, yaşantıladınız?’ gibi soru kalıpları özellikle tercih edilmiştir. Böylelikle araştırmanın da esas ilgilendiği odak noktası olarak, katılımcıların öznel deneyimlerini keşfetmek hedeflenmiştir.

6.4.2. Veri Toplama Tekniği

Nitel araştırmalarda görüşme, gözlem ve yazılı dokümanların incelenmesi olarak üç temel veri toplama tekniği bulunmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2013). En verimli veri toplama tekniği olarak tanımlanan görüşme tekniği; yüz yüze, telefonda veya online olarak gerçekleştirilebilmektedir. Bu çalışmada yüz yüze görüşme tekniği ile veri toplama süreci yürütülmüştür.

Smith ve Osbourn (2007) yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış olarak iki farklı nitel araştırma görüşme tekniği tanımlamaktadırlar. Yapılandırılmış görüşmelerin avantajı görüşmecinin görüşmenin her bir aşamasında ne olacağı ve ne yapılması gerektiği ile ilgili kontrolünün yüksek olmasıdır. Öte yandan; yarı yapılandırılmış görüşmeler daha esnek bir görüşme yapılmasına olanak tanımakta, katılımcıyı doğrudan gözlemlene imkanı sunmaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşmelerin esnek doğası, araştırmacının bir yandan temel sorulara bağlı kalırken bir yandan da yeni başlıkların irdelenmesine imkan sağlar; Böylelikle konuyu derinleştirmem mümkün hale gelir (Langdridge, 2007). Yarı yapılandırılmış görüşme türü, nitel araştırmalarda özellikle de YFA’da en yaygın olarak kullanılan görüşme türüdür. (Langdridge, 2007).

Bu nitel çalışmada yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Görüşmenin esneklik sağlayan bir çerçevede yürütülmesinin katılımcıların daha spontan ve daha doğal bir şekilde iletişim kurmasına olanak sağlayacağı düşünülmüştür. Öte yandan; yarı yapılandırılmış görüşmelerin potansiyel zorluklarına karşın görüşmeci ön çalışmalar yapılmıştır. Görüşmeci; görüşme üzerindeki hakimiyetini sağlayabilmek adına görüşme soruları üzerine tekrar ve tekrar çalışmıştır. Böylelikle; görüşmenin esnek bir akış içinde ilerlemesine izin verirken aynı zamanda da konuyu odak noktasında tutabilmeyi hedeflemektedir. Aslında; görüşmeci aynı zamanda araştırmacının kendisidir. Bu noktada, her bir sorunun araştırma problemine ilişkin anlam ve önemini biliyor olmak görüşme sırasında avantaj sağlamaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme boyunca; soru çıktıları görüşmecinin önünde olmuştur. Eğer katılımcı görüşmecinin bir sonraki aşamada sormayı planladığı soruyu önceden kendiliğinden cevaplamış ise görüşmeci aynı soruyu tekrar sormamıştır. Eğer görüşmeci katılımcının bir alanda söyledikleri ile ilgili daha da detaylı bilgiye ihtiyaç duyuyorsa ‘Bununla ilgili biraz daha konuşabilir miyiz?’, ‘Bundan biraz daha bahseder misiniz?’ gibi yönlendiricilik içermeyen sorular kullanmıştır.

6.4.3. Nitel Analiz Yöntemi: Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz

Nitel analiz yöntemleri; nicel araştırmalardan oldukça farklı ve öznel süreçleri ifade etmektedir. Tüm nitel analizler ortak bir temel olarak bireylerin deneyimlerinin derinlemesine incelenmesine dayanmaktadır. Bu çalışmada nitel analiz türlerinin en yenilerinden biri olan Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz (YFA) yöntemi kullanılmıştır. Bu bölümde YFA yönteminin ne olduğu ve bu çalışmada neden kullanıldığı üzerinde durulacaktır.

YFA iki temel bileşime dayanmaktadır: *fenomoloji (olgubilim)* ve *yorumbilimsel döngü (hermeneutic turn)* (Smith, Flowers ve Larkin, 2012). Fenomenoloji farkında olduğumuz ancak ayrıntılı ve derin bir anlayışa sahip olmadığımız olgulara odaklanır. Belirli olgular günlük hayatımızda tekrar ve tekrar karşımıza çıkar. Ancak bu bizim o olguyu tüm yönleri ile bildiğimiz anlamına gelmemektedir. Bu anlamda fenomenolojik yaklaşım; deneyimlenmiş ama tüm

yönleri ile anlaşılmamış olan olguları daha derinlemesine anlayabilmek için bir zemin sunmaktadır (Yıldırım & Şimşek, 2016). Örneğin; Pandeminin insan psikolojisi üzerindeki etkileri günlük hayatımızda çok sık karşılaştığımız bir konu olabilir. Pandemi üzerine yapılan araştırmalar da bu konu ile ilgili bir fikir verebilir. Ancak pandemi sürecini tecrübe eden insan bunu hem iş hem özel yaşamında nasıl deneyimlemektedir? Fenomenolojik yaklaşımlar insanların pandemi olgusunu nasıl algıladıkları, kendi dünyalarında nasıl anlamlar yükledikleri ve bu yükledikleri anlamlara verdikleri duygusal tepkileri inceleyebilmektedir.

YFA; anlamaya çalıştığımız olguların deneyimlerin içinde saklı olduğunu savunur. (Eatough ve Smith, 2017). Başka bir deyişle, fenomenolojik yaklaşıma göre olgular bizim deneyimlerimiz aracılığıyla anlaşılır. Bu anlamda, YFA'yı diğer nitel analiz türlerinden ayıran en temel özelliklerden biri 'yaşanmış deneyimler'e odaklanmasıdır (Eatough ve Smith, 2017). Herkes fenomenolojik bir çalışma için uygun bir katılımcı adayı değildir. Fenomenolojik çalışmalarda katılımcılar; araştırmanın üzerinde çalıştığı olguyu deneyimlemiş olan kişilerden seçilmektedir (Baker, Wuest & Stern, 1992).

YFA'yı karakterize eden bir diğer özellik de; araştırmacının algı dünyasının da analiz sürecinin bir parçası olarak kabul görmesidir. Aynı çalışmayı başka bir araştırmacı yürütüyor olsa bir diğerinin göremeyeceği bir ayrıntıyı görebilir veya aynı olgu çok farklı bakış açıları ile ortaya konabilir. Ancak bu yorumsal farklılıklar YFA'da bir kısıtlılık olarak görülmez (Smith, Flowers ve Larkin, 2012). Bilakis; Araştırmacının öznelliğinin anlaşılacak istenen olguyu daha iyi anlamaya olanak tanıyacağı savunulmaktadır. Araştırmacı; literatürde hangi alanlarda bilgi eksikliği olduğunu, üzerinde çalışılan olguya ilişkin anlaşılacak istenen yönlerin ne olduğunu bilmektedir. Araştırmacı veri setinden hangi detayın önemli olduğunu bilir ve olgunun o yönüne odaklanır. Bu anlamda, araştırmacının öznelliği YFA'da veri analiz sürecinin bir parçası olarak kabul görülür. Bireyin kendi deneyimlerine yüklediği anlamlar araştırmacı tarafından anlamlandırılmaya çalışırken onun da anlam dünyasında işlenmektedir. Bu etkileşimsel döngüye de yorum bilimsel döngü denmektedir (Smith, Flowers ve Larkin, 2012).

YFA'yı karakterize eden bir diğer özellik ise idiografik (idiographic) olmasıdır. Açıklamak gerekirse, YFA insanları gerçekliği olduğu gibi yansıtan nesnelere olarak görmez. Bireylerin algısından bağımsız bir şekilde bir olguyu betimlemeye çalışması mümkün değildir. YFA'da farklı bireylerden yola çıkarak nihai bir gerçekliğe ulaşmaktan ziyade her bir bireyin öznel gerçekliği ile ilgilenmektedir. Bu bağlamda, YFA'da hipotez kurulmamaktadır. YFA tek bir gerçeklik olduğunu varsaymaz. Bireylerin spesifik bir olgu ile ilgili öznel deneyimleriyle ilgilenir. Bireysel farklılık odaklı olan bu metodoloji, analiz sürecinde de kendine has bir yöntemliliği doğurmaktadır: YFA'da analiz süreci, bireylerin deneyimlerinin grup olarak toplu halde çözümlenmesi yerine; önce bir vakanın detaylı bir analizinin tamamlanıp ardından diğer bir vakanın detaylı analizine geçildiği sıralı bir sistemi içermektedir (Smith, 2004).

Tüm bu bahsedilen gerekçeler nedeni ile YFA yurtdışında ve ülkemizde klinik psikoloji araştırmalarında çokça tercih edilen bir yöntem olmaktadır. (Demir, 2014; Smith ve Rhodes, 2015). Bu araştırmada da YFA yönteminin tercih edilmesinin nedeni; araştırmacının spesifik bir fenomeni deneyimlemenin nasıl bir şey olduğu merakından yola çıkmasıdır. Bu Araştırmanın hedefi bireylerin deneyimlerinden genellenebilir bir sonuca erişmek değil, her bir bireyin DDT beceri eğitimine ilişkin öznel deneyimlerini gözlemlemektir. Bu özelliklerinden ötürü YFA'nın bu araştırmada hedeflenen amaca en uygun olan yöntem olduğu düşünülmektedir.

Fenomenolojik yaklaşımda bir araştırma problemi oluşturulurken literatürde bir eksikliğe karşılık geliyor olmasına ve de oluşturulan problemin fenomenolojik yaklaşıma uygunluğunun iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Bir yöntem tüm araştırma problemlerini çalışmak için uygun olmayabilmektedir (Knaack, 1984). Polikistik over sendromunda DDT beceri eğitiminin etkinliğini test eden mevcut bir araştırma bulunmamaktadır. Dolayısıyla PKOS'lu genç bireylerin DDT beceri eğitimi deneyimlerini incelenmesi konusunun literatürdeki bir boşluk ya da eksikliği doldurabilecek bir çalışma konusu olduğu düşünülmüştür. Aynı zamanda Araştırmadaki görüşme soruları bireylerin öznel deneyimlerini anlamaya yönelik

olarak oluşturulmuştur. Bu özelliği ile de araştırma konusunun fenomenolojik yaklaşım metodolojisi ile çalışmaya uygun olduğu düşünülmektedir.

YFA metodolojisine uygun olarak bu nitel çalışmada herhangi bir hipotez sunulmamıştır. YFA analizi sonucunda katılımcıların deneyimleri ortaklık gösterebilir veya birbirinden farklılaşabilir. Araştırmanın hedefi herhangi bir genelleme kaygısı olmaksızın bireylerin DDT beceri eğitimi ile ilgili öznel deneyimlerine mercek tutmaktır.

Bu çalışmadaki katılımcılar üzerinde çalışılan fenomeni deneyimlemiş olanlardan seçilmiştir. Başka bir deyişle, katılımcılar DDT beceri eğitimini belirli bir zaman dilimi içerisinde tecrübe etmiş kişilerden seçilmişlerdir. Fenomenolojik çalışmalarda çalışma grubu amaca yöneliktir ve katılımcılar araştırılan deneyimi yaşantıladıkları için seçilirler (Baker, Wuest & Stern, 1992). Bu anlamda araştırma, yaşanmış deneyimlere odaklılık kriteri bağlamında da YFA metodolojisine uygun düşmektedir.

Veri analiz sürecinde de; araştırmacı olguların ancak deneyimler aracılığı ile anlaşılabilirliği görüşünü benimsemiş, katılımcıların deneyimlerini nasıl anlamlandırdığını ortaya çıkarmaya çalışmıştır. Araştırmacı bu süreçte bir yandan kendi önyargı ve varsayımlarının farkında olmaya çalışmış, bir yandan da bireylerin deneyimlerini ancak kendi anlam süzgecinden geçirdikten sonra ele alabildiğini tecrübe etmiştir.

Wilson (2015) fenomenolojik araştırma adımlarını tanımladığı çalışmasında bir kişinin yaşadığı deneyimi objektif olarak araştırmanın ne kadar mümkün olduğunu tartışmaktadır. Aynı zamanda, fenomenolojik bir çalışmada bazı bilgilerin asla açığa çıkarılamayacağını; düşünce ve duygulara odaklanarak ancak bazı bilgilerin erişilebilir, tanımlanır ve yorumlanabilir olduğunu tartışmaktadır. YFA'nın yorumlayıcı olması, araştırmacının veriye iyice gömülüp görünenin ardındakini görmeye ve sunmaya çalışması sorumluluğunu açıklamaktadır (Smith, 2004). Bu çalışmada da araştırmacı nitel veri seti ile uzun bir süre hem hal olmuş; bireylerin söylemlerinde gizli olan anlamları açığa çıkarabilmek için veri setinde bütün ve parçalar arasında gelgitler yaparak ve deneyimi derinlemesine inceleyerek verimli bir

biçimde yorumlamaya çalışmıştır. Tüm analiz sürecinde Smith ve Osborn (2003) 'un makalesi kriter olarak kullanılmıştır.

Araştırmacı aynı zamanda, YFA'nın idiografik (bireysel farklılıklara odaklanması) yapısı nedeni ile bir katılımcının görüşmesini ve veri analizini bir kez tamamlandıktan sonra ardından ikinci katılımcıya geçtiği bir yol haritası izlemiştir. YFA'nın veri analiz sürecini toplu bir şekilde grup düzeyinde değil de birey bazında yapıldığı bir yöntem sürecini izlemesi; YFA örnekleminin belirli bir grup içinden seçilen amaca uygun ve az sayıda seçilen kişilerle yürütülmesi gerekliliğini doğurur (Smith, Flowers ve Larkin, 2012). Bu araştırmada örneklem sayısı ve örneklem yönteminin YFA metodolojisine uygun olarak belirlendiği düşünülmektedir.

6.4.4. Nitel Araştırma Örnekleme Yöntemi

Smith ve Osborn (2003) YFA analizinde olması gereken örneklem sayısının net ve kesin bir doğru cevabı olmadığını tartışmaktadır. Örneklem sayısının ne kadar olması gerektiği; vaka çalışmasına bağlılık (commitment) derecesi, analiz ve raporlamanın düzeyi, bireysel vakaların zenginliği ve kişisel kısıtlamalar gibi birkaç faktöre göre değişkenlik göstermektedir. Smith ve Osborn (2003) yaptıkları alan çalışmasında sayıları bir, dört, dokuz, on beş ve daha fazla sayıda örnekleme dayanan YFA çalışmaları olduğunu gözlemlemişlerdir. Bununla birlikte; araştırmalardaki yükselen trend ve görüş birliği, deneyimlerin öznel anlamlarını derinlemesine incelemenin realistik bir bakış açısı olarak çok küçük bir örneklem sayısı ile mümkün olduğunu yönündedir Eatough and Smith (2006a, 2006b). Son zamanlarda ise araştırma projesi olarak YFA yürüten araştırmacı öğrenciler için 5 veya 6 kişilik örneklem sayısı ideal olarak önerilmektedir (aktaran; Smith ve Osborn, 2003). Bu araştırmada da önerildiği gibi, YFA analiz süreci, beş katılımcı üzerinden yürütülmüştür.

Beş katılımcı, DDT beceri eğitimine dahil olan on iki bireyden seçilmiştir. Örneklem yönteminin belirlenmesi noktasında iki kriter göz önünde bulundurulmuştur. Bunlardan bir tanesi YFA analizinin yaklaşımına uygun katılımcıları belirleyebilmektir. Herkes fenomenolojik araştırmanın açık uçlu doğasına uygun değildir. Fenomenolojik araştırmaya katılanlar, yaşadıkları

deneyimleri keşfetmeye ilgi duymalı ve kendini adanmalıdır (Wilson, 2015, Creswell, 2020; Yıldırım & Şimşek, 2016; Yüksel & Yıldırım, 2015).

Diğer önemli kriter ise, bu araştırmada kullanılan desene uygun bir örnekleme yönteminin belirlenebilmesi kriteridir. Açıklamak gerekirse; Bu çalışmada beceri eğitimini üstlenen ve görüşme sürecini yürüten araştırmacı aynı kişidir. Nitel araştırmalarda araştırmacının araştırmayı yürütmesinin yanı sıra katılımcılarla profesyonellik gerektiren başka bir ilişki daha kurması araştırmacının ikili rolü (*dual role of researcher*) olarak adlandırılmaktadır (Perrier, Etchegary, Palarchio & Snelgrove, 2009). Araştırmanın katılımcılarla ikili ilişki yürütmesi profesyonel kabul edilme birlikte; araştırma deseninin doğası gereği doğabilecek etik ikilemlerin göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Iphofen ve Tolich (2018) ve Campbell ve Groundwater-Smith (2007) makalelerinde bu etik ikilemlerden şu şekilde bahsetmektedir;

- Araştırmacı, kendisinden hizmet/egitim alan katılımcıların araştırmaya gönüllü olarak katılımını nasıl güvence altına alabilecektir?
- Hizmeti/egitimi alan bireylerin özgür iradeleri ile katılım sağlamamayı tercih etmeleri nasıl mümkün olacaktır?
- Hizmet/egitim sırasında, kurulan ilişkide oluşabilecek herhangi zedelenme araştırma verilerinin güvenilirliğini etkilemesi önlenbilir mi?

YFA analizi için seçilecek örneklemin hem uygunluk açısından hem de araştırmacının ikili rolünden kaynaklanan etik ikilemlere çözüm olacağı düşünülerek katılımcıların gönüllülük esasına göre seçildiği bir örneklem yönteminin kullanılmasında karar kılınmıştır.

6.4.5. Nitel Araştırmada Etik

Nitel araştırmalarda da, ana akım araştırmalarda olduğu gibi, kabul ve onay, gizlilik, özel hayata saygı ve zarar vermeme, aldatmama/yanıltmama gibi temel etik ilkeler geçerliliğini korumaktadır (Yıldırım & Şimşek; 2016).

Bu araştırma için etik izin daha önce de belirtildiği gibi Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Etik komitesinden onay alınmıştır. Etik onay araştırmanın hem nicel hem nitel boyutunu kapsamaktadır.

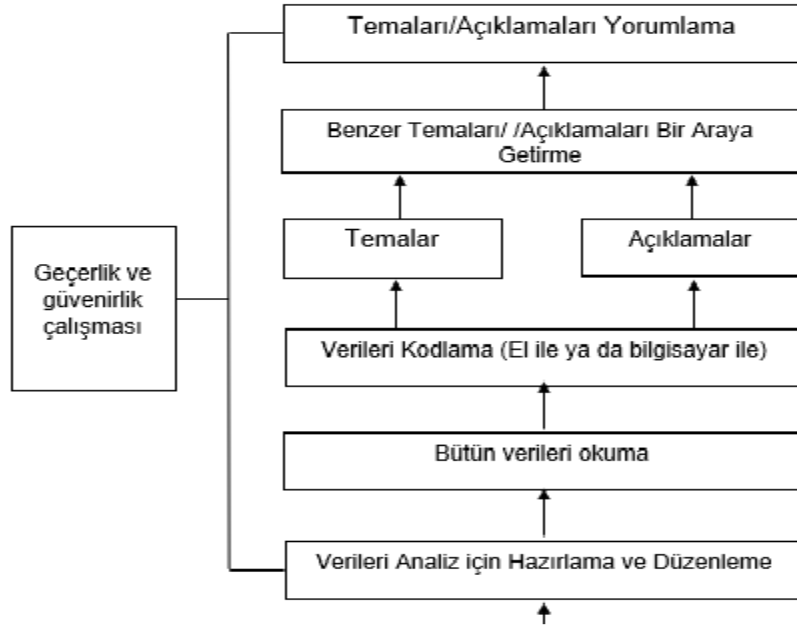
Bu araştırmaya özgü olan bir diğer etik husus ise araştırmacının hem uygulamacı hem araştırmacı olarak üstlendiği ikili roldür. Araştırmacının ikili rolü, Görüşmeye katılımın gönüllülük esasına göre olmasının nasıl garanti edilebileceği ve eğer eğitim süresince terapist ve katılımcı arasında kurulan ilişki de araştırmanın güvenilirliğini etkileyebilecek bir zedelenme yaşanmış ise bunun nasıl telafi edileceği mevzusunu doğurmaktadır. Bu gerekçelerle; Beceri eğitimi tamamlandıktan sonra görüşmeye katılımın da zorunlu olmadığı özellikle belirtilmiştir. Görüşmeye katılım gönüllülük esasına göre belirlenmiştir. Beceri eğitimine başlamadan imzalanan bilgilendirilmiş onamın nitel görüşmeyi de kapsayacağı varsayılmamıştır. Nitel araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylere ikinci bir kez bilgilendirilmiş onam verilmiştir.

Bilgilendirilmiş onam hem yazılı hem sözlü olarak verilmiştir. Sözlü onamda; araştırmacı eğer görüşme sırasında cevaplamak istemedikleri bir soru olması halinde bunu açıkça belirtebilecekleri ve de görüşmeyi sonlandırmak isterlerse herhangi bir gerekçe bildirmeden bunu yapabileceklerini söylemiştir. Görüşmelerin ses kaydı altında gerçekleşeceği ve ses kayıtlarının araştırmacı tarafından gerekli görüldüğünde araştırmaya danışmanlık eden akademisyen araştırmacı dışında kimse ile paylaşılmayacağı bilgisi verilmiştir. Katılımcılara sözel ve yazılı bilgilendirilmiş onam verildikten sonra görüşme süreci ile ilgili eğer varsa soruları cevaplanmıştır.

Son olarak; gizlilik etiğine uygun bir şekilde; katılımcıların gerçek isimleri yerine rumuz kullanılmıştır.

6.4.6. Veri Analizi

Çalışmanın analizi Creswell (2009)'in önerdiği nitel veri analizi aşamaları doğrultusunda yapılmıştır. Örnek şekil aşağıda verilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşmede elde edilen verilerin el ile yazıya dökümü tamamlandıktan sonra tüm veriler araştırmacı tarafından hem hal olana kadar tekrar ve tekrar okunmuştur. Verileri kodlama sürecinde herhangi bir nitel araştırma programı kullanılmamıştır. Tekrarlayan ve birbirine benzeyen veriler el ile kodlanmış, tema ve üst temalar altında kategorize edilmiş ve de okuyucunun anlayacağı şekilde yorumlanmıştır. Verilerin deşifreleri nitel çalışma alanında eğitimli başka bir uzman psikolog tarafından değerlendirilmiş, ortaya çıkarılan temaların ham verileri temsil edilebilirliği birlikte tartışılmıştır.



Şekil 3. Nitel verilerin analiz aşamaları

6.4.7. Nitel Araştırmada Geçerlilik ve Güvenirlik

Nitel araştırmalarda güvenilirliği sağlamanın birden fazla tanımlanmış yolu bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi görüşmelerin ses kaydına alınması ve araştırmacının ham veri üzerine yoğun bir şekilde odaklanması ve veri ile hemhal

olmasıdır. Böylelikle, elde edilen bulgular, üzerine çalışılan olgunun sahip olduğu gerçekliği tüm yönleriyle daha doğru olarak yansıtabilecektir (Lincoln ve Guba, 1985). Bu araştırmada tüm görüşmeler ses kaydına alınmıştır. Ses kayıtları manuel olarak yazıya dökülmüştür. Her bir iki saatlik görüşmenin yazıya dökülme süreci 5-6 saate tekabül etmektedir. Ses kayıtlarının tek tek ve artmış dikkat ile dinlenilmesi ve yazıya dökme süreci veriler ile hem hal olma sürecinin bir ön hazırlığıdır. Görüşmelerin transkripsiyonu tamamlandıktan sonra baştan sona tekrar ve tekrar okunmuştur. Her bir yeni transkripsiyon analiz edileceğinde bir önceki transkripsiyon tekrar ve karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Tüm deşifreler araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır.

Nitel araştırmalarda güvenilirliği sağlamanın bir başka yolu da çeşitleme (triangulation) yöntemidir (Denzin, 1970; Lincon ve Guba, 1985; Merriam, 1995; Patton, 2002). Çeşitlemeden kastedilen şey, çoklu yöntem, çoklu veri toplama, çoklu araştırmacı kullanma gibi yöntemlerin araştırma sürecine dahil edilmesidir (Merriam, 1988). Böylelikle, başka uzman araştırmacıların da görüşlerine başvurulabilir (peer debriefing) veya başka araştırma yöntemlerine de başvurulabilir. Dolayısıyla da gözden kaçırılan yönler netleştirilebilir, bulguların güvenilirliği karşılaştırma yaparak tartışılabilir.

Bu araştırmadaki görüşme sorularının nitel araştırma yöntemine uygunluğunu denetlemek için sosyoloji alanında uzman ve nitel çalışmalara hakim olan bir Dr. Öğr. Üyesinden destek alınmıştır. Görüşme soruları araştırmacının kendisi tarafından hazırlandıktan sonra denetimci rolünü üstlenen uzmanın değerlendirilmesine sunulmuştur. Verilerin analiz sürecinde ise; ham veriler araştırmacının analiz sürecinden geçtikten sonra; verilerin transkripsiyonu ve deşifresi; nitel araştırmalar üzerine eğitim almış başka bir uzman psikoloğun değerlendirilmesine sunulmuştur. Ortaya çıkarılan temaların ham veriyi temsil edebilirliği tartışılmıştır. Araştırmacı tarafından ortaya koyulan alt ve üst temaların, üzerinde çalışılan verinin sahip olduğu çoklu gerçeklikleri ne derecede doğru olarak yansıtıp yansıtmadığı denetim rolünü üstlenen uzman tarafından ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmiştir.

Nitel araştırmalarda güvenilirliğin başka bir önemli boyutu da aktarılabirlik'dir. (transferability). Katılımcıların duygu ve düşüncelerini yansıtan veriler ayrıntılı bir şekilde betimlenirken doğrudan alıntılara yer vererek adres gösterilmiştir (Lincoln ve Guba, 1985; Merriam, 1995). Böylelikle aynı konuyu çalışan diğer araştırmalar, iki ayrı çalışmanın temalarının örtüşüp örtüşmediği ile ilgili bir değerlendirme yapabilirler.

Verilerin yorumlanma sürecinde ise bir çeşitlenme yöntemi olarak çoklu veri toplama/ çoklu metod avantajlarından faydalanılmıştır. Buna göre, Karma yöntemler her iki yöntemin gcl yanlarından faydalanabilmek ve bir fenomenle ilgili tüm resmi ortaya koyabilmek gibi amaçlar taşır. Bunun yanı sıra, karma yöntem bir yöntemden elde edilen çıkarımların güvenirliğini test etmek amacı ile de kullanılabilir (Migiro ve Magangi, 2011; Venkatesh, Brown, ve Bala, 2013). Bu araştırmada; üzerinde çalışan probleme ilişkin daha bütüncül bir yaklaşım sunabilmek adına nicel ve nitel bulgular, verilerin yorumlanma sürecinde birlikte ele alınmış ve her iki yöntemden gelen bulguların birbirleri ile tutarlılığının incelenmiştir. Dolayısıyla da, nicel veri setinden elde edilen bulgular ile nitel veri setinden elde edilen bulguların karşılaştırılabilir olması, bulguları daha anlamlı, gcl ve inandırıcı hale getirmektedir (Creswell, 2003).

ALTINCI BÖLÜM

7. NİCEL BULGULAR

Tüm katılımcıların sosyo-demografik değişkenleri tablo 3'de sunulmuştur. Katılımcıların tamamı kadın (%100), bekar (%100) ve üniversite okuyan (%100) öğrencilerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaş aralığı 19-25 olup; 19 yaşında olan bir (%4), 20 yaşında olan altı (%24), 21 yaşında olan üç (%12), 22 yaşında olan sekiz (%32), 23 yaşında olan bir (%4,0) ve 25 yaşında olan altı (%24) katılımcı bulunmaktadır. Toplam 24 katılımcıdan 22 tanesi orta düzeyde (%91,7), iki tanesi ise (%8,3) yüksek düzeyde gelirliliğini belirtmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-demografik Değişkenler Açısından Yüzdelerik Dağılımları

		Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	24	100,0
	Erkek	0	0
	Toplam	24	100,0
Yaş	19	1	4,0
	20	6	24,0
	21	3	12,0
	22	8	32,0
	23	1	4,0
	25	6	24,0
	Toplam	24	100,00
Medeni Durum	Bekar	24	100,0
	Evli	0	0
Gelir Değerlendirme	Toplam	24	100
	Düşük	0	0
Eğitim	Orta	22	91,7
	Yüksek	2	8,3
	Toplam	24	100
	İlkokul	0	0
	Ortaokul	0	0
Eğitim	Lise	0	0
	Üniversite okuyor	100	100,00
	Üniversite mezunu	0	0
	Yüksek lisans	0	0
	Doktora	0	0
	Toplam	100	100,00

Bu araştırmaya dahil olan 24 katılımcının yarısı (12) deney grubuna yarısı ise kontrol grubuna (12) atanmıştır. Araştırmada yöntemsel olarak seçkisiz atama gerçekleştirilememiştir. Bir araştırmada uygulamada ortaya çıkabilecek güçlükler nedeniyle seçkisiz atama gerçekleştirilemez ise; araştırmanın yöntemsel gücünü arttırabilmek adına;

- ✓ Grupların homojen yapıda olması
- ✓ Uygulama öncesinde grupların bağımlı değişken açısından homojen olması
- ✓ Tekrarlı ölçümlerin yapılması tavsiye edilmektedir (Büyüköztürk, 2012).

Bu araştırmada deney ve kontrol grubuna atanan katılımcılar sosyo-demografik değişkenler açısından homojendir. Araştırma tekrarlı ölçümlerin analizine dayanmaktadır. Deney ve kontrol gruplarının uygulama öncesinde polikistik over sendromu yaşam kalitesi leğinden aldığı puanların denkliğini incelemek amacıyla bağımsız örnekler için t testi uygulanmıştır. Bu analiz parametrik bir test olduğundan öncelikle grupların normal dağılımı test edilmiştir. Normallik analizinin gruplara göre sonuçları tablo 4’de verilmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların n Test PKOS Yaşam Kalitesi leği Puanlarının Normallik Analizi Sonuçları

Değişken	Grup	Mean	Ss	Ortanca	Eğiklik	Basıklık
Pkos yaşam kalitesi leği	deney	27,250	36,11	136,50	-,999	1,465
	kontrol	21,583	27,72	119,50	-,724	,968

Polikistik over yaşam kalitesi leği puanlarının deney ve kontrol gruplarında normal dağılım analizi için eğiklik ve basıklık değerleri kriter alınmıştır. Normallik varsayımının sağlanabilmesi için eğiklik ve basıklık değerlerinin -1,5 ve +1,5 aralığında olması gerekmektedir (Tabachnick and Fidell, 2013). +- 2,00 değerleri arasında olması gerektiğini öne süren kaynaklar da mevcuttur (George ve Mallery, 2010). Tablo 4’de görüldüğü üzere hem deney hem de kontrol gruplarında eğiklik ve basıklık değerleri -1,5 ve +1,5 aralığındadır. Normallik varsayımı sağlanmaktadır.

Deney ve kontrol gruplarının uygulama öncesi polikistik over yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının birbirine denk olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan bağımsız örnekler için t testi sonucu tablo 5’de sunulmaktadır.

Tablo 5.PKOS Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test Puanlarının Kontrol ve Deney Gruplarında Bağımsız Örnek t Testi İle Karşılaştırılması

Değişken	Grup	n	Ortalama	Standart sapma	t	sd	p
Pkos yaşam kalitesi ön test puanı	Kontrol	12	116,66	27,72	1,160	22	0,258
	Deney	12	131,91	36,11			

Kontrol ve deney gruplarında, uygulama öncesinde alınan ön testlerde, polikistik over yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarını kıyaslamak için yapılan Bağımsız örnekler t testi sonucuna göre, deney grubunun ön test puan ortalaması ($\bar{x} = 131.91$) ile kontrol grubunun ön test puan ortalaması ($\bar{x} = 116.66$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, $t_{(22)} = 1.160$, $p > .05$. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların uygulama öncesinde polikistik over yaşam kalitesi ölçeği puanları açısından homojen olması araştırma yöntemini güçlendiren bir unsurdur (Büyüköztürk, 2012).

7.1. PKOS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUANLARININ ANALİZLERİ

Bu araştırmanın ana hedeflerinden bir tanesi; bağımsız değişken olan DDT yönelimli beceri eğitiminin bağımlı değişken olan yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemektir. Araştırmada deney ve kontrol grubu olarak iki grup bulunmaktadır. Her gruptan uygulama öncesinde, uygulama sonunda ve uygulamadan iki ay sonra olmak üzere üç ölçüm alınmıştır. Dolayısıyla yapılacak olan analiz hem gruplar içi hem de gruplar arası karşılaştırmanın yapılacağı; tekrarlayan ölçümler için istatistiksel işlemleri gerektirmektedir. Farklı gruplar arasında ikiden fazla ölçüm düzeyinin karşılaştırılmasını gerektiren karışık deneysel desenler için “tek faktör üzerinde tekrarlanmış ölçümler için iki faktörlü varyans analizi” kullanılmaktadır

(Büyüköztürk, 2012). Bu araştırmada iki karşılaştırma grubu (deney ve kontrol) ve üç ölçüm düzeyi (ön test-son test-izlem) bulunmaktadır. Bu deneysel sisteme sahip olan desenler için 2*3 iki faktörlü ANOVA tekniği kullanılmaktadır.

Parametrik bir test olan İki faktörlü varyans analizi öncesinde yapılan normallik dağılımın deney ve gruplara göre sınanmasını gösteren sonuçlar tablo 6'da verilmektedir.

Tablo 6.Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem Pkos Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Normallik Analizi Sonuçları

Değişken	Grup	Ortalama	Ss	Ortanca	Çarpıklık	Basıklık
Pkos ön test	deney	131,916	36,11	136,50	-,999	1,465
	kontrol	116,666	27,72	119,50	-,724	,968
Pkos son test	deney	160,583	21,41	157,50	-,335	,714
	kontrol	119,750	23,06	124,50	-,297	,554
Pkos izlem test	deney	164	12,89	159,50	-,999	0,009
	kontrol	123,250	18,30	126,50	-,724	,369

Polikistik over yaşam kalitesi ölçeği ön test, son test ve izlem ölçümlerinin deney ve kontrol gruplarında normal dağılımını sınamak için çarpıklık ve basıklık değerleri kriter olarak alınmış ve bu değerlerin üç ölçüm düzeyinde hem deney hem kontrol grubunda -1,5 ve +1,5 değerleri arasında olduğu gözlenmiştir. Normallik varsayımı sağlanmaktadır.

Parametrik testlerin diğer bir varsayımı olan her bir ölçüm düzeyinde varyansların homojen olması koşulunu incelemek için yapılan levene testi sonuçları tablo 7'de sunulmaktadır.

Tablo 7.Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümlerinden Elde Edilen Puanlarına (Pkos yaşam kalitesi) Uygulanan Varyans Homojenliği (Levene) Testi Sonuçları

Değişken	ölçüm	n	df1	df2	F	P
Pkos yaşam Kalitesi ölçeği	Ön test	24	1	22	,738	,400
	Son test	24	1	22	,050	,825
Total puanlar	İzlem	24	1	22	,800	,381

Tablo 7’de katılımcıların polikistik over sendromu yaşam kalitesi ölçeği varyansların homejenliği testine göre her üç ölçüm düzeyinde (ön test, son test, izlem) herhangi bir fark olmadığı gözlenmiştir (Pkos yaşam kalitesi ölçeği ön test ölçümü $F = .738$, $p > .05$; PKOS yaşam kalitesi ölçeği son test ölçümü $F = .050$, $p > .05$; PKOS yaşam kalitesi ölçeği izlem ölçümü $F = .800$, $p > .05$).

İki Yönlü Anova analizi için gereken bir diğer varsayımda; ölçümler arası farkların varyanslarının homojenliğinin sağlanmasıdır. Bu varsayım Mauchly Testi ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8.Mauchly Küresellik Varsayımının Sınanması

Mauchly W	sd	p	Epsilon		
			Greenhouse Geisser	Huynh-Feldt	LowerBound
0,362	2	0,00	0,611	0,657	0,500

Mauchly Testi sonucuna göre ölçümler arası farkların varyansları homojen değildir, $W = .362$; $p < .05$. Bu nedenle epsilon düzeltmesine gidilmiştir. Epsilon değerlerinin 0,70’ten düşük olduğu gözlenenmiş ve Greenhouse-Geisser Düzeltmesi tercih edilmiştir.

Polikistik Over Sendromu olan bireylerde DDT yönelimli beceri eğitiminin, bu bireylerde yaşam kalitelerini yükseltip yükseltmediğini test etmek amacıyla; deney ve kontrol gruplarında uygulanan pkos yaşam kalitesi ölçeği ön test, son test ve izlem analizi için yapılan tek faktör üzerinden tekrarlı ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9.PKOS Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel toplam Puanlarının Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ölçümleri Arası Farklılığın Tekrarlı Ölçümler İçin İkiYönlü Varyans Analizi ile İncelenmesi

Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası						
Grup (M/K)	6251,130	1	6251,130	15,228	0,01	,409
Hata	9031,074	22	410,503			
Gruplar İçi						
Ölçüm (Ön-Son-İzlem)	5102,028	1,221	4177,351	9,257	,003	0,296
Grup*Ölçüm	2609,528	1,221	2136,585	4,735	,032	0,177
Hata	12125778	22,000	551,172			

Deney ve Kontrol gruplarının pkos yaşam kalitesi ölçeği genel puanlarının ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında fark olup olmadığının sınanması için yapılan analizden elde edilen sonuçlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür, $F(1, 22) = 15.228, p < .05, \eta^2 = .409$. Bu sonuca göre; deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların pkos yaşam kalitesi ölçeği puanları, ölçüm ayrımı yapmaksızın (*gruplar arası sütünunu farklılaşmanın hangi ölçümler arasında olduğunu göstermez*) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır.

DDT Yönelimli beceri eğitimine dahil olan katılımcılar grup ayrımı yapmaksızın (deney ve kontrol) ön test, son test ve izlem testleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, $F(1.221, 22.000) = 9.257, p < .05, \eta^2 = .296$. Bu sonuca göre grup ayrımı (deney veya kontrol) yapılmaksızın, ön test, son test ve ölçüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Farklı gruplarda olma ile farklı zamanlardaki ölçümü gösteren faktörlerin katılımcıların pkos yaşam kalitesi puanları üzerindeki ortak etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır, $F(1.221, 22.000) = 4.735, p < .05, \eta^2 = .177$. Buna göre; katılımcıların bulunduğu grup ile ölçümler arası farklılığın ortak etkisi anlamlı olduğundan; deneysel işlemin bağımlı değişken üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmaktadır. Başka bir deyişle; müdahale programı sonrasında deney ve kontrol grupları arasında görülen pkos yaşam kalitesi ölçek puan farklılıkları DDT yönelimli beceri

eğitiminin bir sonucu olarak gerçekleşmektedir. Bu farklılığın yaklaşık olarak %18'si açıklanabilmektedir.

Grup ve ölçümün ortak etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı bulunması üzere farklılığın hangi ölçümler arasından kaynaklandığını görmek için ikili karşılaştırmalar (pairwise comparasion) tablosu incelenmiş, bulgular tablo 10'da sunulmuştur.

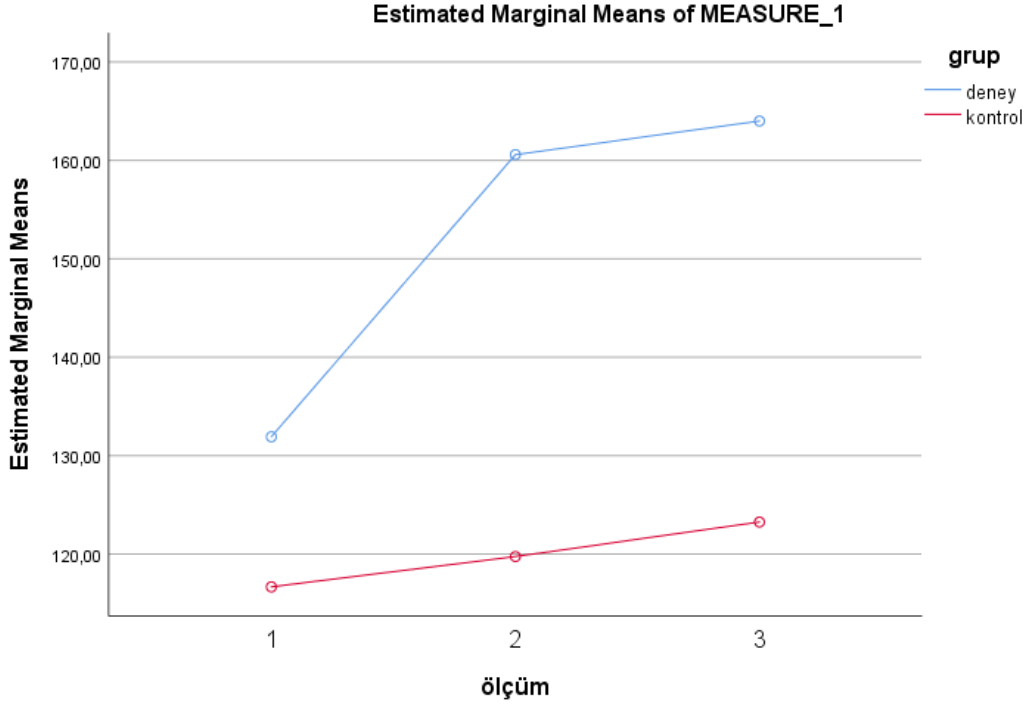
Tablo 10. Ön Test Son Test ve İzlem Testi Puanlarının Kontrol ve Deney Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Değişken	n	Ortalama Farkı	Standart sapma	p
Deney	Pkos Yaşam Kalitesi ölçeği Ön test- Son Test	12	-22,67	8,478	0,03
	Pkos Yaşam Kalitesi Ön test- İzlem Testi	12	-32,03	7,443	0,00
	Pkos Yaşam Kalitesi Son test- İzlem Testi	12	-3,417	3,243	,303
	Pkos Yaşam Kalitesi				
Kontrol	Ön test- Son Test	12	-3,083	8,478	,720
	Pkos Yaşam Kalitesi Ön test- İzlem Testi	12	-6,583-	7,443	,386
	Pkos Yaşam Kalitesi				
	Son test- İzlem Testi	12	3,083	3,243	,292

Farklılıkların hangi grup ve ölçümlerden kaynaklandığının incelenmesi için yapılan gruplar arası ve ölçümler arası ikili karşılaştırma sonuçlarına göre, deney grubunun ön test puan ortalaması ($\bar{x} = 131,91$) ile son test puan ortalaması ($\bar{x} = 160,58$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $p < .05$. Deney grubunun son test puan ortalaması ile izlem test puan ortalaması ($\bar{x} = 164$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur; $p > .05$. Buna göre; Deney grubunun 3 aylık deneysel müdahale sonrasında, PKOS yaşam kalitesi ölçeğinden aldığı puanlar istatistiksel anlamlılık ifade edecek düzeyde yükselmiş, deneysel müdahaleden 2 ay sonra alınan izlem testinde de yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki yükseliş korunmuştur.

Herhangi bir deneysel müdahalenin yapılmadığı kontrol grubunun pkos yaşam kalitesi ölçeği ön test ($\bar{x} = 116,66$) ve son test puan ortalamaları ($\bar{x} = 119,75$) arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir; $p > .05$. Kontrol grubun son test puan ile izlem test puan ortalaması ($\bar{x} = 123,25$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark yoktur. Buna göre; deneysel müdahalenin uygulanmadığını kontrol grubu polikistik over yaşam kalitesi ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık gözlemlenmemiştir.



Şekil 4. Deney ve kontrol gruplarının pkos yaşam kalitesi ölçeği Ön test, son test ve izlem ölçümleri boyunca zaman içindeki değişiminin grafiği

Şekil 3, Deney ve Kontrol grupları PKOS yaşam kalitesi ölçeği için uygulanan üç ölçümün sonuçlarını zaman içinde nasıl seyrettiğini göstermektedir. Buna göre; deney grubu katılımcıların pkos yaşam kalitesi ölçeği puanları uygulama öncesi puanlarına göre yükselmekte; bu yükseliş hafif bir düzeyde izlem boyunca da devam etmektedir. Grafik sonuçları istatistiksel analiz bulguları ile birlikte değerlendirildiğinde; deney grubunda müdahale programı sonrasında yaşam kalitesi toplam puanlarında anlamlı bir artışın gerçekleştiği söylenebilmektedir. Bunun yanı sıra, son ölçüm ile izlem arasındaki süreçte de devam eden yükseliş istatistiksel olarak anlamlı değildir; fakat araştırmanın temel hipotezinin karşılandığını göstermektedir. Deney grubunda son test puanlarında görülen artış izlem testinde de kalıcılığını korumuştur.

Kontrol grubunda üç ölçüm boyunca hafif bir düzeyde yükselme görülmektedir. Grafik göstergeleri grup ve ölçüm ortak etkileşim istatistiksel analiz bulguları ile birlikte değerlendirildiğinde; kontrol grubunda gözlemlenen zaman içindeki hafif düzeydeki yükselişin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ve gruptan (bağımsız değişken) kaynaklanan farklara atfedilemeyeceği sonucuna varılmaktadır. Kontrol grubundaki yükseliş; gruplar arası farklılıktan ziyade araştırma boyunca kontrol edilemeyen diğer değişkenlere bağlı olarak açıklanmaktadır.

Polikistik over sendromu genel toplam puanı analizlerinden sonra; ölçeğin her bir alt boyutu için de gruplar arası (deney ve kontrol) ve gruplar içi karşılaştırmalar (ön test, son test ve izlem) yapılmıştır. Her bir alt boyut için parametrik test varsayımları incelenmiş ve tekrarlı ölçümler için iki yönlü anova yapılıp yapılamayacağı analiz edilmiştir.

7.2. PKOS Yaşam Kalitesi Ölçeği ‘Psiko-sosyal ve Duygusal’ Alt Boyutu Analizleri

Polikistik over yaşam kalitesi ölçeği Psiko-sosyal ve Duygusal Alt boyutu puanlarının deney ve kontrol gruplarında üç ölçüm düzeyinde farklılaşp farklılaşmadığını iki faktörlü varyans analizi ile inceleyebilmek için öncelikli olarak her bir grubun normal dağılımı sınıanmıştır. Sonuçlar tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem Psiko-Sosyal ve Duygusal Alt boyut Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Normallik Analizi Sonuçları

Değişken	Grup	Ortalama	Ss	Ortanca	Çarpıklık	Basıklık
Psiko-sosyal ön-test	deney	59,833	19,295	59	-,689	-,060
	kontrol	56,333	15,599	59	-,1,314	,1,344
Psiko-sosyal son-test	deney	72,666	12,694	73,50	-,352	,141
	kontrol	56,500	12,288	57	-,1,025	,909
Psiko-sosyal izlem	deney	72,666	10,422	72,50	-,081	,777
	kontrol	57,916	9,238	59,50	-,720	,153

Polikistik over yaşam kalitesi ölçeği psiko-sosyal ve duygusal alt boyut puanlarının ön test, son test ve izlem ölçümlerinin deney ve kontrol gruplarında normal dağılımını sınamak için çarpıklık ve basıklık değerleri kriter olarak alınmış ve bu değerlerin üç ölçüm düzeyinde hem deney hem kontrol grubunda -1,5 ve +1,5

değerleri arasında olduğu gözlenmiştir. Normallik varsayımı sağlanmaktadır. Parametrik testlerin diğer bir varsayımı olan her bir ölçüm düzeyinde varyansların homojen olması koşulunu incelemek için yapılan levene testi sonuçları tablo 12’de sunulmaktadır.

Tablo 12. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümlerinden Elde Edilen Puanlarına (Psiko-sosyal ve duygusal alan) Uygulanan Varyans Homojenliği (Levene) Testi Sonuçları

Değişken	ölçüm	n	df1	df2	F	P
Psikososyal ve Duygusal Alt Ölçeği	Ön test	24	1	22	,503	,486
	Son test	24	1	22	,028	,868
	izlem	24	1	22	,406	,531

Tablo 12’de katılımcıların polikistik over sendromu yaşam kalitesi psiko-sosyal ve duygusal alt ölçeği varyansların homejenliği testine göre her üç ölçüm düzeyinde (ön test, son test, izlem) herhangi bir fark olmadığı gözlenmiştir. (Psiko-sosyal ve duygusal alan ön test ölçümü $F = .503, p > .05$; Psiko-sosyal ve duygusal alan son test ölçümü $F = .028, p > .05$; Psiko-sosyal ve duygusal alan izlem ölçümü $F = .406, p > .05$).

İki Yönlü Anova analizi için gereken bir diğer varsayımda; ölçümler arası farkların varyanslarının homojenliğinin sağlanmasıdır. Bu varsayım Mauchly Testi ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13. Mauchly Küresellik Varsayımının Sınanması

Mauchly W	sd	p	Epsilon		
			Greenhouse Geisser	Huynh-Feldt	LowerBound
0,440	2	0,00	0,641	0,694	0,500

Mauchly Testi sonucuna göre ölçümler arası farkların varyansları homojen değildir; $W = .440, p < .05$. Bu nedenle epsilon düzeltmesine gidilmiştir. Epsilon

değerlerinin 0,70'ten düşük olduğu gözlenlenmiş ve Greenhouse-Geisser Düzeltmesi tercih edilmiştir.

Polikistik Over Sendromu olan bireylerde DDT yönelimli beceri eğitiminin, bu bireylerin psikolojik iyi oluşunu yükseltip yükseltmediğini test etmek amacıyla; deney ve kontrol gruplarından elde edilen psiko-sosyal ve duygusal alt boyut puanlarının ön test, son test ve izlem analizi için yapılan tek faktör üzerinden tekrarlı ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları tablo 14'de verilmiştir.

Tablo 14. Pkos Yaşam Kalitesi Ölçeği Psiko-sosyal ve Duygusal Alt Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ölçümleri Arası Farklılığın Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi ile İncelenmesi

Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası						
Grup (M/K)	832,296	1	832,296	6,198	0,00	,220
Hata	832,296	22	134,279			
Gruplar İçi						
Ölçüm (Ön-Son-İzlem)	819,111	2	639,066	5,182	,023	0,191
Grup*Ölçüm	617,44	1,282	481,726	3,906	.049	0,151
Hata	3477,444	22,000	158,066			

Deney ve Kontrol gruplarının PKOS yaşam kalitesi ölçeği psiko-sosyal alt ölçeği puanlarının ön test, son test ve izlem testi ortalamaları arasında fark olup olmadığının sınanması için yapılan analizden elde edilen sonuçlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür, $F(1,22) = 6.198$, $p < .05$, $\eta^2 = .220$. Bu sonuca göre; deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların PKOS yaşam kalitesi ölçeği puanları, ölçüm ayrımı yapmaksızın (*gruplar arası sütunu farklılaşmanın hangi ölçümler arasında olduğunu göstermez*) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır.

DDT Yönelimli beceri eğitimine dahil olan katılımcılar grup ayrımı yapmaksızın (deney ve kontrol) ön test, son test ve izlem testleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, $F(2, 22.000) = 5.182$, $p < .05$, $\eta^2 = .191$. Bu sonuca göre ölçümlerde grup ayrımı yapılmaksızın ölçüm puanları

arasındaki farkın anlamlı olduğu ve puanların uygulanan beceri eğitimine bağlı olarak farklılaştığı ifade edilebilir. Bu farklılığın yaklaşık olarak %19'u açıklanabilmektedir.

Farklı gruplarda olma ile farklı zamanlardaki ölçümü gösteren faktörlerin katılımcıların psiko-sosyal psikolojik alt ölçeği puanları üzerindeki ortak etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır, $F(1.282, 22.000) = 3.906$, $p < .05$, $\eta^2 = .151$. Buna göre; katılımcıların bulunduğu grup ile ölçümler arası farklılığın ortak etkisi anlamlı olduğundan; deneysel işlem bağımlı değişken üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmaktadır. Başka bir deyişle; müdahale programı sonrasında deney ve kontrol grupları arasında görülen psiko-sosyal ve duygusal ölçek puan farklılıkları DDT yönelimli beceri eğitiminin bir sonucu olarak gerçekleşmektedir. Bu farklılığın yaklaşık olarak %15'i açıklanabilmektedir.

Grup ve ölçümün ortak etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı bulunması üzere farklılığın hangi ölçümler arasından kaynaklandığını görmek için ikili karşılaştırmalar (pairwise comparasion) tablosu incelenmiş, bulgular tablo 15'de sunulmuştur.

Tablo 15. Psikosyal ve Duygusal Alt Ölçek Ön Test Son Test ve İzlem Testi Puanlarının Kontrol ve Deney Gruplarına Göre karşılaştırılması

Değişken		n	Ortalama Farkı	Standart sapma	p
Deney	Psikososyal ve Duygusal alt ölçek Ön test- Son Test	12	-12,833	4,4579	0,10
	Psikososyal ve Duygusal alt ölçek son test- izlem Test	12	-,917	2,011	0,653
	Psikososyal ve Duygusal alt ölçek ön test- izlem Test	12	-13,750	3,808	,002
Kontrol	Psikososyal ve Duygusal alt ölçek Ön test- Son Test	12	-,167	4,579	,971
	Psikososyal ve Duygusal alt ölçek son test- izlem Test	12	-1,417	2,011	,489
	Psikososyal ve Duygusal alt ölçek ön test- izlem Test	12	-1,583	1,417	,682

Farklılıkların hangi grup ve ölçümlerden kaynaklandığının incelenmesi için yapılan gruplar arası ve ölçümler arası ikili karşılaştırma sonuçlarına göre, deney

grubunun ön test puan ortalaması ($\bar{x} = 59.833$) ile son test puan ortalaması ($\bar{x} = 72.666$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır, $p < .05$. Deney grubunun son test puan ortalaması ile izlem test puan ortalaması ($\bar{x} = 73.583$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur; $p > .05$. Buna göre; Deney grubuna katılan katılımcıların 3 aylık deneysel müdahale sonrasında psiko-sosyal ve duygusal alt ölçeğinden aldığı puanlar istatistiksel anlamlılık ifade edecek düzeyde yükselmiş, deneysel müdahaleden 2 ay sonra alınan izlem testinde de yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki yükseliş korunmuştur.

Herhangi bir deneysel müdahalenin yapılmadığı kontrol grubunun psikos sosyal yaşam kalitesi ölçeği ön test ($\bar{x} = 56.333$) ve son test puan ortalamaları ($\bar{x} = 56.5$) arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir; $p > .05$. Kontrol grubun son test puan ile izlem test puan ortalaması ($\bar{x} = 57.916$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur, $p > .05$. Buna göre; deneysel müdahalenin uygulanmadığını kontrol grubu psikos sosyal ve duygusal alt ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık gözlemlenmemiştir.

7.3. PKOS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 'DOĞURGANLIK' ALT BOYUTLARI ANALİZİ

Polikistik over yaşam kalitesi ölçeği Doğurganlık Alt boyutu puanlarının deney ve kontrol gruplarında üç ölçüm düzeyinde farklılaşıp farklılaşmadığını iki faktörlü varyans analizi ile inceleyebilmek için öncelikli olarak her bir grubun normal dağılımı sınanmıştır. Sonuçlar tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16. Katılımcıların Ön Test, son test ve izlem Doğurganlık Alt Boyut Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Normallik Analizi Sonuçları

Değişken	Grup	Ortalama	Ss	Ortanca	Çarpıklık	Basıklık
Doğurganlık ön test	deney	27,166	9,183	30,5	-1,292	,613
	kontrol	25,166	6,478	24	-,169	-,601
Doğurganlık son test	deney	31,250	3,596	32	-,835	-,0,63
	kontrol	25,000	6,424	25	-,346	-,267
Doğurganlık izlem test	deney	31,583	3,203	31,583	-,835	-1,115
	kontrol	26,000	5,134	26,5	-,546	,753

Polikistik over yaşam kalitesi ölçeği doğurganlık alt boyut puanlarının ön test, son test ve izlem ölçümlerinin deney ve kontrol gruplarında normal dağılımını sınamak için çarpıklık ve basıklık değerleri kriter olarak alınmış, bir değer dışında tüm değerlerin üç ölçüm düzeyinde hem deney hem kontrol grubunda -1,5 ve +1,5 değerleri arasında olduğu gözlenmiştir. Normallik varsayımı sağlanmaktadır.

Parametrik testlerin diğer bir varsayımı olan her bir ölçüm düzeyinde varyansların homojen olması koşulunu incelemek için yapılan levene testi sonuçları tablo 17’de sunulmaktadır.

Tablo 17. Katılımcıların Ön Test, son test ve izlem ölçümlerinden elde edilen puanlarına (Doğurganlık alt boyutu) uygulanan varyans homojenliği (Levene) testi sonuçları

Değişken	ölçüm	n	df1	df2	F	P
Doğurganlık	Ön test	24	1	22	,993	,330
Alt	Son test	24	1	22	1,798	,194
Ölçeği	İzlem	24	1	22	1,140	,297

Tablo 17’de katılımcıların polikistik over sendromu yaşam kalitesi doğurganlık alt ölçeği varyansların homojenliği testine göre her üç ölçüm düzeyinde (ön test, son test, izlem) herhangi bir fark olmadığı gözlenmiştir (Doğurganlık alan ön test ölçümü $F = .993$, $p > .05$; Doğurganlık alan son test ölçümü $F = 1.798$, $p > .05$; Doğurganlık alan izlem ölçümü $F = 1.140$, $p > .05$).

İki Yönlü Anova analizi için gereken bir diğer varsayımda; ölçümler arası farkların varyanslarının homojenliğinin sağlanmasıdır. Bu varsayım Mauchly Testi ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Mauchly Küresellik Varsayımının Sınanması

Mauchly W	sd	p	Epsilon		
			Greenhouse Geisser	Huynh-Feldt	LowerBound
0,262	2	0,00	0,576	0,615	0,500

Mauchly Testi sonucuna göre ölçümler arası farkların varyansları homojen değildir; $W = 0.262$, $p < .05$. Bu nedenle epsilon düzeltmesine gidilmiştir. Epsilon

değerlerinin 0,70'ten düşük olduğu gözlenlenmiş ve Greenhouse-Geisser Düzeltmesi tercih edilmiştir.

Polikistik Over Sendromu olan bireylerde DDT yönelimli beceri eğitiminin, bu bireylerin doğurganlık alanında (*interfelite veya interfelite riski ile baş edebilme*) yaşam kalitesini yükseltip yükseltmediğini test etmek amacıyla; deney ve kontrol gruplarından elde edilen doğurganlık alt boyut puanlarının ön test, son test ve izlem analizi için yapılan tek faktör üzerinden tekrarlı ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19. Pkos Yaşam Kalitesi Ölçeği Doğurganlık Alt Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ölçümleri Arası Farklılığın Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi ile İncelenmesi

Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası						
Grup (M/K)	127,574	1	127,574	4,469	,046	,169
Hata	627,963	22	28,544			
Gruplar İçi						
Ölçüm (Ön-Son-İzlem)	89,361	1,151	77,634	3,896	0,54	,150
Grup*Ölçüm	62,694	1,151	54,467	2,733	,106	,111
Hata	504611	22,000	22,937			

Deney ve Kontrol gruplarının pkos yaşam kalitesi ölçeği doğurganlık alt ölçeği puanlarının ön test, son test ve izlem testi ortalamaları arasında fark olup olmadığının sınanması için yapılan analizden elde edilen sonuçlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür, $F(1, 22) = 4.469$, $p < .05$, $\eta^2 = .169$. Bu sonuca göre; deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların pkos yaşam kalitesi doğurganlık alt ölçeği puanları, ölçüm ayırımı yapmaksızın (*gruplar arası sütunu farklılaşmanın hangi ölçümler arasında olduğunu göstermez*) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır.

DDT Yönelimli beceri eğitimine dahil olan katılımcılar grup ayırımı yapmaksızın (deney ve kontrol) ön test, son test ve izlem testleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, $F(1.151, 22.000) = 3.896$, $p > .05$, $\eta^2 = .150$. Bu sonuca, grup ayırımı yapılmaksızın ölçümler arasında bir fark yoktur.

Farklı gruplarda olma ile farklı zamanlardaki ölçümü gösteren faktörlerin katılımcıların doğurganlık alt ölçeği puanları üzerindeki ortak etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir, $F(1.151, 22.000 = 2.733; p > .05, \eta^2 = .111$. Bu bulgulara göre; ölçümler arasında bulunan farklılığın deneysel müdahaleden dolayı kaynaklanıp kaynaklanmadığı noktasında esas belirleyici olan grup ve ölçümün ortak etkileşiminin anlamlı bulunması olduğundan, deneysel müdahalenin doğurganlık alt boyutunda deney ve kontrol grupları arasında bir farklılaşmayı sağlamadığı sonucuna varılmaktadır. Başka bir deyişle DDT yönelimli beceri eğitimi sonrasında deney grubundaki katılımcıların doğurganlık alt ölçeği puanları kontrol grubundaki katılımcılarından istatistiksel olarak anlamlılık ifade edecek düzeyde farklılaşmamıştır.

İki yönlü varyans analizinde deney ve kontrol grubunun deneysel müdahaleye bağlı olarak değişip değişmediğini belirleyen esas kriter grup ve ölçümün ortak etkileşim değeri olduğundan; doğurganlık alt boyutu için ölçümler arası ikili karşılaştırmalar yoluna gidilmemiştir. Deney ve kontrol gruplarının toplam puanları ön test, son test ve izlem düzeyinde farklılaşmamıştır. Ölçümler arasında grup ayrımı yapmaksızın en az bir düzeyde farklılaşma görülmüştür; ancak bu farklılaşma deneysel müdahaleden dolayı kaynaklanmamıştır. DDT yönelimli beceri eğitimi sonrasında; bu eğitime bağlı olarak deney grubunun doğurganlık alt ölçeği alanında yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir yükseliş gözlemlenmemiştir.

7.4. PKOS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ‘OBEZİTE VE MENSTRÜEL BOZUKLUKLAR ‘ ALT BOYUTU ANALİZLERİ

. Polikistik over yaşam kalitesi ölçeği ‘Obezite ve Menstrüel Bozukluklar’ alt boyutu puanlarının deney ve kontrol gruplarında üç ölçüm düzeyinde farklılaşıp farklılaşmadığını iki faktörlü varyans analizi ile inceleyebilmek için öncelikli olarak her bir grubun normal dağılımı sınanmıştır. Sonuçlar tablo 20’de sunulmuştur.

Tablo 20. Katılımcıların Ön Test, son test ve izlem ‘Obezite ve Menstrüel Bozukluklar’ Alt Boyut Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Normallik Analizi Sonuçları

Değişken	Grup	Ortalama	Ss	Ortanca	Çarpıklık	Basıklık
OMB ön test	deney	27,250	12,464	39,500	-,327	-,1434
	kontrol	21,583	9,364	29,000	-,426	-1,236
OMB son test	deney	34,750	8,227	56,500	-,663	,1,378
	kontrol	23,666	9,284	36,000	-,587	-,660
OMB izlem test	deney	35,833	5,432	54,000	,455	,975
	kontrol	23,500	7,902	33,000	,584	-1,055

Polikistik over yaşam kalitesi ölçeği obezite ve menstrüel bozukluklar alt boyut puanlarının ön test, son test ve izlem ölçümlerinin deney ve kontrol gruplarında normal dağılımını sınamak için çarpıklık ve basıklık değerleri kriter olarak alınmış ve bu değerlerin üç ölçüm düzeyinde hem deney hem kontrol grubunda -1,5 ve +1,5 değerleri arasında olduğu gözlenmiştir. Normallik varsayımı sağlanmaktadır. Parametrik testlerin diğer bir varsayımı olan her bir ölçüm düzeyinde varyansların homojen olması koşulunu incelemek için yapılan levne testi sonuçları tablo 21’de sunulmaktadır.

Tablo 21. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümlerinden Elde Edilen Obezite ve Menstrüel Bozukluklar Alanı Puanlarına Uygulanan Varyans Homojenliği (Levene) Testi Sonuçları

Değişken	ölçüm	n	df1	df2	F	P
Obezite ve Menstrüel Bozukluklar Alt Ölçeği	Ön test	24	1	22	1,570	,223
	Son test	24	1	22	,045	,833
	izlem	24	1	22	,929	,345

Tablo 21’de katılımcıların polikistik over sendromu yaşam kalitesi obezite ve menstrüel bozukluklar alt ölçeği varyansların homejenliği testine göre her üç ölçüm düzeyinde (ön test, son test, izlem) herhangi bir fark olmadığı gözlenmiştir (obezite ve menstrüel bozukluklar alan ön test ölçümü $F = 1.570$, $p > .05$; obezite ve menstrüel bozukluklar son test ölçümü $F = .045$, $p > .05$; obezite ve menstrüel bozukluklar izlem ölçümü $F = .929$, $p > .05$).

İki Yönlü Anova analizi için gereken bir diğer varsayımda; ölçümler arası farkların varyanslarının homojenliğinin sağlanmasıdır. Bu varsayım Mauchly Testi ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22.Mauchly Küresellik Varsayımının Sınanması

Mauchly W	sd	p	Epsilon		
			Greenhouse Geisser	Huynh-Feldt	LowerBound
0,614	2	0,006	0,722	0,794	0,500

Mauchly Testi sonucuna göre ölçümler arası farkaların varyansları homojen değildir; $W = .614$; $p < .05$. Bu nedenle epsilon düzeltmesine gidilmiştir. Epsilon değerlerinin 0,70’ten büyük olduğu gözlemlenmiş ve Huynh-Feldt Düzeltmesi tercih edilmiştir.

Polikistik Over Sendromu olan bireylerde DDT yönelimli beceri eğitiminin, bu bireylerin kilo ve adet düzensizlikleri ile ilgili baş etme becerilerini arttırıp arttırmadığını test etmek amacıyla; deney ve kontrol gruplarından elde edilen obezite ve menstrüel bozukluklar alt boyut puanlarının ön test, son test ve izlem analizi için yapılan tek faktör üzerinden tekrarlı ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları tablo 23’de verilmiştir.

Tablo 23.Pkos Yaşam Kalitesi Ölçeği Obezite ve Menstrüel Bozukluklar Alt Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ölçümleri Arası Farklılığın Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi ile İncelenmesi

Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası						
Grup (M/K)	563,894	1	563,894	14,165	0,01	,392
Hata	832,296	22	134,279			
Gruplar İçi						
Ölçüm (Ön-Son-İzlem)	405,861	1,588	255,652	12,621	0,00	0,365
Grup*Ölçüm	150,694	1,588	94,922	4,686	,026	0,176
Hata	875,769	22	39,808			

Deney ve Kontrol gruplarının psikos yaşam kalitesi ölçeği obezite ve menstrüel bozukluklar alt ölçeği puanlarının ön test, son test ve izlem testi ortalamaları arasında fark olup olmadığının sınılanması için yapılan analizden elde edilen sonuçlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür, $F(1, 22) = 14.165, p < .05, \eta^2 = 0.392$. Bu sonuca göre; deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların obezite ve menstrüel bozukluklar alt ölçek puanları, ölçüm ayırımı yapmaksızın (*gruplar arası sütunu farklılaşmanın hangi ölçümler arasında olduğunu göstermez*) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır.

DDT Yönelimli beceri eğitimine dahil olan katılımcılar grup ayırımı yapmaksızın (deney ve kontrol) ön test, son test ve izlem testleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, $F(1.588, 22) = 12.62, p < .05, \eta^2 = .365$. Bu sonuca göre ölçümlerde grup ayırımı yapılmaksızın ön test son test ve izlem ölçüm puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlenmektedir.

Farklı gruplarda olma ile farklı zamanlardaki ölçümü gösteren faktörlerin katılımcıların obezite ve menstrüel bozukluklar alt ölçeği puanları üzerindeki ortak etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır, $F(1.588, 22) = 4.686, p < .05, \eta^2 = .176$. Buna göre; katılımcıların bulunduğu grup ile ölçümler arası farklılığın ortak etkisi anlamlı olduğundan; deneysel işlem bağımlı değişken üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmaktadır. Başka bir deyişle; müdahale programı sonrasında deney ve kontrol grupları arasında görülen obezite ve menstrüel bozukluklar alt ölçek puan farklılıkları DDT yönelimli beceri eğitiminin bir sonucu olarak gerçekleşmektedir. Bu farklılığın yaklaşık olarak % 18'i açıklanabilmektedir.

Grup ve ölçümün ortak etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı bulunması üzere farklılığın hangi ölçümler arasından kaynaklandığını görmek için ikili karşılaştırmalar (pairwise comparasion) tablosu incelenmiş, bulgular tablo 24'de sunulmuştur.

Tablo 24. Obezite ve Menstrüel Bozukluklar Alt Ölçek Ön Test Son Test ve İzlem Testi Puanlarının Kontrol ve Deney Gruplarına Göre karşılaştırılması

Değişken		n	Ortalama Farkı	Standart sapma	p
Deney	Obezite ve Menstrüel Bozukluklar Ön test- Son Test	12	-7,500	1,992	0,001
	Obezite ve Menstrüel Bozukluklar Son test- izlem	12	-1,083	1,060	0,318
	Obezite ve Menstrüel Bozukluklar ön test- izlem	12	-8,583	1,716	,000
Kontrol	Obezite ve Menstrüel Bozukluklar Ön test- Son Test	12	-2,083	1,992	,307
	Obezite ve Menstrüel Bozukluklar Son test- izlem	12	1,67	1,060	,876
	Obezite ve Menstrüel Bozukluklar ön test- izlem	12	-1,917	1,716	,276

Farklılıkların hangi grup ve ölçümlerden kaynaklandığının incelenmesi için yapılan gruplar arası ve ölçümler arası ikili karşılaştırma sonuçlarına göre, deney grubunun ön test puan ortalaması ($\bar{x} = 27.250$) ile son test puan ortalaması ($\bar{x} = 34.750$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $p < .05$. Deney grubunun son test puan ortalaması ile izlem test puan ortalaması ($\bar{x} = 35.833$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur; $p > .05$. Buna göre; Deney grubuna katılan katılımcıların 3 aylık deneysel müdahale sonrasında, obezite ve menstrüel bozukluklar alt ölçeğinden aldığı puanlar istatistiksel anlamlılık ifade edecek düzeyde yükselmiş, deneysel müdahaleden 2 ay sonra alınan izlem testinde yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki yükseliş korunmuştur

Herhangi bir deneysel müdahalenin yapılmadığı kontrol grubunun obezite ve mesture bozukluklar alt ölçeği ön test ($\bar{x} = 21.583$) ve son test puan ortalamaları ($\bar{x} = 23.666$) arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir; $p > .05$. Kontrol grubun son test puan ile izlem test puan ortalaması ($\bar{x} = 23.500$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Buna göre; deneysel müdahalenin uygulanmadığını kontrol grubu obezite ve menstrüel bozukluklar alt ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık gözlemlenmemiştir.

7.5. PKOS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ‘TÜYLENME’ ALT BOYUTU ANALİZLERİ

Polikistik over yaşam kalitesi ölçeği ‘Tüyenme’ alt boyutu puanlarının deney ve kontrol gruplarında üç ölçüm düzeyinde farklılaşıp farklılaşmadığını iki faktörlü varyans analizi ile inceleyebilmek için öncelikli olarak her bir grubun normal dağılımı sınanmıştır. Sonuçlar tablo 25’de sunulmuştur.

Tablo 25. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem ‘Tüyenme’ alt boyut Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarına göre Normallik Analizi Sonuçları

Değişken	Grup	Ortalama	Ss	Ortanca	Çarpıklık	Basıklık
Tüyenme ön test	Deney	17,666	7,702	18	-,046	-,783
	Kontrol	13,250	6,662	12,5	1,668	3,139
Tüyenme son test	Deney	21,916	5,517	23	-1,785	5,212
	Kontrol	14,583	5,384	13	1,752	2,853
Tüyenme izlem test	Deney	23	6,015	24	-1,489	2,949
	Kontrol	15,833	4,217	14	1,378	1,861

Polikistik over yaşam kalitesi ölçeği tüyenme alt boyut puanlarının ön test, son test ve izlem ölçümlerinin deney ve kontrol gruplarında normal dağılımını sınamak için çarpıklık ve basıklık değerleri kriter olarak alınmış, dört gözlem dışında tüm değerlerin +- 2,00 değerleri arasında olduğu gözlenmiştir. Bununla birlikte, çarpıklık katsayısı ve basıklık katsayısı sırasıyla, çarpıklığın ve basıklığın standart hatasına bölüldüğünde, çıkan değerler -1.96 ile +1.96 arasında kalıyorsa, dağılımın normal kabul edildiği belirtilmektedir (Büyüköztürk, 2011; Can, 2017). Kontrol grubunun tüyenme alt ölçeği ön test basıklık değeri kendi standart hatasına bölüldüğünde ($3,139/2,836=1,106$) elde edilen sonucun -1.96 ile +1.96 arasında olduğu görülmektedir. Aynı şekilde; Tüyenme son test puanları deney grubu basıklık değerleri ($5,212/2,836=1,837$) ile kontrol grubu basıklık ($2,853/2,836=1,005$) ve de izlem test deney grubu basıklık değeri ($2,949/2,836=1,039$) kendi standart hatalarına bölüldüğünde elde edilen değerler - 1.96 ile +1.96 arasında olmaktadır.

Parametrik testlerin diğer bir varsayımı olan her bir ölçüm düzeyinde varyansların homojen olması koşulunu incelemek için yapılan levne testi sonuçları tablo 26’da sunulmaktadır.

Tablo 26. Katılımcıların Ön Test, son test ve izlem ölçümlerinden elde edilen puanlarına (tüylenme alanı) uygulanan varyans homojenliği (Levene) testi sonuçları

Değişken	ölçüm	n	df1	df2	F	P
Tüylenme Alt Ölçeği	Ön test	24	1	22	,889	,356
	Son test	24	1	22	,088	,769
	İzlem	24	1	22	,235	,632

Tablo 26’da katılımcıların polikistik over sendromu yaşam kalitesi tüylenme alt ölçeği varyansların homojenliği testine göre her üç ölçüm düzeyinde (ön test, son test, izlem) herhangi bir fark olmadığı gözlenmiştir (tüylenme alan ön test ölçümü $F = .889, p > .05$; tüylenme son test ölçümü $F = .088, p > .05$; tüylenme izlem ölçümü $F = .235, p > .05$).

İki Yönlü Anova analizi için gereken bir diğer varsayımda; ölçümler arası farkların varyanslarının homojenliğinin sağlanmasıdır. Bu varsayım Mauchly Testi ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 27’de verilmiştir.

Tablo 27. Mauchly Küresellik Varsayımının Sınanması

Mauchly W	sd	p	Epsilon		
			Greenhouse Geisser	Huynh-Feldt	LowerBound
0,512	2	0,001	0,672	0,732	0,500

Mauchly Testi sonucuna göre ölçümler arası farkların varyansları homojen değildir; $W = .512; p < .05$. Bu nedenle epsilon düzeltmesine gidilmiştir. Epsilon değerlerinin 0,75’ten küçük olduğu gözlenmiş ve Greenhouse Geisser Düzeltmesi tercih edilmiştir.

Polikistik Over Sendromu olan bireylerde DDT yönelimli beceri eğitiminin, bu bireylerin kilo ve adet düzensizlikleri ile ilgili baş etme becerilerini arttırıp arttırmadığını test etmek amacıyla; deney ve kontrol gruplarından elde edilen tüylenme alt boyut puanlarının ön test, son test ve izlem analizi için yapılan tek faktör üzerinden tekrarlı ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 28. Pkos Yaşam Kalitesi Ölçeği Tüyenme Alt Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ölçümleri Arası Farklılığın Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi ile İncelenmesi

Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası						
Grup (M/K)	238,560	1	238,560	8,117	,009	,270
Hata	646,620	22	29,392			
Gruplar İçi						
Ölçüm (Ön-Son-İzlem)	198,583	1,344	147,788	9,740	,002	,307
Grup*Ölçüm	32,194	1,344	23,960	1,579	,025	,067
Hata	448,556	29,561	15,174			

Deney ve Kontrol gruplarının PKOS yaşam kalitesi ölçeği tüyenme alt ölçeği puanlarının ön test, son test ve izlem testi ortalamaları arasında fark olup olmadığının sınanması için yapılan analizden elde edilen sonuçlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür, $F(1, 22) = 8.117, p < .05, \eta^2 = .270$. Bu sonuca göre; deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların tüyenme alt ölçek puanları, ölçüm ayrımı yapmaksızın (*gruplar arası sütunu farklılaşmanın hangi ölçümler arasında olduğunu göstermez*) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır.

DDT Yönelimli beceri eğitimine dahil olan katılımcılar grup ayrımı yapmaksızın (deney ve kontrol) ön test, son test ve izlem testleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, $F(1.344, 29.561) = 9.740, p < .05, \eta^2 = .307$. Bu sonuca göre ölçümlerde grup ayrımı yapılmaksızın ölçüm puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu söylenmektedir. Bu farklılığın yaklaşık olarak %31'i açıklanabilmektedir.

Farklı gruplarda olma ile farklı zamanlardaki ölçümü gösteren faktörlerin katılımcıların tüyenme alt ölçeği puanları üzerindeki ortak etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır, $F(1.344, 29.561) = 1.579, p < .05, \eta^2 = .067$. Buna göre; katılımcıların bulunduğu grup ile ölçümler arası farklılığın ortak etkisi anlamlı olduğundan; deneysel işlem bağımlı değişken üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmaktadır. Başka bir deyişle; müdahale programı sonrasında deney ve kontrol grupları arasında görülen tüyenme alt ölçek puan farklılıkları DDT yönelimli beceri

eğitiminin bir sonucu olarak gerçekleşmektedir. Bu farklılığın yaklaşık olarak % 7'isi açıklanabilmektedir.

Grup ve ölçümün ortak etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı bulunması üzere farklılığın hangi ölçümler arasından kaynaklandığını görmek için ikili karşılaştırmalar (pairwise comparasion) tablosu incelenmiş, bulgular tablo 29'da sunulmuştur.

Tablo 29. Tüyenme Alt Ölçek Ön Test Son Test ve İzlem Testi Puanlarının Kontrol ve Deney Gruplarına Göre karşılaştırılması

	Değişken	n	Ortalama Farkı	Standart hata	p
Deney	Tüyenme Ön test- Son Test	12	-4,250	1,473	,009
	Tüyenme Son test- izlem	12	-1,083	,721	1,47
	Tüyenme ön test- izlem	12	-5,333	1,552	0,02
Kontrol	Tüyenme Ön test- Son Test	12	-1,333	1,473	,375
	Tüyenme Son test- izlem	12	-1,250	,721	,097
	Tüyenme ön test- izlem	12	-2,583	1,552	,110

Farklılıkların hangi grup ve ölçümlerden kaynaklandığının incelenmesi için yapılan gruplar arası ve ölçümler arası ikili karşılaştırma sonuçlarına göre, deney grubunun ön test puan ortalaması ($\bar{x} = 17.660$) ile son test puan ortalaması ($\bar{x} = 21.916$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $p < .05$. Deney grubunun son test puan ortalaması ile izlem test puan ortalaması ($\bar{x} = 23$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur; $p > .05$. Buna göre; Deney grubuna katılan katılımcıların 3 aylık deneysel müdahale sonrasında tüyenme alt ölçeğinden aldığı puanlar istatistiksel anlamlılık ifade edecek düzeyde yükselmiş, deneysel müdahaleden 2 ay sonra alınan izlem testinde yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki yükseliş korunmuştur.

Herhangi bir deneysel müdahalenin yapılmadığı kontrol grubunun tüyenme alt ölçeği ön test ($\bar{x} = 13.250$) ve son test puan ortalamaları ($\bar{x} = 14.583$) arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir; $p > .05$. Kontrol grubun son test puan ile izlem test puan ortalaması ($\bar{x} = 15.833$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Buna göre; deneysel müdahalenin uygulanmadığı kontrol grubu tüylenme alt ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık gözlemlenmemiştir.

7.6. SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ VE KORUYUCU DAVRANIŞLAR ÖLÇEĞİ ANALİZİ

Sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ölçeği puanlarının deney ve kontrol gruplarında üç ölçüm düzeyinde farklılaşıp farklılaşmadığını iki faktörlü varyans analizi ile inceleyebilmek için öncelikli olarak her bir grubun normal dağılımı sınanmıştır. Sonuçlar tablo 30'da sunulmuştur.

Tablo 30. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeğinin Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Normallik Analizi Sonuçları

Değişken	Grup	Ortalama	Ss	Ortanca	Çarpıklık	Basıklık
SKGD ön test	deney	74,500	11,611	74	-,500	-,097
	kontrol	81,250	6,903	79	0,18	-,949
SKGD son test	deney	77,000	10,871	75	,693	,081
	kontrol	78,333	12,829	78,5	-,091	4,229
SKGD izlem test	deney	83,750	9,056	79,5	,361	-1,495
	kontrol	80,166	7,744	80	1,361	3,858

Sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ölçeğinin puanlarının ön test, son test ve izlem ölçümlerinin deney ve kontrol gruplarında normal dağılımını sınamak için çarpıklık ve basıklık değerleri kriter olarak alınmış ve iki değer dışında tüm değerlerin üç ölçüm düzeyinde hem deney hem kontrol grubunda -1,5 ve +1,5 değerleri arasında olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunda son test ve izlem testindeki basıklık değerleri bu kriteri karşılamamaktadır. Ancak bununla birlikte, çarpıklık katsayısı ve basıklık katsayısı sırasıyla, çarpıklığın ve basıklığın standart hatasına bölüldüğünde, çıkan değerler -1.96 ile +1.96 arasında kalıyorsa, dağılımın normal kabul edildiği belirtilmektedir (Can, 2017). Kontrol grubunun hem son test basıklık değeri kendi standart hatasına bölüldüğünde ($4,229/2,232=1,894$) hem de izlem test basıklık değeri kendi standart hatasına bölüldüğünde ($3,858/2,232=1,728$) elde edilen değerlerin -1.96 ile +1.96 arasında olduğu görüldüğü ve normalliğin sağlandığı söylenebilmektedir. Parametrik testlerin diğer bir varsayımı olan her bir

ölçüm düzeyinde varyansların homojen olması koşulunu incelemek için yapılan Levene testi sonuçları tablo 31’de sunulmaktadır.

Tablo 31.Katılımcıların SGKD Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümlerinden elde edilen puanlarına uygulanan varyans homojenliği (Levene) testi sonuçlar

Değişken	ölçüm	n	df1	df2	F	P
SGKD Ölçeği	Ön test	24	1	22	1,551	,226
	Son test	24	1	22	0,78	,783
	izlem	24	1	22	2,658	,117

Tablo 31’de katılımcıların sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ölçeği puanlarının varyansların homejenliği testine göre her üç ölçüm düzeyinde (ön test, son test izlem) herhangi bir fark olmadığı gözlenmiştir. (SGKD ön test ölçümü $F = 1.551, p > .05$; SGKD son test ölçümü $F = 0.78, p > .05$; SKGD izlem ölçümü $F = 2.658, p > .05$).

İki Yönlü Anova analizi için gereken bir diğer varsayımda; ölçümler arası farkların varyanslarının homojenliğinin sağlanmasıdır. Bu varsayım Mauchly Testi ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 32’de verilmiştir.

Tablo 32.Mauchly Küresellik Varsayımının Sınanması

Mauchly W	sd	p	Epsilon		
			Greenhouse Geisser	Huynh-Feldt	LowerBound
0,951	2	5,89	0,953	1,000	0,500

Mauchly Testi sonucuna göre ölçümler arası farkların varyansları arasında fark yoktur $W = .951; p > .05$. Küresellik varsayımı sağlandığından; epsilon düzeltilmesi yoluna gidilmemiştir; küresellik değeri (sphericity assumed) değeri kriter alınmıştır.

Polikistik Over Sendromu olan bireylerde DDT yönelimli beceri eğitiminin, bu bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarını arttırıp arttırmadığını test etmek amacıyla; deney ve kontrol gruplarından elde edilen SGKD ölçeği ön test, son test

ve izlem analizi için yapılan tek faktör üzerinden tekrarlı ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları tablo 33'de verilmiştir.

Tablo 33. Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ölçümleri Arası Farklılığın Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi ile İncelenmesi

Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası						
Grup (M/K)	13,500	1	13,500	,238	,630	,011
Hata	1246,722	22	56,669			
Gruplar İçi						
Ölçüm (Ön-Son-İzlem)	281,083	2	140,542	2,104	,134	,087
Grup*Ölçüm	320,583	2	160,292	2,399	103	,098
Hata	2939,667	44	66,811			

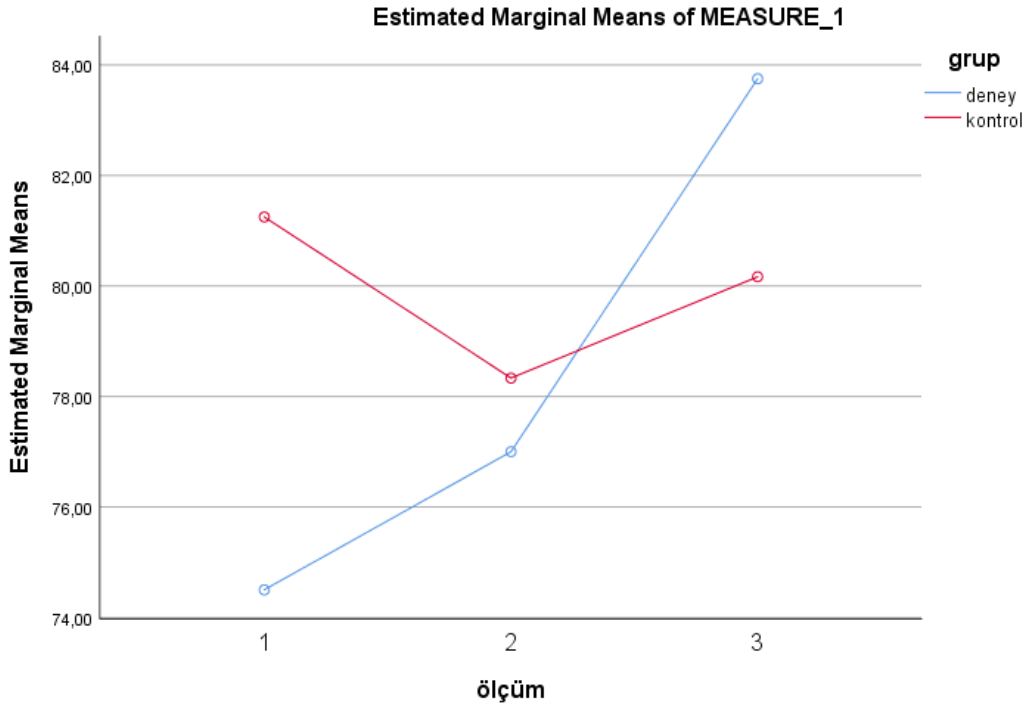
Deney ve Kontrol gruplarının sağlığı geliştirici ve koruyucu puanlarının ön test, son test ve izlem testi ortalamaları arasında fark olup olmadığının sınanması için yapılan analizden elde edilen sonuçlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir, $F(1, 22) = .238$; $p > .05$, $\eta^2 = .011$. Bu sonuca göre; sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ölçeği toplam puanları deney ve kontrol gruplarına göre farklılaşmamaktadır.

DDT Yönelimli beceri eğitimine dahil olan katılımcılar grup ayrımı yapmaksızın (deney ve kontrol) ön test, son test ve izlem testleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir, $F(2, 44) = 2.104$; $p > 0,05$, $\eta^2 = .87$. Bu sonuca göre; hem deney grubundaki hem kontrol grubundaki katılımcıların ön test, son test ve izlem puanları ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir.

Farklı gruplarda olma ile farklı zamanlardaki ölçümü gösteren faktörlerin katılımcıların sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ölçeği puanları üzerindeki ortak etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir, $F(2, 44) = 2,399$; $p > .05$, $\eta^2 = .98$. Bu sonuca göre; deneysel işlemin bağımlı değişken üzerinde istatistiksel olarak anlamlılık ifade edecek düzeyde bir etkisi olduğu söylenmemektedir. Başka bir deyişle müdahale programı sonrasında deney ve kontrol grupları arasında, DDT

yönelimli beceri eğitimine bağlı olarak anlamlı bir farklılık ifade edecek düzeyde sağlığı geliştirici davranışlarında bir farklılaşma görülmemektedir.

İki yönlü varyans analizinde deney ve kontrol grubunun deneysel müdahaleye bağlı olarak değişip değişmediğini belirleyen esas kriter grup ve ölçümün ortak etkileşim değeri olduğundan; SGKD ölçeği için ölçümler arası ikili karşılaştırmalar yoluna gidilmemiştir. Deney ve kontrol gruplarının eğitim süreci içindeki değişimi aşağıdaki şekil 4’de sunulmaktadır.



Şekil 5. Deney ve kontrol gruplarının SGKD ölçeği Ön test, son test ve izlem ölçümleri boyunca zaman içindeki değişiminin grafiği

Şekil 4, Deney ve Kontrol gruplarının SGKD ölçeği için uygulanan üç ölçümün sonuçlarını zaman içindeki değişime göre nasıl seyrettiğini göstermektedir. Buna göre; deney grubu katılımcıların SGKD puanları uygulama öncesi puanlarına göre yükselmekte; bu yükseliş izlem boyunca da devam etmektedir. Ancak deney grubunun SGKD ölçeği ön test puan ortalaması ($\bar{x} = 74.50$), son test puan ortalaması ($\bar{x} = 77$) ve izlem test puan ortalaması ($\bar{x} = 83.750$) eğitim boyunca süreç içerisinde

ölçümler arasında bir farklılaşma olduğunu göstermektedir. Ancak bu farklılaşma istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmemektedir. Kontrol grubuna bakıldığında ise; SGKD Ölçeği ön test (\bar{x} =81.250), son test (\bar{x} =78.33) ve izlem ölçümleri (\bar{x} =80.166) arasında hafif bir dalgalanma görülmektedir. Deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında, deney grubu kontrol grubuna göre SGKD ölçeği puanlarına göre zaman içinde daha yüksek bir ivme gerçekleştirmekle birlikte bu farklılık istatistiksel olarak anlamlılık ifade edecek düzeyde değildir.

7.7. YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ ANALİZLERİ

Yeme farkındalığı ölçeği puanlarının deney ve kontrol gruplarında üç ölçüm düzeyinde farklılaşp farklılaşmadığını iki faktörlü varyans analizi ile inceleyebilmek için öncelikli olarak her bir grubun normal dağılımı sınanmıştır. Sonuçlar tablo 34’de sunulmuştur.

Tablo 34.Katılımcıların Ön Test, Son Test ve İzlem Yeme Farkındalığı Ölçeğinin Puanlarının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Normallik Analizi Sonuçları

Değişken	Grup	Ortalama	Ss	Ortanca	Çarpıklık	Basıklık
Yeme Farkındalığı ön test	deney	85,083	7,716	84,5	-,685	,374
	kontrol	85,666	9,168	85	,363	-1,148
Yeme Farkındalığı son test	deney	104,916	14,724	105	,165	-1,503
	kontrol	84,250	9,459	82,5	,414	-,799
Yeme Farkındalığı izlem test	deney	108,833	11,645	109,5	-,027	-1,014
	kontrol	86	9,844	85	0,35	-,240

Yeme Farkındalığı ölçeğinin puanlarının ön test, son test ve izlem ölçümlerinin deney ve kontrol gruplarında normal dağılımını sınamak için çarpıklık ve basıklık değerleri kriter olarak alınmış ve iki değer dışında tüm değerlerin üç ölçüm düzeyinde hem deney hem kontrol grubunda -1,5 ve +1,5 değerleri arasında olduğu gözlenmiştir. Deney grubunda son test basıklık değeri bu kriteri karşılamamaktadır. Ancak, çarpıklık katsayısı ve basıklık katsayısı sırasıyla, çarpıklığın ve basıklığın standart hatasına bölüldüğünde, çıkan değerler -1.96 ile +1.96 arasında kalıyorsa, dağılımın normal kabul edildiği belirtilmektedir (Can, 2017). Deney grubu basıklık değeri kendi standart hatasına bölüldüğünde (-1,503/1.232=1.21) elde edilen

değerlerin -1.96 ile $+1.96$ arasında olduğu ve normalliğin sağlandığı söylenebilmektedir.

Parametrik testlerin diğer bir varsayımı olan her bir ölçüm düzeyinde varyansların homojen olması koşulunu incelemek için yapılan Levene testi sonuçları tablo 35’de sunulmaktadır.

Tablo 35.Katılımcıların Yeme Farkındalığı Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçümlerinden elde edilen puanlarına uygulanan varyans homojenliği (Levene) testi sonuçları

Değişken	ölçüm	n	df1	df2	F	P
Yeme	Ön test	24	1	22	1,598	,219
Farkındalığı	Son test	24	1	22	3,902	,061
Ölçeği	izlem	24	1	22	,437	,516

Tablo 35’de katılımcıların yeme farkındalığı ölçeği puanlarının varyansların homejenliği testine göre her üç ölçüm düzeyinde (ön test, son test izlem) herhangi bir fark olmadığı gözlenmiştir. (yeme farkındalığı ön test ölçümü $F = 1.598$, $p > .05$; yeme farkındalığı son test ölçümü $F = 3.902$, $p > .05$; yeme farkındalığı izlem ölçümü $F = .437$, $p > .05$).

İki Yönlü Anova analizi için gereken bir diğer varsayımda; ölçümler arası farkların varyanslarının homojenliğinin sağlanmasıdır. Bu varsayım Mauchly Testi ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 36’da verilmiştir.

Tablo 36.Mauchly Küresellik Varsayımının Sınanması

Mauchly W	sd	p	Epsilon		
			Greenhouse Geisser	Huynh-Feldt	LowerBound
0,996	2	,955	0,996	1,000	0,500

Mauchly Testi sonucuna göre ölçümler arası farkların varyansları arasında fark yoktur $W = .996$; $p > .05$. Küresellik varsayımı sağlandığından; epsilon düzeltilmesi yoluna gidilmemiştir; küresellik değeri (sphericity assumed) değeri kriter alınmıştır.

Polikistik Over Sendromu olan bireylerde DDT yönelimli beceri eğitiminin, bu bireylerin yeme farkındalığını arttırıp arttırmadığını test etmek amacıyla; deney ve kontrol gruplarından elde edilen yeme farkındalığı ölçeği ön test, son test ve izlem analizi için yapılan tek faktör üzerinden tekrarlı ölçümler için iki yönlü varyans analizi sonuçları tablo 37’de verilmiştir.

Tablo 37. Yeme Farkındalığı Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Ölçümleri Arası Farklılığın Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü Varyans Analizi ile İncelenmesi

Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Gruplar Arası						
Grup (M/K)	1227,894	1	1227,894	13,127	,002	,374
Hata	2057,894	22	93,538			
Gruplar İçi						
Ölçüm (Ön-Son-İzlem)	1902,583	2	951,292	31,403	,000	,588
Grup*Ölçüm	2009,194	2	1004,597	33,163	,000	,601
Hata	1332,889	44	30,293			

Deney ve Kontrol gruplarının yeme farkındalığı ölçeği puanlarının ön test, son test ve izlem testi ortalamaları arasında fark olup olmadığının sınanması için yapılan analizden elde edilen sonuçlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür, $F(1, 22) = 13.127$, $p < .05$, $\eta^2 = .374$. Bu sonuca göre; deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların yeme farkındalığı alt ölçek puanları, ölçüm ayrımı yapmaksızın istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır.

DDT Yönelimli beceri eğitimine dahil olan katılımcılar grup ayrımı yapmaksızın (deney ve kontrol) ön test, son test ve izlem testleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir, $F(2, 44) = 31.403$, $p < .05$, $\eta^2 = .588$. Bu sonuca göre ölçümlerde grup ayrımı yapılmaksızın ölçüm puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu ve puanların uygulanan beceri eğitimine bağlı olarak farklılaştığı ifade edilebilir. Bu farklılığın yaklaşık olarak %59'u açıklanabilmektedir.

Farklı gruplarda olma ile farklı zamanlardaki ölçümü gösteren faktörlerin katılımcıların yeme farkındalığı ölçeği puanları üzerindeki ortak etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır, $F(2, 44) = 33.163$, $p < .05$, $\eta^2 = .0601$. Buna göre; katılımcıların bulunduğu grup ile ölçümler arası farklılığın ortak etkisi anlamlı olduğundan; deneysel işlem bağımlı değişken üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmaktadır. Başka bir deyişle; müdahale programı sonrasında deney ve kontrol grupları arasında görülen yeme farkındalığı ölçek puan farklılıkları DDT yönelimli beceri

eğitiminin bir sonucu olarak gerçekleşmektedir. Bu farklılığın yaklaşık olarak % 60'ı açıklanabilmektedir.

Grup ve ölçümün ortak etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı bulunması üzere farklılığın hangi ölçümler arasından kaynaklandığını görmek için ikili karşılaştırmalar (pairwise comparasion) tablosu incelenmiş, bulgular tablo 38'de sunulmuştur.

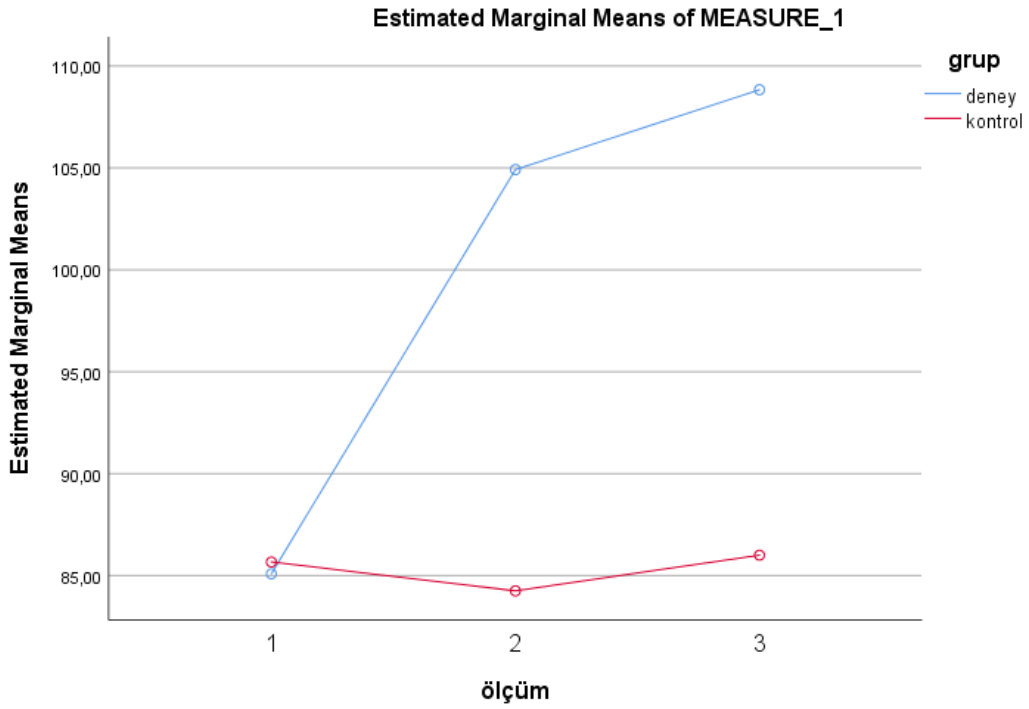
Tablo 38.Yeme Farkındalığı Ölçek Ön Test Son Test ve İzlem Testi Puanlarının Kontrol ve Deney Gruplarına Göre karşılaştırılması

Değişken		n	Ortalama Farkı	Standart sapma	p
Deney	Yeme Farkındalığı Ölçeği Ön test- Son Test	12	-19,833	2,240	0,00
	Yeme Farkındalığı Ölçeği son test- izlem Test	12	-3,917	2,186	,087
	Yeme Farkındalığı Ölçeği ön test- izlem Test	12	-23,750	2,313	,000
	Yeme Farkındalığı Ölçeği Ön test- Son Test	12	1,417	2,240	,534
Kontrol	Yeme Farkındalığı Ölçeği son test- izlem Test	12	-1,750	2,186	,432
	Yeme Farkındalığı Ölçeği ön test- izlem Test	12	-,333	2,313	,887

Farklılıkların hangi grup ve ölçümlerden kaynaklandığının incelenmesi için yapılan gruplar arası ve ölçümler arası ikili karşılaştırma sonuçlarına göre, deney grubunun ön test puan ortalaması (\bar{x} =85.083) ile son test puan ortalaması (\bar{x} =104.916) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $p < .05$. Deney grubunun son test puan ortalaması ile izlem test puan ortalaması (\bar{x} =108.833) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur; $p > .05$. Buna göre; Deney grubuna katılan katılımcıların 3 aylık deneysel müdahale sonrasında, müdahale öncesine göre yeme farkındalığı ölçeğinden aldığı puanlar istatistiksel anlamlılık ifade edecek düzeyde yükselmiş, deneysel müdahaleden 2 ay sonra alınan izlem testinde yaşam kalitesi ölçeği puanlarındaki yükseliş korunmuştur.

Herhangi bir deneysel müdahalenin yapılmadığı kontrol grubunun yeme farkındalığı ölçeği ön test (\bar{x} =85.666) ve son test puan ortalamaları (\bar{x} =84.250)

arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir; $p > .05$. Kontrol grubun son test puanı ile izlem test puan ortalaması ($\bar{x} = 86$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Buna göre; deneysel müdahalenin uygulanmadığı kontrol grubu yeme farkındalığı ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık gözlemlenmemiştir.



Şekil 6..Deney ve kontrol gruplarının Yeme Farkındalığı Ölçeği Ön test, son test ve izlem ölçümleri boyunca zaman içindeki değişiminin grafiği

Şekil 5, Deney ve Kontrol gruplarının yeme farkındalığı ölçeği için uygulanan üç ölçümün sonuçlarını zaman içindeki değişime göre nasıl seyrettiğini göstermektedir. Buna göre; deney grubu katılımcıların yeme farkındalığı ölçeği puanları uygulama öncesi puanlarına göre önemli düzeyde yükselmekte; bu yükseliş hafif bir düzeyde izlem boyunca da devam etmektedir. Grafik sonuçları istatistiksel analiz bulguları ile birlikte değerlendirildiğinde; deney grubunda müdahale programı sonrasında yeme farkındalığı toplam puanlarında anlamlı bir artışın gerçekleştiği söylenebilmektedir. Ayrıca son ölçüm ile izlem arasındaki süreçte de devam eden yükseliş istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte araştırmanın temel hipotezi olan deney grubunda son test puanlarının izlem testinde korunuyor olması koşulunu onaylamaktadır.

Kontrol grubunda üç ölçüm boyunca hafif bir düzeyde bir dalgalanma görülmekte; yeme farkındalığı puanları üç ölçüm düzeyinde; öntest \bar{x} =85.666, sontest \bar{x} = 84.250, izlem \bar{x} =86 aralığında görülmektedir. Herhangi bir müdahalenin bulunmadığı kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir değişim görülmemektedir.

8. NİTEL BULGULAR

Bu çalışmada DDT beceri eğitimine katılan PKOS'lu genç kadınların deneyimlerini YFA yöntemi ile derinlemesine incelemek hedeflenmiştir. Üç ay süren beceri eğitimine katılan 12 kişi arasından gönüllülük esasına dayalı olarak seçilen beş kişi ile yorumlayıcı fenomenolojik analizin gerekliliklerine uygun şekilde yarı yapılandırılmış görüşmeler düzenlenmiş ve ham verilerin deşifreleri sonucunda üç üst temaya ve toplamda 12 alt temaya ulaşılmıştır.

Katılımcıların öznel algıları ve araştırmacının yorumlarının da dahil olduğu analiz bulgularını hikayesel bir deneyim akışı içinde sunmak YFA'da esastır (Forrester & Sullivan, 2018). Bu çalışma, hikayesel bir akışı sağlayabilmek adına, katılımcıların aktarımlarını; eğitimden önce PKOS ile ilgili deneyimleri, eğitim boyunca olan deneyimleri ve eğitimden sonraki kazanımları olarak yaşantısal bir süreç şeklinde sunmaktadır. Böylelikle okuyucunun zihninde bütünsel bir hikaye oluşturmak amaçlanmıştır. Tüm temalar birbirleri ile deneyimsel bir akış içinde ilişkilidir. Bununla beraber bazı alt temalar YFA'nın da yapısı gereği birbiriyle çakışmaktadır. Nitel analiz yöntemlerinde bulguların ilişkili olduğu alıntılara da yer verilmesi güvenilirlik kriteridir. Bu amaçla temalar deşifre edildikleri alıntılarla birlikte sunulmuş; ancak etik kurallar gereği katılımcıların gerçek ismine yer verilmemiştir. Tüm alt ve üst temalar tablo 40'de sunulmuştur.

Tablo 39.Üst Temalar ve Alt Temalar

Üst Temalar	Alt Temalar
PKOS yolculuğum	Neden böyleyim?
	Ben ne yaşıyorum?
	Kilo vermek mi? O zor iş!
	‘Aşırı yeme isteğim ile baş etmeyi öğreniyorum’
	Benim kozmetik problemim: PKOS
Hayata Diyalektik Penceresinden Bakıyorum	‘Eski dünyaya yeni bir bakış’
	Duygularımı Düzenlemeyi Öğreniyorum
	‘Kabullenmeyi Öğreniyorum’
Hayatımda Yeni Bir Başlangıç	Evreka!: Pkos ve hislerim
	‘Bir tek ben değilim’
	Bu kader değil! Küçük Küçük Adımlar Atıyorum

8.1. TEMA I: PKOS YOLCULUĞUM

Diyalektik Beceri Eğitiminin PKOS ile baş etme de herhangi bir etkisi olup olmadığını anlayabilmek için, katılımcıların eğitim öncesinde PKOS'a bakış açılarının anlaşılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. İlk üst tema, katılımcıların polikistik over sendromu ile ilişkili deneyimledikleri semptomlar ve bu semptomları nasıl anlamlandırdıkları ile ilişkilidir. Birçoğu polikistik over sendromu ile ergenlik döneminde baş gösteren adet düzensizliği ile tanışmış; süreç içerisinde tüylenme, sivilce, saç dökülmesi, kilo problemi, insülin direnci ve duygusal hassasiyet gibi semptomların bir kısmını deneyimlemişlerdir. Katılımcılar görüşme sırasında bu semptomların kendilik algılarını, diğer insanlarla ve dış dünya ile ilişkilerini nasıl etkilediğini aktarmışlardır.

Bu üst tema katılımcıların DDT beceri eğitimine katılmadan önce polikistik over sendromu ile ilgili fiziksel ve psikolojik deneyimleri ortaya koymaktadır. Bu üst tema kapsamında 'Olanlar Neden Oluyor', 'Ben Ne Yaşıyorum?', 'Kilo vermek mi? O zor iş!', 'Aşırı Yeme İsteğim İle Baş Etmeyi Öğreniyorum', 'Benim Kozmetik Problemim: PKOS' alt temaları bulunmaktadır.

8.1.1. Neden Böyleyim?

Araştırmaya katılan katılımcılara ilk olarak 'polikistik over sendromu sizin için ne ifade ediyor' şeklinde bir soru yöneltilmiştir. Bu soru kapsamında katılımcılar ilk olarak kendilerine PKOS tanısı almalarına neden olan deneyimlerini anlatarak söze başlama eğilimi göstermişlerdir.

"Yani ilk öğrendiğimde zaten adet düzensizliği için başvurmuştum. İlk adet döneminde başlamıştı yani... heyecanlandım nedense (gülüyor)...ilk önce normal olduğunu söylemişlerdi ergenlik döneminde bu şekilde zaten diye...o kadar önemsememişim...birkaç yıl sonra arkadaşlarımın normal benimkinin anormal seyrettiğini fark edince işte doktora başvurduğum da minik kistler olduğunu söyledi... kağıda şey yazmıştı... pkos yazmıştı. Bunu araştır demişti... Kilo vermeye çabala demişti. " (Eda)

"Ben aslında PKOS olduğumu da bilmiyordum. Ben tüylenme problemi için gitmiştim. Adet düzensizliğim de vardı. 2018 yılında sınav döneminde ben bu tanıyı almıştım. " (Manolya)

“Bir iki hastalık döneminden sonra çok büyük bir ağrı ile hastaneye gitmişim o şekilde teşhis konulmuştu bana. Çok küçük yaşımdan beri hani 12 yaşımdan beri pkos tanım var. Benim için de açıkçası hastalık dönemlerimi daha ağır geçirmemi sağlayan bir etmen diyebilirim.”
(Deniz)

Katılımcı adet düzensizliğini nasıl deneyimlediğini şu şekilde ifade etmektedir;

“yani normal değil gibi hissettim... Hastaymışım gibi hissettim aslında. Acaba ileride gelmeyecek mi devam etmeyecek mi adet döngüm... ya da farklı bir hastalık mı hani? Kanser mi acaba bunun sebebi diye merak ettim. Ailem daha çok endişelendi açıkçası.” (Eda)

Katılımcılar yaşadıkları deneyimleri anlamlandırma ihtiyacı hissetmekte, hastalığın kaynağının ne olduğu, onların sağlığını nasıl etkilediği, seyrinin nasıl olacağı ve tedavi yöntemleri ile ilgili doktorların tıbbi bilgisine ihtiyaç duymakta öte yandan bu ihtiyaçlarının karşılanmadığını ifade etmektedirler.

“doğum kontrol hapı verdi yani hiç konuşmadı bile yani yüzüme bile bakmadı doktor. Sadece pkos dedi bunu kullanıcaksın dedi gönderdi. (duraklıyor)... yani insan orda biraz daha açıklama bekliyor çünkü alanda yetkin birisi ve ben hastayım ihtiyacım olduğu için oraya gidiyorum ama bana hiç bir açıklama yapmıyor ve sadece reçete ediyor ve o reçete ettiği şeyin de işe yaramayacağını biliyorum çünkü ayısını tekrar yaşamışım. ee aynı şekilde geri dönüyorum hani sanki boşuna gitmişim boşuna muayene olmuşum gibi hissetmişim.” (Eda).

“İleriki dönemlerde bazı hastalıklarım da artık çok ağrıdan bayılacak duruma geliyordum. Hani bu sekiz yıllık süreçte üç dört kez bayılarak hastanelik olduğum dönemler oldu. Üç dört ay üst üste olmayınca şişkinlik olabiliyor. Doktora gittiğimde de yüzde yüz bir yardım aldığımı düşünmüyorum. Hasta olabilmemiz için bir ilaç veriyorlar bu sonrasında da devam ediyor ama biraz biraz anlamaya başladığımda kistin ne olduğunu bu hastalığın nasıl olduğunu yardıma ihtiyaç duydum ama doktordan yeterince yardım aldığımı düşünmüyorum.”
(Deniz)

“bana çok açıklama yapmadılar. O bana kötü hissettirdi. 18 yaşında falandım hani ilgisiz bir şekilde söylendi. Doktor kahve içiyordu ve elinde kahve vardı. Ultrasona baktı. Kahve içerken PKOS dedi yanındaki sekretere.” (Meryem)

Katılımcı yaşadığı semptomlar üzerine ilk olarak bir üniversite hastanesine gittiğini, kendisine herhangi bir test yapmadan ifade ettiği belirtilere dayalı olarak şeker hastalığı tanısı konduğunu ve şeker hastalarının kullanıldığı bir ilaç reçete edildiğini ifade etmiştir. Doktor olan abisinin önerisi üzerine bu ilacı kullanmak yerine kadın doğum uzmanına gitmiştir. Katılımcı, bu kez de kendisine aldığı tanının ne olduğunun izah edilmeksizin ilaç reçete edildiğini ve tanısın ne olduğunu e-nabıza girdiğinde öğrendiğini ifade etmektedir;

Görüşmeci: Tüm bu bahsettiğin süreçlerde bilgi veya sosyal desteğe ihtiyaç duydun mu?

Katılımcı: “Fazlasıyla. Fazlasıyla hem de! Bu diyalektik davranışçı terapide de..gelcem oraya da..yani gerçekten insanın bu en kötü hissettiği anda... hani bir şeyler var evet! bir şeyler oluyor ama hani adı konmuyor. Adı konulsa ona göre bir çözüm arayışına girer insan. Hani der ki benim durumum bu. Ona göre bir kabullenme gerçekleşir. Aslında adı konulmuş da bana söylenmemiş. Sende polikistik over sendromu var, bu böyle bir hastalık denmedi. Tamamen semptomları nasıl yok edebiliriz ona yönelik bir ilaç verildi.” (Manolya)

Katılımcı yaşadıkları semptomlar üzerine doktora gittiğini ancak annesinin isteği üzerine ikinci kez gittiğinde artık tedaviye inanmadığını ifade etmektedir;

“Ailem daha çok endişelendi açıkçası. Annem daha doğrusu... Onun için gitmiştik zaten... Böylece doktora ikinci gidişim olmuştu... Doğum kontrol hapı kullandım 6 ay ama çok da bir etkisi olmadığını öğrendim bıraktım hapı... Bir etkisi de olmadı yani. Düzene de sokmadı. İkinci doktora gittiğimde çok uzun süre olmamıştı üniversiteye de başlamıştım o arada galiba. Yine annemin zoruyla gittim... Ben kendim gitmeyi tercih etmiyordum çünkü bunun işe yaramadığını biliyordum. Bunun bir tedavisi olmadığını biliyordum verdikleri ilacın işe yaramadığını biliyordum.” (Eda)

Katılımcılar polikistik over ile ilgili deneyimlerine bir izah getirme ihtiyaçlarını karşılamak için sosyal medyaya yönelmekte, uzmanların görüş ve önerilerini içeren çeşitli sayfaları okuma, videolar izleme ve online uzman görüşü almaya yönelmektedirler.

“videolar izliyordum bu konu hakkında..bu verdikleri hapın tüylenmeye neden olduğunu ve bıraktığında sorunun aynen devam ettiğini biliyordum. Kilo verme konusunda da hani daha da zorlaştırdığını falan öğrenmiştim. onun için de bırakmıştım... doktora gittiğimde yine aynı hapı vereceğini biliyordum.” (Eda)

“hatta o dönem böyle hani doktora soru sor siteleri vardı. orada da soruyordum. Onlar da hani birçok kadında olduğunu söylediler. böyle hani işte kısırlık yaratmayacağını söylediler. değişebileceğini söylediler bu tarz durumların. olumsuz bir şey söyleyen olmadı. sosyal destek olarak da zaten ailem bu konuda hani çok.. bizim ailede bu konuda çok müzdarip olan falan yoktu. Hatta hiç kimse yoktu Bildiğim kadarıyla. Onlar da bir şey bilmiyordu. Sosyal destek çok alamadım O dönemde. Sadece hani internetten araştırdım. doktorlara soru sordum sadece. destek o yönden aradım.” (Meryem)

Katılımcı yaşadığı semptomlar nedeniyle on beş yaşından itibaren düzenli tahlil vermiş; ancak hiç kadın doğum uzmanına yönlendirilmediğini ifade etmiştir. Yirmi yaşında izlediği bir video sonucu kadın doğum uzmanına gitme kararı aldığını şu şekilde ifade etmektedir;

“Şöyle, yine böyle kilo sorunum vardı... Zaten çok fazla kilo alıyordum. Diyet yapıyordum kilo veremiyordum derken doktora gittim. Kan testi verdim. Sonucunda değerlerim normal çıktı. Doktor bana insülin direncin olabilir dedi. Öyle dedikten sonra insülin direncini kendim araştırmaya başladım. İnsülin direnci nedir ne değildir bu kadar kilo almamın sebebi nedir diye. Sonra videoya denk gelmiştim. Polikistik sendromu olan aynı zamanda insülin direnci olan aynı zamanda kilo problemi olan ve depresyon da yaşayan bir kızın videosuydu. Sonra çene bölgesindeki sivilcelerin de bunla ilgili olabileceğini düşündüm çünkü bu kiloyu veremiyorum acaba bunun sebebi bu mudur derken bir kadın doğum doktoruna gittim. O zaman ultrasona girdim ve kan testi verdim. O şekilde polikistik over olduğumu öğrendim. İnsülin direncim olduğunu da o zaman öğrendim.” (Gül)

8.1.2. Ben Ne Yaşıyorum?

Katılımcılar ‘Polikistik over senin için ne ifade ediyor’ sorusuna itafen duygu durumları ile ilgili deneyimlerine detaylı bir açıklama yaparak cevap vermiş, duygu durum ve pkos arasında önemli ölçüde bir özdeşim kurdukları gözlemlenmiştir. Görüşme süresince duygu düzenlemede çektikleri güçlüklerle, bunların kaynağının ne olabileceği ile ilgili düşünme süreçlerine ve zorlu duygularla başa çıkmada başvurdukları yöntemlere değinmişlerdir. Katılımcılar pkos ile ilişkili olarak duygulanımlarını agresif, hızlı duygu değişimleri, karamsar, kaygılı ve yüksek duygusal hassasiyet olarak tanımlamışlardır.

“polikistik over senin için ne ifade ediyor diye sordunuz. Bunalım, kaygı yani o ruh hallerinin hepsinin bir birleşimi ve bir hastalık olarak ifade ediyor bana. Hepsinin birleşimi.” (Manolya)

“benim için daha çok sanki böyle duygusal bir şeymiş gibi. Benim deneyimlediğim kısmı o kadar. Yani ben adet düzensizliği yaşamadığım için bende bıraktığı o yoğun duygular, kaygı, hüznün olur olmadık yerlerde bile verdiğim tepkiler... Bunları ben polikistik overle bağdaştırıyorum.” (Gül)

“depresiflik yaşıyorum belli bir dönemde. Şuan bunu biraz daha azaltmaya çalışıyorum. Uzun bir dönemdir karamsar ve depresif kişilik.” (Deniz)

Katılımcı dönem dönem duygularını yoğun yaşadığını, daha dürtüsel olabildiğini, özellikle ilk tanı aldığı ergenlik dönemlerinde duygusal içerikli uyaranlara daha yoğun tepkiler verdiğini şu şekilde ifade etmektedir;

Görüşmeci: PKOS’un ruh halini etkilediğinden bahsettin. Bunu biraz daha açar mısın?

Katılımcı: “daha agresif, dayanılmaz bir şey oluyor hani. En ufak bir şeye bile sinirleniyorsun. Bu niye böyle ki? Bu niye olmuyor ki? Bir soruyu çözemeyince ben niye bunu çözedim ben niye burdayım ben niye bu okuldayım? Bu sefer ben kendime dönüyorum.”

Çökkün duygu durumu da geceleri özellikle çok fazla oluyordu. Bazen ne düşünüyordum o zamanlar... sanki kanser hastasıymışım da öleceğim de başımı yastığa koyduğumda kendimi öldürüp kendi cenazeme ağlıyor gibi oluyordum o anda. Duygusal hassasiyetim gerçekten aşırı derecede fazlaydı. Bir de şey vardı bence gayet insanı bir şey onla bağdaştırabilir miyim bilmiyorum ama bir gün dershaneye gidiyordum bir tane çocuk gördüm çocuğun ne ayakkabısı var ne bir şeyi var. dershaneye giderken başladım ağlamaya. Sonra şunu düşündüm. Senin bir sürü imkanın var. Dershaneye gidebiliyorsun ama o çok küçük bir çocuk. Oturup onun için ağlamıştım. Aslında bu gayet insani bir şey ama benim bu PKOS durumum beni iyice hassaslaştırmış da olabilir. Şuan çocuklara karşı hala o halim devam ediyor ama o dönemlerde daha da yoğun bir şekilde yaşamıştım bunu. ” (Manolya)

Katılımcılar görüşme sırasında, DDT beceri eğitimine katılmadan önce de kendi duygularını anlamaya çalıştıklarını ve bu konu üzerine kafa yorduklarını anlatmaktadırlar. Duygu durumlarına çeşitli izahlar getirmeye çalışmış ve böylelikle kendi deneyimlerini anlamlandırmaya çalışmışlardır.

“O dönemde bana depresyon tanısı da konmuştu. Ben o dönemde yaşadığım olumsuz duyguları da hep depresyona yormuştum ancak depresyon ve PKOS’un ilişkili olabileceğini hiç düşünmemiştim. Bana da böyle bir tanı konduğu için böyle bir tanı varsa bundandır böyle bir tanı varsa şundandır diye düşünüyordum. Çünkü PKOS’un hani kapsamıyla ilgili de kimse bilgi vermediği için sadece yumurtalıklarda olan bir bozukluk, hayatımın gerisini etkilemeyen bir şey olduğunu düşünmüştüm. O zaman öyle algılamıyordum. ” (Meryem)

“ergenlik işte..duygu durum bozuklukları olabilir. Bu tarz şeyler yaşayabilirsin dendi bende ona bağladım. Saç dökülmesi de çok yaşıyorum. Ergenlikte işte sınav hazırlığı falan stres yaptığın için böyle oluyor. O zaman da ona bağlıyordum. Sınav stresi üç kere üst üste sınava girdim derken bunlara bağladım genel olarak. Bana PKOS tanısı konulduğu zamanlarda on iki on üç yaşındaydım. Ergenlik dönemi biraz da ona bağlıyordum başlarda. Sonrasında o dönem bittikten sonra baktığınızda yine aynı depresiflik işte. ” (Deniz)

“yani şöyle bunalıyorum aşırı derecede ve bu aslında PKOS’la ilişkiliymiş. Ben bunu sonradan fark ediyorum. Benim o anki bunalımlı halim hani adet düzensizliğim ve o benim ruh halimi etkiliyor aslında...hani o sınavla birleşiyor bir de. Ailemde hani belki olayın PKOS ile ilgili olduğunu bilseydi belki daha farklı bir şeyler yaparlardı. Ama onlar tamamen sınavla ilişkilendirdi o durumu, o bunalımı.. O tüm tepkilerimi sınavla ilişkilendirdiler. ” (Manolya)

Katılımcılar, ilk bakışta bağımsız gibi görünen pkos ve duygu durumları arasında bir kez ilişki kurduklarında, bu ilişki mekanizmasını anlamak için kendi geçmiş deneyimlerini yeniden değerlendirme sürecine girmişlerdir. Bir kısmı, PKOS ve duygu durumları arasındaki ilişkiyi adet düzensizlikleri ile bağdaştırmıştır.

“Regl dönemlerinde bu hastalığın etkisi devam ediyor. Daha iyi ama yine eğer o gecikme gerçekleşirse ben yine o ruh hali içerisine giriyorum. Yani ister istemez..mutsuz endişeli. bazen daha sinirli. Bunun da PKOS’la ilgili olduğunu düşünüyorum. Bazen gecikmeden dolayı gerile de biliyorum. Vücut atamıyor onu ya..ben de biyolojik olarak o süreci yaşayıp rahatlayıp kurtulmam gerektiğini düşünüyorum. Hani o olmayınca da bu ister istemez o ruh haline de yansıyor. Daha da kötü oluyor.” (Manolya)

“polikistik overin beni etkilediği başka bir konu duygu durumu aslında. polikistik overde beni en çok zorlayan şey duygusal çökkünlük. Sizde bunu daha önceden de konuşmuştuk. – adet döngüsü öncesinde çok şey oluyorum bunalıma giriyorum..her şeyi kötü gözle görüyorum kötü oluyorum. Sizde adet görmemenden dolayı mı böyle hissediyorsun yoksa hiçbir sebep yokken mi böyle hissediyorum aslında bunu bende bilmiyorum...bunun üzerine düşündüm. Fizyolojik bazı sebepleri kimyasal sebepleri olmalı benim böyle hissetmemin. normal gitmesi gereken şeyler normalinde gitmediğine göre demek ki bir şeyler eksik. Bu adet durumunun kesintiye uğramaması da beni yine şey yapıyordu...yine bitmedi ...yine bitmedi falan diye. .her şeyimi ona odaklıyordum heralde ki her şey ona bağlı olarak kötü geçiyordu..kötü geçiyordu günlerim öyle söyleyeyim..buhranlı, stresli..” (Eda)

“.. daha yoğun. İnsanlarla etkileşiminin kötüye gittiği bir şekilde deneyimliyorum. Kendimle de iletişimim daha kötüye gidiyor. Şöyle, bazen huzursuzluk oluyor, bazen enerji düşüklüğü, yataktan çıkmayı istememek ama yapmam gereken o kadar şeyin olmasının verdiği bir kaygı oluyor. Hiç bir şey yapmak istememenin ardına daha büyük bir kaygı oluyor. Bazen mutsuzluk ve hiçbir şey iyiye gitmeyecek düşüncesi. Sonra hayatım daha kötü oluyor. Ödev teslim etmem gerekiyor. Sınav tarihim oluyor hocama da şey diye mail atmak istemiyorum. Hocam duygusal olarak zor durumdayım yataktan çıkmak istemiyorum. Sonra öyle bir not geliyor ki aa keşke böyle olmasaydı..yine benim başıma geldi.” (Gül)

Katılımcıların bir kısmı, PKOS ve duygu durum arasındaki ilişkiyi kısmen adet dönemlerinde kişiler arası ilişkilerde yaşadıkları güçlüklerle örtüşmektedir.

“Genelde mesela etrafındakilerle de iletişim durumunda çok bozuk oluyor bu dönemde. Özellikle daha toleransın düşük oluyor etrafındakilere... Ve böyle hem ilgi bekliyorum hem de herkes benden uzak dursun istiyorum. Karmaşık duygular içinde oluyorum. böyle etrafımdakiler de benim değişik bir ruh halime girdiğimi bildiklerinden bana karşı hani ne zaman bitiş dönemin der gibi oluyorlar... Etrafımdakiler dediğim de Annem kardeşim. yani öyle bir şeye girdiğimde onlar da uzak duruyorlar. Ama onlar uzak durunca daha çok sinirleniyorum genelde sinirli hissediyorum bu arada... Daha çok sinirleniyorum hani niye kimse benimle ilgilenmiyor? Niye kimse beni anlamıyor niye kimse beni anlamaya çalışmıyor gibi... O zaman anlaşılmadığımı düşünüyorum.” (Eda)

“Lise dönemimde notları çok fazla kafama takan birisiydim. Yüksek olmasını önemsiyordum. Normal zamanlarda bu kadar kafama takmasam da özellikle premenstrüel dönemlerde ağlamaya başlıyordum neden böyle bu kadar düşük bunlar diye. O zaman aileden neden bunu bu kadar abartıyorsun? Bu ağlanacak bir şey değil. Neden bu kadar ağlıyorsun diyor annem. Aynı şekilde kardeşimde... Abla neden her şeye bu kadar ağlıyorsun bıktım senin ağlamandan. Ağlamayı duymak istemiyorum. Artık keşke ağlamasan. O zamanlar beni daha çok anlayabilirlerdi diye düşünüyorum. O dönemler daha arkadaşlık ilişkilerimin de bozulmaya başladığı dönemler oluyor. Bir anda arkadaşlarımdan aslında o an hiç takmayacağım bir şeye takabiliyorum. Notlarım için de bu geçerli. Dünyanın en büyük sorunu haline gelmeye başlıyor.” (Gül)

8.1.3. Kilo vermek mi? O zor iş!

Polikistik over sendromu ve obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmakla birlikte; Bu araştırmanın örneklemini, çoğu normal beden kütlesine sahip polikistik over sendromlu bireylerden oluşmaktadır. Bu alt tema, katılımcıların ‘polikistik over sendromunun hangi semptomlarını deneyimlediniz’ sorusuna cevaben katılımcılardan kilo algılarına dair gelen yanıtları kapsamaktadır. Katılımcılar, mevcut durumda yüksek beden kütlesi indeksine sahip olmuş ya da olmamış olsun, kolayca kilo alma eğiliminde olduklarını, kilo vermeyi güç bulduklarını veya vücutlarının diyet ve spora karşı diğer insanlara göre daha geç tepki verdiğini ifade etmişlerdir. Normal beden kütlesi indeksine sahip katılımcıların bir kısmı geçmişte aşırı kilolu olduğu diyet ve spor ile kilosunu kontrol altına aldığı bilgisini paylaşmıştır.

“Bir de şey vardı insülin direnci konusu. Polikistik over benim için eşittir insülin direnci. O da beraberinde zaten eşittir kilo olarak dönüyor. Yani aldığım fazla kilolar, insülin direnci ...polikistik over benim için tam olarak böyle” (Gül)

“Beslenmeme çok dikkat ediyordum zaten. hani şeylerden uzak durmaya çalışıyordum ..kızartmalardır vesayre.. Hani Hiç yemiyorum desem yalan olur sadece dışarda yediğimde yiyordum. Dikkat ediyordum; çünkü pkos nedeniyle kilo veremediğimi biliyordum ve kilo almamam gerektiğini biliyordum. Yani çok aşırı kilolarımın hiçbir zaman olmadığını söyleyeyim yani maksimum bu halim diyebilirim ama şey kilo vermek konusunda sıkıntılarım var evet.” (Eda)

“Arkadaşında aynı şeyi yiyor sen de aynı şeyi yiyorsun ama sen daha çok kilo alıyorsun. Ya da sen ona karşı daha az yemene rağmen daha fazla kilo alabiliyorsun. Hani bunla ilgili de biraz pkosa bağladım açıkçası.” (Deniz)

Katılımcı kilo verme inançları ile ilgili deneyimini şu şekilde ifade etmektedir;

“Bu çok değişen bir şey benim için. Bazen şey diyorum işte. Ben naparsam yapayım ne kadar dengeli beslenirsem besleneyim neye dikkat edersem edeyim ben hep böyle kalacağım. Bu hiçbir zaman değişmeyecek. Ben hep kilolu kalıcım. Bazen de şey diyorum aslında çabalarsam değişebilir. İnsülin direncim var diye PKOS’um var diye değişmeyecek bir şey değil diyorum. O benim o anki duygu durumuma göre değişen bir şey oluyor.” (Gül)

8.1.4. ‘Aşırı yeme isteğim ile baş etmeyi öğreniyorum’

Bu alt tema katılımcıların yeme tutumları ve davranışları ile ilgili deneyimlerini içermektedir. Bazı katılımcılar belirli yiyecekleri tüketmeye yönelik artmış bir davranış eğilimi gösterdiklerini, bazıları gece yeme eğilimi gösterdiklerini bazıları ise duygusal yeme eğilimi gösterdiklerini aktarmışlardır. Katılımcılardaki nispeten ortak nokta ise kendilerine pkos tanısının ilk baş gösterdiği ergenlik döneminde kontrolsüz yeme davranışlarının daha yoğun olduğunu ve zamanla bunu daha kontrol altına almak için çaba gösterdiklerini ifade etmeleridir.

Katılımcı her türlü yiyecekte ziyade özellikle tatlı yemeye karşı eğilimini şu şekilde ifade etmektedir;

“Pkosun insülin üzerinde etkisi oluyorsa eğer belli dönemlerde bayağı tatlı krizim oluyordu. Hatırlıyorum o lise zamanlarında önüme bir kutu ekleri verseniz oturup yiyebilirdim. O dönem şeker hastalığından şüpheleniyordum şeker hastalığımı var bende aşırı yeme var diye. Ara ara dönemlerde de gece tatlı yemem tetikleniyor.” (Deniz)

Katılımcı duygusal yeme eğilimi olduğunu şu şekilde ifade etmektedir;

“Bir şeyi yemek için kokusu görüntüsünün cazip olmasına gerek yok. Benim bir şey yemem lazım. En hızlı ne yiyebilirim? Çikolata yiyebilirim. Tamam o zaman hemen çikolata alayım ve yiyeyim. Mutsuz olduğumda özellikle... Benim için bir kaçınma davranışı olabilir bu. Her şey daha iyi olacak daha iyi hissedeceğim.” (Gül)

Bir önceki katılımcı görüşme sürecinde yeme davranışları ile ilgili deneyimlerini şu şekilde devam etmektedir;

“Daha yağlı daha karbonhidratlı yiyeceklere yöneliyorum. Ama genellikle gece yemem yoktur. Akşam 9’dan sonra bir şey yemem.” (Gül)

Başka bir katılımcı ise polikistik over tanısının ilk konulduğu ergenlik zamanlarında duygusal yeme, gece yeme ve dışsal yeme (*açlık hissi olmadığı halde cezbedicisi yemek görüntüsü/kokusu üzerine yeme*) örüntülerinin hepsini gösterdiğini ve zamanla bunu kontrol altına almak için çaba gösterdiğini ifade etmektedir. Katılımcı görüşme sürecinin başka bir kesitinde ruh hallerinin özellikle geç saatlerde kötüleştiğini, görüşmenin aşşığı da yer alan kesitinde ise akşam saatlerinde artan yeme eğiliminden bahsetmektedir. Katılımcı aynı zamanda polikistik over sendromu, duygu durumu ve yeme davranışlarını ilişkilendirmektedir.

Görüşmeci: senin kilo ile ilgili deneyimlerinden biraz daha bahseder misin?

Katılımcı: “şöyle, bunalımlı ruh halim var. Kaygı da yaşıyorum. Okulla ilgili ne olacak diye de. Şimdi baktığımda pkos ile çok ilişkilendiriyorum bunu aslında. Ve bunlar olunca kendimi istemsizce yemeğe veriyordum. Yemek yiyordum. Aslında o bunalımı ve kaygıyı yemekle

bastırmaya çalışıyordum. Gece kalkar yemek yapar yerdim. Hatta pirinç pilavının üstüne yoğurt koyar yerdim. Yani o farklı farklı kombinasyonlarda gerçekten midesiz gibi yerdim (Gülüyor). Yani kendimi durduramıyordum. Akşam saatlerinde canım sıkılıyor yemek yiyorum. Yani öyle bir dönemdi. Sınavı stresi zaten ayrı. Hasta olamayınca da insanın vücudu zaten bayağı bir şey oluyor... yiyorum, akşam oluyor yiyorum, güzel bir yemek cezbedici görüldüğünde yiyorum. Ölçekte de öyle bir soru vardı ya...midemi dipsiz bir kuyu gibi hissediyorum..(gülüyor).istemedemden yiyorum. Annemde diyordu tamam ye ben senden yemeni esirgemiyorum ama kızım biraz kendine dikkat et. Gece iştahum açılıyordu yani. Saatin hiçbir önemi yok. Eğer o an güzel bir yemek varsa ve beni cezbediyorsa tok olsam bile yerdim yani. Ve tabi istemsiz kilo! Seksenler seksen beşler böyle hani ilerledi ilerledi en son ben doksan altıyı gördüm. Sonra dedim noluyor kendine gel. Sonra ben diyetle sporla kilo vermeye başladım sağlıklı bir şekilde. ” (Manolya)

8.1.5. ‘Benim kozmetik problemim: PKOS’

Katılımcılar görüşme sırasında deneyimlerinden bahsederken PKOS’u arzu edilen fiziksel görünüm hedeflerine ulaşmanın önündeki bir engel olarak betimlemişlerdir. Bu alt tema; katılımcıların polikistik over sendromunu beden algısı, öz güven, feminen kimlik ve güzellik kalıpları bağlamında yorumlayışına yer vermektedir.

“Bi kadın için dış görünüş oldukça önemli. Bir de toplumunda etkisi var bunda bir beden algısı olayı var işte. Güzel olunca, zayıf olunca ne bilim cildin pürüzsüz olunca. Bir yandan da ders çalışıyorum. Sürekli oturup kaş mı alacaksınız yüzünüzdeki tüyleri mi alacaksınız. O ayrı bir problem. Kilo veriyosun bir kıyafet beğeniyorsun onu almak istiyorsun kilo alıyorsun yine alamıyorsun. Sonra bir bakıyorsun kaç bedensin 44 bedensin. O bedende anneannelere göre kıyafetler var. Ben gencim yani ben daha kaç yaşındayım. 18-19 yaşında yani ben niye kırk yaşında elli yaşındaki kadının kıyafetini giyineyim ki kendime göre giyinmek varken. Zaten PKOS’un vermiş olduğu mutsuzluk ayrı. Bir de onunla birleşince o iyice kaygı şeyi tavan yapıyor kendini beğenmiyorsun o da ayrı bir şey. ” (Manolya)

“toplumda zaten fiziksel görünüm ile ilgili bize dayatılan kalıplar var. Ve sen şöyle düşünüyorsun ben PKOS’luyum zaten. İstesem de kilo veremicem zaten. Hani o kalıba zaten uyamıcam. Hani ilişkilerinde hepsi olmasa da bazı insanlar fiziksel özelliklere çok dikkat ediyor. Sen iletişim kurmak istediğin biriyle bile senin fiziksel özelliklerini beğenmediği için hani seninle iletişim kurmayabilir bazı taraf. ” (Deniz)

Katılımcılar kendileri ve PKOS semptomlarını taşımayan akranları arasında sosyal bir karşılaştırma sürecine girdiklerini ifade etmektedirler;

“Kendimi akranlarımla kıyaslıyordum. Onlar daha zayıflar, daha güzeller onlar daha iyiler ben değilim ben şişmanım. Karşı cinse gelince de umursamıyordum. Bu hani kendimi kilo ile karakterize etmemle ilgili miydi? Bunu düşünmek hiç aklıma gelmedi.” (Gül)

“..ama ben onların arasına gidince kimse selam bile vermiyor... Oturuyorum yokmuşum gibi davranılıyor... ama ...bir de sivilcelerim var...hani bir de yokmuşum gibi davranılıyor...kendimi kötü hissediyorum giremiyorum aralarına... ben burdayım ben varım diyemiyorum. Öyle bir etkisi olmuştu bende.” (Eda)

Katılımcılar polikistik over semptomlarının olumsuz ruh haline katkıda bulunduğunu düşünmektedirler;

“Kilo da benim kendimi algımda bayağı etkilemişti. Yani işte olumsuz etkiledi. Yani işte bir şey almak istiyorsun bir şey giymek istiyorsun ama o sana olmuyor. Özgüvenimi de etkiliyordu olmaz olur mu? Annemle konuşuyoruz mesela. Annem diyor ki ben senin yaşındayken... Ben istemsiz yiyorum ya sağlık için o da zararlı olduğunun farkında. Diyor ki bizim zamanımızda o zaman işte biz kendimize kumaşlar alırdık elbiseler dikerdik belim şu kadardı bu kadardı... Onu da düşününce insanın özgüvenini de etkileyen bir şey oluyor. Özgüvenim o zaman düşmüştü. Beden algısı olarak, dış görünüş olarak özgüvenimde düşme olmuştu.” (Manolya)

“En basitinden beni kötü etkilediğini düşünüyorum. Özellikle insülin direnci... Ergenlik döneminde de üniversite dönemimde de kendimi daha özgüvensiz hissetmeme neden oluyordu. Bu da kendi benlik saygımı etkiliyordu. Sevilmeye değer değilim çünkü kiloluyum. Bunun arkadaşında yatan şeyse insülin direncimin olması ve buna bağlı olarak kilo problemimin olması. Buradan geldiğim nokta sevilmeye değer değilim. Beni en çok etkileyen nokta buydu.” (Gül)

Katılımcı görüşme sırasında ergenlik döneminde öğrenim gördüğü bir kız meslek lisesindeki diğer akranlarla kendini kıyasladığı zamanlardan bahsetmiş ve bunu ‘onlar ve ben’ söylemi üzerinden aktarmıştır. Feminin kimliğe uyumsuzluk hislerinin PKOS semptomlarının yanı sıra hormonal sebeplerden de kaynaklanmış olabileceğini ifade etmektedir;

“PKOS’la ilişkili olabilir mi tüm bunlar bilmiyorum ama sonuçta PKOS’lu birinde testosteron, erkeklik hormonları daha fazla salgılanıyor. Tüylenmelerim vardı. Erkek gibiydim yani (gülüyor). Öyle dolanıyordum. Feminin görmüyordum kendimi. Zaten kilo almıştım. Üniforma giyiyorum. Ne bilim diğer kızlar tırnaklarına törpüler yapıyorlar kendilerine daha ilgili gösteriyorlar ben bunlarla çok ilgilenmezdim. Şimdi düşünce kadınsal özelliklerden kendimi soyutlamış olabilirim PKOS’a bağlı olarak.” (Manolya)

8.2. TEMA II: ‘Hayata Diyalektik Penceresinden Bakıyorum’

Bu üst tema, katılımcıların diyalektik davranışçı terapi beceri eğitimi boyunca yaptıkları içsel yolculuk sürecine değinmektedir. Katılımcılar kendilerinde neleri değiştirmeye gereksinim duyduklarını diyalektik bakış açısından anlamaya çalışmışlardır. Bu noktada, hangi diyalektik becerileri hayatlarına aldıklarına değinmektedirler.

Diyalektik Davranışçı Terapide Beceri Eğitmenleri, her oturumda katılımcılara yeni bir beceri öğretirler; ancak bu süreç basitçe yeni bir becerinin didaktik bir şekilde tanımını ve kapsamını anlatmakla sınırlı kalmaz. Terapistler o becerinin neden gerekli olduğunu ve gündelik hayattaki kullanım alanlarına değinirler; katılımcıları her bir beceri modülü için kazanmak istedikleri ve azaltmak istedikleri davranışları ve kendi bireysel hedeflerini belirlemek için yönlendirirler. Katılımcılar, öğretilen becerilerin hangi yaşam alanlarındaki problemlere cevap olabileceği üzerine düşünmeye ve uygulamaya koymaya teşvik edilirler. Bir sonraki oturuma ödev kontrolü ile başlanır ve katılımcılar becerileri ne derecede uyguladıkları ve ne derecede etkili sonuç aldıkları ile ilgili geri bildirimler verirler (Linehan, 2015). Beceri eğitiminin bu formatı, katılımcıları kendi becerilerini değerlendirmelerine ve nelerin değişmesine ihtiyaç duyduklarını belirlemelerine

zemin hazırlamaktadır. Başka bir deyişle, kendilerine yönelik iç görüleri artmaktadır. Katılımcılar öğrendikleri becerileri hem PKOS'a spesifik sorunlar için hem de gündelik hayatta var olan problemler için kullandıklarını ifade etmişlerdir.

8.2.1. 'Eski dünyaya yeni bir bakış'

Katılımcılar diyalektik yolculuğu boyunca kendilerinde güçlü olan ve geliştirmesi gereken yönlerine farkındalık kazanmışlardır. Katılımcılar eğitimden önceki 'kendi, diğer insanlar ve olayları' algılayış şekillerini, eğitimde öğrendiği beceriler ile yeniden değerlendirme sürecine girmişlerdir.

Diyalektik Davranışçı Terapiye göre; duygu düzenleme gücü güçlü duygusal hassasiyete genetik yatkınlık ve geçersiz kılan bir çevrenin ortak etkileşimi sonucu oluşmaktadır. Bu kuramsal çerçeve DDT'de bio-sosyal kuram olarak adlandırılmaktadır. Geçersiz kılan bir çevre bireylere duygularınının tuhaf, anlaşılmasız, saçma, yanlış ve abartılı olduğunu hissettirir. 'Saçmalamayı bırak ve sadece yapman gerekeni yap', 'bebek gibi davranma', 'normal insanlar böyle tepkiler vermezler', gibi tepkiler geçersiz kılma tepkilerine örnektir. (Linehan, 2015). Diyalektik beceri eğitiminde katılımcılara biososyal kuram öğretilir. Böylelikle; kendi duygu düzenleme güçlüklerinin arkasındaki nedenleri anlamalarına yardımcı olmak hedeflenir ve kendi deneyimleri üzerine düşünmeleri için teşvik edilir. Bu araştırmada katılımcılar hem gündelik hayat akışında hem de PKOS'a spesifik olan problemlerde diğer insanlarla deneyimledikleri geçersiz kılınma yaşantılarından örnekler paylaşmışlardır.

Katılımcı görüşme sırasında şuan ki bakış açısı ile ergenlik dönemdeki PKOS deneyimlerini yeniden anlamlandırmaya başladığını anlatmaktadır. Katılımcı geçersiz kılan çevre kavramını öğrendiğinde geçmiş yaşantılarını diyalektik merceğini tutmuş ve ailesi ile ergenlik dönemindeki deneyimlerinin aslında birer 'geçersiz kılma deneyimleri' olduğuna kanaat getirmiştir.

“..mesela herkes ders çalışıyor abim de fen lisesi mezunu ordan tıp fakültesine geçmiş. Hani ben onla konuştuğum zaman ben o an mutsuzum. Bir şeyleri yapmam gerekiyor ama hormonal değişimler nedeniyle öyle hissediyorum. O zaman şey diyorlar işte ne var bunda biz gece gündüz çalıştık bol soru çözdün mü yapamayacağın şey yok. Mutsuz hissediyorum onları tamamen yok sayıp da şeye odaklanamıyorum. Derste bir yanlışım çıkıyor ben hemen sinirleniyorum benim yanlışım nasıl çıkabiliyor ben o konuyu neden anlamamışım. Sonrasında da şöyle düşünüyorum... Kendimi geçersiz kıldığım noktalar olmuş... Abartıyorum diyordum kendime bak onlar nasıl yapmış. Bu sefer onların bana söylediği şeyleri bende kendime söyleyip bende kendimi geçersiz kılıyordum. Onların da beni geçersiz kıldığı noktalar olmuş. Şu kadar soru çözersen kazanırsın. ‘Duygularını görmezden gel yapman gereken şeyi yap’. Bu şekilde geçersiz kılmışlar onlar da beni.” (Manolya)

DDT ekolünde, duyguları bastırma, duygular ile teması kesme ve duygulardan kaçınma gibi baş etme yöntemleri işlevsiz duygu düzenleme stratejileri olarak tanımlanmaktadır. DDT bakış açısına göre duyguları düzenlemek duyguları geçerli kılmak ile mümkündür. Geçersiz kılan bir çevrede büyüyen çocuklar yetişkinlik hayatına geçtiklerinde kendi duygularını tanımakta ve kendi kişisel deneyimlerini anlamlandırmak için kendi duygularına güvenmekte güçlük çekerler (Linehan, 2015). Bu olgu DDT ekolünde ‘kendini geçersiz kılma’ (Self-invalidation) olarak isimlendirilmektedir (Örn. ‘böyle hissetmen hiç normal değil’ şeklinde geçersiz kılınan birinin ‘bende yanlış giden bir şeyler var’ düşüncesini geliştirmesi..).

“Diyalektik davranışçı terapi beceri eğitimi sayesinde daha sağduyulu oldum. Problemlere karşı daha çözümcül yaklaşıyorum. Hani öncesinde de uyguluyordum bazı becerileri ama adı konuldu ve bazı noktalarda kendime çok acımasız davrandığımı kendimi geçerli kılmadığımı....öyle noktalar çok oldu. ‘sen abartıyorsun! ders mi çalışılacak o zaman dersini çalış her şey iyi olacak niye abartıyorsun bu kadar niye mutsuz hissediyorsun bu kadar diyordum. Önceden kendimi tamamen geçersiz kılıyordum.” (Manolya)

DDT ekolü, Bilişsel davranışçı terapide olduğu kadar yer kaplamasa da ‘düşünce hatalarına’ yer vermektedir. DDT ekolünde, olaylara bakış açımızı tekrar değerlendirmek ve duygularımızın gerçeklikle örtüşüp örtüşmediğini değerlendirmek

önemli bir duygu düzenleme stratejisi olarak kabul görmektedir. Bu strateji ‘geçekliği kontrol etme becerisi’ (Check the facts) olarak adlandırılmaktadır (Linehan, 2015). Katılımcı eğitimden sonra kendi zihinsel süreçlerine diyalektik aynasından baktığını ve bilişsel çarpıtmalarına yönelik farkındalık geliştirdiğini ifade etmiştir.

“Bir de duygu düzenleme becerilerini çok kullanıyorum. Ben duygularım üzerine düşündüğümde kendi düşüncelerimi doğru sanıp onları doğru kabul ediyordum ama bunların duygu ile ilgili mitler olduğunu öğrenince, alternatif düşünceler geliştirebilince benim daha olumlu düşünmemi sağladı. Diyalektiğin psikoloj iyi oluşum üzerinde olumlu bir etkisi oldu.”
(Meryem)

DDT ekolüne göre duygular üzerine gerçek dışı inançlara sahip olmak duyguları düzenlemenin önünde bir engel teşkil etmektedir. Katılımcı diyalektik beceri eğitiminden sonra duygularına karşı tutum ve inançlarını değerlendirdiği bir süreç girmiş ve ‘duygu mitlerine’ karşı iç görü kazanmıştır. Diyalektik Davranışçı terapiye göre; bir becerinin etkin bir şekilde kazanımı için farkındalık yetmez. Becerinin neden önemli olduğunu anlama kadar becerinin nasıl uygulandığını bilmek, beceriyi uygulamak için yeteri kadar motivasyona sahip olmak ve ihtiyaç duyulan zaman içinde becerinin akla gelmesi gerekmektedir (Linehan, 2015).

Katılımcı beceri eğitiminden önce de kişiler arası iletişimde geliştirmesi gereken bazı yönlerinin farkında olduğunu ancak gereksinim duyduğu değişimi nasıl yapacağını bilmediğini söylemektedir. Ona göre; beceri eğitimi bunu nasıl yapması gerektiği noktasında ona yardımcı olmuştur.

“Dagi becerilerini kullanıyorum bir de.. Tepki vermeden önce bir dur geri adım at ve düşün... ben normalde çok savunmacı bir insanım. Hemen atağa geçerdim... O öyle değil böyle... artık biri bir şey dediğinde önce onu dinliyorum bakıyorum ne demek istiyor gerçekten anlamaya çalışıyorum süzgeçten geçiriyorum ve ona göre tepki veriyorum. En çok bunu kullanıyorum diyebilirim. Çevremden de o şekilde dönüt alıyordum. Sen bir şey söylediğimizde hemen savunmaya geçiyorsun. Biz öyle demek istemiyoruz biz aslında şöyle demek istiyoruz. Kendimce uygun tepki verdiğimi düşünüyordum. Kendimi o şekilde

alıştırmışım. Bu beceriyi öğrenmeden önce de insanları sonuna kadar dinlemek için kendimi eğitmeye çalışıyordum, aslında doğrusu o da zaten ben öyle alıştırmamışım kendimi. Beceriyi öğrendiğimde de bunun formülize edilmiş bir hali olduğunu görünce benim için daha da kolaylaştırdı bu. Şimdi daha çok kullanıyorum.” (Meryem)

Bilinçli Farkındalık içinde bulunduğun anda olup bitenlere dikkatini verme ve tüm fark edilenleri yargılamaksızın kabul etmektir (Atalay, 2018). DDT ekolünde her bir oturum bilinçli farkındalık egzersizi ile başlar ve her oturumda farklı bir egzersiz türü sunmak önem arz eder (Linehan, 2015). Bilinçli farkındalığın nasıl uygulanması gerektiği konusunda DDT ‘Tek bir anda tek bir şey’ (one thing in the moment) yaklaşımını benimsemektedir. Her ne kadar bazı araştırmalar aynı anda birçok uğraş ile ilgilenmenin (multitasking) bilişsel gelişimi olumlu etkilediğini söylese de, Linehan (2015), aslında bunun olumsuz olduğunu savunmaktadır. Bu görüşe göre; yarı burada olma, zihinde başka bir yere gitme, geçmiş ile gelecek arasında uçuşan zihin gibi deneyimlerin farkında olmak ve anda tek bir şeyi yapmaya geri dönmek önemlidir. (*yemek yerken ye, yürürken yürü, endişelenirken sadece endişelen, şu anın acısını yaşarken sadece şu anın acısını yaşa*). Şu anın acısını yaşarken geçmiş ve gelecekteki acılara da odaklanmak acıyı daha çok derinleştirmektedir.

DDT eğitimi boyunca katılımcılar her oturum başlangıcında yeni bir farkındalık egzersizini deneyimlemiş kendi ‘anda kalma’ düzeyleri ile ilgili içsel bir değerlendirme süreci yaşamışlardır. Eğitim boyunca bazı katılımcılar anda kalabilmeyi güç bulurken, bazıları bunun andan ana değişkenlik gösterebildiğini, bazıları ise eğitimle birlikte anda kalabilme becerilerinin iyi olduğunu fark ettiğini dile getirmişlerdir. Bir katılımcı eğitim süresince anda kalma güçlükleri yaşadığını fark etmiş, premenstrüel dönemlerde deneyimlediği duygusal hassasiyet ile baş etmek için ‘gerçekliği test et’ (check the fact) becerisinin yanı sıra ‘tek bir acıya odaklan’ stratejisi ile baş etmeye çalıştığını anlatmıştır.

“Özellikle mindfulness egzersizleri.. farkında olabilmek ile ilgili becerilerimde bir eksiklik olduğunu fark ettim. Özellikle PKOS’un duygu durumumu etkilediği dönemlerde her şeyi siliyordum gözümden. her şey kötü gidiyor işte. Hiç Kimse beni anlamıyor. hiçbir şey

Başaramayacağım ne kadar çabalasam da olmayacak gibi düşünürken İşte 'gerçekliği sorgulama' stratejisini uyguluyorum. Bu düşünceler gerçekten gerçeğin kendisini mi temsil ediyor diye akıl yürütüyorum. Ya da sadece o andaki acıma odaklanıyorum... acıma odaklanarak o anda kalıyorum.” (Eda)

“Sonra mesela bazı ailevi durumlar da tartışmalar olduğu zaman stop becerilerini uygulamaya başladım. Dur, geri adım at ve düşün. Eskiden daha dürtüsel davranma eğilimim vardı. Hani bende cevap vereyim altta kalmayayım diye. Bilge zihne sor egzersizi var ya..birazcık durup, kendimi gözlemleyip daha düşünerek hareket etmeye başladım.” (Eda)

8.2.2. ‘Duygularımı Düzenlemeyi Öğreniyorum’

Nitel araştırmalarda temalar analiz türünün doğası gereği çakışabilmektedir (Yavuz, 2020). Bir önceki temanın odak noktası beceri eğitimi boyunca artan iç görü deneyimleri idi. Bu tema ise; katılımcıların duygu düzenleme güçlüklerinde hangi DDT tekniklerine başvurduğunu içermektedir.

DDT ekolü duyguları düzenlemek için geniş bir yelpazede baş etme stratejileri önermektedir. Olumsuz duygu durumunu düzenlemek için temel bir yöntem problem çözmek olabilir. Başka bir yöntem ise duygunun gerçeklikle uyuşup uyuşmadığını kontrol etmek ve sorun ile ilgili duygusal tepkimizi değiştirmektir. Duygusal tepkiler gerçeklikle uyuşmadığında veya işlevsel olan olmadığında duygunun tam aksi yöneliminde eyleme geçilmelidir. Bu strateji karşıt eylem (opposite action) olarak adlandırılmaktadır.

Katılımcı sosyal kaygı ile baş etmek için karşıt eylemi nasıl kullandığını şu şekilde aktarmaktadır;

Görüşmeci: Günlük hayatında kullandığın başka diyalektik stratejiler var mı?

Katılımcı: “karşıt eylem..şöyle karşıt eylem benim daha çok kaygı ile baş etmek için kullandığım bir şeydi. Hani o an yapamayacakmış gibi hissettiğimde olmayacakmış gibi görünse de ne kadar çok kaygılı olsam bile bir şekilde o kaygı verici durumun içine kendimi bir şekilde atmaya çalışıyorum. Yani o kaygının geçmesini beklersem hiçbir zaman geçmeyeceğinin farkındayım ve beklersem de hiçbir zaman eyleme geçemeyeceğimi.

Görüşmeci: bu stratejiyi günlük hayatında nasıl kullandığınla ilgili bir örnek verebilir misin?

Katılımcı: “mesela geçen derste söz almak çok kaygı vericiydi. Akluma gelen bir şeyi sormak çok kaygı verici. O Kalp atışını hissediyorum. Eskiden asla söz hakkı almıyordum sormak istediğim şeyler olsa bile. Soruyorum kalp atışı hala devam ediyor ama belli bir süre sonra geçiyor. Kendime şey diyorum karşıt eyleme geçtim ve işe yaradı bu senin için. (Gül)

DDT’de karşıt eylem olarak isimlendirilen strateji Bilişsel Davranışçı Terapi ekolünde depresyonun tedavisi için kullanılan ‘davranışsal aktivasyon’ (behavioural activation) yöntemi ile benzeşim göstermektedir. Bu ekole göre depresyonun haz almama ve umutsuzluk gibi belirtileri ile güdülenerek günlük aktivitelere ilgilerin azalması, konuşmada ve hareketlerde yavaşlama ve sosyal geri çekilme bir kısır döngü oluşmasına dolayısıyla da depresyon belirtilerinin şiddetlenmesine neden olmaktadır. Bu noktada BDT yönelimli bir terapist, depresyon tedavisi üzerine çalıştıkları bir danışana eğer depresyonda olmamış olsaydı neleri yapıyor oldu ve depresyona girmeden önceki haz aldığı aktivitelerin neler olduğu sorar. Ev ödevi olarak ile haftalık bir şekilde kişisel takvim oluşturmasını ister ve danışanını uygulamaya koymak için teşvik eder.

Katılımcının premenstrüel dönemlerde duygusal çökkünlüğe bağlı olarak günlük aktivitelere ilgi ve hareketlerimde yavaşlama olmaktadır. Bunun yanı sıra deneyimlediği sosyal kaygı onu sosyal geri çekilmeye sürüklemektedir. Karşıt eylem stratejisi bu noktalarda ona şu şekilde yardımcı olmuştur;

“Karşıt eylemi de mesela... Ben bu beceriyi zaten kullanıyormuşum da... Ben özellikle mesela topluluklara girme konusunda yani toplu alanlarda konuşma konusunda hiç Tanımadığım bilmediğim çevrilerek girmek konusunda çok çekiniğim... Ama tam tersini yaparak hani belki tersini yaparsam Alışırım düşüncesi ile hep mesela tek başıma gittim yeni ortamlara... Mesela üniversitedeyken çok çekingen olmama rağmen farklı işte vakıflarda derneklerde bunlara gittim ve tek başıma gittim. Arkadaşlarım gelmiyordu zaten... bölümdeki arkadaşlarım... gidiyordum tamam ama orada çevre edinemiyorum zorluyordum kendimi orada bulunmaya. Yani giriyorum oraya ama sohbet edemiyorum öyle bir tarafı da var ama üstüne gitmeye çalışıyorum Evet korkuyorsun topluluğa girmeye ama git üstüne git bunun! ee yani sizin eğitiminize katılmamda bu şekilde oldu. PKOS eğitimini görünce çok heyecanlandım... Ama psikolojik karşılığı varmış bunun dedim. Ama psikoloji bölümü

yazıyor klüp yazıyor... Acaba mı dedim. Giderim oraya ve konuşmam nasıl yapıcım nasıl konuşucam ama hemen aradım ve tersini yaptım. Bir anda hemen mail attım ama hatta korktum da mail attım diye ama genelde böyle tersini yapıyorum. Eğitimden sonra da daha çok yapmaya başladım. Özellikle PKOS buhranların dolayı da hiçbir şey yapmak istemiyorum kimseyle konuşmayayım yatayım hep... Sonra bir anda kalkıyorum. Kalk diyorum tersini yap. Git mutfağa kahve yap diyorum atıyorum. Uyumak yerine kalk ve farklı bir şey yap diye tersini yapmaya çalışıyorum. ” (Eda)

Başka bir katılımcı olumsuz duygu durumunun akışına kapılmamak ve olumlu duygulanım yaratabilmek için karşıt eylem stratejisine başvurduğunu ifade etmektedir.

“Eğer aşırı mutsuzsam eğlenceli skeçleri aratır açar oturur onları izlerim. Eğer böyle aşırı mutsuzsam mutsuz müzikler yerine daha eğlenceli müzikler dinler dans ederim (gülüyor). ” (Manolya)

Katılımcı öfke gibi zorlayıcı duygularla baş edebilmek için ‘SESE’ becerilerini kullandığını dile getirmektedir. SESE becerileri zorlayıcı ve yoğun duygulara eşlik eden fiziksel duyumsamaları stabil hale getirmeyi hedeflemektedir. Buradaki amaç problem çözmek değil; o anki sorunu hemen ve O anda çözülmesini sağlayacak bir yöntem yoksa bile dürtüsel davranarak problemi daha da içinden çıkılmaz hale getirme olasılığının düşürmektir (Linehan, 2015). Örn.; yüzü bir kova dolusu suyun içine sokup bir müddet bekletmek (*doktor görüşü ile*) dalış tepkisini ortaya çıkarır, parasempatik sinir sistemi aktive olur; böylece kalp atışı ve nabız yavaşlar.

“anda kalmayı kullandım. Artı eksi becerilerini kullanıyorum. Hayatımdaki kişiler için..bu kişinin artı yönleri nedir eksi yönleri nedir diyerek mesela. Onun dışında sese becerileri mesela. Çok sinirlendiğimde yüzüme ve enseme bir su vurmaya deneyebiliyorum. Aklıma gelen ve sık kullandığım şeyler bunlar. ” (Deniz)

Katılımcının bu söyleminden ‘dalış tepkisi’ni ortaya çıkaracak şekilde bir uygulama yapmadığı anlaşılmaktadır. Beceriye DDT’de öğretildiği gibi değil de kendi anlamlandırdığı şekilde kullanmaktadır. Ancak zorlayıcı ve yıkıcı duygular ortaya çıktığında, fiziksel duyumsamaların farkında olmanın ve bunları kontrol altına almayı sağlayacak beceriler geliştirmenin önemini bilmektedir.

Katılımcılar zorlu duygularla başa çıkabilmek için bilinçli farkındalık becerilerini kullandıklarını ifade etmişlerdir. ‘Bir anda tek bir şey’ (one thing in the moment) becerisi ile zihinlerini içinde buldukları ana odaklamaktadırlar. Şimdiki an içerisinde gerçekleşen içsel ve dışsal uyarıların farkında olmak ‘anda olma’ deneyimidir. Açıklamak gerekirse; insan zihni geçmiş ve geleceğe yönelik düşüncelere yoğunlaşabilecek yüksek bir kapasiteye sahip olacak şekilde evrimleşmiştir; ancak bu öte yandan yaşam kalitesini düşüren bir bedeldir. Düşünceler ile özdeşim kurmak yerine fiziksel duyumsamalarımıza odaklanmak ve/veya çevremizde olup bitenleri gözlemlemek şimdiki anda olmanın önemli bir adımıdır (Atalay, 2018).

“Anda kalmaya çalışıyorum. Yürürken yerdeki zemini hissetmeye çalışıyorum. Yerin kayganlığını... Anda kalmaya çalışıyorum. Hani o yaşadığım olumsuzluğu sürekli kafamın içinde çevirmeye uğraşmıyorum da. Bu o an kafamın içindeki sorunu görmezden gelmekte değil ama işte o an ne yapmam gerekiyorsa onu yapıyorum. Anda kalmanın öyle bir faydası var.” (Manolya).

“Benim gelecekle ilgili alakalı alakasız kaygılarım olurdu... Bir bozukluk boyutunda değil ama. Ya şöyle olursa... Bir sene sonra ya şöyle olursa... Ama henüz o bir sene gelmemiş... Onlar benim zihnimi çok meşgul ediyordu. Bilinçli farkındalık yapıyorum... Yani o an ne ile meşgulsem onu yapıyorum. Bununla ilgili bir de kitapta da okumuştum sabah dışarda yürürken kulaklığınızı takıp müzik dinliyorsanız dinlemeyin... Ona değil etrafta ne olup bitiyorsa ona odaklanın... Yere bastığınızı ayaklarınızı hissedin. Bu da hoşuma gitmeye başladı... Artık etrafı gözlemliyorum... Hani cadde de ne var onun yanında ne var karşısında ne var gözlemliyorum. Soğukta yürümeyi daha çok seviyorum... Bedensel farkındalığı arttırdığını düşünüyorum. Mesela özellikle eldiven giymiyorum. Soğuğu daha fazla hissetmek

için. Bu bana iyi geliyor. Tam olarak nasıl iyi geldiğini teknik olarak anlatamıyorum ama gün içinde daha mindfull olduğumu hissediyorum. ” (Meryem)

8.2.3. ‘Kabullenmeyi Öğreniyorum’

DDT ekolü’nde ‘gerçekliği kabullenme becerileri’ bireyin hayatını şimdiki anda olduğu haliyle kabullenmesidir. Bu beceri özellikle yaşanan hayat arzu edilen hayat olmadığında yardımcıdır. Geçekte olduğumuz kişi ile olmayı arzu ettiğimiz benlik ile örtüşmediğinde kişi var oluşsal bir acı çeker ve gerçeği kabullenmek güçleşir. Arzu etmediğimiz yaşam olayları başımıza geldiğinde, neden bu benim başıma geldi? Neden ben böyleyim? ... gibi düşünce süreçlerine girmek zihini çözümden çok çözümsüzlüğe odaklar. Öte yandan gerçekliğin kabulü hissedilen ızdırabı azaltır ve özgürlük duygusunu yükseltir (Linehan, 2015).

Katılımcılar görüşme sırasında pkos ile ilgili olan ve olmayan yaşam problemlerinde kabullenme becerilerini kullandıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar kendisiyle ve dünya ile olan ilişkilerine diyalektik aynasından bakmış hangi noktalarda kabullenme becerilerine ihtiyaç duydukları ile ilgili içsel bir hesaplaşma sürecinden geçtiklerini anlatmışlardır.

DDT ekolüne göre; gerçeklik, arzu edilen şey ile örtüşmediğinde gerçeklikle savaşmayı, öfke nöbeti geçirmeyi bırakmak gerekmektedir. Gerçekliği reddetmek onu değiştirmez. Gerçeği değiştirmek önce onu kabul etmekten geçer (Linehan, 2015).

“Aslında beceri eğitiminde öğrendiğim bazı stratejileri ben kendi yaşamımda uyguluyordum. Ama gerekli durumlarda o an aklıma gelmiyordu. Artık öğrendiğim için ihtiyaç duyduğumda da aklıma geliyor ve daha kolay uygulayabiliyorum. Mesela bir hafta beceri eğitimine gelememiştik çünkü dişim ağrıyordu gelmek için inatlaştım ama üst üste şeyler oldu. Gelmeye çalışıyorum ama olmuyor. O zaman şu beceriyi uygulamıştım. Gerçeklikle inatlaşma ve kabullen. Eğitime yetişemeyeceksin ve artık bazı şeyleri kabullenmelisin. Evet dişin ağrıyor ve tedavi ettirmen gerekiyor şuan ve eğitime yetişemiyorsun. Ve bunu kabul etmelisin. ” (Eda)

Katılımcılar acı veren yaşam olaylarında kabullenme becerilerinden faydalanmaktadırlar.

Annesi ilerlemiş bir kanser evresinde olan katılımcı beceri eğitimi süresinde kabullenme becerilerinin bu noktada ihtiyacına bir cevap olabileceğini dile getirmiştir. DDT ekolüne göre; kabullenmek, onaylanma, merhamet, aşk, dirençsizlik, boyun eğme veya değişime karşı olma anlamlarına gelmez. Diyalektik görüşteki kabullenme anlayışı şuan ki hali ile dinden arındırılmış ve her hangi bir dini inanca indirgenemez durumdadır.

“annemin durumu ile ilgili duygularıyla yüzleştirmiş geçirdiğim dönem. Kabullenme de vardı ama bu diyalektikteki kabullenme ile hani o daha farklı ya... İnsanların bildiği kabullenme daha farklı.” (manolya)

Benzer şekilde başka bir katılımcı hayatı diyalektik beceri eğitimi ile kesiştikten sonra önceden sahip olduğu kabullenme inancını sorgulamaktadır;

“Radikal kabullenmeyi kullanıyorum. Zaten aslında biraz kullanıyordum ama kader inancı ile ilişkilendirmiştim. Bu başımıza geldi artık tamam hadi işimize bakalım gibi. Bunun bir bilimsel karşılığı olduğunu da öğrendiğimde benim için daha da önem kazandı. Kabullenmek bana hayatımdaki birçok durumda yardımcı oluyor.” (Meryem)

Bazı katılımcılar ise kabullenme becerilerini öğrendikten sonra bu becerinin gerçekten etkin olduğuna karar verme noktasında kendi geçmişindeki içsel hesaplaşmalarını referans almaktadır.

“Ben bunu aslında sizinle eğitimde de konuşmuştum. Kabullenmenin çok önemli olduğunu düşünüyorum bazı şeylerde. Ben babamı çok küçük yaşta kaybettim. Öğretmenlerin küçük yaşlarda okulda sorduğu bir sorusu vardı. İşte anneniz ne iş yapıyor, babanız ne iş yapıyor?”

Bundan çok etkileniyordum ve birinci ikinci sınıfta öldüğünü söylemek istemiyordum. Öldüğünü kabullenmek istemiyordum. Emekli deyip geçiyordum. Ondan sonrasında bunu kabullendiğimde daha rahat cevap verebildiğimi gördüm. Onun yokluğunu kabullenebilmek... O yok zaten diye baktığınızda bir şeyleri daha kolay yoluna koyabiliyorsunuz. Bu her duygu için geçerli... Bir şeyi kabullenmediğinizde ne yapmanız gerektiğini bilemiyorsunuz. Yaptığınız şey de mantıklı olmuyor. Düşünceler çok karmakarışık bir hale geliyor.” (Deniz)

“Üniversite sınavına ilk girdiğimde kazanamayacağımı biliyordum. Çalışmamıştım da açıkçası. Seneye gider girerim falan derken. İkinci sınava çok çalışmıştım. Sınavlar açıklandı ve benim hiç beklemediğim bir şekilde geldi. Kabullenemedim mi o durumu bilmiyorum. O yıl üniversiteye giremediğimi düşündüğümde ben fiziksel olarak iki hafta hasta yattım. Hani doktora gidiyorum şey olarak bir şey çıkmıyor hani testlerde vesayre... Ondan sonra o durumu kabullendiğimde ne kadar çabuk toparlanabildiğimi gördüm. Dedim tamam kazanamadın. Bir sene daha şans vereceksin kendine oturup hazırlanacaksın. Baktığınızda o durumu kabullenip de sınava tekrar çalışmaya başladığımda o süreç bitti. İstedğim üniversitede olmasa da istediğim bölümdeydi mesela. Baktığınızda insanın hayatında kabulleniş noktaları çok değerli yani. Bir şeyi kabullendiğiniz zaman hayatınızı daha kolay yoluna sokabiliyorsunuz ve hayatınıza devam edebiliyorsunuz. Buna inanıyorum yani.” (Deniz)

Diyalektik Davranışçı terapinin kurucusu olan Linehan; bu ekolün temel felsefesi olan ‘kabul ve değişimin sentezi’ yaklaşımının aslında kendi kişisel tecrübelerinden yararlanarak ortaya çıktığını çok cesur bir şekilde halka açık konuşma yaparak dile getirmiştir (Carey, 2011). Henüz 17 yaşındayken intihar eğilimi ve kendine ciddi zarar verme davranışı nedeniyle hastaneye zorunlu yatışı gerçekleşmiş, tek başına tecrit odasına yerleştirilmiş, hiçbir nesne olmadığı halde başını sürekli yerlere ve duvarlara vurmıştır. 26 ay süren hastane yatışı ve birkaç yıl süren başarısız tedavilerin ardından kurtuluşu kendi başına bulur-radikal kabul yoluyla. Çektiği tüm acıların aslında olmak istediği kişi ile gerçekte olduğu kişi arasındaki uçurumdan kaynaklandığını fark ettiği bir farkındalık anından sonra psikoloji eğitimi almaya karar verir ve klinik psikoloji alanında doktora derecesini tamamlar. Linehan (1987) batı düşüncesine ters gelebilecek bir şekilde, terapistlerin

değişim için çalışırken bir yandan da danışanlarını oldukları gibi gerçekten kabul etmesi gerektiğini savunur.

Katılımcılar kendilerini olduğu gibi kabul etmeyi kabullenme becerileri ile öğrenmeye gayret gösterdiklerini aktarmışlardır. PKOS tanısına eş zamanlı olarak depresyon tanısı da alan katılımcı katı ve dirençli bir şekilde zihnin olumsuz düşünme eğilimi için kendini yargılamaktadır. Ancak DDT'den sonra kabullenme becerileri ile tanışmıştır. Neden ben böyleyim? gibi çözümsüz bir süreçten kendini olduğu hali ile kabul edip çözüm sürecine geçmiştir. Olumsuz düşünceleri ile savaşmak yerine nasıl telafi edebileceğine odaklanmaya başlamıştır.

“Dediğim gibi artık depresyon tanısı ile mi alakalı benim mi zihnim böyle çalışıyor? Niye her şeyin kötüsünü düşünüyorum diye kendime sorduğumda benim zihnim böyle ben böyle düşünmeye alışmışım. Bu aklımdan geçen düşüncelerin doğru olduğu anlamına gelmez. O yüzden sanki aklımdan geçenler doğru gibi düşünmeyeyim ve ne yapmam gerekiyorsa onu yapayım. Bu şekilde kabullendim de kendimi.” (Meryem)

Benliğimizin veya kişiliğimizin sevmediğimiz yönleri olumsuz duygulara neden olur. Kendimizi olduğumuz gibi kabul etmek zorlu duygularla başa çıkma da yardımcı olabilir;

“Ben çok mükemmeliyetçi bir yapıya sahiptim öncesinde. En iyisi ben olmalıyım... Bunun aileden gelen bir şey olduğunu düşünüyorum. Çünkü bizde her şey de en iyisi ol, her şey de önde ol, her şeyi araştır öğren, en iyisini bil! Ama ben her şey de mükemmel olamam. Her şeyi en iyi yapan olamam. Hatta annem diyor sen o okulu birincilikle bitir. Hayır anne diyorum yani durum ortada... Ben nasıl bitireyim... Ayrıca birincilikte her şey demek değil. Lisedeki halim... Nasıl mükemmeliyetçiydim! Her şeyi düşünüyordum. Böyle saçma sapan hesaplamalara giriyordum ve hesaplamalar arasında kayboluyordum. Öyle bir mükemmeliyetçilik. Ama şuan kendimle ilgili kabullendiğim şey... Evet bir potansiyelin var ama bazen çevresel şeylerde yaşadıklarımı etkiliyor. Bakıyorsun annenin durumu böyle. Hani bir şey başaramadığında bazı şeyleri bahane ediyor gibi görünüyor olabilir ama artık eskisi gibi değilim. Bir şeyi başarmak için elinden gelenin en iyisi yap ama olmuyorsa da olmuyordur yapacak bir şey yok. (Manolya)

Diğer bazı katılımcılara göre ise; polikistik over sendromu ile ilişkili semptomlar olumsuz beden imgesine sebebiyet vermektedir. Bedenimizi olduğu haliyle kabul etmek de kabullenme becerilerinin bir parçasıdır;

“kilo beni çok etkileyen bir şey. Şişkoyum işte bu kiloları asla veremecem, olmayacak. Ve şey işte o tartıdaki sayıları da kabul etmek istemiyorum. Yok işte o sayılar doğru değildir o ondandır bu bundandır işte... Peki tamam o tartıda yazan sayılar doğru ve bunlar benim kilolarım. O zaman ben bunu değiştirmek için ne yapabilirim? Aynı şekilde işte sağlığım ile ilgili problemlerim için de. Benim insilün direncim var bunun için ne yapabilirim. Doktora gidebilirim ve ilaç tedavimi alabilirim. Daha çok bu şekilde oluyor. Kendine de dair şeyleri radikal olarak kabullendiğinde daha iyi hissediyorsun. Tamam bu böyle ama bu buna engel değil. Daha öncesinde engel olarak gördüğüm birçok şey için... tamam bu benim hayatımda var olabilir ama bu bir engel değil şeklinde. O zaman daha iyi hissetmeme kendime karşı daha öz şefkatli olmama neden oldu.” (Gül)

“bunu sanırım hani fiziksel olarak kabulleniş ile yaşıyorum hani. Tamam hani aynaya baktığında artık kendinle kavga etmeyi bırak! Hani öylesin böylesin sende böylesin işte. Tamam ilerde düzelebilirsin ama şuan ki durumunla da kendini negatif etkilemeyi bırak artık. Ben niye kiloluyum? niye bu pantolonu giydiğimde üstümde böyle duruyor?...bunu birazcık bıraktım. Gözlüğü ilk taktığımda hatırlıyorum estetik açıdan kendimi çok rahatsız hissediyordum. Ama sonra kabullendim onu da. Aşırı ilerleme olmasa lazer aklımdan bile geçmezdi. Bir şeyi kabullendiğinizde o istediğiniz şeye daha kolay ulaşabildiğinize inanıyorum ben. (Deniz)

“kilo mesela bir özgüvensizliğe neden oluyor. Tüylenme özgüvensizliğe neden oluyor. ne bilim mükemmeliyetçilikten bahsettik ya az önce. Mükemmel olacaksın herşeyinle mükemmel olmalısın. Ona bakılırsa kılının da ideal olması lazım, yüz görünümünün..biyolojik süreçlerinin olması gereken bir rutinde ilerlemesi lazım. Ama bunları kabul etmek, bunlarda neden benim başıma geliyor demek yerine uygun olan becerileri uygulamak daha çok faydalı oluyor. PKOS’da hani düzensizlik olduğunda vücut atması gerekeni atamıyor daha da bir gerginlik oluyor ya.. bunu kabullendiğin zaman ona göre hareket ediyorsun. Eğer ki biyolojik olarak gerilmekle birlikte bizde eğer bende iyice tepkisel olursam o iyice dayanılmaz hale

geliyor. O an o durumu kabul etmek ve bunun bundan dolayı kaynaklandığını düşünmek ve ona göre bir beceri uygulamak problemi çözmesini de kolaylaştırıyor daha rahatlamayı da sağlıyor.” (Manolya)

Kabullenme becerileri, olduğumuz kişiyi, yaşadığımız acıları ve diğer insanları olduğu gibi kabul etme gereğini içerir. Diğerlerinin tamamen kabulü onların yaptıklarını onaylama anlamına gelmez. DDT terapide; danışanlardan çocukluklarında artık değiştiremeyecekleri gerçeğini kabul etmeleri istenir. Kendi davranışlarının ilişkilerinin bitmesine neden olmuş olabileceğini kabul etmeleri istenir. Duygularını yoğun yaşayabildiklerini veya duygularını yaşama şeklini olduğu gibi kabul etmeleri istenir. (Linehan, personal communication, 1992). Bu yaklaşımın benliğin anlaşılması için temel oluşturacağı düşünülmektedir.

Katılımcılar hayatlarındaki önemli diğer insanları kabullenmeye gayret göstermektedir.

“Babamı kabul etme de... Babam böyle ve babamı kabul ediyorum. Aynı şekilde annem için de, kardeşim için de. Çünkü çok fazla onlarda değiştirmek istediğim şey vardı. Özellikle karakterlerine dair. Onları değiştiremeyeceğimi onların öyle olduğunu ve ailem oldukları için ve sevdiğim için... Hayatımdan çıkarabiliyor muyum hayır ve bunlar hayatımdan çıkaracak şeylerde değil çok seviyorum onları. O zaman kabul ediyorum. Radikal kabullenme... Arkadaş ilişkilerimde de öyle. Biraz sivri bir dil kullanırdım arkadaş ilişkilerimde... Hani abartıyosun... Geçersiz kılma... Hani onu o şekilde deneyimlemiş benim için farklı olabilir ama o bu şekilde deneyimlemiş ve onu öyle kabul etmem gerekiyor.” (Gül)

8.3. TEMA III: ‘Hayatımda Yeni Bir Başlangıç’

Bu üst tema katılımcıların, kendi, diğer insanlar ve dünya ile ilişki kurma biçiminde DDT beceri eğitiminin nasıl bir etkisi olduğuna odaklanır. Katılımcıların bu eğitim ile kazandıklarını düşündükleri yeni bakış açılarına yer verilmiştir. Bu üst tema, aynı zamanda katılımcıların eğitimden sonra polikistik over sendromuna bakış açılarında ne gibi değişimler yaşandığını ele alır.

8.3.1. Evreka!: Pkos ve hislerim

Linehan göre (2015), terapistlerin öğrettikleri becerileri destekleyen araştırma verilerini sık sık katılımcılarla paylaşımlarını önermektedir. Bu araştırmada da lider terapist her oturumda, o gün öğretilen beceri özelinde; polikistik over sendromu olan kadınların psikolojik ve fiziksel deneyimlerini ortaya koyan literatür verilerini paylaşmıştır. Aynı zamanda tartışma noktaları açarak, katılımcıları o gün öğrendikleri becerileri PKOS ile ilgili hangi problem için ve nasıl kullanabilecekleri noktasında fikir alış verişi yapmaya teşvik etmiştir. Terapistin moderatörlüğünde ilerleyen bu tartışma noktalarına katılımcılar aktif olarak dahil olmuş ve kendi kişisel deneyimlerinden örnekler vermişlerdir. Katılımcılar bir önceki hafta öğrendiği bir beceriyi, gündelik hayat problemleri kadar polikistik over sendromu ile ilgili ihtiyaç duyduğu bir problem için uygulamış, bir sonraki oturumda deneyimlerini grup ortamında paylaşmışlardır.

DDT ekolünün temel varsayımlarından biri nedenlerinin ne olduğunu bilmesek bile eylem, düşünce ve duygularımızın arkadaşında her zaman bir veya birden fazla neden vardır. Bu nedenlerin ne olduğunu bilmesek bile, anlamaya çalışmak, yargılamak ve suçlamaktan her zaman daha iyidir. Beceri eğitiminde de terapist bu yaklaşımı benimsediği bir atmosfer yaratmaya gayret göstermiştir. Araştırma verilerini paylaşmış ve beceri eğitimini interaktif şekilde yürütmeye çalışmıştır. Böylelikle, katılımcılar poliskistik over sendromu ile ilgili yaşadıkları güçlükleri yargılamak yerine anlamaya çalıştıkları bir içsel yolculuk sürecine girmeleri arzu edilmiştir.

Görüşme sırasında katılımcılara ‘Diyalektik Davranışçı Terapi beceri eğitimin sizde herhangi bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?’ şeklinde bir soru yöneltilmiştir. Katılımcılar ortak bir yanıt olarak, eğitimden önce polikistik over sendromunu sadece fiziksel semptomlara yol açan fiziksel bir hastalık olarak algıladıklarını, eğitimden sonra ise bu bakış açılarının değiştiğini açıklamaktadırlar. Beceri eğitiminden sonra, polikistik over sendromunu fiziksel ve psikolojik boyutları olan daha bütüncül bir tablo olarak algılamaya başlamışlardır. Eğitimden sonra katılımcılar PKOS ve duygu durumları arasında ilişkisel bir bağlantı kurmuşlardır.

Böylelikle, nihayet daha önce anlamlandıramadıkları duygu düzenleme güçlüklerine bir izah getirebilmişlerdir.

“PKOS’un psikolojik iyi oluşum üzerinde etkili olduğunu bilmiyordum bu eğitimi alana kadar. Depresyon tanısı almıştım ama... Bunu da etkileyebileceğini düşünmemiştim. Depresyon tanısına sahip biri olduğum için, olayları olumsuz görüyordum, zor oluyordu benim için duygularımı düzenlemek. Bu eğitimde duygu düzenleme becerilerinden faydalandığım için kendimi artık daha iyi hissediyorum öncesine göre.” (Meryem)

“Önceden tamamen fiziksel bir hastalık olduğunu düşünüyordum. Hani duygu durumumuza bu kadar etki ettiğini hani bu kadar hassas olabileceğimizi tahmin etmiyordum. Hani o şekilde bir şeyleri araştırıp öğrendikçe arkadaşlarla sizinle konuştuğunda demek ki bu da buna bağlı oluyormuş dedim. İşte PKOS’lu kadınlar bunları yaşıyormuş dediğimizde bende de bunlar oluyor demek ki buna bağlı olabilir diye düşündüm.” (Deniz)

“fazlasıyla oldu. Siz bu eğitimi açtığınızda ben zaten katılmak istiyordum. Bilgi güçtür bakış açılarıydım. Sizinle bu eğitime başladığımızda o ilk oryantasyon haftasında bilimsel araştırmaları referans alarak hazırladığımız sunumda ben iyice bilinçlendim. Ben aslında PKOS’un ne olduğunu öğrendim. Geç olsa da bana tanı 2018 yılında konulmuş. Sonrasında benim kendi durumumu anlamam bunu anlamlandırmam beni o kadar rahatlattı ki. Bunun nasıl bir hastalık olduğunun farkında olmam, bunun farklı fenotiplerinin olduğu herkeste kist olmadığını öğrenmem... Çünkü benim daha önceki bilgilerim oydu çevreden kulaktan duyma eğer polikistik over sendromu varsa kisti vardır... Ama meğersem kimisinde tüylenme ve adet düzensizliği ile ortaya çıkıyormuş kimisinde kist oluyormuş. Bunun depresyonla ilişkisi varmış, anksiyete ile ilişkisi varmış. Oryantasyon haftasında bunları görmem beni o kadar rahatlattı ki! Yaşadığım şeyin adı konulmuş oldu. Yaşadığım bazı şeyler geçmişte kalsa bilse onu sonradan anlamlandırmak beni öyle rahatlattı ki. Hani bazı insanlar bir yakınını kaybeder bulunamaz ya hani en azından şey bulduğu zaman bile şey der en azından bir mezarı var. Benim içinde gerçekten ona benzetebilirim. Anlamlandırdım. Bana ne olduğunu biliyorum. Bir şeyin adı konulmadığında insan daha çok sinirli olabiliyor. Hani o bilinmezlik insanı bayağı bir kötü etkileyebiliyor.” (Manolya)

Katılımcı eğitimden önce de özellikle adet dönemlerine paralel olarak istikrarlı bir şekilde duygusal hassasiyet yaşadığının farkındadır; ancak bunun polikistik over sendromu ile ilişkilendirebilmesi ancak eğitimden sonra geldiği bir nokta olmuştur.

“Bu eğitimden önce PKOS’un duygular üzerinde etkili olduğunu bilmiyordum açıkçası psikolojik etkileri olduğunu bilmiyordum. Hani bir tek ben yaşıyorum sanıyordum bunu. Hani döngü öncesi dönemi özellikle arkadaşlarımdan duyduğum döngü döneminde çok stresli olduklarını söylüyorlar... Bende diyorum ki ben adet kanaması gördüğüm zaman çok mutlu oluyorum (gülüyor). Yani o şeyden buhrandan çıktığım için hani bitti sonunda Oh şükür diye nefes alıyorum. Arkadaşlarım da tam tersi. Ya bir tuhaflık olduğunun farkındaydım ama bunun benimle ilgili olduğunu düşünüyordum... Ama bu durumun hani böyle psikolojik yansıması olduğunu bilmiyordum.” (Eda)

Katılımcı PKOS ve duygu durumu arasındaki ilişkiyi kurabildikten sonra, duygularını daha iyi düzenleyebilir hale gelmiştir. Onun tecrübe ettiğine göre; duyguları anlamak, onları düzenlemeyi de kolaylaştırmıştır.

Görüşmeci: ruh halin ile pkos arasında sonradan bir bağ kurduğunu söyledin. Bunun sende bir önemi var mı?

Katılımcı: fazlasıyla var.

Görüşmeci: nasıl tam olarak?

Katılımcı: “şöyle, bildiğim zaman ona göre hareket ediyorum. Bu eğitimi almadan öncesini konuşursak insan öfkeli olduğunda öfke öfkeyi doğuruyor mutsuzluk mutsuzluğu doğuruyor. Kendini daha mutsuz etmeye yöneliyor. Kartopu gibi büyüyor o tarz şeyler. Ama şuan bildiğim için şey yapıyorum mesela. Zincir analizi... Mesela ben şuan olumsuz bir ruh halindeyim. Ben şu problemi yaşadım. Ama benim bu problemi yaşamamdaki temel etken ne? ne oldu öncesinde? Sonra bunları birleştirip o zinciri gördüğüm zaman hani birazcık daha rahatlıyorum ve gündelik işlerimi devam ettirmemde daha çok kolaylaşıyor. Çünkü bir insan endişeli olduğunda öfkeli olduğunda ya da mutsuz olduğunda bu gündelik işlerine de yansıyor. Öyle olduğumda yapmam gereken işleri de yapamıyorum. Ama bunları bilmek, görmek farkında olmak gündelik hayatta yapmam gereken işleri daha çok kolaylaştırıyor.” (Manolya)

8.3.2. ‘Bir tek ben değilim’

Katılımcılar, eğitimden önce PKOS ile ilişkili deneyimlerini anlamlandırmakta zorlandıklarını, eğitimden sonra ise ‘bir tek ben bu güçlükleri yaşıyorum’ inancının değişime uğradığını aktarmışlardır.

“Evet yani ..Özellikle dediğim gibi yani bir tek benim sanyordum... Ben bir tek psikolojik güçlükler yaşıyorum sanyordum. Ve bunun PKOS ile bir bağı olduğunu biliyordum çünkü ya bu gecikme olduğu zaman ya da uzama olduğu zaman yaşıyorum ben bu durum. Bu yüzden benle ilgili olduğunu biliyordum ama sadece bende olduğunu düşünüyordum. Ama bu eğitim ile birlikte bunun sadece bende olmadığını öğrendim ve bununla başa çıkmak için yöntemler olduğunu öğrendim. Ve bunları hayatıma uygulamaya da başladım.” (Eda)

Katılımcı ‘bunu bir tek ben yaşıyorum’ inancının duygu durumunu etkilediğini düşünmektedir;

“tüylenme mesela genel olarak diğer PKOS’lularda da duyduğum bir şey. Ama diğer PKOS’lular genel olarak zayıf mesela. Ablam da öyle arkadaşlarım da öyle. Bunun bir tek ben de olduğunu düşünüyordum. Yani PKOS’un o olumsuz özelliği bende var bu olumsuz özelliği bende var. Bir de üstüne kilo problemini de bir tek ben yaşıyorum. Bununla ilgili duygu durumunda bir problem de yaşıyordum. Ben de mi bir problem var niye veremiyorum diye.” (Deniz)

Katılımcı aynı zamanda doktorunun, bunu başka kadınların da yaşadığına dair aldığı verdiği sağlık bilgilendirmesinde kendisine psikolojik olarak yardımcı olduğunu belirtmiştir;

“Bir arkadaşım var onun da pkos tanısı vardı. Adet düzensizliği ile ilgili konuşurken ben dedim işte bende kist var bundan dolayı olduğunu söyledi doktor o da a işte bende de var derken şey oluyor ister istemez sadece bende değil derken bir rahatlama oluyor. Ablamda da var mesela kist ve bir keresinde beraber gitmiştik. Doktor da sende de kist var sende de kist var büyük ihtimalle genetik işte... Bu sizin hayatınız boyunca devam edecek işte... Şu ilacı

alın kullanın gibi bir şey olmuştu. Doktorun tavırlarından hoşlanmamama rağmen şey olmuştu işte bende de var ablamda da var başka kadınlarda da var derken birazcık rahatlama oluyor.” (Deniz)

DDT ekolüne göre; beceri eğitimleri hem homojen hem heterojen grup formatında yapılabilir. Öte yandan; Linehan (2015) homojen grupların içerdiği bir takım riskleri olası görmekle birlikte (*aynı tanı sahibi olan insanların işlevsiz başa çıkma stillerini birbirinden örnek alması*); klinik tercihini homojen gruplardan yapmaktadır. Ona göre; benzer problemleri olan insanların bir araya gelmesi; ‘*Adsız Alkolikler*’ oluşumundaki dinamik gibi; bir destek ortamı oluşturur ve bir ‘ortaklık algısı’ yaratır. Katılımcılar beceri eğitimi boyunca pkos ile ilgili deneyimlerini ve eğitimde öğrendikleri becerileri nasıl uyguladıklarını ve nasıl sonuçlar aldıklarını birbirleri ile paylaşmış; bu da katılımcılarda ‘ortak deneyimler’ üzerinden anlaşılabilirlik hissinin oluşmasını sağlamıştır.

“Benim sınav sürecinde yaşadığım şeyleri grup katılımcılarından başka yaşayan arkadaşlarda olmuş... Sınav kaygısı... Yani benzer şeyler yaşadığımız ortak noktalar olmuş... Ve bunları grup içerisinde görmek bana kattığı bir nevi de güven. Güvensiz olduğum noktalarda oldu ama hani güven kurabildiğim noktalarda ortak yaşanmışlıkların olması. İşte hepsinin polikistik over sendromu olması... Bunun hepimizin sorunu olması. Bu açıdan olumlu oldu benim için.” (Manolya)

“Arkadaşların bazılarının çok şey dönütleri oldu ya da anlattığı bazı şeylerden etkilenebildim. Kendi yaşadığı problemleri anlattıklarında bende kendi problemlerimle bağdaştırabildim. Hani o onlarda da varmış bende de varmış diyerek olumsuzdan olumluya duygu durumunda bir dönüş yaşadım. Bunu yaşayan sadece ben değilmişim diğerleri de yaşıyormuş diyebildim. Ya da pkos dışında anlattıkları şeylerde de mesela tecrübe kazandım.” (Deniz)

“Tek başına almaktansa grup ortamında almanın daha verimli olduğunu düşünüyorum çünkü diğer arkadaşların verdiği örneklerden benim deneyimlemediğim vardı aralarında. Ve onlar başıma geldiğinde nasıl davranmam gerektiği ile ilgili yardımı oldu bana. Veya PKOS’lu

diğer kişilerin bende olmayan başka neler yaşadığına ilişkin de benim için paylaşım ortamı oldu. Benim yaşamadığım başka olumsuzluklar da deneyimlediklerini gördüm. Benim için çeşitlilik oldu grup içinde almak bireysel almaktansa. ” (Meryem)

8.3.3. ‘Bu Kader Değil!’

Polikistik Over sendromu ergenlikte ortaya çıkan ve ileri ki yaşlarda da metabolik rahatsızlarla karakterize olan kronik bir durumdur. Günümüzde radikal bir tedavisi bulunmamaktadır; ancak semptomatik tedaviler hastaların yaşam kalitesinin artmasına önemli ölçüde yardım etmektedir. Vücut yağ oranının %5’ ini kaybetmek insülin direncinin kırılmasına, hormon düzeylerinin dengelenmesine, sonuç olarak da adetlerin düzenlenmesine, tüylenmenin ve aknelerin azalmasına, kilo vermeye ileriki vadede ise; üreme ve metabolik hastalıklardan korunmasa ciddi ölçüde yardımcı olur.

Literatürdeki bu veri, aslında katılımcılar aktif bir rol aldıklarında hastalıklarının seyri üzerinde kontrol sahibi olabileceklerini de ortaya koymaktadır. Katılımcılar eğitimden önce kilo vermeyi güç olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar kolay kilo alıp zor verdiklerini, diğer bazıları ise insülin direncinin kilo vermek önünde engel olduğunu ifade etmiştir. Eğitim sonrasında ise; kontrol edilebilirlik algıları ‘asla’ noktasından ‘zor, ama imkansız değil’ noktasına evrilmektedir.

“Özellikle duygu durumum ve insülin direncine bağlı olarak kilo probleminin bende kalacağını düşünüyordum. Ama eğitim süresince şöyle oldu. İşte değişebilir. Kendi yapabileceklerimin daha farkında oldum. Duygularımın o an farkında olursam anlarsam hayatımda daha rahat bir noktada olabilirim. ” (Gül)

“şöyle bir etkisi oldu. Biraz önce de konuştuğumuz gibi PKOS’un böyle etkili bir şey olduğunu bilmiyordum. Hani bunu hem öğrendim hem bunu kabullenmem açısından bir etkisi olduğunu düşünüyorum. Tamam hani PKOS’lusun. Böyle böyle problemler yaşıyorsun. Ama bunu kabullenip yüzde yüz etkisi olmasa da çareler arayabilirsin. Atıyorum kilonun yüzde 5 ini kaybettiğinde senin için olumlu bir etkisi olabilir. Buna dikkat edebilirsin. Yüzde yüz duygularını buna bağlarken şey düşünebilirsin. Hani çok duygusal olmanda aslında seni bu tetikliyor. Kararlarını verirken regl dönemlerinde daha dikkatli kararlar verebilirsin. ” (Deniz)

Katılımcının deneyimlerine göre, PKOS semptomlarının seyri üzerinde kontrol duygusunu yitirmek, duygu durumunu da olumsuz etkilemektedir.

“Tamam PKOS’un kilom üzerinde etkisi olduğunu biliyorum... Ama aynı zamanda PKOS’un var ve bu yüzden bunu hiçbir zaman değiştiremeyeceğim diye düşünmek duygu durumumu da kötü bir hale götürüyor.” (Deniz)

Başka bir katılımcı ise eğitim sürecinden kazanımını şu şekilde ifade etmektedir;

Görüşmeci: Diyalektik eğitiminin sende bir etkisi olduğunu düşünüyor musun?

Katılımcı: “Evet dediğim gibi. Psikolojik bir yansıması olduğunu biliyordum ama bunun sadece bende olduğunu düşünüyordum. Aslında sadece Bunun böyle olmadığını düşünmek bile beni rahatlatmıştı açıkçası... Ve grup içinde deneyimlerin paylaşılması da daha çok farkında olmamı sağladı. Böyle bir konu varmış. Bunun psikolojik etkileri de varmış. Ve bununla başa çıkmanın da yöntemleri varmış. Artık hani içinden çıkılmaz bir durum değil de bununla başa çıkmanın bir yolu var ve sen bunu biliyorsun artık. Bir farkındalığın var artık.” (Eda)

8.3.4. Küçük Küçük Adımlar Atıyorum

Aşırı kilolu olan PKOS hastaları için kilo kaybını sağlamak, zayıf olan PKOS'lular için ise kilosunu stabil halde korumak hastalığın seyri için önem teşkil etmektedir. Bu bağlamda; bu araştırmanın merak duyduğu bir alanda, DDT beceri eğitiminin dengeli beslenme, spor yapma, uyku düzeni, düzenli doktor kontrollerini yaptırma gibi sağlığı geliştirici davranışları kazanma ve sürdürülebilirlik açısından katılımcılar üzerinde bir etki oluşturup oluşturmadığını görmektedir.

Katılımcılar sağlığı geliştirici davranışların neden PKOS'un seyri açısından önemli olduğunu beceri eğitimi ile öğrendiklerini ifade etmişlerdir. Eğitimden sonra yaşam tarzlarında değişiklikler yapmak için adımlar attıklarını; ancak bunun henüz hedefledikleri düzeyde gerçekleşmediğini açıklamışlardır. Bu alt tema; katılımcıların beceri eğitiminden sonra, sağlığı geliştirmek için attıkları adımları ve neden henüz sağlık hedeflerini arzu ettikleri düzeyde gerekleştirmediklerine değinmektedir.

DDT ekolü; dengeli beslenme, uykuyu alma ve spor yapma gibi sağlık davranışlarını yerine getirmenin duyguları düzenlemenin bir yolu olduğunu savunur. Beceri eğitimi boyunca bu savı destekleyen ve sağlık davranışlarını polikistik over sendromu özelinde araştıran makale bulguları katılımcılarla paylaşılmıştır. Böylelikle katılımcılarda yaşam tarzı değişikliğinin önemi üzerine bir bilinç oluşturmak hedeflenmiştir.

Katılımcı doktor randevusunda kendisine adet düzenleyici bir ilaç reçete edildiğini ve kilonu kontrol etmelisin dendiğini anlatmaktadır. Oysa; ona göre; kısıtlı olan bir sağlık bilgilendirmesi, sağlığı geliştirici davranışların hastalığın seyri açısından ne kadar önemli rol oynadığını kavramaya yetmemektedir.

“sanırım söylediği tek şey şuydu. Çok kilo almaman gerekiyor ve adet düzensizliği içinde şunu kullanıcaksın demişti. Bununla ilgili şey diyebilirdi bana PKOS'un yüzde yüz bir tedavisi yok, hani bu ilacı kullanman senin PKOS'unu geçirmeyecek. Sadece hasta olmanı sağlayacak. Başlangıçta bu ilaçla birlikte kistlerimin de kaybolacağı düşüncesi vardı bende. Ama o şekilde olmadı. İlaçla ilgili daha doğru bir tanımlama yapabiliirdi. Hani ya da Tedavinin neyi sağlayıp neyi sağlamayacağını... Yani şuna daha çok dikkat etmelisin diyebilirdi bana. Ama günümüzdeki doktorlar çok iyi ve önem vererek bakmıyorlar buna. şey diyorlar işte bu ilacı al iyi olursun. Ama senin bana verdiğin ilaç regl olmamı sağlayacak bir ilaç beni komple tedavi edecek bir ilaç değil. Bunu daha doğru tanımlamaları gerek bence hastaya karşı.” (Deniz)

Katılımcının söylemlerinden, yeterince sağlık bilgilendirmesine erişemediğinde hastanın yanlış çıkarımlarda bulunmakta olduğu anlaşılmaktadır. Hastalığı karşısında yeterince bilgilendirme almadığını düşünen katılımcı ilaç

kullandığında tamamen iyileşeceğini düşünmek gibi yanlış anlamlar çıkarmış ve tedavisinde kendisine düşen aktif rolü kavrayamamıştır. Katılımcı polikistik over sendromunun tedavisinde sağlığı geliştirici davranışların oynandığı önemli rolü beceri eğitimi ile kavramaya başlamıştır. Beceri eğitiminde Vücut ağırlığının yüzde 5'ini kaybetmenin PKOS'lu bireylerde doğurduğu olumlu etkileri ortaya koyan makaleler katılımcılar ile paylaşılmış ve sağlığı geliştirici davranışların önemine yönelik bir anlayış inşa etmek hedeflenmiştir.

“daha farkında oluyoruz önemine dair. Dediğim gibi bir şeyleri bağdaştıramıyordum. Artık bağdaştırdığımda, sağlığımıza dikkat etmek ve pkos arasında bağ kurduğumuzda bunları anladığımızda daha farkındalıkla bir şeyler yapabiliyoruz. Spora başlamasan bile yemek yerken bir kaşık daha az yiyeyim diyebiliyorsun mesela. Bunun olumlu etkisi olacak bana diye düşünebiliyorsun. Yüzde 5 dilimi bana küçük gelmişti ilk başta baktığınızda ama diyorum olabilir denemeliyim bunu da.” (Deniz)

Katılımcılara göre, sağlığı geliştirici davranışların önemini kavramak, yaşam tarzı değişikliği yapmak için harekete geçmekte kısmen faydalı olmaktadır;

“PKOS'lu kadınlar çok fazla su içmiyor ya da unutmaya eğilimliler ya... Her su içtiğimde o aklıma geliyor. Hani su içmem gerekiyor. Her yürüyüş yaptığımda kendim için bir şey yapmış oluyorum. Yürüyüş bana iyi gelen bir şey. Sebze pişirdiğim zaman hep aklıma geliyor yani... Daha sağlıklı yaşamının PKOS'u olumlu yönde etkilediğini düşünüp... Öyle bir değişimden bahsedebilirim.” (Manolya)

DDT problematik davranış hedeflerinde davranışçı strateji ve müdahalelere geniş yer veren bir ekoldür. Linehan'a (2015) göre; işlevsiz davranışların azaltılmasında bireysel stratejiler kadar çevresel stratejiler de önemli yer tutmaktadır. Örneğin; dengeli beslenerek kilo vermeyi hedefleyen bir danışanına, eğer ulaşılabilir olduğunda aşırı yeme davranışlarını tetikleyecekse eve abur cubur alınmaması, ya da yalnız yediğinde porsiyonları daha çok büyük tutacaksa bir restaurantta yeme gibi

davranışsal stratejileri önermektedir. Katılımcı su içme davranışını arttırmak için uygulamaya koyduğu davranışsal stratejiyi şu şekilde açıklamaktadır;

Katılımcı: “ Eğitimde PKOS’da beslenmenin nasıl olması gerektiği ve su tüketiminin öneminden de konuşmuştuk. Eksik halka analizinin bunun için nasıl kullanılabileceğinden konuşmuştuk. Ben bunları kendime göre planladım ve yapmaya çalışıyorum. Bu açıdan da faydasını gördüm sağlığı geliştirici davranışlar üzerinde... Ama tam düzene koyduğumu söyleyemem. ”

Görüşmeci: Eksik halka analizini nasıl kullandığını biraz daha açıklayabilir misin?

Katılımcı: “Su tüketimini arttırmak için kullanıyorum eksik halka analizini... Sevdiğim şişelerden su içiyordum ama daha sonra bardakta içince daha çok su içtiğimi fark ettim. Mutfağın belli köselerine su koyduğumda daha çok içtiğimi fark ettim. Bu şekilde yaptım. Böylelikle su tüketimimi arttırdım. Şuan için ortalama bir su içme seviyesine geldim. ”
(Meryem)

Bilinçli farkındalık stratejisi olarak ‘Yeme Farkındalığı’ ağırlık yönetimine yeni bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir ve etkileri bilimsel araştırma bulguları ile desteklenmektedir. Katılımcı kilo yönetim stratejisi olarak yeme farkındalığını kullanmış ve şu şekilde geri bildirim vermiştir;

“Ama bilinçli farkındalık egzersizlerinin bana bir faydası oldu. 4 kilo verdim. (gülümsüyor). Daha önce hiç tartıda eksilere düştüğümü hatırlamıyordum. Bilinçli farkındalık ile yeme uyguladım. Lokmalarımı bilinçli farkındalık ile yemeye başladım. Ben aslında tabağında bir şey bırakmayı hiç sevmem (gülüyor). Bu da kültürel bir şey belki... Ama doyduktan sonra bırak bıraktım. Yani artık doydun şu an bu lokmayı aldığında sana ağır gelecek deyip bırakıyordum. Tabaklarımı küçültmeye başladım. Küçük küçük olsun bitireyim doymasam yine alırım diyerek. Ama böyle de doduğumu fark ettim. Yani bir avuçla bile doyabiliyormuşum. Sabah kahvaltısında yine aynı şekilde doduğumu hissettiğim an bıraktım. Benim yani problemin zaten bu olduğunu biliyordum ama belki üstüne gitmiyordum. Yani aslında bilinçli farkındalık ile yeme diye bir şeyin olduğunu bilmiyordum. ”
(Eda)

Düzenli sağlık kontrollerini yaptırmak, önemli bir sağlığı koruyucu davranış olarak kabul görmektedir. İnsülin direnci ve hormon düzeyleri için düzenli bir şekilde tahlil vermesi gerekmekte olan katılımcı deneyimini şu şekilde aktarmaktadır;

“Beceri eğitiminde sağlığı koruyucu davranışların önemini konuştuğumuzda artık hiçbir doktora gitmek istemiyorum artık test de veremeyeceğim diyordum ama beceri eğitiminde konuştuktan sonra şu olmuştu ben kendime dikkat etmeliyim fiziksel sağlığıma dikkat etmeliyim. Mental sağlığıma da dikkat etmeliyim.” (Gül)

Katılımcılar sağlığı geliştirici davranışların pkos tedavisinde oynadığı rolü eğitimden sonra fark ettiklerini; bunun önemini kavradıkça daha özenli davrandıklarını öte yandan arzu ettikleri gibi radikal bir değişim gerçekleşmediğini ifade etmişlerdir. Deneyimledikleri güçlükleri görüşme sırasında aktarmışlardır.

DDT ekolü varsayımlarına göre; insanlar ellerinden gelenin en iyisini yaparlar ve hayatlarını geliştirmek isterler; ancak insanların yapabildiklerinin en iyisini yapması çözüm için yeterli olacağı anlamına gelmez. İnsanlar değişim için daha iyi şeyler yapmalı, daha fazla uğraşmalı ve daha fazla motive olmaya ihtiyaç duymalıdır. Katılımcı radikal bir yaşam tarzı değişikliğine gitmek için yeterince motivasyonel sebep bulmakta güçlük çektiğini ifade etmektedir;

“Kabullenme aşaması biraz daha uzun sürebiliyor. Geçmiş alışkanlıklar öyle kolay silinmiyor bence. Her ne yapmak istiyorsanız onu daha sık yapmalısınız ki kabullenme sürecinizi daha iyi ayarlayabilesiniz hani. Geçmiş alışkanlıklar bir şekilde silinmiyor bence. Bir de şöyle oluyor. Her şeye rağmen eski alışkanlığımla bir şekilde bu günlere geldim. Tamam, bu iyi bir yöntem ama bunlarla da bugünlere gelebilmişim yani. Tamam, böyle daha sağlıklı oluyor yapayım bunu diyorsun ama dediğim gibi alışkanlıklar öyle birden silinmiyor.”

Görüşmeci: Ne olsa yeni alışkanlar oturtmaya yardımcı olurdu?

Katılımcı: ” Mesela bir yakın arkadaşım ile konuştuğumda uyku ile ilgili ya da başka bir şeyle ilgili... Şunu yapıyorum ve bu işe yarıyor gibi öneri olabilir mesela... karşılıklı olarak... ”
(Deniz)

Bu araştırmada; polikistik over sendromu olan genç bireylere grup formatında beceri eğitimi verilmiştir. Katılımcı sağlığı geliştirici davranışlar kazanma ve geliştirme konusunda; bire bir temasta olduğu stabil ve süreğen bir yakın arkadaşlık ilişkisi geliştirmenin, ihtiyaç duyduğu motivasyonu ve iş birliğini sağlayabileceğini düşünmektedir.

Başka bir katılımcıya göre; Polikistik over sendromu insülin direncine sebebiyet vererek kilo vermeyi güçleştirebilmektedir. Yani PKOS semptomlarının kendisi kilo vermeyi güçleştirmekte; bu anlamda sağlıklı yaşam tarzı geliştirmenin önünde bir güçlük teşkil etmektedir. PKOS sendromu olan bir birey, pkos sendromu olmayan sağlıklı bir bireye göre ağırlık kaybı yaşamak için daha fazla zamana ve çabaya ihtiyaç duyabilmektedir. Katılımcı bu süreci kabul etmekle ilgili yaşadığı güçlüğü sağlıklı yaşam tarzı inşa etme de demotive edici olduğunu açıklamaktadır;

“Bence sonuç alamadığımı gördüğüm zaman pes ediyorum. Birçok şey için geçerli bu. Beklentim sağlıklı beslenmeye başlamakla birlikte kilo vermek... Bunu yaptığım halde kilo veremediğimi gördüğüm zaman yapmanın hiçbir anlamı yok deyip başa dönüyorum. ” (Gül)

Başka bir katılımcı ise arzu ettiği radikal değişikliğin gerçekleşmeme nedenini hayatın olağan akışındaki güçlüklerin de sebep olabileceğine vurgu yapmıştır. Eğitimi süresince akrabalarının yanında ikamet etmekte olan katılımcı bir yerden başlayabilmek için o düzeni devam ettireceğinden emin olabildiği dışsal şartların gerçekleşmesine ihtiyaç duymakta olduğunu belirtmiştir.

“PKOS ile ilgilenen bir diyetisyene de gitmeyi düşündüm aslında eğitim sonrasında ama hiç böyle bir durumum olmadı. bir düzenim otursun kendi evim olsun o zaman yaparım dedim. Çünkü farklı insanlar ile birlikte kalırken öyle diyet yapma şeyin olmuyor. Öncesinde de

kendimce dikkat ediyordum yediğime içtiğime. Öncelerinde hani bir diyetisyen eşliğinde yaptığım bir şey değildi ama dikkat etsem de kilo veremiyordum. ” (Eda)

YEDİNCİ BÖLÜM

9. TARTIŞMA

Bu bölümde nitel ve nicel olmak üzere tüm bulgular ayrı başlıklar altında üç kısım olarak ele alınacaktır. ‘Tartışma I’ başlığı altında nitel bulgular değerlendirilmektedir. ‘Tartışma II’ başlığı altında; nicel bulguların araştırmanın temel hipotezlerini destekleyip desteklemediği ele alınmaktadır. ‘Tartışma III’ başlığı altında ise; nicel ve nitel veriler birlikte değerlendirilerek araştırmanın çatı problemlerine cevap aranmaktadır.

9.1. TARTIŞMA I

Bu araştırmanın nitel bileşeninin amacı 3 ay süreli Diyalektik Davranışçı Terapi Beceri Eğitimine katılmış olan Polikistik Over Sendromu olan genç kadınların deneyimlerini derinlemesine incelemektir. Bilindiği kadarıyla DDT-BE’nin PKOS hastalarında uygulanmasına yönelik dünyada ve Türkiye’de yapılan ilk çalışmadır. Literatüre bakıldığında PKOS’lu ergenlerin tedavisi için geliştirilmiş Bilişsel Davranış Terapi temelli yapılandırılmış protokollere yönelik getirilen en temel eleştiri; obez ergenler için oluşturulan tedavi protokollerinden bir ayrımının yapılamaması ve PKOS’a spesifik sorun ve ihtiyaçlara değinilmemiş olmasıdır (Szigethy, Weisz ve Findling; 2019). Bu araştırma ile; 1) PKOS’lu genç kadınların spesifik ihtiyaçlarını ve kendi hastalıklarına yönelik algı ve inançlarını ifade etmek, 2) kendilerine özgü hangi problemlerinde hangi DDT stratejilerini kullandıkları ve bunlardan ne ölçüde faydalandıklarını ortaya koymak 3) PKOS’lu genç kadınların ihtiyaçlarına yönelik olarak oluşturulabilecek DDT veya başka bir ekol yönelimli yapılandırılmış tedavi protokolleri için keşif niteliğinde derinlemesine bir bilgi zemini oluşturmak hedeflenmektedir.

PKOS’lu genç kadınlara üç ay süreli DDT-BE deneyimlerini derinlemesine incelemek için yapılan YFA analizi sonucunda 3 üst tema ve 12 alt temaya

ulaşılmıştır. Birinci üst tema (PKOS yolculuğum); ‘olanlar neden oluyor?’ , ‘ben ne yaşıyorum?’, ‘kilo vermek mi? O zor iş!’, ‘aşırı yeme isteğim ile baş etmeyi öğreniyorum’, ‘benim kozmetik problemim: PKOS’ olarak adlandırılmış beş alt temayı içermektedir. İkinci üst tema (Hayata Diyalektik Penceresinden Bakıyorum); ‘eski dünyaya yeni bir bakış’, ‘duygularımı düzenlemeyi öğreniyorum’, ‘kabullenmeyi öğreniyorum’ olarak adlandırılan üç alt temayı kapsamaktadır. Üçüncü üst tema (hayatımda yeni bir başlangıç), ‘evreka: pkos ve hislerim’, ‘bir tek ben değilim’, ‘bu kader değil’, ‘2küçük küçük adımlar atıyorum’, olarak adlandırılan dört alt temadan oluşmaktadır. Tüm bu temalar bulgular kısmında hikayesel bir öykü akışı ile sunulmuştur. Bu bölümde ise; bulguların literatüre sağladığı veriler ele alınacaktır.

Bu çalışmanın örneklemini; polikistik over sendromu tanısı almış, bekar ve kadın üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır. Polikistik over sendromu adet düzensizliği, tüylenme, akne, saç dökülmesi, obezite gibi semptomların yanında uzun vadede kısırlık, insülin direnci, kardiyovasküler hastalıklar ve şeker hastalığı gibi kronik hastalıklar ile de ilişkilidir (Yüce, 2011, Yılmaz, 2017, Cengiz, 2020). Aslında, Polikistik over sendromu aynı zamanda bir metabolik hastalık olarak tanımlanmaktadır (Speroff, 2007) ve otuz yaşına basmış olan PKOS’lu kadınların düzenli olarak sağlık kontrolünden geçmesi önerilmektedir (AACE, 2009). Bu çalışmada katılımcılara ‘Polikistik over sendromunun siz de bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?’ şeklinde bir soru yöneltilmiş, gelen cevapların ise başta adet düzensizliği olmak üzere, tüylenme, akne, saç dökülmesi ve kilo artışı gibi semptomlar üzerinden betimlendiği görülmüştür. Daha önce de değinildiği gibi bu çalışmanın amaçlarından biri genç PKOS’lu kadınların kendilerine özgü sorun ve ihtiyaçlarını ortaya koymak; böylelikle de PKOS’lu genç kadınlar için geliştirilmesi hedeflenen, *DDT veya başka bir ekol yönelimli*, koruyucu tedavi protokolleri için veri ortaya koymaktır. Bu anlamda; tedavi hedef kitlesinin hastalığı nasıl algıladıklarını anlamak önemlidir. Nitel verilerin deşifresi sonucunda; katılımcıların söylemlerinin, PKOS’u metabolik hastalıklarla ilişkili bir sağlık problemi olarak betimlemeyen ifadelerden ziyade; estetik görünümü etkileyen kronik bir sendrom olarak tasvir etmeye yönelik olduğu gözlemlenmiştir. Bu anlamda, yaşları 19-25

arasında genç bekar üniversite öğrencilerine dayalı olan bu örneklemin kendi hastalık deneyimlerini metabolik bir sendromdan ziyade kozmetik bir problem olarak algıladıkları düşünülmektedir.

Alan yazın incelendiğinde; polikistik over sendromu olan kadınların deneyimlerini inceleyen nitel çalışmaların yaş-spesifik örneklemlere dayanmadığı görülmüştür. Açıklamak gerekirse; Literatürdeki nitel çalışmalar örneklem grubunu herhangi bir yaş dönemi ile sınırlandırmaksızın bekar, evli ve çocuksuz, evli ve çocuklu, genç ve yetişkin kadınların polikistik over sendromu deneyimlerini aynı araştırma çatısı altında incelemektedir. Bu şekilde; yaş-spesifik bir örneklem kitlesi belirlemeksizin; üreme çağındaki tüm kadınların tek bir araştırma çatısı altında ele alındığı çalışmaların, genç ve orta yetişkin kadınların hastalıkla ilgili deneyimsel farklılıklarının ortaya konmasını maskeleyiği düşünülmektedir. Ayrıca; koruyucu tedavi programlarının hedef kitlesinin ergen ve genç yetişkin bireyler olduğu düşünüldüğünde onların spesifik ihtiyaçlarının anlaşılması ancak spesifik gruplar üzerinde yapılan araştırmalarla mümkün olmaktadır (Kaczmarek, Haller ve Yaron; 2016). Bu sebeplerden ötürü, bu çalışmanın bulguları; literatürdeki diğer nitel çalışmalar ile karşılaştırılırken; diğer çalışmalardaki katılımcıların yaş aralıklarının da belirtilmesine özen gösterilmiştir.

Alan yazındaki PKOS'lu kadınlar üzerinde yürütülen nitel araştırmalara bakıldığında; bu araştırmanın bulguları ile örtüşen yönleri olduğu görülmektedir. Kadınsı hissetmeme, kendini fiziksel olarak çekici bulmama, tüylenme, kilo ve adet döngüsündeki düzensizliklerle ilgili olumsuz duygu deneyimleri diğer nitel çalışmalarda da görülmektedir (Samardzic ve ark., 2021; Pekince, 2019; Amiri ve ark., 2014a, 2014b). Yaşları 18-42 arasında değişen Birleşik Krallık' da yaşayan on kadının katıldığı bir nitel çalışmada 'onlar ve bizler' olarak adlandırılan bir alt tema tanımlanmaktadır. Bu temaya göre; PKOS, feminen rolleri karşılamakta kendilerini baskı altında hisseden polikistik over sendromlu kadınların kendilik imgesini olumsuz yönde etkilemektedir. Sosyal karşılaştırma süreci içine girmektedirler ve kendi bedenlerine karşı 'erkek gibi olmak', 'ucube gibi olmak' gibi yargılayıcı tasvirler kullanmaktadırlar. Kendi bedenleri ile PKOS'lu olmayan kadınların bedenlerini karşılaştırmanın ne kadar adaletsizce hissettirdiğini dile getirmektedirler.

Hem genç hem orta yetişkinlik dönemindeki polikistik over sendromlu kadınları kapsayan bu çalışmada, hangi temaların daha çok hangi gelişimsel dönemde olan kadınlardan elde edildiğine dair bir bilgi paylaşılmamıştır (Williams, Sheffield ve Knibb; 2015).

Öte yandan; sonuçlar Türk genç kadın örnekleminde yapılan bu araştırmanın bulguları ile uyumludur. Bu araştırmanın katılımcıları, benzer bir şekilde fiziksel görünüm standartlarına uymak ile ilgili kaygılarını dile getirmişlerdir. PKOS'lu olmayan diğer yaşlıları ile fiziksel özellikler üzerinden kendini mukayese etmek (örn.kilo, akne..), 'güzel ve yaşına göre olan kıyafetlerin' içine girebilmek, diğer hem cinsleri gibi cinsiyet rollerine uygun olabilmek (*bakımlı olmak, feminen olarak betimlenen davranışları yerine getirmek*), toplumsal güzellik standartlarını karşılamakla ilgili kaygılar taşımak, hemcins ve karşı cins ile olan münasebetlerinde güvensizlik yaşamak; bu çalışmadaki katılımcıların dile getirdiği başlıca PKOS deneyimleridir.

Toplumsal kültür tarafından dayatılan güzellik kalıpları ve cinsiyet rol beklentileri (gender-based expectations) her yaş dönemindeki kadını etkileyebilir; ancak genç kadınlar feminen olma ve güzellik standartlarını karşılama ile ilgili baskılardan olumsuz etkilenmeye daha eğilimli olabilirler (Gilligan, 1982). Egenlik ve genç yetişkinlik; çocukluk döneminde kendini nasıl algıladığından, diğerlerinin onu nasıl algıladığı evresine geçiş yapıldığı bir gelişim dönemidir (Brown & Gilligan, 1992; Collins et al., 2009). Kız çocukları aşamalı olarak cinsiyet rol beklentilerinin farkına vardıkça, 'tatlı', 'sevimli', 'uslu', 'çekici' gibi sosyal-kültürel baskılara uyum göstermeye (Brown & Gilligan, 1992; Collins et al., 2009; Jacques & Radtke, 2012) ve toplumsal güzellik standartları ile uyuştuklarının onaylanmasına ihtiyaç duyarlar. (Rice, 2014).

Alan yazındaki diğer çalışmalar; bu çalışmanın bulguları ile önemli ölçüde uyussa da bazı temaların hiç örtüşmediği görülmektedir. Örneğin; 17-35 yaş arasındaki bekar, evli ve çocuklu, evli ve çocuksuz ev hanımı, öğrenci ve farklı meslek gruplarından üreme çağındaki türk kadınlarına dayanan nitel bir çalışmada; cinsel ilişki sırasında ağrı, feminenlik beklentilerini karşılamakla ilgili kaygılar

nedeniyle cinsel partnerden uzaklaşma, çocuk sahibi olamama ile ilgili kaygılar, çocuk sahibi olmama ile ilişkili olarak aile ve toplum baskısı hissetme gibi deneyimler görülmektedir (Pekince,2019). O çalışmadaki katılımcıların bir kısmı çocuk sahibi olamama nedeni ile eşine karşı suçluluk hissettiğini ifade etmiş, bir katılımcı ise anne olamama nedeni ile intihar girişiminde bulunmuş ve bu girişiminden eşi dahi kimsenin haberi olmadığını belirtmiştir. İranlı polikistik over sendromu olan yetişkin kadın örneğine dayanan başka bir çalışmada da, infertilitenin çiftlerin ilişkilerini etkilediği, doğuramayan eşin suçluluk hissettiği ve partnerine çocuk verememe nedeniyle ayrılmayı ya da boşanmayı düşündüğü görülmüştür (Amiri ve ark., 2014). Diğer bazı araştırmalarda benzer bir şekilde; PKOS'lu kadınlara cinsel ve romantik ilişkilerde memnuniyetsizlik deneyimlerini ortaya koymaktadır (Hahn ve ark.2005; Mansson ve ark. 2011).

Yukarıda bahsedilen çalışmalar bu çalışmada da olduğu gibi; PKOS'lu kadınların tüylenme, adet düzensizliği, kilo artışı, kadın benliğinden uzaklaşmış hissetme gibi ortak deneyimlere değinmektedir. Ancak; bu çalışmada ulaşılmamış olan, interfilite, cinsel tatminsizlik, romantik ilişkilerde memnuniyetsizlik gibi başka diğer temalara da erişmişlerdir. Türk örneğine dayalı olan çalışmada katılımcıların temaları; meslek, yaş, eğitim ve medeni durum farklılıkları gözlemlenmeden, genç ve orta yetişkinlik dönemindeki deneyimsel farklılıklar karşılaştırılmadan tek bir çatı altında sunulmuştur (Pekince,2019). Benzer şekilde; Amir ve ark. (2014) yapılan çalışmada her tür sosyo-ekonomik düzeyden 18-40 yaş arasındaki kadınları kapsayan heterojen bir grup üzerinden yürütülmüştür. Bu anlamda; sadece genç bireylerden oluşan bu çalışmanın bulgularının, spesifik bir gruba odaklanmayan diğer çalışmalarla örtüşmeyen yönlerinin, katılımcıların içinde bulunduğu gelişim dönemine atfedilebileceği düşünülmektedir. Açıklamak gerekirse; Bu araştırmalar arasındaki benzerlik ve farklılıklar, genç yetişkinlik ve ileri yetişkinlik döneminde olan kadınların benzeşen ve ayrışan polikistik over sendromu deneyimlerinin anlaşılmasına yardımcı olmaktadır.

Bu çalışmada ortaya konan ilk üst tema (PKOS yolculuğum) katılımcıların eğitimden önceki PKOS deneyimlerini ve PKOS'a bakış açılarını içermektedir. Bu

temanın kapsadığı verilerin PKOS'lu genç kadınlara spesifik problem ve ihtiyaçların anlaşılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. 'Kilo vermek mi? O zor iş!' olarak adlandırılan alt tema katılımcıların kilo verme ile ilgili inanç ve deneyimlerine yer vermektedir. Buna göre; bu araştırmanın katılımcıları kilo vermeyi güç olarak algılamaktadır. Kendilerini kilo almaya eğilimli, kolay kilo alan ama zor kilo veren, kilo vermeye dirençli olarak tasvir etmektedirler. Bazı katılımcılar PKOS'lu olmanın dezavantajlı konumuna vurgu yapmakta ve sosyal karşılaştırma sürecine girmektedirler. Örneğin bir katılımcı PKOS'un dezavantajlı konumunu 'arkadaşın ile aynı yemeği yiyorsun ona bir şey olmuyor; ama sen kilo almışsın' (Deniz) olarak ifade etmiştir. Bir başka katılımcı ise insülin direncinin kendisinin kilo vermeyi güçleştiren bir durum olduğunu belirtmiştir. (Gül)

Bu bulgular, PKOS'lu kadınların deneyimlerini inceleyen diğer çalışmalarla uyumludur. PKOS'lu kadınlar, PKOS'lu olmayan sağlıklı kadınlara göre kilo ve diyet ile ilgili daha fazla kaygı bildirmiştir. Bu bulgu, 'kilo ile ilgili kaygı duymak, PKOS'un psikolojik semptomlarından biridir'; şeklinde yorumlanmıştır (Larsson ve ark., 2015). Avustralyalı on PKOS'lu kadın örneklemeden oluşan nitel bir çalışmada, katılımcılar sayısız kilo verme ve diyet yapma girişimlerine rağmen kilo verememekte olduğunu veya kilo artışını kontrol altına alamadıklarını ifade etmişlerdir (Lim, Smith ve Costello, 2019). Avustralyalı katılımcılar, PKOS'un kilo vermeyi güçleştirdiğini ve onları kilo almaya yatkınlaştırdığına inandıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar bir ortak deneyim olarak kilo vermeyi başardıklarında dahi bir müddet sonra yeniden kilo alarak başa döndükleri bir kısır döngüyü (weight cycling) yaşantılamaktadırlar. Kilo vermede güçlük, açıklanamayan kilo artışı ve kilo alma verme kısır döngüsü polikistik over sendromu ile ilgili diğer bazı çalışmalarda da aktarılmış olan ortak deneyim olduğu görülmektedir (Crete ve Adamshick, 2011; Amiri ve ark., 2014b, ; Love ve ark., 2016; Moran ve ark., 2017; Lim ve ark., 2019).

'Kilo vermek güçtür' gibi bir tutum; her ne kadar polikistik over sendromu olan kadınlar için biyolojik olarak bilimsel bir dayanağa sahip olsa da, kilo kontrolünün en elzem tedavi yöntemi olduğu bu özgül grupta, yaşam tarzı değişikliklerinin yapılabilirliği ve sürdürülebilirliği açısından motivasyonel

problemlere neden olabilir. Örneğin, bir katılımcı görüşme sırasında sonuç alamadığını gördüğünde zaten hiçbir anlamı yok diye düşünerek diyet yapmayı da bıraktığını dile getirmiştir (Gül). Literatürdeki nicel araştırmalar PKOS ve obezite arasındaki yüksek korelasyonu ortaya koymaktadır. Öteyandan; bu nitel çalışmanın bulguları ise, PKOS’lu genç bireylerde uygulanacak psikolojik destek müdahalelerinde ‘kilo ile ilgili inanç ve motivasyon’ alanı üzerine de çalışılmasını önermektedir.

DDT ekolü onaylama (geçerli kılma) ve değişim stratejileri arasındaki diyalektik senteze vurgu yapmaktadır. Beceri eğitimi süresince bazı katılımcılar kilo verme güçlükleri ile ilişkili geçersiz kılınma deneyimlerini paylaşmışlardır: Çevresel geçersiz kılınma (*kilo veremeyecek bir şey yok, kesin sorun senden kaynaklanıyor, bunda bu kadar zor olan bir şey yok, sadece yapman gerekeni yap veya hiç sorulmadığı halde diğerlerinin gelip kilo vermek için yapman gerekenler aslında çok basit diyerek reçete sunması*) veya kendini geçersiz kılma (*asla değişmeyi sağlayacak gücü kendimde bulamayacağım*) gibi kendilerinden örnekler paylaşmışlardır. Polikistik over sendromlu genç kadınlar için uyarlanmış bir DDT protokolü, bir taraftan katılımcıların kilo verme ile ilgili güçlüklerini ve bu süreçte yaşadıkları zorlayıcı duyguları onaylarken bir taraftan da değişim stratejilerinin yürütüldüğü bir tedavi zemini sağlayabilir. Bu bağlamda; DDT-BE’nin polikistik over sendromu olan genç kadınların bazı spesifik ihtiyaçlarına (*kilo ile ilgili olumsuz algı, inanç ve tutumlar, kilo verme güçlükleri nedeni ile kendini geçersiz kılma*) cevap olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmanın amaçlarından biri PKOS’un genç kadınların psikolojik iyi oluşunu nasıl etkilediğini anlamaya çalışmaktır. Katılımcılara ‘polikistik over sendromunun sizde bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?’ şeklinde bir soru yönelmiş ve alınan cevapların bir kısmının duygu durumları üzerinden çerçevelendirildiği görülmüştür. Katılımcılar yaşadıkları zorlu duyguları anlamak için çaba göstermişler, duygularının arkasında yatan nedenlerin neler olabileceği ile ilgili fikirler yürütmüşlerdir. Bunun yanı sıra, ilginç bir şekilde; katılımcılar ‘ortak bir deneyim olarak’ yaşadıkları zorlu duygular ile PKOS’u ilişkilendirebilmenin

DDT-BE eğitiminden sonra gerçekleşen bir farkındalık hali olduğunu aktarmışlardır. Açıklamak gerekirse; Katılımcılar aslında beceri eğitiminden önce de duygularını düzenlemekte güçlük çektikleri deneyimleri anlamlandırmaya çalışmışlardır. Bazı katılımcılar geçmişte yaşadıkları zorlayıcı duyguları o zaman içinde ergenlik döneminin özellikleri, üniversite sınav stresi gibi koşullara atfetmiş; ancak durumsal şartlar değiştiğinde de ruh hallerinde bir değişiklik gerçekleşmediğini gözlemlemişlerdir. Bazı diğer katılımcılar ise; duygulanımlarını mizaç özellikleri, depresyon gibi olgularla ilişkilendirmiş; ancak PKOS'un kendi başına duygu durumunu etkileyebilecek bir koşul olabileceğini veya PKOS ile duygu durumlarının ilişkili olabileceğini beceri eğitiminden önce hiç düşünmediklerini ifade etmişlerdir. Bu anlamda; beceri eğitiminden sonra zihinlerinde PKOS ve duygu durumunu ilişkilendirdikleri yeni bir bağ kurulmuştur.

Katılımcılar beceri eğitiminden sonra; DDT yaklaşımı ile tanışmış ve PKOS ile ilgili bilimsel çalışmalar üzerine kazanım elde etmişlerdir. Dolayısıyla, eğitim öncesi süreçten farklı olarak, kendi duygularını anlama yolculuğunda DDT yaklaşımı ve bilimsel çalışmalara başvurmuş; bu da kendi duygularına ve PKOS'a olan algılarında değişim yaratmıştır. Katılımcılar 'ortak bir deneyim' olarak, eğitimden önce PKOS'u fizyolojik süreçleri etkileyen bir hastalık olarak tasvir ederken; eğitimden sonra ise; fizyolojinin yanı sıra duygu durumu ile de ilişkilendirdikleri daha bütüncül bir tablo olarak gördüklerini ifade etmektedirler.

Katılımcılar kendilerinde PKOS ile ilişkilendirdikleri duygu durumlarını; agresyon, hızlı duygu değişimleri, karamsarlık, kaygı ve yüksek duygusal hassasiyet olarak tanımlamaktadırlar. Polikistik over sendromunun duygulanımlarını nasıl etkilediği noktasında ise; tek bir faktörden ziyade çoklu faktörler üzerinden açıklamalar getirmişlerdir. Buna göre; PKOS'un duygu durumunu etkilediği mekanizmalardan birinin adet döngüleri ile ilişkili olduğuna inanmaktadırlar. Açıklamak gerekirse, katılımcıların çoğu, adet dönemlerinde şiddetli fiziksel ağrı, kendilik ile olan ilişkide bozulma, diğer kişilerle olan ilişkilerde bozulma, sosyal izolasyon, kendine yönelik artan eleştirelilik, kaygı, duygusal çökkünlük, gündelik işleri yerine getirmede isteksizlik ve enerjisizlik, duygusal hassasiyette artış gibi semptomlardan bir kısmını önemli ölçüde deneyimlediklerini ifade etmişlerdir.

Katılımcılardan bir tanesi adet dönemlerinde duygulanım değişiklikleri deneyimlemektedir ve bunu hormonal düzensizliklerin sonucuna yordduğunu ifade etmektedir (manolya). Başka bir katılımcı ise adet döngüsünün olması gereken düzende gerçekleşmemesinin başlıca psikolojik olarak stres verici bir deneyim olduğunu belirtmektedir (eda). Aynı zamanda, adet döneminde artan duygusal hassasiyet; insani ilişkileri bozucu şekilde davranmalarına neden olmakta; sonuç olarak da ihtiyaç duydukları sosyal desteği alamamalarına sebebiyet vermektedir (eda, gül).

Bir katılımcı, PKOS, adet dönemleri ve duygu durumu arasında eğitimden önce de bağ kurabilmiştir; ancak yaşadığı duygusal hassasiyetin sadece kendisine özgü olduğuna ve PKOS olan diğer kadınların benzer deneyimleri olmadığına yönelik bir inanç geliştirmiştir (eda). Bu bağlamda, katılımcı beceri eğitiminden kazanımının kendini onaylamayı öğrenmek olduğunu dile getirmektedir. Katılımcı, eğitim yolculuğunda PKOS, PMS (premenstrüel sendrom) ve PMDD (premenstrüel disforik bozukluk) arasındaki ilişkiyi gösteren bilimsel çalışmaları ve DDT yönelimli duyguları geçerli kılma becerilerini öğrendikçe ve de diğer grup üyelerinin duygu durumu deneyimlerini dinledikçe kendi duygularını geçersiz kılmayı (*bir tek ben böyleyim, diğer PKOS'lu kadınlarda böyle bir his yok, anlaşılması zorum*) nasıl geri de bıraktığını aktarmaktadır.

Katılımcılar kilo, akne, sivilce, tüylenme gibi PKOS semptomlarının da olumsuz duygulanıma katkıda bulunduğunu ifade etmektedirler. Kontrol edilemeyen kilo artışı kaygı düzeyini yükseltmektedir (Manolya). Fiziksel semptomlar, PKOS tanısına sahip genç bireylere; bu tanıya sahip olmayan sağlıklı bireylere göre dezavantajlı bir konum yaratmaktadır ve sosyal karşılaştırma sonucu yapılan olumsuz çıkarımlar duygu durumunu da olumsuz etkilemektedir (Gül, Eda). Kilo artışı özgüveni (Manolya), benlik saygısını ve kendilik değerini olumsuz etkilemektedir (Gül). PKOS hormonal düzeylerde dengesizliklere neden olmakta (yüksek testosteron düzeyleri) bu da kadınları feminen kimliğe ait hissetmekten alıkoyabilmektedir (Manolya). PKOS semptomları sosyo-kültürel güzellik standartlarını karşılamamanın önünde bir engel teşkil etmekte bu da hemcins ve karşı

cinsle olan yakın ilişkiler kurmada reddedilme korkusu ile sonuçlanabilmektedir (Deniz).

Katılımcıların kendi kişisel deneyimlerinden yola çıkarak vardıkları çıkarımların literatür bulguları ile uyumlu olduğu söylenebilir. Pastore ve ark., (2011). PKOS'lu kadınlarda fiziksel görünümünden memnuniyetsizliğin depresif semptomlar ile doğrudan ilişkili olduğuna değinmektedir. Niet ve ark., (2010), PKOS'lu kadınların dış görünüşlerinden dolayı yargılanmaktan daha çok korktuklarını ve daha düşük öz güvene sahip olduklarını ileri sürmektedir. Öte yandan; PKOS ve depresyon ilişkisinin daha karmaşık bir yapı olduğuna işaret eden literatür bilgileri de mevcuttur. Hollinrake ve arkadaşlarının (2007) üniversite hastanesinde 103 PKOS'lu ve 103 PKOS tanısı olmayan kontrol grubu kadında depresyon yaygınlığını karşılaştırmak ve depresyon, hiperandrojenizm ve diğer metabolik belirteçler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yaptıkları araştırmada, PKOS'lu kadınlarda obezite ve infertiliteden bağımsız olarak depresyon riskinin arttığını tespit etmişlerdir. Aşırı kilo ve kısırlığın sebep olabileceği olumsuz duygulanım olasılığı elemine edildiğinde dahi; hiperandrojenizm ve PKOS ile ilişkili diğer metabolik semptomların olumsuz duygu duruma katkı da bulunabilmektedir.

Alanyazın incelendiğinde; spesifik bir gelişim dönemi olarak, 18-22 yaş aralığındaki genç yetişkin PKOS'lu kadınların deneyimlerini incelemeye odaklanan tek bir nitel çalışmaya rastlanmıştır (Samardzic, 2021). Refleksif tematik analiz yönteminin kullanıldığı Kanada örneğine dayanan bu çalışma, feminist sosyal inşa yaklaşımının bakış açısı ile ele alınmıştır. Cinsiyet rolleri beklentilerinin karşılanmasının şiddetle dayatıldığı sosyo-kültürel bir bağlamda özellikle genç PKOS'lu kadınların deneyimlerinin anlaşılmasını hedeflemektedir: Feminen görünme yönündeki sosyal beklentileri karşılama baskısının belli sebeplerden ötürü şiddetini arttıran bir kadın hastalığı koşulu olarak polikistik over sendromu, günümüzdeki sosyo-kültürel bağlam içinde genç kadınların normalliği ve/veya anormallliği konseptine etme şeklini nasıl etkilemektedir? Bu sorudan yola çıkarak yapılan nitel analizin bulgularına göre; yaşları 18 ve 22 arasında değişen genç kadınların PKOS semptomlarını 'normalden ayrışan', 'anormal' ve 'patolojik' olarak betimledikleri görülmektedir. Kendilerini normal ve kadınsı hissetmediklerini ifade

ettikleri görülmüştür. Araştırmada vurgulanan başka bir husus, genç kadınlar diğerlerinin kendi bedenlerini nasıl algıladıkları ile ilgili yoğun endişe hissetmektedirler. Katılımcılar, ortak bir deneyim olarak, kendi PKOS semptomlarını patoloji ile ilişkilendirmekte ve bu ilişkilendirmenin zeminini, geleneksel batı feminenlik konsepti ile uyuşmayan bir dış görünüme sahip olmaları gerekçesine oturtmaktadırlar. Aslında bakıldığında araştırmada, cinsiyet rol beklentileri bağlamında açıklanamayacak hiçbir bulguya rastlanmamıştır.

Kanadalı genç yetişkin kadınların PKOS deneyimlerini inceleyen araştırma bulgularının, Türk genç yetişkin kadın örneğine dayanan bu araştırmanın bulguları ile örtüştüğü görülmektedir. Bu araştırmadaki genç kadınlar da PKOS'a patoloji anlamı yüklemekte; ancak PKOS'un metabolik hastalıklar ile olan ilişkisine değinmemektedirler. Yarı yapılandırılmış görüşmede katılımcılara 'PKOS'dan ne anlıyorsunuz?' sorusu yöneltilmiştir. PKOS ile ilgili tüm betimlemeler 'ortak bir deneyim' olarak, dış görünüşü etkileyen fiziksel semptomlar (akne, obezite, saç dökülmesi) ve bu semptomların duygu durumlarını nasıl etkilediği üzerinden yapılmıştır. Bazı katılımcılar PKOS'u patoloji ile ilişkilendirirken insülin direnci kavramına yer vermiş; ancak bunu insülin direncinin kronik hastalıklar (şeker hastalığı, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar) için risk faktörü oluşu üzerinden değil, fiziksel görünümü doğrudan etkileyen kilo verme güçlüğüne sebebiyet vermesi üzerinden tasvir etmişlerdir. Sonuç olarak; Türk genç üniversiteli yetişkin kadınlar polikistik over sendromunu güzellik standartlarını karşılamada dezavantaj yaratan kozmetik bir problem olarak algılamaktadır.

Homojen örneklere dayalı iki farklı ülkeye ait nitel verilerin karşılaştırılmalı sunumu, polikistik over sendromunun bireyi nasıl etkilediğinin içinde bulunan yaş dönemi ile ilgili olduğu düşüncesini desteklemektedir. Kendi bedenlerine karşı yüksek yargılayıcılık, geleneksel batı güzellik standartlarının normalize ettiği beden tanımlamalardan ayrışan diğer tüm beden tiplerinin geçersiz kılınması ve öz şefkatin geliştirilmesi gibi alanlar belki de genç yetişkinlik döneminde olan PKOS'lu kadınların dahil olduğu klinik çalışmalarda üzerinde özellikle durulması gereken spesifik konular olabilir. Bu bağlamda; DDT beceri eğitiminin içerdiği kabullenme stratejilerinin genç PKOS'lu kadınların özgül

ihtiyaçlarına yanıt olabileceği düşünülmektedir. Kabullenme becerileri, bireyin hayatını şimdiki anda olduğu gibi kabullenmesidir. Kabullenmek, hiçbir şeyi değiştirmek için çaba göstermemek değildir; ancak olan şeylerin gerçekten de olmuş olduğunun kabulüdür. Bu araştırmaya katılan genç PKOS'lu kadınlardan biri kilo vermek ve diyet yapmak ile ilgili sayısız denemeleri olduğunu, tartıda gördüğü rakamlarla yüzleşmekte zorluk çektiğini ifade etmiştir (Gül). Katılımcılar, DDT beceri eğitiminde kabullenme becerilerini öğrendikten sonra güzellik kalıpları ile uyuşmayan fiziksel görünümü nedeniyle kendini yıpratmayı bıraktığını (deniz), tüylenme ve kilo artışı arzu edilen ideal görüntüye ulaşmaktan uzaklaştırdığında mükemmeliyetçi bir tutum almayı bıraktığını (Manolya) ve tartı da gördüğü rakamlar karşısında gerçeklikle kavga etmek yerine çözüm odaklı düşünmeye başladıklarını ifade etmektedirler (Gül). Bu bulgular; DDT-BE'de kullanılan kabullenme becerilerinin olumsuz beden imgesi ile baş etmede de işlevsel bir strateji olabileceğini önermektedir.

Katılımcılar, polikistik over sendromu ile ilişkili olduğunu düşündükleri duygusal zorlanma anlarında ailelerinden destek alamadıklarını ifade etmektedirler. Meryem, kadınsal hastalıkların üzerine konuşulabilmenin normalize edildiği bir aile iletişim stiline sahip olmadığı açıklamaktadır. Deniz, sorunları kendi başına çözmeyi yeğlediğini, kendini açmadığını ve bu nedenle ihtiyaç duyduğunda desteğe erişemediğini aktarmaktadır. Manolya, geçmişteki kaygı ve üzüntünün aile tarafından ergenlik döneminin özelliklerine ve sınav stresine atfedildiğini ve anlaşılmadığını açıklamaktadır. Eda ve Gül, premenstrüel dönemde artan duygusal hassasiyete bağlı olarak, insani ilişkilerini bozucu şekilde davrandıklarını (diğerlerine yönelik agresyon, yüksek eleştirelilik) ve ailelerinden ihtiyaç duyduğu desteği alamadıklarını dile getirmektedirler.

Bu bulgular, PKOS hastalarının diğer insanları empati eksikliği içinde algılamaları ve duygusal destek hissetmediklerini bildirdikleri diğer nitel çalışmalar ile tutarlıdır (Weiss ve Bulmer, 2011; Tomlinson ve ark., 2017). Weiss ve Bulmer (2011), yirmili yaşların başında olan genç PKOS'lu bireylerin günlük hayatın içinde fiziksel, duygusal ve sosyal pek çok durum karşısında güçlük yaşadığını; ancak ihtiyaç duyduğu bilgi ve duygusal desteğin kendilerine sağlanması durumunda,

sağlık ve dış görünüşlerinde iyileşme yaratacak önemli yaşam tarzı değişiklikleri yapmayı başarabildiklerini ileri sürmektedir.

Katılımcıların değindikleri bir diğer konu ise sağlık desteği alamamaktır. Yarı yapılandırılmış görüşme sırasında ‘Polikistik over sendromunu nasıl deneyimliyorsunuz?’ şeklinde bir soru yöneltilmiş; katılımcılar ilk PKOS tanısı alma deneyimlerini ve ilk doktor randevularını anlatmaya başlamışlardır. Katılımcılar ‘ortak bir deneyim’ olarak, doktor randevularında kendilerine yapılan açıklamaların adet düzenleyici bir ilacın reçete edilmesi ve ‘kilo vermelisin’ şeklindeki bir cümle ile sınırlı olduğunu söylemektedirler. Katılımcılardan biri PKOS tanısı aldığı doktorun kendisinden değil, doktor randevusundan sonra hasta kayıt sistemi üzerinden kişisel bilgilerini kontrol ettikten sonra öğrendiğini dile getirmektedir. (Manolya). Başka bir katılımcıya ise, ilk randevusunda doktor kendisine PKOS tanısını koyduktan sonra kilo vermesi gerektiğini söylemiş ve adet düzenleyici bir hap vermiştir. Katılımcı kendisine yapılan açıklamanın sınırlılığı nedeni ile kullanacağı ilacın ana tedavi olduğunu, ilacı kullanması ile kistlerinin tamamen geçeceği beklentisine girdiğini ifade etmektedir. Doktor her ne kadar kendisine kilo vermelisin demiş olsa bile kilo vermenin bu hastalığın seyrinde kritik bir rol tuttuğunu kavrayamadığını aktarmaktadır. Aşağıdaki alıntı bahsi geçen katılımcının sınırlı sağlık desteği ile ilgili görüşme sırasında yer yer yaptığı açıklamalardan bir kesiti içermektedir;

‘sanırım söylediği tek şey şuydu: Çok kilo almaman gerekiyor ve adet düzensizliği içinde şunu kullanıcağın, demişti. Bununla ilgili şey diyebilirdi bana PKOS’un yüzde yüz bir tedavisi yok, hani bu ilacı kullanman senin PKOS’unu geçirmeyecek. Sadece hasta olmanı sağlayacak. Başlangıçta bu ilaçla birlikte kistlerimin de kaybolacağı düşüncesi vardı bende. Ama o şekilde olmadı. İlaçla ilgili daha doğru bir tanımlama yapabilirdi. Hani ya da tedavinin neyi sağlayıp neyi sağlamayacağını... yani şuna daha çok dikkat etmelisin diyebilirdi bana. Ama günümüzdeki doktorlar çok iyi ve önem vererek bakmıyorlar buna. Şey diyorlar işte bu ilacı al iyi olursun. Ama senin bana verdiğin ilaç regl olmamı sağlayacak bir ilaç, beni komple tedavi edecek bir ilaç değil. Bunu daha doğru tanımlamaları gerek bence hastaya karşı.’ (Deniz)

Bu bulgular; PKOS’lu bireylerin sağlık uzmanları tarafından sadece sınırlı bilgi alabildiklerini (Gibson-Helm ve ark., 2017; Crete ve Adamshick, 2011; Humphreys ve Costarelli; 2008), sağlık durumlarına yönelik olarak destek

alabileceklerine inanmadıklarını (Lin ve ark., 2018) ve sık sık kendi sağlık uzmanları ile münakaşaya girdiklerini bulgulayan araştırmalar ile paralellik göstermektedir (Weiss ve Bulmer, 2011; Tomlinson ve ark., 2017). Özetle bu çalışma, sağlık uzmanlarının PKOS'lu bireylere daha iyi yardım sağlamak için hasta-doktor ilişkisini güçlendiren adımlar atmasını ve hastaların ihtiyaç duyduğu sosyal destek türünün değişik yönlerine (bilgi desteği ve duygusal destek) duyarlı davranmalarını salık veren araştırmacıların görüşlerini desteklemektedir (Lin ve ark., 2018).

Sağlığı geliştirici davranışlar teorisine göre; Bireylerin sağlığı koruyucu davranışları uygulaması ve sürdürülebilmesi için temel etkenlerden bir tanesi, sağlığı geliştirici davranışların önemine dair bilgi sahibi olmalarıdır. (Champion ve Skinner, 2008). Katılımcılar 'ortak bir deneyim' olarak bu eğitime dahil olmadan önce 'sağlığı koruyucu davranışların' polikistik over sendromu için kritik bir rol oynadığını bilmediklerini söylemektedirler. Katılımcılar PKOS'un kronik bir tablo olduğunu, yaşam boyu özen gerektirdiğini, şuan ki koşullarda radikal bir tedaviden ziyade semptomatik bir tedavi yaklaşımının mevcut olduğunu ve hastalığın seyrinde kendilerine düşen sorumlulukları ancak beceri eğitimden sonra kavradıklarını dile getirmişlerdir.

Bu araştırmada PKOS'lu bireyler için; DDT yönelimli beceri eğitimi 1+12 hafta olarak düzenlenmiştir. Açıklamak gerekirse; katılımcılar 12 hafta olarak yapılandırılmış olan beceri eğitimine katılmadan önce bir haftalık bir oryantasyon oturumuna dahil olmuşlardır. Bu oturumda grup kuralları, DDT temel varsayım ve ilkelerinin yanı sıra, polikistik over sendromu ile ilgili literatür bulgularına (*polikistik over nedir? , tanı kriterleri nelerdir? Polikistik over sendromu olan bireylerdeki fiziksel ve psikolojik semptomlar, PKOS ve tedavi*) yer verilmiştir. Oryantasyon haftasının düzenlenmesi ile katılımcıların grup kurallarını birbirlerine karşı teyit etmesi ve DDT yaklaşımına adapte olması amaçlanmıştır. Bunun yanı sıra, polikistik over sendromunun nasıl bir hastalık olduğunun ve hastalığın seyrinde kendi üstlerine düşen rollerin anlaşılması da hedeflenmiştir. Böylelikle, PKOS ile ilgili bilgi hakimiyetlerini arttırmak, dolayısıyla da beceri eğitiminde öğretilen stratejileri polikistik over sendromu ile baş etme de nasıl kullanacaklarına yönelik fikir yürütmelerinin önünü açmak, beceri eğitiminden daha üst düzeyde faydalanmalarını

sağlamak hedeflenmiştir. 12 haftalık beceri eğitimi boyunca da polikistik over sendromu ile ilgili literatür bilgileri o haftaki konu ve öğretilecek beceri bağlamında tartışılmaya devam edilmiştir.

Katılımcılardan biri, kendisine yöneltilen ‘diyalektik beceri eğitiminin sizde bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz? sorusuna oryantasyon haftası öğrendiği bilgilerin eğitimden en faydalandığı kazanımlardan biri olduğunu ifade etmiştir (Manolya). Ona göre; karşı karşıya olduğu hastalığı anlamlandırabilmek, onunla baş etmenin ön koşuludur. Başka bir katılımcı ise, oryantasyon haftasında polikistik over sendromunda kilo yönetimine yönelik paylaşılan literatür bilgilerinden sonra ancak kilo kontrolünün önemini kavrayabildiğini ifade etmiştir (Deniz). PKOS’lu hastalarda %5 kilo kaybı ile insülin direncini kırılması, hiperandrojenizmi azalması, menstrual siklusun düzenlenmesi ve fertilitenin artması ile sonuçlanmaktadır (Rondanelli ve ark. 2014). Katılımcı, yüzde beş kadar küçük bir yüzdelik diliminin hastalığın seyri için bu kadar önemli sonuçlara sebebiyet vermesine ilk duyduğunda şaşırmış ancak bunun hastalığın seyrindeki kritik rolünü kavramasının ardından kilo vermek için kişisel hedefler koymaya başlamıştır. Öte yandan, daha önce doktoru da kendisine ‘kilo almamalısın’ dediği halde, kilo vermenin hastalığın seyrini nasıl etkilediği kendisine yeterince açıklanmadığı için nasıl bir kritik bir rol oynadığını kavrayamamıştır. Bu bulgular, PKOS’lu gençlere yönelik geliştirilen psikolojik destek programlarına sağlık alanında bilgi desteğinin de eklenmesini önermektedir.

Katılımcılar ‘ortak bir deneyim’ olarak eğitimden sonra sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışların PKOS’un tedavisindeki kritik önemini anladıklarını ve bunun önemini kavradıktan sonra yaşam tarzı değişikliği yapmak için çaba gösterdiklerini ve belli bir ölçüde hedeflerini uygulamaya koyabildiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılar, PKOS’da sağlığı koruyucu davranışların önemini fark ettikten sonra; yürüyüş yapmak için daha fazla zaman yaratmaya, sebze tüketimini arttırmaya (manolya), tabak porsiyonlarını küçültmeye (deniz, eda), diyetisyen (eda) ve spor merkezleri arayışına girmeye (deniz), düzenli doktor kontrolüne gitmeye özen göstermeye (gül) başlamışlardır.

Katılımcılar; yaşam tarzı değişikliği yapmak için DDT beceri eğitiminde öğrendikleri stratejileri kullandıklarını ifade etmişlerdir. PKOS'lu bireyler için düzenlenen 3 aylık beceri eğitiminin ilk üç haftası farkındalık becerilerine ayrılmıştır. Üç hafta boyunca sırası ile 'ne becerileri', 'nasıl becerileri' ve 'bilge zihin' konusu ele alınmış, her haftanın sonunda katılımcılara bu becerileri gündelik hayata ve PKOS'a dair hangi problemlerde kullanabilecekleri soruları yöneltilmiştir. Her bir beceri için kişisel hedeflerini belirlemeleri istenmiştir. Katılımcılar bilinçli farkındalık becerilerini premenstrüel dönemde görülen ağrı ve zorlayıcı duygularla başa çıkmada ve yeme davranışlarını kontrol altında almada etkili bulmuşlardır. İlgili oturumlarda, bilinçli farkındalık becerilerinin bu temel problemlerde fayda sağladığını gösteren bilimsel araştırma bulguları paylaşılmıştır. Örneğin oturumlarda yeme farkındalığı alanındaki çalışma bulguları paylaşılmıştır (Özkan ve Bilici 2018; Çolak ve Aktaş, 2019). Katılımcılardan biri yeme farkındalığı becerilerini hayatına alarak dört kilo verdiğini ifade etmektedir;

'Ama bilinçli farkındalık egzersizlerinin bana bir faydası oldu. 4 kilo verdim. (gülümsüyor). Daha önce hiç tartıda eksilere düştüğümü hatırlamıyordum. Bilinçli farkındalık ile yeme uyguladım. Lokmalarımı bileşik farkındalık ile yemeye başladım. Ben aslında tabağımda bir şey bırakmayı hiç sevmem (gülüyor) ..Bu da kültürel bir şey belki.. ama doyduktan sonra bırak bıraktım. Yani artık doydun şu an bu lokmayı aldığında sana ağır gelecek deyip bırakıyordum. Tabaklarımı küçültmeye başladım. küçük küçük olsun bitireyim doymasam yine alırım diyerek. Ama böyle de doduğumu fark ettim. Yani bir avuçla bile doyabiliyordum. sabah kahvaltısında yine aynı şekilde doduğumu hissettiğim an bıraktım. benim yani problemin zaten bu olduğunu biliyordum ama belki üstüne gitmiyordum. Yani aslında bilinçli farkındalık ile yeme diye bir şeyin olduğunu bilmiyordum' (Eda)

Katılımcılar; sağlığı koruyucu davranışlar geliştirmede, spesifik bir DDT stratejisi olarak 'halka analizine' de değinmişlerdir. Halka analizi; tekrar eden bir problem örüntüsünü değiştirebilmek ve/veya yeni bir becerinin öğrenilmesi için kişinin tam olarak neye ihtiyaç duyduğunun belirlenmesine yardım eden DDT ekolünün kapsadığı temel bir davranışçı yöntemdir. Halka analizine göre; kişinin yeni bir beceriyi ortaya koymasını dört aşamalı bir yetkinliğin bileşeni ile mümkündür. Buna göre; eğer bir kişi yeni bir beceriyi uygulamaya geçemiyorsa, beceriyi nasıl uygulayacağını veya becerinin önemini anlamamış olabilir, becerinin önemini anlıyor ancak uygulamak için yeterli motivasyona sahip olmayabilir, becerinin

önemini kavriyor, yeterli motivasyona da sahip ancak ihtiyaç duyduğu kritik anda beceriyi uygulamak aklına gelmiyor olabilir. Son olarak, beceriyi uygulamak aklına geliyor ancak bir sebepten uygulamaya geçmiyor olabilir. Halka analizi, yeni öğrenilen bir becerinin eyleme geçirilmesinde engelleyici faktör olarak dört temel aşamanın tanımlandığı, ve bireyin hangi aşamada takıldığını anlamının problematik davranışın çözümü için ön koşul olduğu rasyoneline dayanan temel bir davranışçı stratejidir. Kişinin hangi aşamada engellendiği bir kez anlaşıldığında, bir sonra ki hedef adım, çözüme götürecek başka bir DDT stratejisinin uygulanmasıdır (Linehan, 2015).

Literatürde polikistik over sendromu olan bireylerin su tüketiminin düşük olduğunu gösteren bir araştırma mevcuttur (Serintürk, 2008). Bu araştırmadaki katılımcılardan biri ise su tüketim seviyesini yükseltmek için, halka analizi yaptığını ve su içme seviyesini günlük tüketilmesi gereken miktara getirebildiğini açıklamıştır (Meryem). Katılımcı su içmenin sağlık için önemini bilmekte, su tüketim seviyesini yükseltmek ve sürdürebilmek için motivasyon sahibi olmakta; ancak günlük hayatın akışı içinde su içmeyi hatırlayamamaktadır. Meryem, halka analizi ile hangi aşamada takıldığını tespit etmiş, su içmeyi gün içinde hatırlamak için yine başka bir davranışçı stratejiye başvurmuştur.

Linehan (2015) yeni bir beceri kazanımında birey odaklı davranışçı stratejilerin yanı sıra çevresel düzenlemeleri de içeren davranışsal stratejilerin kullanılmasını önermektedir. Linehan'a göre davranışçı stratejiler sağlığı koruyucu davranışlar geliştirmek için kullanılabilir. Örneğin; kilo vermeye çalışan biri; içsel motivasyonu geliştirmenin yanı sıra çevresel müdahalelerde de bulunabilir, zararlı atıştırmalıklara erişimini engellemek için evine bu türden yiyecekleri almayabilir, veya kendi öğün hazırlamak yerine porsiyonları olması gerektiği miktarda sınırlayarak servis eden bir restaurantta yemek yemeyi tercih edebilir.

Meryem, su içmeyi hatırlatıcı bir ipucu olarak, dışsal bir davranışçı strateji kullanmış, evinin müsait olan tüm noktalarına sürahi ile su koymuş, böylelikle su tüketim seviyesini normal su tüketim seviyelerine çekebilmiştir. Bu bulgu, DDT'de

önemli ölçüde yer alan davranışçı stratejilerin yeni alışkanlıkların kazandırılmasında bir müdahale tekniği olarak kullanabileceği görüşünü desteklemektedir.

Araştırmalar, PKOS'un pek çok uyku bozukluğu için risk faktörü olduğunu göstermektedir (Caltekin ve ark., 2021). Dengeli bir uyku temel sağlığı koruyucu davranışlardan biri olarak tanımlanmaktadır. Uykuya dalabilme, uykuyu sürdürebilme ve uykudan uygun bir şekilde uyanma kaliteli bir uykunun temel bileşenleri olarak kabul görmektedir (Öztürk, 2020). DDT ekolü, sağlıklı beslenme, spor yapma ve kaliteli bir uykuyu temel bir duygu düzenleme stratejisi olarak çerçevelemektedir. Başka bir deyişle; DDT ekolüne göre; dengeli beslenme, uyku ve spor duygu düzenlemede kritik rol oynamaktadır. Beceri eğitiminde bu görüşü destekleyecek şekilde uyku kalitesi ve duygu durum arasındaki ilişkiyi gösteren araştırma bulgularına yer verilmiştir. Bunun yanı sıra, Linehan (2015); DDT-BE içeriğinde 'uyku hijyen protokolü' olarak adlandırdığı bir dizi stratejiye yer vermiş, bu protokol beceri eğitiminde katılımcılara öğretilmiş ve uyku düzenleme güçlüğü olanların buna yönelik olarak kişisel hedeflerini belirlemeleri istenmiştir. Katılımcılardan biri uyku ile ilgili yaşadığı güçlükleri aktarmış, uyku ve duygu durumu arasındaki ilişkiyi ayrıntılı bir şekilde betimlemiş ve ihtiyaç duyduğu zamanlarda DDT beceri eğitiminde verilen uyku hijyeni protokolünü kullandığını ifade etmiştir (deniz).

Bu çalışmadan elde edilen temalar; eğitimden sonra katılımcıların sağlığı koruyucu davranışlar geliştirmeye başladığını ve bu doğrultuda DDT'ye spesifik becerilerden fayda gördüklerine işaret etmektedir. Öte yandan; Katılımcılar, bir fayda sağlamakla birlikte, eğitimden sonra radikal bir yaşam tarzı değişikliği yapamadıklarını ifade etmişlerdir. Buna göre, Katılımcılar, eski yaşam alışkanlıklarını terk etmekte zorlanmakta, yeni bir alışkanlığı oturtmak için gerekli motivasyonu sağlamakta güçlük çekmekte, insülin direnci gibi diyet ve egzersize dirençli bir semptom nedeniyle hemen sonuç alamadığını gördüğünde pes edebilmekte, kadınların kamuya açık alanda spor yapmalarına karşı cinsiyetçi tutumları caydırıcı bulabilmekte ve bir diyet programına uymak için gerekli olan yaşam düzenini sağlamakta güçlük çekmekte ve arzu ettiği yaşam düzenini (örn.

kendine ait bir eve çıkabilme, spor ücretini düzenli ödeyebilecek bir sabit gelire sahip olma) sağlayacak şartlar olgunlaşana kadar diyetisyene ve spora gitmeyi ertelemektedirler.

Katılımcılardan gelen bu açıklamalar sağlığı koruyucu davranışları geliştirmeyi etkileyen faktörlerin bireysel etmenlerin yanı sıra çevresel ve toplumsal etmenlerle de ilişkili olduğunu da düşündürmektedir. Avustralya’da yaşayan on PKOS’lu kadınla yarı-yapılandırılmış telefon görüşmelerine dayalı olarak yürütülen grup odaklı nitel bir araştırmanın bulguları kısmen benzerlik içermektedir. O araştırmadaki katılımcılar, yaşam tarzı değişikliği yapmakta bariyer olarak gördükleri değişkenleri detaylıca açıklamışlardır. Zaman ve maddi imkan sağlamak gibi bireysel güçlükler, efor sarf etmelerini engelleyen negatif düşüncelere sahip olma ve bitkinlik gibi motivasyonel sebepler, egzersiz yapmak için güvenli yerlere erişimin olmaması, destekleyici bir partnerin olmaması ve çocukların beslenme tercihlerini kendilerinininkinden daha öncelikli tutmak gibi sebepler, Avustralya’da yaşayan PKOS’lu kadınların neden kilo vermek için yaşam tarzı değişikliği yapamadıklarına getirdiği açıklamalar olmuştur (Lim ve ark, 2019).

Karşılaştırmalı verilen bu bulgular farklı kültürden gelen polikistik over sendromlu kadınların benzer güçlükler yaşadığını göstermektedir. Örtüşmeyen değişkenlerin ise her iki araştırmadaki örneklem grubunun farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. 18-25 yaş arasındaki bekar üniversite öğrencisi örneğine dayanan bu araştırmada, destekleyici bir eşin olmaması ve çocukların beslenme tercihlerini öncelikli tutmak gibi değişkenler yer almamaktadır. Bu bulgu, polikistik over sendromu yaşayan kadınların deneyimlerinin ve ihtiyaç duydukları desteğin türünün, içinde buldukları yaş, gelişim dönemi, toplumsal roller bağlamında değişiklik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, ergen ve genç yetişkin polikistik over sendromlu bireyler için planlanan yapılandırılmış tedavi protokolleri onların spesifik ihtiyaçlarına cevap oluşturabilecek şekilde uyarlanmalı ve yetişkin kadınlar için oluşturulan tedavi protokollerinden ayrıştırılmalıdır.

Katılımcılar, başka bir ortak deneyim olarak, DDT beceri eğitimini aldıktan sonra polikistik over sendromu ile duyguları arasında bir köprü kurduklarını ifade etmişlerdir. Açıklamak gerekirse, katılımcılar PKOS’u eğitimden önce

yumurtalıklarda görülen kistler olarak tanımlamaktadırlar. Dolayısıyla da PKOS'un kendilerindeki etkisini o beden bölgesindeki işlevler ile sınırlı olan bir kadın hastalığı olarak algılamaktadırlar. On iki haftalık beceri eğitimi boyunca katılımcılar polikistik over sendromu ile ilgili literatür bilgilerine erişmişler, hangi diyalektik becerilerinin hangi PKOS'a özgün problemlerde fayda getirebileceğini tartışmış ve uygulamaya koymuşlardır. Beceri eğitimi sonrasında yapılan yapılandırılmış nitel araştırmada katılımcılara 'Diyalektik beceri eğitiminin sizde bir etkisi olduğunu' düşünüyor musunuz? sorusu yöneltilmiş ve katılımcılardan ortak bir deneyim olarak, polikistik over sendromunun duyguları üzerinde bir etkisi olduğunun farkında olduklarını dile getirmişlerdir. Bu anlamda; beceri eğitimi katılımcıların polikistik over sendromunu nasıl algıladıklarını etkilemiştir. Katılımcılar eğitimden önce PKOS'u sadece fiziksel etkileri olan hormonal bir bozukluk olarak algılamak, eğitimden sonra fiziksel, duygusal ve sosyal etkileri olan daha komplike bir hastalık olarak algılamaya başlamışlardır. Böylelikle daha önce anlamlandıramadıkları veya PKOS'dan ayrıştırarak işlemledikleri deneyimlerini; nihayet bir anlam ifade edecek şekilde zihinlerinde birbiri ile bağdaştırabilmişlerdir.

Katılımcılar; eğitimden önce yaşadıkları bazı zorlu duyguları anlamlandıramamakta ve bunun da kendilerine yönelik yargıların (self-criticism) artmasına sebebiyet verdiğini ifade etmektedir. Polikistik over sendromunu salt bir fiziksel bir hastalık olarak algılamak, PKOS'un duygulanım üzerinde de bir etkisi olabileceğini anlamayı güçleştirmektedir (Meryem, manolya, deniz). Öte yandan, zorlu duygusal yaşantıların PKOS ile ilişkili olduğunu bilmek, başa çıkabilme noktasında kişiyi daha hazırlıklı kılmaktadır. Böylelikle kişi yaşadığı duyguları anlamlandırabilmekte ve duygularını geçerli kılabilmektedir. Bir katılımcının bu konu üzerine olan birkaç alıntı kesiti şu şekildedir;

Hani işte o olmayınca hani o insanı öyle daha kötü yapıyor. Hani deneyimliyoruz hani menopoza giren herkes annelerimiz onların da ruh hali değişiyor. Onunla ilişkili hani ama benim o anki durumuma kesin bir sonuçlandıramamak adını koyamamak insanı hem daha çok sinirlendiren daha çok kaygılandırın ve daha çok bunalıma sokan bir şeydi. Keşke ben o an daha bilinçli olsaydım ailem o konuda daha bilinçli olsaydı ve bunun nedeninin bu olduğunu bağdaştırabilseydim süreç belki daha kolay ilerlerdi hani o dönemki hayatımda. (manolya).

bildiğim zaman ona göre hareket ediyorum. Bu eğitimi almadan öncesini konuşursak insan öfkeli olduğunda öfke öfkeyi doğuruyor mutsuzluk mutsuzluğu doğuruyor. Kendini daha mutsuz etmeye yöneliyor. Kartopu gibi büyüyor o tarz şeyler. Ama şuan bildiğim için şey yapıyorum mesela. Zincir analizi... mesela ben şuan olumsuz bir ruh halindeyim. Ben şu problemi yaşadım. Ama benim bu problemi yaşamamdaki temel etken ne? ne oldu öncesinde? Sonra bunları birleştirip o zinciri gördüğüm zaman hani birazcık daha rahatlıyorum ve gündelik işlerimi devam ettirmemde daha çok kolaylaşıyor. Çünkü bir insan endişeli olduğunda öfkeli olduğunda ya da mutsuz olduğunda bu gündelik işlerine de yansıyor. Öyle olduğumda yapmam gereken işleri de yapamıyorum. Ama bunları bilmek, görmek farkında olmak gündelik hayatta yapmam gereken işleri daha çok kolaylaştırıyor (manolya).

DDT'ye göre; 'görünürde anlaşılması zor davranışların arkasında her zaman onu açıklayabilecek bir veya daha fazla neden vardır ve bu nedenleri anlamaya çalışmak, onları yargılamaktan daha iyidir'. Bu yaklaşım, DDT ekolünün temel varsayımlarından biridir (Linehan, 2015). Katılımcılara göre; zorlu duygular ile PKOS arasındaki ilişkiyi kurabilmek, duygularını geçerli kılma noktasında onlara yardımcı olmuştur. Bu anlamda, bu bulgular, DDT beceri eğitiminin polikistik over sendromu olan bireylerin duygu düzenleme becerilerine katkıda bulunduğuna işaret etmektedir.

Linehan'a (2015) göre duyguları düzenleyebilmek için ilk olarak duyguların anlaşılması gerekmektedir. Duyguları yargılamak yerine; duyguları anlamak ve tanımlamak, zorlu duygularla etkin bir şekilde baş etmenin ön koşuludur.

Ama bu beceri eğitimi sayesinde bu ruh hallerinin bununla ilişkili olduğunu ve bu farklı ruh hallerine girdiğim zaman hangi becerileri uygulamam gerektiğini... ve onları o an uyguladığım zaman daha rahatlamış hissediyorum. Farkındalığım arttı bu konuda. (Manolya)

Katılımcıya göre; duygularını anladığında, hangi becerileri uygulaman gerektiğini de belirleyebilirsin. Duygularını yargılamak yerine duygularını tanımlayan bireyler; o duygu ile baş edebilmek için hangi beceriye ihtiyaç duyduğunu daha iyi bir şekilde belirleyebilmekte; böylelikle zihnini eleştirel düşünceler yerine çözüme odaklı düşüncelere ve etkin olabilecek becerilere yönlendirmektedir (Linehan, 2015). Bu anlamda DDT beceri eğitimi, PKOS'lu bireylere duygularını anlama ve duygularını geçerli kılma becerilerini kazandırarak duygularını düzenlemede katkı da bulunmaktadır; ama aynı zamanda; zorlayıcı

duygularla baş etmek için hangi becerileri kullanabilecekleri noktasında da çözüm sunmaktadır.

Katılımcıların söylemleri aynı zamanda ‘diyalektik bir duruş alma’ yaklaşımını da içselleştirdiklerini düşündürmektedir. Linehan batı düşünce tarzına istikrarsız gelebilecek bir duruş benimsemektedir. Buna göre; bir terapist değişim için çalışırken aynı zamanda hastayı olduğu haliyle tamamen gerçekten kabullenmelidir. Ona göre; kabullenme dönüştürülebilir; ancak dönüşüm için kabullendiğimizde bu dönüşüm değildir. Başka bir deyişle; gerçekliği kabullenmemek, gerçeklik ile inatlaşmak değişimin önünde bir engeldir; değişim ancak kabullenmek ile mümkün olmaktadır; ancak kabullenme herhangi bir çıkar ya da beklenti nedeniyle değil tamamen içten gelen bir motivasyondan kaynaklanmalıdır. Bu bağlamda, Linehan psikoterapinin Rogeryan yaklaşımından (birey merkezli yaklaşım) da etkilenmiştir.

Linehan kurucu olduğu terapi ekolünün adına diyalektik ismini vermiş ve buna ‘kabul ve değişimin sentezi’ anlamını yüklemiştir. Beceri eğitimi modülleri ile danışanlara diyalektik akıl yürütme becerisi kazandırmak hedeflenmektedir. Katılımcılar, görüşme sırasında, zorlayıcı duygular yaşadıklarında bir taraftan duygularını olduğu gibi kabul ederken; bir taraftan da duyguları ile baş etmek için değişim becerilerini kullandıklarından bahsetmişlerdir. Katılımcıların kabul ve değişim arasındaki dengeyi sağlama çabası, diyalektik görüşü beceri eğitiminden sonra bir yaklaşım tarzı olarak içselleştirdiklerini de düşündürmektedir.

Araştırmanın nitel bulgularında dikkat çeken başka bir detay ise; katılımcıların beceri eğitimi ile yolları kesiştikten sonra kendilerine yönelik artan iç görüleridir. Üç aylık DDT-BE boyunca, her bir oturumda yeni bir beceri didaktik ve uygulamalı bir şekilde öğretilmiş, katılımcılardan öğretilen her bir beceri için kişisel hedeflerini belirlemeleri ve günlük hayattaki hangi sorunlarına çözüm olabileceği ile ilgili geri bildirim vermeleri ve ev ödevlerini yapmaları istenmiştir. Dolayısıyla, katılımcılar beceri eğitimi ile birlikte kendilerine diyalektik merceğini tuttukları yoğun bir içsel değerlendirme sürecine girmişlerdir. Katılımcılar bazı becerileri eğitimden önce de hali hazırda bir baş etme biçimi olarak uyguladıklarını; ancak

eğitimden sonra bu becerilerin kavramsal isimlerini ve bilimsel kanıtlarla desteklendiğini öğrendiklerini söylemişlerdir. Böylelikle; katılımcılar zaten işlevsel buldukları baş etme biçimlerinden daha emin olmuşlardır.

Öte yandan; beceri eğitimi yolculukları boyunca bazı becerileri geliştirmeye ihtiyaç duyduklarını fark etmişlerdir. Örnek vermek gerekirse; bir katılımcı, eğitim sürecinde; ‘anda olma’ deneyimlerinde güçlük yaşamadığını ve eğitimden önce de aslında adını bilmeksizin, farkındalık becerilerini bir baş etme yöntemi olarak kullandığını dile getirmiştir (Deniz). Bir başka katılımcı ise; beceri eğitiminden sonra, anda kalma deneyimlerinde ne denli güçlük yaşadığını ve bu beceriyi geliştirmesi gerektiğini fark etmiştir (Eda). Katılımcı eğitim sürecinde bu becerinin eksikliğini yaşamını nasıl etkilediğine yönelik iç görü kazanmış ve eğitim boyunca da ‘anda kalma’ kapasitesini geliştirmeye yönelik farkındalık egzersizlerini uygulamaya gayret göstermiştir.

Bir diğer katılımcı ise eğitimden önce kendisinde neyi değiştirmesi gerektiği ile ilgili farkındalığının olduğunu ancak bunu nasıl yapacağını bilemediğini aktarmaktadır. Katılımcı çevresindeki diğer kişilerden ‘aşırı duyarlı, tepkisel ve savunmacı’ olmak ile ilgili geri bildirimler aldığını, eğitimden öncede bu davranışlarını değiştirmek istediğini ancak nasıl yapacağını eğitimde aldığı ‘dagi becerileri’ ile öğrendiğini anlatmaktadır. Katılımcıya göre; DDT-BE’de bir beceriyi oluşturan tüm aşamaların adım adım anlatılması ve bunun formülize edilerek sunulması, o becerinin nasıl yapılacağını öğrenmeyi sağlamaktadır (Meryem). Bu anlamda, DDT-BE’nin bireylerin hangi becerilere ihtiyaç duyduğu noktasında iç görü kazanmalarının yanı sıra ihtiyaç duydukları becerileri nasıl uygulamaları noktasında da onlara rehberlik ettiği söylenebilir. Nitel bulguların deşifreleri bu görüşü destekler niteliktedir.

Bu araştırmada dikkat çeken başka bir nitel bulgu ise, Diyalektik davranışçı terapi kavram ve ilkelerinin anlaşılabilirliği ve öğrenilebilirliğidir. Bir çok terapi yaklaşımı, eğer doğru bir şekilde uygulanırlarsa danışanın fayda göreceği işlevsel stratejileri içermektedir; ancak bir sebepten danışanlar öğrendikleri stratejileri

uygulayamadıklarında terapi hedefine ulaşmadan yarıda kalmaktadır. Örneğin; bilişsel davranışçı terapi; amacına uygun bir şekilde uygulandığında aslında danışanların verim alabileceği efektif yöntemleri içermekle birlikte; bir çok danışan yeterli motivasyona sahip olamamaları nedeniyle BDT stratejilerini uygulayacak aşamaya hiç gelememekte ve terapi amacına ulaşmadan sonuçsuz kalmaktadır (Alpaydın, 2016). Becerilerin uygulanabilmesi noktasında başka bir yetinin ise, beceri dilinin yerleşmesi ve becerilerin anlaşılması olduğu düşünülmektedir. Örneğin; PKOS'lu ergenler için geliştirilen BDT'ye getirilen eleştirilerden bir kısmı ergenlerin bilişsel beceriler ile ilgili terminolojiyi daha soyut kavramlar olduğu için anlayamayacağı üzerinedir (Szigethy ve ark., 2019).

Bu çalışmadaki bazı katılımcılar, tüm görüşme boyunca, görüşmeci ile güçlük çekmeden DDT jargonu ile iletişim kurmuşlardır. Diğer katılımcılar ise bazı beceriler ile ilgili deneyimlerini aktarmaya daha fazla zaman ayırırken, diğer becerilerin adını hatırlamakta kısmen güçlük çekmişlerdir. Diyalektik davranışçı terapi yapılandırılmış ve zengin içeriğe sahip bir terapi türüdür. Katılımcıların becerileri anlaması ve öğrenmesi için DDT'nin içerdiği zengin terminolojiyi kavramaları gerektiği düşünülmektedir. Nitekim; Kadın fibromiyalji hastalarına yönelik uygulanan DDT-BE etkililiğini incelemek için yapılan yarı-yapılandırılmış görüşmeye dayalı nitel bir çalışmada; bir katılımcı becerileri günlük hayatında uygulamadığını ve becerilerin isimlerini de hatırlamadığını aktarmıştır (Yavuz, 2020). Bu çalışmada; tüm becerileri uygulamakta güçlük çektiğini veya hiçbir beceriyi kullanmadığını söyleyen herhangi bir katılımcı olmamıştır. Öğrenmede bireysel farklılıklar olmakla birlikte; katılımcıların genel olarak DDT kavramlarına hakim oldukları, görüşme sırasında da beceri eğitimi ile ilgili deneyimlerini DDT terminolojisini kullanarak aktardıkları görülmüştür. Bu bulgu; beş kadın fibromiyalji hastası üzerinde yapılan nitel araştırmada elde edilen bulgular ile uyumludur (Yavuz, 2020).

İki araştırmanın karşılaştırmalı verileri birbirine paralel olmakla birlikte, nitel araştırmaların doğası gereği; DDT kavram ve terminolojisinin öğrenilebilirliği

üzerine bir çıkarıma varılamamaktadır. Aynı zamanda bu araştırmanın örnekleminin sadece üniversite öğrencilerine dayanıyor olması, farklı örneklem gruplarına genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Öte yandan, fibromiyalji örneklemine dayanan çalışma ise, lise, ön lisans, lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyinde beş katılımcıya dayanmaktadır.

Barnicot, DDT becerilerinin öğrenilmesini engelleyen önemli faktörleri ortaya koyduğu kırk kişinin katıldığı bir tematik analiz çalışması yayınlamıştır (Barnicot, 2015). Barnicot araştırmasında katılımcıların eğitim materyallerini öğrenmeyi ve hatta hatırlamayı zor bulduğunu ve öğrenemedikleri için anksiyete yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, nitel araştırmalar DDT'nin anlaşılabilirliği ve öğrenilebilirliği üzerine derinlemesine bir veri sunmakla birlikte sonuçların genellenebilirliği noktasında dayanak oluşturamaz. DDT-BE'nin öğrenilebilirliğinin, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durum ve yaş gibi karıştırıcı değişkenleri hesaba katarak inceleyen nicel araştırmalara ihtiyaç vardır.

Katılımcıların en çok kullandıkları beceriler bilinçli farkındalık ve kabullenme becerileri olmuştur. Bilinçli farkındalık becerilerini hem PKOS'a özgü problemlerle hem de gündelik hayat problemleri ile başa çıkmak için kullanmaktadırlar. Açıklamak gerekirse; katılımcılar kilo yönetimi, premenstrüel dönemde ağrı yönetimi ve zorlu duygular ile baş etmede bilinçli farkındalık becerilerinden yararlanmaktadırlar. Alan yazın incelendiğinde, PKOS ve premenstrüel sendrom arasında ilişki olduğu (Karaca ve ark., 2013) ve de premenstrüel sendrom ile başlıca baş etme yöntemlerinin gevşeme egzersizleri, yoga, meditasyon, bilinçli farkındalık temelli kognitif terapi olarak bulgulandığı görülmektedir (Braverman 2007). Bu stratejilerin diyalektik terapinin içeriğinde de olduğu bilinmektedir.

Yeme farkındalığı, bir bilinçli farkındalık türü olarak, kilo yönetimine yeni bir yaklaşım olarak kabul görmektedir. Bazı katılımcılar; yemek sırasında başka bir eylem ile meşgul olmama halini pratik ettiklerini anlatmaktadır. Otomatik pilota yemek yerine fiziksel duyumsamalara odaklanarak porsiyonlarını küçültmeyi

başardıklarını ve duygusal ile biyolojik açlık türünü daha iyi ayırabildiğini ifade etmektedir. Son olarak; Katılımcıların bilinçli farkındalık becerilerinden fayda gördüklerini ifade ettiği diğer alan PKOS ile ilişkili zorlu duygularla baş edebilme olmuştur. Alışkanlık haline gelmiş davranışların bilinçli olarak farkında olmak, bireyin duygusal tepkilerini daha iyi kontrol etmesini sağlamaktadır (Çolak ve Aktaş, 2019). Farkında olma hali, kişinin kendi duygusal ve fiziksel durumu ile çevresiyle tam bir bilinç hali oluşturarak; alışkanlıklara, duygulara ve davranışlara ilişkin alışılmış kalıplardan haberdar olabilmeye ve böylece uyarlanabilir tepkilere olanak tanımaktadır (Daubenmier ve ark., 2011).

Katılımcılar bilinçli farkındalık becerilerini gündelik yaşam problemleri ile daha iyi başa çıkabilmek için de kullanmaktadırlar. Onlara göre; anda kalma kapasitesini arttırmak yaşam kalitesini yükseltmektedir. Bu doğrultu da en çok ifade edilen farkındalık becerileri ‘Gözlemle’ ve ‘Tek Farkındalık’ (One thing in the moment) becerileri olmuştur. Linehan’a göre (2015); içinde bulunduğumuz anda tek bir şeye odaklanma hali çok daha zengin deneyimler sunmaktadır. Onun yaklaşımına göre, bu görüş aynı anda birden fazla işle meşgul olmayı ya da karmaşık düşünme becerisini yermek demek değil; basitçe içinde bulunduğumuz anda olan ve bitenlerin farkında olmaktır. An ile kurduğumuz ilişki ‘otomatik pilot’ yerine farkındalık ile sağlandığında çok daha zengin fiziksel duyumsalar yaşarız. Katılımcılar kullandıkları tek farkındalık becerilerine en çok, yemek yerken sadece yemek yeme, yürürken sadece yürüme örneklerini vermişlerdir. Bir katılımcı yürüme farkındalığını aynı zamanda kişiler arası ilişkilerde bir baş etme biçimi olarak kullanmakta; yürüyüş yaparken ayağının bastığı zemini hissetmek, kuş seslerini dinlemek gibi gözleme becerilerini kullanarak anda olmayı deneyimlemektedir (Manolya).

Kabullenme becerileri, PKOS’un semptomları ve günlük hayat problemleri ile baş edebilmek için en çok başvurulan bir diğer beceridir. Daha önce de değinildiği gibi polikistik over sendromu olan kadınlar; tüylenme, aşırı kilo, akne, alopesi gibi semptomlar nedeniyle feminen kimlikten ayrı düştüğünü düşünmektedir (Samardzic ve ark., 2021). Olumsuz beden imgeleri öz benlik saygısını ve depresyon

düzeylerini etkilemektedir (Keskin ve ark., 2012). Bu araştırmadaki katılımcılar, fiziksel görünümelerini ve kendiliklerinin/mizaçlarının hoşlanmadıkları yönleri ile başa çıkabilmek için en çok kabullenme becerilerine başvurduklarını dile getirmişlerdir. Bazı katılımcılar kabullenme becerilerini, güzellik standartlarını karşılama baskısı ve beden memnuniyetsizliği ile baş edebilmek için kullandığını açıklamaktadır (Manolya, Deniz).

Kabullenme becerileri aynı zamanda kendi benlik ve varoluşlarına yönelik yüksek yargılayıcılık (self-criticism) ile baş etmede de fayda sağlamış görünmektedir. Bir katılımcı, kendi mizacını mükemmeliyetçi olarak tanımlamakta, eğitimden sonra ise, kendini onaylama ve olduğu gibi kabul etme noktasında yol aldığını ifade etmektedir (Manolya). PKOS'a eş zamanlı olarak depresyon tanısı almış başka bir katılımcı ise, zihnin olumsuz düşünme eğilimi nedeniyle kendine yüklenmeyi kabullenme becerileri ile aştığını dile getirmektedir (Meryem). Kendine karşı suçlayıcı davranmaktansa; olanı olduğu gibi kabul edip zihnini işlevsiz olan düşüncelerden (*neden ben böyleyim? Niye hep olumsuz düşünmek zorundayım?*) çözüm odaklı düşüncelere odaklamanın daha yardımcı olduğunu tecrübe etmektedir. Kabullenme becerileri, bunların yanı sıra; ölüm, yas, sevilen birinin kaybı, hastalık gibi acı verici yaşam olayları ile başa çıkmak için de katılımcıların başvurduğu bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır.

Diğer en çok kullanılan beceriler, 'kişiler arası ilişkilerde etkililik becerileri' olmuştur. Katılımcılar, anksiyete yönetimi, girişken olma, duygu düzenleme ve premenstrüel dönemdeki bitkinlik ve enerji düşüklüğü ile baş etmek için 'karşıt eylem' stratejisini faydalı bulmaktadırlar. Linehan (2015), kişiler arası ilişkiler modülünde, kendi öz benlik saygımızı zedelemeyen diğer insanlardan talepte bulunabilme, yıkıcı ilişkileri sonlandırabilme ve yeni ilişkiler kurabilme becerilerine değinir. Katılımcılar, bu beceriler doğrultusunda, validasyon, dahi becerileri, artı eksi becerileri ve orta yollu yürüme becerilerine başvurduklarını ifade etmektedirler. 'Please becerileri' ise; katılımcılara fiziksel sağlığı korumanın bir duygu düzenleme stratejisi olduğunu kazandırmıştır. Katılımcılar fiziksel sağlık ve psikolojik iyi oluş

arasındaki ilişkiyi gösteren literatür bilgilerini öğrenmiş ve de kaliteli uyku, dengeli beslenme ve düzenli egzersiz yapma gibi sağlığı koruyucu davranışların duygu düzenleme ile ilişkisine farkındalık kazanmışlardır. Fiziksel sağlığı korumanın aynı zamanda ruh sağlığını da koruduğunu öğrenen katılımcılar, sağlığı geliştirici davranışların önemini anlamış ve daha fazla uygulamaya özen göstermişlerdir.

Özetle, en çok kullanılan beceriler kabullenme ve bilinçli farkındalık olmakla birlikte, katılımcılar dört modülü de kapsayan stratejileri günlük hayatında kullandıklarını ifade etmişlerdir. En az bildirilen beceri ‘kriz atlama becerileri’ olmuştur. Kriz atlama becerileri, bir problem ve/veya yıkıcı duygular karşısında, eğer o an içinde çözüme yoğun bir şekilde ihtiyaç duyulduğu ancak o an çözüm için yapabilecek bir şeyin olmadığı durumlarda, olayları daha kötü hale getirmeden atlama için gerekli becerileri içermektedir. Kriz becerileri bir problem çözme becerisi değildir; ancak olayları daha kötü hale getirmeden nasıl atlatılabileceği noktasında yol göstericidir. Sadece bir katılımcı, kriz atlama becerilerinden biri olan ‘SESE’ becerilerini kullandığını ifade etmiştir (Deniz). Katılımcının bu beceriyi diyalektik davranışçı terapide kavramsallaştırıldığı şekli ile değil, kendi yorumladığı şekli ile kullandığı görülmektedir. Para-empatik sistemin aktivasyonunu artırarak duygusal uyarılmayı stabil hale getirmeyi amaçlayan bu beceri, dürtüsel davranarak olayları daha kötü hale getirmeyi engellemek amacıyla kullanılmaktadır. Bu araştırmadaki katılımcılar kriz atlama becerilerini günlük hayatta kullandıkları bir beceri olarak bildirmemektedirler. Bu durum, örneklemin spesifik veya öncelikli ihtiyaçlarının ne olduğu veya ne olmadığı ile ilgili bir gösterge olabilir.

Diyalektik Davranışçı Terapi orijinalinde, dürtüsel davranma eğilimi ile karakterize olan sınırda kişilik bozukluğu için geliştirilmiştir (Linehan, 2015). Ancak, temelde bir duygu düzenleme modülü olması fikrinden yola çıkarak, DDT diğer klinik gruplara da uyarlanmış (Hartmann, Urbano, Manser ve Okwara; 2012), etkililiği hem klinik hem klinik olmayan gruplarda kanıtlanmıştır (Brown, Brown ve Dibiasio, 2013; Lynch, Morse, Mendelson ve Robins; 2003; Mazza, 2017; Woodberry ve Popenoe, 2008; Ben-porath, 2010; Zapolski ve Smith, 2016). Bu

araştırmanın uygulama prosedürü standart bir beceri eğitimi olmuştur. PKOS ile ilişkili gelecek uyarılama çalışmaları için bir pilot çalışma niteliğinde olduğu düşünülmektedir. Polikistik over sendromu olan genç bireylerin hangi becerileri daha sık veya daha az kullandığı, onların spesifik ve/veya öncelikli ihtiyaçlarının ne olduğu veya ne olmadığı ile ilgili fikir veriyor olabilir.

Kriz atlama becerilerinin katılımcılar tarafından daha az kullanılmasının başka bir izahı ise; belki de bu becerilerin PKOS için daha da özelleştirilmesi gerekmektedir. Böylelikle katılımcılar bu stratejileri kendi ihtiyaçlarına yönelik olarak kullanma noktasında daha çok istifade edebilirlerdi. Sonuç olarak her iki olasılıkta da; bu bulgular, PKOS için geliştirilebilecek uyarılama çalışmalarına yol gösterici niteliktedir.

DDT terminolojisini öğrenmede, algı ve düşünce arasındaki bağlantı dikkat çekicidir. Katılımcılar DDT jargon ve terimlerini kavradıkça, kendi geçmiş ve şimdiki yaşantılarını diyalektik penceresinden görmeye/değerlendirmeye başlamış ve düşünme biçimlerinde değişimler yaşamışlardır. Katılımcılar eğitimden sonra, eskiden normalize ettikleri bazı deneyimlerin aslında normalize edilmemesi gerektiği düşüncesine erişmiş ve/veya eskiden yargısal oldukları durumları artık daha hoşgörülü karşıladıklarını açıklamışlardır. Bir katılımcı ‘diyalektik davranışçı terapinin sizde bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusuna yönelik olarak DDT beceri eğitimindeki en temel kazanımın ‘geçerli kılma’ kavramını ve önemini öğrenmek olduğunu söylemiştir. Kendi geçmişinde olan biten hadiseleri diyalektik penceresinden yeniden değerlendirdiğinde aslında ebeveynlerinin o dönemdeki davranışlarını birer ‘çevresel geçersiz kılma’ deneyimi olarak yeniden çerçevelediğini ifade etmektedir.

Katılımcı ayrıca eğitimden sonra, kamuya açık yerlerde (hastane, market...) anne ve çocuklar iletişimlerini gözlemlemeye başladığını anlatmıştır. Anne ve çocuk arasında, o an içinde olan biten sözel ve sözel olmayan iletişim şekillerini, birinin tepkilerinin bir diğersinin tepkilerini nasıl şekillendirdiğini dikkatli bir şekilde gözlemlemeye çalışmış, sonuç olarak da aslında normal olarak kanıksadığımız

ebeveyn davranışlarının aslında birçok geçersiz kılma türünü içerdiğini fark ettiğini anlatmıştır (Manolya). Bu anlamda beceri eğitiminde öğrenilen kavramlar, sadece kendi deneyimlerini karşılama biçimlerini değil, diğer insanlar ve dış dünya ile ilgili kanaat ve değerlendirmelerinde de değişiklikler yaratmıştır.

Diğer bazı katılımcılar ise geçerli kılmanın önemini kavradıktan sonra kendi davranışlarını birer gözlemci gözüyle değerlendirme sürecine girmişlerdir. ‘Başka insanların benden farklı deneyimleri dolayısıyla da farklı bakış açıları ve farklı kanaatleri olabilir’, görüşünü benimsedikçe kendilerini ve diğer insanları oldukları haliyle onaylamak ve kabullenmek daha kolay hale gelmiştir. Katılımcılar farklı insanları ve görüşleri karşılama biçimlerini anlamaya çalışmış, kendilerini bir araştırma nesnesi olarak diyalektik merceğine tutmuşlardır. Diğer insanları hangi durumlarda ve nasıl geçersiz kıldıklarına iç gözü kazanmış, onlara karşı daha onaylayıcı olmaya gayret göstermişlerdir (Manolya, gül).

Öte yandan; eğitim yolculuğu boyunca, bazı katılımcıların yeni öğrendikleri bir beceriyi hemen içselleştirmeden önce kendi eleştirel süzgecinden geçirdikleri ve bunu yaparken de kendi geçmiş yaşantı tecrübelerini referans aldıkları görülmektedir. Örneğin; babasını küçük yaşta kaybetmiş olan bir katılımcı; kabullenme becerilerinin hayattaki birçok sorun karşısında herkesin sahip olması gereken elzem bir baş etme biçimi olduğunu; bu çıkarıma da kendi hayat tecrübesinden yola çıkarak vardığını anlatmaktadır. Kendi acısını karşılama biçimi önceleri inkar ve kaçınma iken; ancak kendi acısını kabullenmeyi başardıktan sonra baş etmenin daha da kolaylaştığını tecrübe etmiştir. Üniversite sınavına hazırlanma süreci de, kendi beklentisinin dışında üç yıl sürdüğünde, yaşadığı hayal kırıklığını ve psikosomatik belirtileri ancak sınav sonuçlarının beklediği gibi olmadığı ve tekrar hazırlanması gerektiği gerçeğini kabullendikten sonra yönetebilmeyi başarmıştır. Çünkü ona göre; bir sorunun çözümüne odaklanmak, bir sorunun gerçekten de var olduğunu kabul edebildikten sonra gelinebilecek bir aşamadır (Deniz). Katılımcı kabullenme becerilerinin önemini kendi tecrübe ettiği yaşantılardan yola çıkarak kavradığını ifade etmektedir.

Öğrendikleri becerileri başka insanlar ile de paylaşma isteği bazı katılımcılar için ortak bir söylem olarak karşımıza çıkmaktadır. Katılımcılar becerilerin etkililiğini değerlendirirken, bir yandan kendi tecrübeleri üzerinden çıkarımda bulunmakta, bir yandan da becerilerin etkililiğini gösteren bilimsel araştırmaları öğrendiklerinde daha gönül rahatlığıyla kullanabilmekte ve başka insanlarla da paylaşmak için arzu duymaktadırlar (Deniz, Eda, Gül, Meryem).

Son olarak; görüşme sırasında katılımcılara ‘diyalektik terapi eğitiminin sizde herhangi bir olumsuz etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?’ sorusu yöneltilmiş, beceri eğitimine katılan beş katılımcıdan dördü eğitim boyunca veya sonrasında herhangi bir olumsuz etki yaşamadıklarını söylemişlerdir. Bir katılımcı ise eğitimi almaktan memnun olduğunu, birçok kazanım elde ettiğini; ancak eğitim ile birlikte kendine ve diğerlerine yönelik olarak farkındalığı artarken; buna karşılık kendini zaman zaman yoğun bir analiz süreci içinde kaybolurken bulabildiğini dile getirmiştir (manolya).

Linehan (2015); duyguları anlama ve tanımlamanın, duyguları düzenlememiz için önemli bir adım olduğunu söylemektedir. Batı kültüründe benimsenmiş olan salt değişim odaklı yaklaşımları katı bulmaktadır. Nitekim değişime zorlayıcı stratejiler karşısında danışanlar kendilerini zorlanmış ve anlaşılmanmış hissedebilmekte ve tedaviyi bırakabilmektedir. Öte yandan, sadece onay odaklı bir yaklaşım da değişimi ıskalamaktadır. DDT’de, değişim ve onay arasındaki dengenin sağlanması esastır. Ona göre; eğer bir terapist beceri eğitimini değişim ve onay stratejilerini dengeleyerek uygulamıyor ise DDT yapmıyor demektir. Öte yandan, onay ve değişim arasındaki dengeyi sağlamak katılımcılar için de zaman zaman güç olabilmektedir. Kendi deneyimlerimize karşı ‘diyalektik bir duruş alabilmek’, yeni ve zorlayıcı bir akıl yürütme şekli olabilmektedir; özellikle de aşına olduğumuz ve bildiğimiz düşünme şekli ‘ya hep ya hiç’ şeklinde ise.

Bu araştırma da katılımcılar diyalektik akıl yürütme biçimini üç aylık bir eğitim boyunca deneyimlemiştir. Öğrendikleri her bir beceri için kendilerine kişisel hedefler belirlemiş, belirli bir ölçü de uygulamaya geçirmiş, bundan fayda

görmüş, fayda gördükçe de kullanmaya devam edeceklerini dile getirmişlerdir. Atalay (2019) bilinçli farkındalık becerilerini betimlemek için ‘kötü gün dostu’ metaforunu örnek vermektedir. Farkındalık becerilerini ne kadar çok pratik edersek o kadar ihtiyaç duyduğumuzda yanımızda olacaklardır. Ona göre; farkındalık düzeyinin bir üst sınırı yoktur ve geliştirilebilir. Bu anlamda, katılımcıların; becerileri öğrenme süreçlerinin devam ettiği; öğrendikçe ve uyguladıkça diyalektik yaklaşımı daha iyi benimseyecekleri, değişim ve onay arasındaki dengeyi sağlamakta daha da ustalaşacakları; dolayısıyla eğitimden sonra da DDT yolculuklarının devam ettiği düşünülmektedir.

9.2. TARTIŞMA II

Bu bölümde nicel bulgular değerlendirilecek, temel hipotezlerin ne ölçüde sağlandığı tartışılacaktır. Elde edilen nicel bulguların, nitel bulgular ve literatür verileri ile de tutarlılığı değerlendirilecektir. Karma yöntemlerde, nitel ve nicel bulguların tutarlılığı sonuçların güvenilirliği için önemli bir kriter olarak görülmektedir (Migiro ve Magangi, 2011; Venkatesh, Brown, ve Bala, 2013; Creswell, 2003).

Her bir ölçeğe ilişkin bulgular ayrı başlıklar altında değerlendirilecektir.

9.2.1. Polikistik Over Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularının Değerlendirilmesi

Bu araştırmanın temel hipotezlerinden bir tanesi diyalektik davranışçı terapi beceri eğitiminin PKOS’lu genç bireylerin yaşam kalitesini arttıracakı görüşüdür. Polikistik over sendromu olan kadınlar üzerinde yapılan nicel çalışmalar; PKOS’un düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Türk örnekleminde oluşan bir çalışmada; deney ve kontrol grubuna (44 PKOS hastası ve 44 sağlıklı kadın) polikistik over yaşam kalitesi ölçeği uygulanmış, sonuç olarak da; PKOS’lu kadınların kontrol grubuna oranla yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı ile emosyonel bozulma, kilo sorunları, infertilite, menstrüel düzensizlik alt ölçek puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür (Keskin ve ark., 2012). Benzer

şekilde; polikistik over sendromu olan bireyler ile derinlemesine yapılan görüşmelere dayanan nitel çalışmalar da, PKOS'un kadınların duygusal, fiziksel, bilişsel, cinsel ve sosyal yaşamını etkileyen ve sosyal destek gerektiren çok yönlü bir hastalık olduğu sonucuna varmaktadır (Amiri ve ark., 2014; Pekince, 2019).

Bu araştırmada; DDT'nin içerdiği duygu düzenleme, kişilerarası ilişkilerde etkililik, farkındalık ve kabullenme gibi modüllerin PKOS'lu kadınların yaşam kalitesini yükseltebilmek için ihtiyaç duyduğu becerileri sağlayabileceği öngörülmüştür. Bu görüşden yola çıkarak; PKOS'lu genç bireylere üç ay boyunca DDT beceri eğitimi uygulanmış ve bu beceri eğitiminin yaşam kalitelerini yükseltecekleri varsayılmıştır. Nicel bulgular, müdahale grubunun PKOS yaşam kalitesi ölçeği puanlarının, uygulama öncesine göre yükseldiğini ve bu yükselişin iki aylık izlem süreci boyunca korunduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra, hiçbir müdahalenin yapılmadığı kontrol grubunda ise, yaşam kalitesi ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim görülmemiştir. Bu bulgulara dayanarak araştırmanın temel hipotezlerinden birinin desteklendiği söylenebilmektedir. Buna göre, üç aylık Diyalektik Davranışçı Terapi Beceri Eğitimine katılan PKOS'lu genç bireylerin yaşam kalitesinde artış gerçekleşmiş ve bu artışın eğitim sonlandıktan iki ay sonra da hala korunduğu görülmüştür.

İlginç bir şekilde; Literatür bulguları PKOS'un düşük yaşam kalitesi için bir risk faktörü olduğu noktasında birleşse de, PKOS'un en çok hangi semptomunun düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu tartışmalıdır. Bazı araştırmalara göre; cinsel tatminsizlik, agresyon, kişiler arası ilişkilerde problemler, kilo ile ilgili güçlükler PKOS'lu bireylerde yaşam doyumunu doğrudan etkileyen temel alanlardandır (Pekince, 2019). Diğer bazı araştırmalar; PKOS'un uzun vadede ilişkili olduğu infertilite, TİP2-DM, hipertansiyon gibi güçlüklerin bireylerin günlük yaşam aktivitelerini kısıtladığı ve yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığı üzerinde durmaktadır (McCook, Reame ve Thatcher, 2004). Öte yandan, birkaç meta analiz çalışması düşük yaşam kalitesini yordayan en büyük özelliğin kilo ile ilgili endişeler olduğunu (Kaczmarek, Haller ve Yaron; 2016; Behboodi ve ark., 2018), başka bir çalışma ise tüylenme olduğu sonucuna varmaktadır (Khomami ve ark., 2015).

Bu araştırmaya bakıldığında ise; Deney ve kontrol grubundaki tüm katılımcılar; eğitim öncesinde, polikistik over yaşam kalitesi leğinin psiko-sosyal ve duygusal disfonksiyon, obezite ve menstrüel bozukluklar ve tüylenme alt boyutlarında; doğurganlık alanına göre daha düşük yaşam kalitesi puanları sergilemişlerdir. Buna göre; PKOS'lu genç bireyler şimdi ve gelecekte ocuk sahibi olma veya düşük korkusu yaşama gibi endişelerden daha çok PKOS'a bağlı kötü ruh hali, kilo, tüylenme ve adet düzensizliği gibi alanlarda daha fazla memnuniyetsizlik ve endişe bildirmişlerdir. Bu araştırmanın örneklemini 20-25 yaş arasındaki bekar niversiteli genç PKOS'lu bireylerden oluşmaktadır. Bu bulgular; PKOS'da yaşam kalitesinin en büyük yordayıcısının; PKOS'lu bireylerin içinde bulunduğu gelişim döneminin özelliklerine ve ihtiyaçlarına göre değişkenlik gösterebileceğini düşündürtmektedir.

Literatürdeki polikistik over sendromu olan bireylerde yapılan pek çok araştırma spesifik bir grup üzerinde çalışmaksızın; evli ve bekar, genç ve olgun, ocuk sahibi olan ve olmayan PKOS'lu tüm kadınları aynı örnekleme çatısı altında değerlendirmektedir. Bu rnekleme seçilim yönteminin; genç PKOS'lu bireylerin yetişkin PKOS'lu bireylerden ayrışan kendilerine özgü ihtiyaç ve problemlerinin bulgulanmasını ve dolayısıyla da genç PKOS'lu bireyler için oluşturulabilecek önleyici tedavi protokollerinin geliştirilmesini güçleştirdiği düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde spesifik olarak örnekleme ergen PKOS'lu bireylere dayanan ve aynı zamanda bu örnekleme de yaşam kalitesini inceleyen bir tane nicel araştırmaya ulaşılmıştır. Bu araştırmanın bulgularına göre; ergen PKOS'lularda düşük yaşam kalitesinin yordayıcısı ařırđ kilo ve yüksek beden kitle indeksidir (Trent ve ark., 2005). Bu bulgu; şuan ki araştırmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Karma yöntem çalışmalarında; nitel ve nicel olarak farklı yöntem türlerinden gelen verilerin karşılaştırılması, bulguların güvenilirliğini test etmenin bir yolu olarak kabul görmektedir. Bu araştırmaya yönelik olarak ise; nicel ve nitel bulguların bir tutarlılık içinde olduğu gözlenmektedir. Bu araştırmada deney grubundaki katılımcılar üç ay süren bir beceri eğitimine katılmıştır. Araştırmanın nicel boyutu müdahale grubu ve kontrol gruplarının uygulama öncesi, sonrası ve izlem olmak üzere toplamda üç ölçüm düzeyinin istatistiksel analizlerine dayanmaktadır.

Bu sonuçlar; PKOS'lu genç bireylerde kazanılması gereken becerilerin olumlu beden imgesi ve öz benlik saygısı olduğunu düşündürmektedir. Erikson'un psikosoyal gelişim kuramı; kişilik gelişiminin ömür boyu süren bir olgu olarak kavramsallaştırmaktadır. Bu kurama göre; her gelişim aşaması çevrenin gereklerine uyum sağlayarak kişinin aşmak zorunda olduğu spesifik 'psikosoyal' krizleri içerir. Bireyin ilgili aşamadaki krizi atlatabilmesi o aşamaya özgü temel gelişim görevinin tamamlanması anlamına gelmektedir. Psikosoyal kuramda ergenlik döneminin önemli bir yeri vardır; bu gelişim döneminde rol çatışmaları ve kimlik kazanımı önemli bir yer tutar. Kimlik arayışının önemli alanları cinsel ve toplumsal kimliktir. Cinsel kimlik bu dönemde özellikle sorgulanır, karşı cinsten birinin kendisini nasıl gördüğü ergen için önemlidir. Toplumsal kimlik arayışında ise toplumun gözünde kabul edilmek motivasyon kaynağıdır. Ergenlik döneminde kimlik kazanımını gerçekleştirmiş bireyler, genç yetişkinlikte başkalarıyla sağlıklı ve yakın ilişkiler kurabilirler. Genç yetişkinlik döneminde; kimlik arayışı veya kimlik çatışması durumları önemini yitirir; diğerleri ile kaynaşabilme ve sosyal ilişkiler kurabilme önem kazanır. Bu dönemi sağlıklı tamamlamanın yolu 'yalnızlığa karşı yakınlık kurma' gelişim hedefini başarabilmektir. Gelişim döneminin 30-60 yaş arasındaki aralığı ise tam bir geçiş dönemidir. Kişi üretkenliğini gelecek nesillerin eğitimi ve yol göstericiliğine yönlendirir. Bir yandan monotonlaşma kaygısı öte yandan bununla mücadele isteği gelişir. Üretkenlik karşısında durağanlaşma bu dönemde başarılması gereken psikosoyal hedef olarak kavramsallaştırılmaktadır (Miller, 2008).

Poliskistik over sendromu bireylerin yaşam kalitesini düşüren çok boyutlu (*duygusal, bilişsel, sosyal ve fiziksel*) kronik bir rahatsızlıktır. Ancak; bireylerin içinde bulunduğu gelişim dönemi de çok boyutlu bir hastalık olan PKOS'u nasıl algıladıklarını ve deneyimlediklerini etkiliyor olabilir. Örneğin; ergen PKOS'lu bireylerde düşük yaşam kalitesini yordayan özelliğin yüksek kilo endişesi olması (Trent ve ark., 2005); ergenlik döneminde özellikle önem kazanan gelişim hedefleri ile doğrudan ilişkili olabilir. Beden imgesi ergenlik gelişiminin önemli bir parçasıdır (Hartman-Munick ve ark., 2020). Akranlarının ve karşı cinsin kendi hakkındaki fikirlerinin özellikle önem kazandığı ergenlik döneminde olan bir birey; PKOS'un fiziksel semptomlarından (kilo artışı, saç dökülmesi, sivilcelenme, tüylenme)

psikolojik olarak etkilenmeye daha açık olabilirler. Araştırmanın nitel kısmında da bahsedildiği üzere; spesifik olarak 18-22 yaş arasındaki PKOS'lu genç bireylere odaklanan nitel bir araştırmada; PKOS'un fiziksel görünümü doğrudan etkileyen bir rahatsızlık olması nedeniyle; bu yaş aralığındaki kadınların geleneksel batı güzellik standartlarını ve cinsiyet rolleri beklentilerini karşılama yönünden kendilerini daha fazla baskı altında hissettiklerine değinilmektedir (Samardzic ve ark., 2021).

Bireylerin PKOS'u nasıl deneyimlediği gelişim dönemine paralel olarak bireylerin sosyal ve toplumsal rolleri ile de doğrudan ilişkili olabilir. Evli ve orta yaş kadınların polikistik over sendromu deneyimlerinin incelendiği nitel çalışmalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında; cinsel tatminsizlik, kısırlık nedeni ile eş ile problemler, çocuk sahibi olamama korkusu, çocuk sahibi olamama nedeni ile intihar düşüncesi ya da intihar girişini, boşanma korkusu veya eşe karşı duyulan suçluluk nedeni ile ayrılma düşüncesi olarak aktarılmaktadır (Amiri et al 2014).

Son olarak; bireylerin PKOS'u nasıl deneyimlediği, buldukları yaş dönemine paralel olarak bireylerin kronik rahatsızlık geliştirme riski ile de doğrudan ilişkili olabilir. Açıklamak gerekirse; Literatürde; PKOS'da; infertilite, TİP2-DM, hipertansiyon gibi güçlüklerin günlük yaşam aktivitelerini kısıtladığı ve yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığı bilgisine yer verilmektedir (McCook, Reame ve Thatcher, 2004). Polikistik over sendromu aynı zamanda metabolik bir rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır (Speroff 2007) ve uzun vadede birçok kronik rahatsızlık ile ilişkilidir (Hart ve Doherty;2015). Polikistik over sendromu olanların otuz yaşından sonra düzenli olarak diyabet için kontrole gitmeleri önerilmektedir. Öte yandan; 19-25 yaş aralığındaki genç PKOS'lu bireylerden oluşan bu araştırmadaki hiçbir katılımcı şuan veya gelecekte kronik bir rahatsızlık geliştirmeye yönelik endişe dile getirmemiştir. Nitekim; Katılımcıların aktardıkları ihtiyaç, problem veya endişeler; içinde buldukları gelişim döneminin özellikleri ile paralellik içermektedir.

Özetle; Araştırmanın nicel bulguları ve nitel bulguları birbirleri ile tutarlılık içermektedir. Nitel bulgular; genç kadınların ortak bir deneyim olarak; PKOS'u fiziksel görünümünü ve ruh hallerini etkileyen kozmetik bir problem olarak tasvir ettiklerine değinirken; Nicel bulgular ise; genç PKOS'lu kadınların yaşam kaliteleri

üzerinde doğurganlık ve cinsel fonksiyondan ziyade tüylenme, obezite ve emosyonel bozulmanın daha belirleyici olduğuna işaret etmektedir.

9.2.2. Polikistik Over Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Bulgularının Değerlendirilmesi

PKOSQ ölçeği total puanından elde edilen veriler; üç ay süreli DDT beceri eğitimine katılımın polikistik over sendromu olan genç bireylerde yaşam kalitesini yükselttiğini göstermektedir. PKOSQ ölçeğinin alt boyutları da incelendiğinde; ‘doğurganlık’ alt boyutu dışındaki tüm diğer alanlarda; DDT beceri eğitimine bağlı olarak yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış gözlemlenmiştir.

PKOSQ ölçeği doğurganlık alt boyutu; şimdi ve gelecekte kısırlıkla ilgili endişe duyma, buna bağlı olarak boşanma ve ayrılık korkusu yaşama, çocuk sahibi olamama korkuları ve doğurganlığın diğer PKOS semptomlarına nispeten kendileri için ne derecede daha önemli olduğuna ilişkin soruları içermektedir. Üç ay süreli DDT beceri eğitimine katılan PKOS’lu genç bireylerde, uygulama sonrasında; doğurganlık alt boyutu yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Hiçbir müdahalenin yapılmadığı kontrol grubunda da zamana bağlı olarak doğurganlık alt boyutu yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel bir değişim gözlenmemektedir. Buna göre; DDT beceri eğitimi sonrasında; PKOS’lu genç bireylerin doğurganlık alanında yaşam kalitesinde herhangi bir değişim gerçekleşmemiştir.

Bu bulgu; bu araştırmanın örnekleminin spesifik olarak genç PKOS’lu bireylerden oluşması ve bu örnekleme özgü özellikler ve ihtiyaçlar çerçevesinde yorumlanmıştır. Literatürdeki araştırmalar; çocuk sahibi olamama endişesi ve buna bağlı olarak boşanma ve toplumsal dışlanma korkusunun PKOS’lu bireylerde yaşam kalitesinin önemli bir yordayıcısı olduğunu göstermekteyse de (Amiri et al 2014); bu bulgunun evli veya orta yaş PKOS’lu kadınlarda yaşam kalitesini daha belirleyici olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmanın örneklemi; 19-25 yaş aralığındaki, genç, bekar ve üniversiteye giden PKOS’lu genç kadınlardan oluşmaktadır. Hiçbir

katılımcı, beceri eğitimi öncesinde; beceri eğitimi boyunca veya beceri eğitimi sonrasında çocuk sahibi olabilmeye yönelik bir endişe dile getirmemiştir.

Sonuç olarak; doğurganlık alt boyutuna ilişkin bulgular yorumlanırken; diğer alt ölçek boyutlarından alınan puanlar ve araştırmanın nitel bulguları da göz önünde bulundurulmuştur. Katılımcıların PKOSQ ölçeği doğurganlık alt boyutu dışında tüm diğer alanlarda (*tüylene, obezite ve adet düzensizliği, psikososyal ve duygusal fonksiyon*), beceri eğitiminden sonra yaşam kalitesi puanlarında artış görülmektedir. Öte yandan; Yarı yapılandırılmış görüşmede de hiçbir katılımcı; PKOS semptomlarının kendilerini nasıl etkilediğini doğurganlık bağlamında değerlendirmemiştir.

Daha önce de değinildiği gibi; görüşme deşifrelerinin nitel analizi, katılımcıların polikistik over sendromu deneyimlerine ilişkin alt temaların ‘kilo ile ilgili güçlükler’, tüylene, duygu düzenleme güçlükleri ve adet düzensizliği ile ilgili endişeler olduğunu ortaya koymaktadır. Nitekim; katılımcıların beceri eğitimi öncesinde de PKOSQ ön test analizi sonuçları da yaşam kalitesi puanları en yüksek olan alt boyutun doğurganlık olduğunu göstermektedir. Bu veri PKOS’lu genç kadınların yaşam kalitesinde doğurganlığın; tüylene, adet düzensizliği ve kilo ile ilgili endişelere nispeten daha düşük bir etkisi olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Son olarak; Literatür verilerinin; orta yaşlı ve evli PKOS’lu kadınlarda yaşam kalitesini infertilitenin (Pekince, 2019), ergen PKOS’lu bireylerde ise aşırı kilonun etkilediğini göstermesi de bu araştırmanın bulguları ile tutarlıdır (Trent ve ark., 2005).

Polikistik over sendromunda yaşam kalitesini etkileyen bir diğer alan da psikososyal ve duygusal disfonksiyondur. Araştırmalar PKOS’lu kadınların %40’ının depresyon tanı kriterlerini karşılamakta olduğunu (Kerchner, ve ark. 2009) ve benzer bulguların Türk örnekleme için de geçerli olduğunu göstermektedir (Keskin ve ark., 2012). Polikistik over sendromunun depresyon için risk faktörü olduğu PKOS’lu ergen örnekleminde de gösterilmektedir (Szigethy, Weisz ve Findling, 2019). Bu amaçla; PKOS’lu ergenlere yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi Protokolleri geliştirilmiştir (Rofey ve ark.,2009). PKOS, aynı zamanda, anksiyete (Barry,

Kuczmierczyk ve Hardiman, 2011), düşük öfke kontrolü, agresyon (Özsoy ve ark., 2020) ve duygusal odaklı ve pasif baş etme ile ilişkilidir (Özenli ve ark., 2008).

Bu araştırmada birkaç sebepten ötürü, DDT beceri eğitiminin PKOS'lu genç bireylerin psikolojik iyi oluşunu yükselteceği öngörülmüştür. İlk olarak, DDT beceri eğitimi özünde bir duygu düzenleme modülüdür. Bazı araştırmalar depresyonu bir duygu düzenleme güçlüğü olarak tanımlamaktadır. Bu görüş ile tutarlı olacak şekilde; Depresyon ve anksiyetenin tedavisinde; Duygu düzenleme stratejilerinin etkisi gösterilmiştir. (Aldao, NolenHoeksema & Schweizer, 2010). İkinci olarak; PKOS'a bağlı olarak yaşanan kişiler arası problemler olumsuz duygulanıma katkı da bulunmaktadır. DDT beceri eğitimi kişiler arası iletişimde etkililik modülünü içermektedir. 12 haftalık eğitimin üç haftası kişiler arası iletişimde etkililik becerilerine odaklanmaktadır.

PKOSQ ölçeği psikososyal ve duygusal alt ölçeği bireylerin PKOS'a bağlı olarak kötü ruh halinden muzdarip olma, diğer kişiler ile sorun yaşama, agresif bir tutum içine girme, PKOS nedeniyle kendini suçlama, fiziksel görünümünden utanç duyma, özgüvensizlik yaşama gibi deneyimlerine odaklanan soruları içermektedir. Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar; beceri eğitimi öncesinde; beceri eğitimi sonunda ve beceri eğitiminden iki ay sonra PKOSQ ölçeğini doldurmuşlardır. Nicel bulgulara göre; deney grubunda; beceri eğitiminden sonra, PKOSQ ölçeği psikososyal ve duygusal alt ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış gerçekleşmiş ve bu artış iki aylık izlem sürecinde de korunmuştur. Bununla birlikte; hiçbir müdahalenin yapılmadığı kontrol grubunda zaman içinde psikososyal ve duygusal alt ölçeği puanlarında bir değişim gerçekleşmemiştir. Bu sonuca göre; DDT beceri eğitimi PKOS'lu genç bireylerin psikolojik iyi oluşunu yükseltmekte etkili olmuştur. Psikolojik iyi oluşun iki ay sonra da korunuyor olması, DDT'nin etkililiğinin uzun vadede sürdürülebilirliğine işaret etmektedir.

Bu sonuçlar; DDT beceri eğitiminin, PKOS'lu genç bireylerin duygu düzenleme güçlüklerini azaltmak için bir müdahale programı olarak geliştirilebilmesine yönelik ön çalışma niteliğindedir. Başka bir deyişle, Bu araştırmanın bulguları, DDT beceri eğitiminin PKOS'lu genç bireylere özgü ihtiyaç

ve özelliklere göre geliştirilebilecek uyarlama çalışmalarına temel düzeyde bir veri sağlamaktadır.

PKOSQ ölçeği obezite ve adet düzensizlikleri ile tüylenme alt boyutlarında da deney sonrasında anlamlı sonuçlar bulgulanmıştır. Bu sonuçlara göre; deney grubunda; eğitim sonrasında, PKOSQ obezite ve adet düzensizlikleri ile tüylenme alt ölçeği yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir yükselme görülmüş ve bu yükseliş iki aylık izlem sürecinden sonra da korunmuştur. Bu bulgular; üç aylık DDT beceri eğitiminin; kilo artışı; adet düzensizlikleri ve aşırı tüylenme ile ilgili yaşadıkları endişeler ile baş edebilme noktasında PKOS'lu genç bireylere yardım sağladığı olarak yorumlanmıştır.

PKOSQ ölçeğinde; aşırı kilo almaktan endişe duyma, zor kilo verebilme, kilo verdikten sonra eski kiloya kolayca dönebilme, adet in uzun aralıklara olmasından ve/veya tamamen kesilmesinden endişe duyma, yüzde ve bedende aşırı tüylenmeden utanç duyma ve bu deneyimlerin yaşam kalitesini nasıl etkilediği ile ilgili sorulara yer verilmektedir. PKOS ile ilgili ölçekte değ inilen bu alanların aynı zamanda PKOS'lu genç bireylerin özellikle baş etme de ihtiyaç duydukları alanlar olduğu düşünülmektedir. Nitekim nicel bulgularda, DDT beceri eğitimin bu alanlarda bu özgül gruba yardımcı olduğuna işaret etmektedir.

9.2.3. Sağ lığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeği Bulgularının Değerlendirilmesi

Sağ lığı geliştirici ve koruyucu davranışlar; yeterli uyuma, kilo kontrolü, düzenli egzersiz yapma, alkol, sigara ve madde kullanmama gibi bir dizi temel alışkanlıksal aktiviteyi içermektedir (Özkan, 2018). Daha önce de değ inildiği gibi; Sağ lığı geliştirici ve korucuyu davranışlar tüm popülasyonlarda önemliyken; PKOS gibi en temel tedavi yönteminin kilo kontrolü, dengeli beslenme ve düzenli egzersiz olarak görüldüğü bir popülasyon grubunda özellikle önem kazanmaktadır (Thomson ve ark., 2009). Açıklamak gerekirse; Polikistik over sendromu için günümüzde radikal bir tedavi bulunmamaktadır. Tüylenme için lazer tedavi, menstrüel bozukluklar için adet düzenleyici ilaçlar; sivilceler için akne tedavisi kullanılır. Yani semptomatik tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (Küçük, 2013).

Günümüzde; PKOS için en etkili tedavi yöntemi kilo kontrolü, dengeli beslenme ve düzenli egzersiz olarak tanımlanmaktadır (Thomson ve ark., 2009). PKOS'da kilo yönetimi hem tedavi edici hem de koruyucu bir tedavidir. PKOS'lu obez kadınlar vücut ağırlığının %5-10'u kaybettikten sonra bile adet döngüleri normale dönebilmektedir (Harrison ve ark., 2011) ve bu gebe kalma olasılığını da yükseltir (Huber-Buchholz, Carey ve Norman, 1999; Crosignani ve ark., 2003). İnsülin direnci, PKOS'lu kadınların daha kolay kilo almasına ve zor kilo vermesine neden olurken; belli bir vücut ağırlığının kaybının gerçekleşmesi ise insülin direncinin de kırılmasını ve insülin duyarlılığının artmasını sağlar (Huber-Buchholz, Carey ve Norman; 1999).

Araştırmalar; PKOS'un aşırı kilo için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. PKOS'u olan hastaların yarısından fazlasının aşırı kilolu veya obez olduğundan Amerikan Birleşik Devletlerinde, PKOS'lu ergenlere sağlığa odaklanmayı, damgalamayı azalmayı, dengeli beslenme alışkanlıklarını kazandırmayı amaçlayan, BDT ve motivasyonel görüşme tekniklerini de içeren Sağlıklı Bedenler ve Sağlıklı Zihinler isimli (HBHM) yapılandırılmış bir müdahale programı geliştirilmiştir. Bu araştırma da ise; PKOS'lu genç bireylere sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar kazandırmada üç aylık DDT beceri eğitiminin etkili olup olmayacağı incelenmek istenmiştir. Bu amaçla ilk olarak; deney grubundaki katılımcılara, 12 haftalık beceri eğitimi öncesinde bir haftalık oryantasyon eğitimi verilmiştir. Oryantasyon haftasında; Grup kuralları, DDT temel teknik ve ilkelerinin yanı sıra PKOS ile ilgili önemli literatür bilgileri ve PKOS'da bir tedavi yaklaşımı olarak kilo kontrolü ve düzenli egzersizin önemine yer verilmiştir. Sağlık davranışlarının önemini anlama ve bilmenin; sağlık davranışını uygulamada önemli değişkenlerden biri olduğu düşünülmektedir (Özkan, 2018).

Orijinal DDT programında, sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar; beceri eğitimi duygu düzenleme modülünde de 'PLEASE' becerileri altında öğretilmektedir. Aynı zamanda Linehan (2015) eğitmenlere; becerileri öğretirken; konu ile ilişkili olan ve öğretilenleri destekleyen literatür bilgilerinin de paylaşılmasını önermektedir. Bu araştırmada katılımcılar 'PLEASE' becerilerini öğrenirken özellikle PKOS ile ilgili literatür paylaşımlarına yer verilmiştir. Kilo

verme, dengeli beslenme ve düzenli egzersizin; PKOS semptomları ile ilgili kısa vadede ve uzun vadede yarattığı sonuçlar özellikle katılımcılara aktarılmıştır. PKOS'da hangi tip beslenmenin ve spor türlerinin kilo vermeye cevap verdiği ve diyetlerine özellikle eklemeleri gereken besinlerin neler olduğunu gösteren araştırma bulguları katılımcılarla paylaşılmıştır (Harrison ve ark., 2011).

Bu araştırmada, üç aylık DDT beceri eğitimine dahil olan katılımcıların sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlarında artış olacağı hipotezi kurulmuştur. Nicel analizler; müdahale grubundaki katılımcıların SGKD ölçeği puanlarının, eğitim öncesine göre arttığını ve bunun iki aylık izlem süreci boyunca da istikrarlı olarak korunduğunu; ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlılık ifade edecek düzeyde olmadığını göstermektedir. Öte yandan; kontrol grubunda ise; zaman içinde, SGKD ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı ya da anlamsız herhangi bir değişim gözlenmemiştir.

Bu sonuçları yorumlarken; araştırmanın nitel bulguları da göz önünde bulundurulmuştur. Yarı yapılandırılmış görüşmeye dahil olan katılımcılar; 'ortak bir deneyim' olarak, DDT eğitiminden sonra sağlık davranışlarının önemini anladıklarını ve bu anlayışın sağlık davranışlarını daha fazla uygulamalarını sağladığını; ancak hedefledikleri düzeyde yaşam değişikliklerini gerçekleştirmemiş olduklarını ifade etmiştir. Nitel veriler tartışma bölümünde de detaylı bir şekilde açıklandığı üzere; Katılımcılar; DDT-BE eğitimine katılmadan önce sağlığı koruyucu davranışların hastalığın seyrinde nedenli bir öneme sahip olduklarını bilmediklerini dile getirmektedirler. Beceri eğitiminden sonra ise; bu bilginin kazanımının yaşam tarzı değişiklikleri yapmaları için önemli bir itici güç olduğunu açıklamaktadırlar. Örneğin; sağlığı koruyucu davranışları alışkanlıksal bir aktiviteye dönüştürebilmek adına; daha fazla yürüyüşe gitmeye, daha dengeli uyumaya; porsiyonlarını küçültmeye, sebze tüketimini arttırmaya ve düzenli olarak tıbbi kontrole gitmeye özen gösterdiklerini dile getirmişlerdir.

Katılımcılar aynı zamanda sağlığı geliştirici davranışlarını geliştirebilmek adına DDT becerilerinden de faydalandıklarını açıklamışlardır. Örneğin bazı katılımcılar; kilo yönetimi için yeme farkındalığı; uyku problemleri için uyku hijyen

protokolü ve su tüketimini arttırmak için Halka analizi gibi davranışsal teknikleri kullandıklarını ifade etmişlerdir. Öte yandan; Katılımcılar ‘ortak bir deneyim’ olarak arzu ettikleri düzeyde bir yaşam tarzı değişikliği yapamadıklarını söylemektedirler. Nitel tartışma bölümünde daha detaylı sunulmakla birlikte; sunulan sebepler; eski alışkanlıkları terk etmek de ve yeni alışkanlıkları istikrarlı bir şekilde devam ettirmekte yaşanan motivasyonel güçlükler, PKOS nedeniyle kilo vermekte güçlük çekme ve sonuç alamadığını görünce pes etme, kadınlar için spor yapılabilecek güvenli yerle erişimin sınırlılığı; kamuya açık yerlerde spor yapan kadınlara yönelik toplumun bakış açısından endişe ve rahatsızlık duyma, spor ve diyetisyen gibi hizmetlerden yararlanabilecek maddi imkanlara erişimsizlik gibi temel konuları kapsamaktadır.

Tüm bulgular bir arada değerlendirildiğinde nitel ve nicel verilerin birbirine paralel olduğu ve tamamlayıcı nitelikte olduğu düşünülmektedir. Açıklamak gerekirse; nicel bulgular DDT beceri eğitimine katılan deney grubunda sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ölçeği puanlarında bir artış olduğunu ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlılık ifade edecek düzeyde olmadığını ortaya koymaktadır. Bununla paralel olarak; nitel bulgular, katılımcıların beceri eğitimine bağlı olarak sağlık davranışlarını yaşamlarına katmak için daha çok efor sarf ettiklerini; ancak belli sebeplerden ötürü hedefledikleri düzeyde yaşam tarzı değişikliğini gerçekleştiremediklerini göstermektedir. Sonuç olarak; Nicel bulgular; araştırmanın nitel bulguları da göz önünde bulundurulduğunda şu şekilde yorumlanmıştır: ‘Üç aylık DDT eğitimi; PKOS’lu genç bireylerde sağlık davranışlarında bir iyileşmeye neden olmuş; ancak yaşam tarzında kökten değişikliği getirecek düzeyde bir etki yaratmamıştır.’

9.2.4. Yeme Davranışları İle ilgili Nitel Bulguların ve Yeme Farkındalığı Ölçeği Nicel Bulgularının Birlikte Değerlendirilmesi

Daha öncede değinildiği gibi Polikistik Over Sendromunun radikal bir tedavisi bulunmamaktadır ve en temel tedavisi kilo kontrolü ve beslenme davranışı değişikliğini de içeren kalıcı yaşam tarzı değişikliği olarak kabul görmektedir. Öte yandan; Literatür çalışmaları kilo kontrolünün özellikle önemli olduğu bu spesifik grupta, yeme bozukluklarının polikistik over sendromu olmayan sağlıklı kadınlara

göre daha fazla görüldüğünü göstermektedir. PKOS'lu kadınlarda klinik bulmia nervosa ve subklinik bulmia nervosa (Bernadett ve Szeman, 2016) ile klinik düzeyde tikanırcasına yeme bozukluğu daha yüksektir (aktaran Thannickal ve ark.2019). Öte yandan; meta analiz çalışmaları Polikistik over sendromu ve anoreksiya arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulgulamaktadır (aktaran Thannickal ve ark.2019). PKOS ile ilişkili bulunan bulmia nervosa, tikanırcasına yeme bozukluğu ve diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış pek çok yeme bozuklukları tikanırcasına yeme davranışları ile karakterize olduğundan, PKOS ve yeme bozuklukları ardındaki ortak bir özelliğin yeme davranışları ve alışkanlıkları olabileceği düşünülmüştür (Lee ve ark. 2018).

Alan yazın incelendiğinde, Polikistik over sendromu ve yeme davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen toplamda birkaç araştırmaya, Türk örnekleminde ise iki tane araştırmaya ulaşılmıştır. İsveç kadın örnekleminde dayanan bir çalışmada PKOS'lu kadınlar ve sağlıklı kadınlar arasında yeme davranışları açısından bir farklılık gözlenmemiştir (Larsson ve ark.,2015). Türk örnekleminde dayanan diğer iki çalışmada; ergen ve genç PKOS'lu kadınlar (Karacan ve ark., 2014) ile yetişkin PKOS'lu kadınların yeme davranışları üzerine benzer bulgulara ulaşılmıştır (Çetik ve ark. 2022). Öte yandan; Literatürde, PKOS'lu kadınların; PKOS'lu olmayan kadınlara göre yeme davranışlarının anlamlı derecede bozulmuş olduğunu; duygusal yeme ve kontrolsüz yeme davranışlarının anlamlı derecede daha fazla olduğu sonucuna erişmiş bir araştırma mevcuttur. Bu araştırma aynı zamanda PKOS'lu kadınlarda aşırı yeme arzusu (food craving) eğilimi olduğunu ve bu eğilimin spesifik olarak yağlı, karbonhidratlı, ve tatlı yiyeceklere yönelik olduğunu bulgulamaktadır (Jeanes ve ark., 2016). Son olarak, Türk örnekleminde yapılan deneysel çalışma; PKOS'lu kadınlarda gece yeme sendromu bulgusuna ulaşmamışlardır (Çetik ve ark., 2022).

Yeme davranışları yeme bozukluklarının önemli bir yordayıcısıdır (Eleni ve ark., 2020). Aynı zamanda, PKOS'lu kadınlarda aşırı yeme davranışlarının erken dönemde tespit edilmesinin optimal düzeyde psikolojik ve fiziksel sonuçlar almayı sağladığı ve koruyucu bir tedavi unsuru olduğu ifade edilmektedir (Krug, Giles ve Paganini, 2019). Yeme bozukluğu ve PKOS arasındaki ilişkiyi kurmak önemlidir;

çünkü PKOS'un neden olduğu yeme bozukluğunun kısır döngüsü içinde PKOS semptomlarının yönetiminin zorlaştırdığı görülmektedir (Lee ve ark.,2019).

Kadınlarda yüksek androjen seviyelerinin iştahı ve depresif duygudurumu artırması ile birlikte bu kişilerde tıknırcasına yeme davranışları gözlenebilmektedir (Krug, Giles ve Paganini, 2019). Karbonhidrat tüketiminden sonra, serotonin seviyelerindeki artışa bağlı olarak duygu durumunda anlık iyileşme gözlemlenmektedir. Bireylerin çoğunlukla ruhsal durumlarını iyileştirmek için daha fazla karbonhidrat tüketmelerinin öğrenilmiş bir davranış haline geldiği düşünülmektedir. Sonuç olarak, yüksek karbonhidratlı besinlerin sürekli tüketilmesi vücut ağırlığında artışa neden olmaktadır (Tay ve ark., 2019). Literatür bulguları bir arada değerlendirildiğinde; PKOS hastaları belki de yüksek androjen seviyelerine bağlı olarak depresif duygulanım yaşamakta (Eriksson ve ark., 2000) ve bununla baş edebilmek için serotonin seviyesini yükselten karbonhidrat tüketimini öğrenilmiş bir davranış haline getirmiş olabilir (Tay ve ark., 2019).

Tüm bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde; PKOS'lu kadınlarda yeme davranışları araştırmalarının sınırlı olduğu ve bulguların tutarsız olduğu görülmektedir. Sınırlı sayıda olan birkaç araştırmada PKOS'lu kadınlarda yeme davranışlarında problem olduğu sonucuna varamamakla birlikte; aslında PKOS'lu kadınlarda duygusal, kontrolsüz ve aşırı yeme davranışları olduğu, karbonhidratlı ve tatlı yiyeceklere yönelim gösterdikleri ve gece yeme davranışı olduğu klinik gözlemler (anecdotally) ile rapor edilmiştir (Moroshko, Brennan ve,O'Brien; 2011). Literatür incelendiğinde, bu alandaki çalışmalarda daha fazla ihtiyaç duyulduğu gözlenmektedir.

PKOS'lu kadınlarda yeme davranışlarının incelenmesi ancak deney ve kontrol karşılaştırmalı örneklem gruplarını içeren deneysel çalışmalar ile mümkün olabilmektedir. Bu araştırma PKOS'lu olmayan sağlıklı kadınların olduğu bir kontrol grubunu içermemektedir. Dolayısıyla bu araştırmanın bulgularından PKOS'lu kadınları sağlıklı kadınlardan ayırıcı özelliklere yönelik bir çıkarımda bulunulamaz. Bu araştırmanın deneysel deseni, bir müdahale programının etkililiğini incelemeye yönelik olarak; PKOS'lu kadınlardan oluşan deney grubuna uygulamanın yapıldığı

ve PKOS'lu kadınlardan oluşan diğerk gruba (kontrol grubu) ise hiç bir müdahalenin yapılmadığı bir yöntemden oluşmaktadır. Başka bir deyişle, bu araştırma PKOS'lu kadınların PKOS'lu olmayan sağlıklı kadınlardan ayrışan özelliklerini incelemeye yönelik bir deneysel desene sahip değildir. Ancak bu araştırmanın nitel boyutunda elde edilen bazı bulguların; PKOS'lu kadınlarda yeme davranışlarını incelemeye yönelik yapılabilecek nicel araştırmalara temel veriler sağladığı düşünülmektedir. Bu bağlamda aşağıdaki bölümde; nitel araştırmaya dahil olmuş beş katılımcının görüşme sırasında yeme davranışlarına yönelik olarak söylemlerini içeren alıntılara yer verilecektir.

Katılımcılardan bir tanesi görüşme sırasında yeme davranışlarını açıklayan ifadelere şu şekilde yer vermiştir;

'şöyle, bunalımlı ruh halim var. Kaygı da yaşıyorum. Okulla ilgili ne olacak diye de. Şimdi baktığımda pkos ile çok ilişkilendiriyorum bunu aslında. Ve bunlar olunca kendimi istemsizce yemeğe veriyordum. Yemek yiyordum. Aslında o bunalımı ve kaygıyı yemekle bastırmaya çalışıyordum. Gece kalkar yemek yapar yerdim. Hatta pirinç pilavının üstüne yoğurt koyar yerdim. Yani o farklı farklı kombinasyonlarda gerçekten midesiz gibi yerdim (Gülüyor). Yani kendimi durduramıyordum. Akşam saatlerinde canım sıkılıyor yemek yiyorum. Yani öyle bir dönemdi. Sınavı stresi zaten ayrı. Hasta olamayınca da insanın vücudu zaten bayağı bir şey oluyor..yiyorum, akşam oluyor yiyorum, güzel bir yemek cezbedici görüldüğünde yiyorum. Ölçekte de öyle bir soru vardı ya...midemi dipsiz bir kuyu gibi hissediyorum..(gülüyor).istemedem yiyorum. Annemde diyordu tamam ye ben senden yemeni esirgemiyorum ama kızım biraz kendine dikkat et. Gece iştahım açılıyordu yani. Saatin hiçbir önemi yok. Eğer o an güzel bir yemek varsa ve beni cezbediyorsa tok olsam bile yerdim yani. Ve tabi istemsiz kilo! Seksenler seksenbeşler böyle hani ilerledi ilerledi en son ben doksan altıyı gördüm. Sonra dedim noluyor kendine gel. Sonra ben diyetle sporla kilo vermeye başladım sağlıklı bir şekilde'.(Manolya).

Katılımcının ifadeleri duygusal yeme, dışsal yeme ve gece yeme davranışları eğilimlerini düşündürmektedir. Duygusal yeme; biyolojik açlık olmaksızın zorlu duygularla baş edebilmek için yeme davranışına yönelmektir. Katılımcı PKOS'a bağlı olarak yaşadığı ruh halinin kendini istemsizce yemeğe yönlendirdiğinden bahsetmektedir. Dışsal yeme biyolojik açlık olmaksızın yemeğin koku, görüntü gibi cezbedici özelliklerinden dolayı yeme davranışına yönelme olarak tanımlanmaktadır. Katılımcı tok olsa bile bir yemeyi cezbedici bulduysa yediğini ifade etmektedir. Gece yeme sendromu; DSM-5'de 'tanımlanmış diğerk yeme bozuklukları' sınıfı altında yer almaktadır ve toplam alınan günlük kalori miktarından bağımsız olarak iştah artışının ve yeme davranışının gerçekleştiği zaman diliminin akşam geç saatlerde olduğu ve yeme davranışı için gece uykusunun bölüdüğü tabloyu ifade etmektedir. Katılımcı

görüşmenin bu kısmında ve başka diğer bir kesitinde de özellikle akşam saatinde canın sıkıldığını ve olumsuz ruh haline büründüğünü açıklamaktadır. Bunun yanı sıra geceleri iştahının açıldığından ve yeme davranışını kontrol edemediğinden bahsetmektedir. Katılımcının betimlediği geç saatlerde yeme davranışları gece yeme sendromunu düşündürmektedir. Yukarıda da değinildiği üzere, Türk örneğine dayalı gece yeme sendromunu araştıran tek bir deneysel çalışma mevcuttur; araştırmada deney ve kontrol grubunun farklılaşmadığı sonucuna varılmıştır (Cetik, Acıkgöz ve Yıldız, 2022). Öte yandan; deneysel bir çalışma olmamakla birlikte; PKOS’lu kadınlarda gece yeme sendromu olduğuna ilişkin klinik gözlem kayıtları (anecdotally) mevcuttur. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, PKOS’lu bireylerde gece yeme sendromunu inceleyen nicel araştırmalara ihtiyaç duyulduğunu söylenebilir.

Başka bir katılımcı ise gece yeme davranışının yanı sıra; belli bir besin çeşidi olarak özellikle tatlı gıdalara yöneldiğini şu şekilde ifade etmektedir;

‘PKOS’un insülin üzerinde etkisi oluyorsa eğer belli dönemlerde bayağı tatlı krizim oluyordu. Hatırlıyorum o lise zamanlarında önüme bir kutu ekleri verseniz oturup yiyebilirdim. O dönem şeker hastalığından şüpheleniyordum şeker hastalığımı var bende aşırı yeme var diye. Ara ara dönemlerde de gece tatlı yemem tetikleniyor (Deniz).’

Farshchi ve ark. (2007) PKOS’lu kadınlara sıkça rapor edilen belli yiyeceklere karşı aşırı yeme arzusunun (food cravings) insülin direnci ile ilişkili olabileceğini tartışmaktadır. Katılımcı da benzer şekilde; lise dönemlerindeki aşırı tatlı yeme isteğini insülin direnci ile ilgili olabileceğini ve o dönemlerde şeker hastalığı şüphesi yaşadığını dile getirmektedir. Ancak; PKOS ve aşırı yeme alışkanlıkları arasındaki fizyolojik/psikolojik mekanizma tam olarak anlaşılmamıştır (Çolak ve Çiftçi, 2022).

Bir diğer katılımcı ise yeme davranışının yemeğin görüntüsü veya kokusu gibi dışsal uyarıcılar tarafından değil olumsuz duygular tarafından tetiklendiğini şu şekilde ifade etmektedir;

'Bir şeyi yemek için kokusu görüntüsünün cazip olmasına gerek yok. Benim bir şey yemem lazım. En hızlı ne yiyebilirim? Çikolata yiyebilirim. Tamam o zaman hemen çikolata alayım ve yiyeyim. Mutsuz olduğumda özellikle... Benim için bir kaçınma davranışı olabilir bu. Her şey daha iyi olacak daha iyi hissedeceğim. (Gül)'

Bir diğer katılımcı ise yeme davranışları ile ilgili olarak yemek yerken yediği şeye konsantre olmadığını, bu durumun aslında eğitimden önce de farkında olduğunu; yeme farkındalığı kavramı ile tanıştıktan sonra yeme alışkanlıklarını değiştirdiğini şu şekilde ifade etmektedir;

'Ama bilinçli farkındalık egzersizlerinin bana bir faydası oldu. 4 kilo verdim. (gülümsüyor). Daha önce hiç tartıda eksilere düştüğümü hatırlamıyordum. Bilinçli farkındalık ile yeme uyguladım. Lokmalarımı bilinçli farkındalık ile yemeye başladım. Ben aslında tabağında bir şey bırakmayı hiç sevmem (gülüyor) ..Bu da kültürel bir şey belki.. ama doyduktan sonra bırak bıraktım. Yani artık doydun şu an bu lokmayı aldığında sana ağır gelecek deyip bırakıyordum. Tabaklarımı küçültmeye başladım. küçük küçük olsun bitireyim doymasam yine alırım diyerek. Ama böyle de doydüğümü fark ettim. Yani bir avuçla bile doyabiliyormuşum. sabah kahvaltısında yine aynı şekilde..doyduğumu hissettiğim an bıraktım. benim yani problemin zaten bu olduğunu biliyordum ama belki üstüne gitmiyordum. Yani aslında bilinçli farkındalık ile yeme diye bir şeyin olduğunu bilmiyordum (Eda)'

Nitel araştırmaya katılan beş katılımcıdan bir tanesi ise yeme davranışlarına yönelik herhangi bir ifadeye yer vermemiştir. (Meryem)

Nitel araştırmaların doğası gereği; bu bulgulardan yola çıkarak PKOS'lu genç kadınların yeme davranışlarına yönelik bir genellemeye varılamaz veya PKOS'lu genç kadınların yeme davranışlarının sağlıklı kadınlardan farklılaştığına yönelik bir çıkarımda bulunulamaz. Ancak bu bulguların; PKOS'lu genç kadınların yeme davranışlarının inceleneceği deneysel araştırmalara temel düzeyde bir veri sağladığı düşünülmektedir. Nitel bulgularda dikkat çeken başka bir detay ise katılımcılardan hiç birisi yeme davranışlarına yönelik olarak 'bilişsel kısıtlama' (Cognitive restraint) yeme tutumunu (*vücut ağırlığını ve vücut şeklini korumak için besin alımını kısıtlama*) düşündüren ifadelerle yer vermemektedir. Bu nitel bulgu; alanyazındaki PKOS'lu kadınların yeme davranışlarının kısıtlayıcı besin alımından çok aşırı yeme eğilimi ile karakterize olabileceği ile ilgili tartışmalarla paralellik göstermektedir (Jeanes ve ark., 2017).

Nitel bulgularda dikkat çeken önemli başka bir detay ise; bazı katılımcıların aşırı yeme isteği, spesifik olarak tatlı ve karbonhidratlı yiyeceklere yönelme eğilimi ve gece yeme gibi davranışlarının özellikle ergenlik döneminde çok yoğun olduğunu belirtmeleridir. Yaşları 21 ve 25 yaş aralığında olan bu katılımcılar; ergenlik döneminden beri süregelen yeme alışkanlıklarını hala devam ettirmek ile birlikte zamanla azaldığını ve DDT beceri eğitiminden sonra da yeme alışkanlıkları üzerine farkındalık kazandıklarını ve aşırı yeme eğilimlerini nispeten daha iyi bir şekilde yönettiklerini ifade etmektedirler. Bu bulgular çerçevesinde; PKOS'a yönelik yeme davranışlarını inceleyen araştırmaların yaş değişkenine bağlı olarak spesifik gruplara (örn., *PKOS'lu ergenlerin yeme davranışlarının incelenmesi*) odaklanılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. PKOS'da belki de ergenlik dönemindeki hormonal dengesizlikler olumsuz yeme davranışlarının şiddetini arttırmakta, dolayısıyla da yaş ilerledikçe, yeme davranışlarının şiddeti ve yoğunluğu da değişiklik göstermektedir. Literatürde PKOS ve yeme davranışı üzerine yapılan araştırmalar sayıca kısıtlı ve birbirleriyle tutarsızdır. Bu araştırmalarda belki de yaş faktörü karıştırıcı değişken olarak rol oynamaktadır.

Özetle; polikistik over sendromu olan bireylerde yeme davranışlarını tespit edebilmek PKOS'da önemli araştırma alanlarından biridir. Öte yandan bu alandaki çalışmalar sayıca sınırlı ve birbirleri ile tutarsız olduğundan, PKOS'un işlevsiz yeme davranışları için bir risk faktörü teşkil edip etmediği konusu belirsizliğini korumaktadır. Bu çalışmadaki nitel bulgular, Türk örneğine dayalı PKOS'lu genç bireylerde; duygusal yeme, dışsal yeme ve gece yeme sendromlarını düşündürebilecek verilerin olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda, belirli türden yiyeceklere yönelim (şekerli gıdalar) bu örnekte gözlemlenmektedir. Bu veriler ışığında, gelecek araştırmalar için PKOS'lu genç bireylerde yeme davranışlarının incelenmesi önerilmektedir.

PKOS'da yeme davranışları kadar diğer bir önemli alan da yeme farkındalığı becerileridir. PKOS'lu genç kızlar yemek yerken aynı zamanda başka şeylerle ilgilenmekte (telefon, sohbet, TV ile meşgul olma), yediği yemeye konstantre olmamakta ve yediği porsiyonun ne kadar büyük olduğunu fark edemeden yemek yemekte (Hajivandi ve ark., 2020). Yeme farkındalığı ağırlık yönetimine yeni

bir yaklaşımdır (Çolak ve Aktaş, 2019). Yeme farkındalığı üzerine olan meta analiz çalışmaları; yeme farkındalığı uygulamalarına dayanan programların ağırlık kaybı ile netice aldığı sonucuna varmaktadır (Dunn ve ark.). Yeme farkındalığı becerisinin artırılması porsiyon küçülmesini sağlamakta ve obezite tedavisinde bir bileşen olarak kullanılması önerilmektedir (Çolak ve Aktaş, 2019).

Bu çalışmadaki hedeflerden biri de; kilo yönetiminin özellikle önem kazandığı PKOS'lu bireylerde yeme farkındalığı becerisinin geliştirilmesi olmuştur. Bu amaçla; 12 haftalık DDT beceri eğitimi süresince ilk üç hafta boyunca bilinçli farkındalık modülüne yer verilmiştir. Bilinçli farkındalık kavramı katılımcılara; hem gündelik yaşam problemleriyle hem de PKOS ile ilişkili problemlerle baş etmede yardımcı bir unsur olarak sunulmuştur. Yeme farkındalığı becerileri ise üçüncü haftada katılımcılara öğretilmiş ve kuru üzüm egzersizi ile deneyimlenmiştir. Katılımcılar ile 1) PKOS'lu bireylerin yeme farkındalık becerilerini 2) PKOS'lu bireylerin yeme alışkanlıklarını 3) yeme farkındalığının kilo yönetimi üzerinde etkililiğini ortaya koyan araştırma bulguları paylaşılmıştır. Katılımcıların yeme farkındalık becerilerini günlük hayatına taşımaları için yeme farkındalığı ödevleri verilmiş; sonraki oturumlarda ödev kontrolleri yaparak yeme farkındalığı becerilerinin alışkanlık haline getirilmesi hedeflenmiştir.

Bu amaç doğrultusunda; müdahale grubundaki katılımcıların yeme farkındalığı ölçeğinden aldıkları puanların eğitimden sonra yükseleceği ve bu yükselişin iki aylık izlem sürecinde de korunacağı hipotezi kurulmuştur. İstatiksel analiz sonuçları bu hipotezi onaylamaktadır. Buna göre; deney grubundaki katılımcıların müdahale programından sonra yeme farkındalığı becerilerinde artış gerçekleşmekte ve bu artış eğitim bittikten iki ay sonra da kalıcılığını korumaktadır. Hiçbir müdahalenin yapılmadığı kontrol grubunda ise zaman içinde yeme farkındalığı becerilerinde bir değişim görülmemiştir.

Bu sonuçlar, yeme farkındalığı becerilerinin; spesifik bir grup olarak PKOS'lu bireylerde bir tedavi unsuru olarak kullanabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Yeme farkındalığı becerilerinin PKOS'lu bireylere birden fazla fizyopsikolojik mekanizma üzerinden yardımcı olabileceği düşünülmektedir; 1) Yeme

farkındalığı becerileri PKOS'lu bireylerin kilo vermesine ve buna bağlı olarak da infertilite, tüylenme, menstrüel siklusta bozukluğun düzeltilmesine ve duygu durumunda iyileşmeye katkı sağlayabilir. 2) Yeme farkındalığı becerilerinin artması; duygusal yeme, kontrolsüz ve/veya tıknırcasına yeme davranışı olan PKOS'lu bireylerin yeme alışkanlıklarını değiştirmesine yardımcı olabilir.

Nitekim, araştırmanın nicel bulguları nitel bulguları ile de tutarlılık içindedir. Nitel araştırma bulgularında; bir katılımcı yeme farkındalığı becerilerini uygulayarak açlık ve tokluk sinyallerinin daha iyi farkında olmayı öğrendiğini, porsiyonlarını küçülttüğünü ve eğitim süresince dört kilo verdiğini açıklamaktadır (Eda). Bazı diğer katılımcılarda, tam bir bilinç hali ile yemek eyleminde bulduklarında kendi yeme davranışları üzerinde daha farkında olabildiklerini ifade etmektedirler. Araştırmalar; yeme farkındalığının yeme alışkanlıklarına farklı şekilde etki ederek değiştirdiğini göstermektedir. Yeme farkındalığı, yeme hızını yavaşlatarak bireylerin daha az miktarda besinle daha tok hissetmelerini sağlamak ve dolayısıyla toplam enerji alımını azalmaktadır (Monroe, 2015). Çevresel veya dış faktörlere (örneğin, ambalaj büyüklüğü) dayalı bilinçsiz bir yeme bağımlılığı, bireyin yediklerinin farkında olma yeteneğini kötü etkileyebilmektedir. Bu müdahale ile bireyler dikkat çekici besinleri satın alma ve yeme olasılığını azaltmaktadır (Warren, Smith ve Ashwell; 2017). PKOS'lu bireylerin duygusal yeme davranışlarının kaynağının, olumsuz ruh hali ile baş etmek için serotonin düzeyini yükselten karbonhidratlı besinlere yönelmeyi öğrenmeleri ile ilişkili olabileceği tartışılmaktadır. Duygusal yeme davranışı yüksek olan bireylerde ağırlık kaybının hedeflendiği farkındalık müdahalelerinde pozitif sonuçlar alınmaktadır (Katterman ve ark., 2014).

Bu bulguların literatüre kattığı diğer bir önemli kazanım da, PKOS'lu bireylere özgü uyarlanabilecek bir DDT beceri eğitimi protokolü için pilot çalışma niteliğinde olmasıdır. Standart bir DDT programında bilinçli farkındalık modülü temel bir birleşen olmakla birlikte, bir bilinçli farkındalık aktivitesi olarak özellikle yeme farkındalığı egzersizlerine yer vermek uygulamanın bir parçası olmak zorunda değildir. PKOS'lu bireyler için oryante edilen bir programın, bu spesifik grubun ihtiyaçlarına cevap oluşturabilecek bir şekilde düzenlenmesi esastır. Nicel bulgulara göre; 12 haftalık DDT yönelimli beceri eğitimi katılımcıların yeme farkındalığı

becerisini arttırmıştır. Dolayısıyla; bu araştırmanın bulguları da, kilo kontrolünün özellikle önemli olduğu PKOS'lu bireylere yönelik olarak geliştirilebilecek DDT yönelimli koruyucu programlara yeme farkındalığı egzersizlerinin de dahil edilmesini önermektedir.

9.3. TARTIŞMA III

Bu araştırma üçüncü bir yöntem biçimi olarak tanımlanan 'Karma Yöntem' metodolojisine dayanmaktadır. DDT beceri eğitiminin PKOS'lu genç bireylerde etkililiğini incelemek amacıyla nitel ve nicel verilerin birlikte yorumlanması hedeflenmektedir. Bu amaçla araştırmanın nitel ve nicel boyutlarının üstünde çatı problemler oluşturulmuştur. Bu bölümde nitel ve nicel bulguların her ikisi de göz önünde bulundurularak çatı problemlere yanıt aranacaktır. Aynı zamanda, diğer tartışma bölümlerinde değinilen nicel ve nitel araştırma bulguları özetlenmekte ve gelecek araştırmalar için hedef öneriler sunulmaktadır.

Problem 1: Diyalektik beceri eğitimi spesifik bir grup olarak Polikistik over sendromu olan genç bireylere özgü ihtiyaç ve problemler üzerinde etkili olmaktadır mı?

Alan yazın incelendiğinde; Polikistik over sendromlu kadınların deneyimlerini inceleyen araştırmaların genellikle üretkenlik çağındaki tüm PKOS'lu kadınlara yer verdiği; 'genç kadın örnekleme' olarak isimlendirilen araştırmaların ise genellikle 25-35 yaş (Chadha ve ark.,2019) veya 30-40 yaş aralığındaki katılımcılardan oluştuğu görülmektedir (Kahal ve ark.; 2019). Ancak bireylerin polikistik over sendromunu nasıl deneyimlediği, içinde bulunulan gelişim dönemi, yaş, medeni durum, sosyal roller gibi sosyo-demografik değişkenlerle de ilişkili olabilir. Ergen ve gençlerde PKOS'un patofizyolojisi ve seyrini inceleyen pek çok araştırma bulunmaktadır. Öte yandan; PKOS'lu ergen veya gençler için hedeflenen psikolojik iyi oluşu koruyucu tedavi programlarının geliştirilebilmesi için; PKOS'lu bireylerin özgül ihtiyaçlarının anlaşılmasına yardım edebilecek yaş-spesifik araştırmalara ağırlık verilmesi gerektiği düşünülmektedir (Kaczmarek, Haller ve Yaron; 2016).

Literatüre bakıldığında yaş spesifik araştırmaların bir kaç sayı ile sınırlı olduğu görülmektedir. 18-23 yaş arasında 12 katılımcıdan oluşan nitel bir çalışmada;

PKOS'lu genç kadınların; tüylenme, akne, adet düzensizliği ve kilo artışı kombinasyonundan oluşan kronik tablo ile ilişkili olarak anksiyete yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Bu sebepten ötürü; PKOS ile ilgili araştırmalarda patafizyolojinin yanı sıra psikososyal boyuta da ağırlık verilmesi gerektiği belirtilmektedir (Weiss ve Bulmer, 2011). 18-22 yaş arasındaki genç PKOS'lu kadınlardan oluşan diğer nitel araştırma ise; batı geleneksel güzellik standartlarına maruz kalmanın, özellikle tüylenme, akne, aşırı kilo ile ilişkili olan PKOS'a sahip genç kadınlarda etkilerini incelemeyi hedeflemiştir. Bu genç kadınlar feminen görünme yönünde sosyal beklentileri karşılama baskısı hissetmekte ve feminenlik konsepti ile uyuşmayan bir dış görünüşe sahip olduklarını düşünmektedirler. Bundan ötürü, olumsuz beden imgesine sahip oldukları rapor edilmektedir. Son olarak; Yaşları 15 ve 24 yaş arasındaki ergen ve genç kadınları içeren nicel bir çalışmada, içselleştirilmiş sosyokültürel zayıflık ideallerinin ve beden memnuniyetsizliğinin, sadece PKOS'lu olan grupta (kontrol grubundan farklı olarak) aşırı yeme endişesini yordadığını bulmuşlardır (Karacan ve ark, 2014).

Bu araştırmanın nitel boyutunun PKOS'lu genç bireylerin özgül ihtiyaçlarını anlamak için önemli kazanımlar sunduğu düşünülmektedir. Katılımcılar ortak bir deneyim olarak; PKOS ile ilgili baş etme de en güçlük çektikleri alanların olumsuz duygu durumu, adet düzensizlikleri, kilo artışı ve/veya kilolarını sabit olarak korumaya ilişkin endişeler, tüylenme, akne gibi belirtilerden dolayı hoşnutsuzluk, beden memnuniyetsizliği üzerinde durmaktadırlar. Bu bulguların yukarı da sunulan diğer araştırmalar ile paralel olduğu düşünülmektedir.

Bu bulgular aynı zamanda; PKOS'lu genç kadınların spesifik ihtiyaçlarının ne olduğu ile ilgili de bilgi kaynağı sunmaktadır. Buna göre, PKOS'lu genç kadınlar; duygularını düzenlemekte güçlük çekebilmekte, PKOS'un biyopsikosozyal semptomları nedeniyle anksiyete yaşamakta ve beden memnuniyetsizliği öz benlik saygılarını etkilemektedir. Nitel araştırma için yapılan görüşmede katılımcılara; DDT beceri eğitiminin PKOS'un semptomları ile baş etme de etkili olup olmadığı sorusu yöneltilmiştir. Katılımcılar, DDT beceri eğitiminde öğrendikleri stratejileri hangi durumlarla ve nasıl baş etmek için kullandıklarını ve aldıkları sonuçları detaylı bir şekilde açıklamışlardır.

Buna göre; katılımcılar PKOS ile baş edebilmek için en çok bilinçli farkındalık ve kabullenme becerilerini kullanmışlardır. Katılımcılar kilo yönetimini sağlamak için yeme farkındalığı, premenstrüel dönemdeki ağrı ve zorlu duygular ile baş etmede bilinçli farkındalık becerilerinden yararlanmaktadır. Katılımcılar; aynı zamanda, feminen güzellik standartlarına yönelik sosyal beklentileri karşılama baskısı ve fiziksel görünüm hoşnutsuzluğu ile başa çıkmak için kabullenme becerilerine başvurduklarını açıklamaktadırlar. Genç kadınların kendi sağlık durumlarının bilincinde olması, kronik bir durumun yöneticisi olarak yeni rollerini anlamaları ve bunu kabul etmeleri, PKOS ile baş etme becerilerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Katılımcılar, PKOS'un kronik bir tablo olduğunu, dolayısıyla da yaşam boyu yönetmek durumunda oldukları potansiyel zorluklar olduğunu, DDT becerileri ile kabullenmeyi öğrendiklerini ifade etmektedirler. Linehan'a (2015) göre; bir sağlık problemini kabul etmemek onunla baş etmeyi güçleştirmektedir. Kişi ancak var olan hastalık durumunu kabullendiği zaman, onunla baş edebilmek için tedavisi için gerekli sağlık davranışlarını yerine getirecek adımlar atabilir (örn., doktor kontrolüne gitme, sağlıklı yeme alışkanlıkları, ilaçlarını kullanma, vs.).

Son olarak, katılımcılar PKOS ile ilgili ihtiyaç duydukları alanlardan bir tanesinin de 'PKOS' ile ilgili sosyal destek ve bilgi desteği alabilmek olduğunu açıklamaktadır. Bu veriler, Weiss ve Bulmer (2011) tarafından yapılan nitel araştırma bulguları ile tutarlıdır. O sonuçlara göre; Genç PKOS'lu kadınlar, kendi sağlıkları ile ilgili kararlarını kendi kendine yönetebilmek için uzmanların rehberliğine ve bilgilendirilmeye ihtiyaç duymaktadır. Çoğu katılımcı doktorunun verdiği bilgilerden memnun olmakla birlikte hala birçok soru işareti kaldıklarını söylemektedirler. Örneğin; Abby, doktoru kendisine insülin direncini yenmek için kilo vermesi gerektiğini söylediğinde; sadece kilo vermesinin PKOS'un tüm belirtilerini yenmesine nasıl bir katkı sağlayacağını anlayamamıştır. İnsülin direncini kırmanın diyabet hastalığından korunmak ile bağlantısını anlamamaktadır.

Bu araştırmadaki katılımcıların tamamı ergenlik döneminde PKOS tanısı almıştır; Öte yandan; ihtiyaç duydukları bilgilendirmeye ancak DDT beceri eğitiminden sonra ulaştıklarını ifade etmektedirler. Katılımcılar doktorlarının

kendilerine kilolarını kontrol altında tutmaları gerektiğini söylediğini; ancak kilo yönetiminin PKOS'un seyrini nasıl ve hangi şekilde etkilediğini ya da adet düzensizliği, tüylenme, akne, insülin direnci, diyabet ve duygu durumu, infertilite üzerindeki etkilerini tüm boyutlarıyla anlamalarının DDT beceri eğitimi ile gerçekleştiğini ifade etmişlerdir. Bir katılımcı DDT beceri eğitiminden en çok fayda gördüğü şeyin; PKOS'un fizyoloji ve psikolojiyi nasıl etkilediğine ilişkin araştırmaların paylaşılması olduğunu ifade etmiştir (Manolya). Bu sonuçlardan yola çıkarak; DDT yönelimli koruyucu tedavi programlarında tedavinin rasyonelinin açıklanması; başka bir deyişle, sadece kilo yönetimin önemli olduğu değil, neden önemli olduğunu da açıklayan bilgilendirmelerin paylaşılmasının da tedavinin önemli bir unsuru olacağı düşünülmektedir. Nitekim; araştırma bulguları DDT beceri eğitiminin PKOS'lu gençlerin ihtiyaç duyduğu sosyal destek türlerinin değişik yönlerini (psikolojik ve bilgi desteği) karşıladığını göstermektedir.

PKOS'lu ergenler için oluşturulan bilişsel davranışçı terapi yönelimli tedavi protokollerine yapılan en temel eleştiri; PKOS'lu ergenler için hazırlanan protokolün, obez ergenler için hazırlanandan farklılaşmamasıdır. Halbuki; koruyucu tedavi programlarının oluşturulmasında hastalığa özgü ihtiyaçların anlaşılması esastır. Örneğin; PKOS'lu zayıf bireylerde de yeme bozukluğu olduğu rapor edilmiş ve obezitenin tek başına PKOS ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkiyi açıklamadığı sonucuna varılmıştır (Jeanes ve ark., 2017). Bu araştırmanın bulguları göz önünde bulundurulduğunda, yeme farkındalığı becerilerinin PKOS için geliştirilebilecek DDT yönelimli tedavilere oryante edilmesinin önemli bir kazanım olduğu düşünülmektedir. Nitel araştırmaya katılan tüm katılımcılar 'DDT'nin sizde olumsuz bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?' sorusunu 'hayır' olarak cevaplandırmışlardır. Tüm bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde DDT beceri eğitiminin spesifik bir grup olarak PKOS'lu genç bireylerin özgül ihtiyaçlarına cevap verebilecek modül ve stratejileri içerdiği düşünülmektedir.

Problem 2: Diyalektik Davranış beceri eğitimi polikistik over sendromu olan genç bireylerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmuş mudur?

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini; 'Hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaş aldıkları kültür ve değer yargıları bütünü

içinde durumları nasıl algıladıkları " şeklinde tanımlamaktadır' (WHO, 1993; Skevington ve ark., 2004). Yaşam kalitesi; "yaşam şartları içerisinde elde edilebilecek kişisel doyumun seviyesini etkileyen, hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavram" şeklinde de tanımlanabilmektedir.

Kaczmarek, Haller ve Yaron (2016) yaptıkları literatür taramasında 1980 ve 2015 yılları arasındaki yayınları incelemiş, PKOS'lu bireylerde yaşam kalitesini irdeleyen pek çok makaleye ulaşmış ancak bunlardan sadece birkaç tanesinin yaş aralığını kriter olarak ergen ve genç PKOS'lu bireylere odaklandığını görmüşlerdir. Sadece 13 ve 24 yaş aralığını kriter alan nicel ve nitel iki makaleyi incelediklerinde ise; PKOS'un ergen ve gençlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini; beden kitle indeksinin ve kilo endişesinin yaşam kalitesini etkileyen en önemli değişken olduğu sonucuna varmışlardır. Bunun yanı sıra; yaşam kalitesini etkileyen diğer değişkenin de, akne ve tüylenme gibi dış görünümü etkileyen PKOS semptomlarının öz güveni ve öz benlik saygısını olumsuz yönde etkilemesi olarak tanımlanmıştır. Son olarak; inceledikleri araştırmaların iki tanesinde ise, gelecekteki potansiyel infertilite ile ilgili kaygı duymanın da bu spesifik grupta yaşam kalitesini olumsuz etkiledikleri çıkarımında bulunmaktadır (Trent, Rich ve Austin; 2003; Jones, Hall ve Lashen; 2011).

Bu araştırmada doğurganlık ile ilgili endişelere ne araştırmanın nitel ne de nicel boyutunda ulaşılmamıştır. Bu araştırmanın hem nitel hem de nicel bulguları, yaşları 20 ve 25 aralığında olan PKOS'lu genç bireylerin kilo artışı, adet düzensizliği ve dış görünümü etkileyen semptomlarla ilişkili olarak anksiyete yaşadıklarını göstermektedir. Bu nitel araştırmada hiçbir katılımcı; yetişkin kadınlara dayanan diğer araştırmalarda rapor edilmiş olan kısır olma endişesi, çocuk sahibi olamama endişesi, boşanma korkusu, cinsel tatminsizlik, eşine çocuk verememe düşüncesi ile boşanma isteği, yetersizlik duygusu ve intihar düşüncesi gibi söylemlere yer vermemiştir. Bununla paralel olarak; Nicel araştırma bulguları da, eğitim öncesinde, katılımcıların yaşam kalitesini en çok etkileyen alanların psikososyal ve duygusal alan, tüylenme ve obezite; en az etkileyen alanın ise doğurganlık boyutu olduğunu göstermektedir.

Nicel araştırma verileri; DDT beceri eğitimi alan katılımcıların eğitimden sonra duygu durumlarında iyileşme ile adet düzensizliği, kilo artışı ve tüylenmeye yönelik anksiyete ve beden memnuniyetsizliği üzerinde azalma olduğunu ve yaşam kalitelerinde artış olduğunu göstermektedir. Bu sonuçların nitel veriler ile de tutarlı olduğu göz önünde bulundurulduğunda; üç aylık DDT beceri eğitiminin PKOS'lu genç bireylerin yaşam kalitesini yükseltmekte etkili olduğu çıkarımında bulunulmuştur.

Problem 3: Diyalektik davranışçı beceri eğitimi polikistik over sendromu olan genç bireylerin psikolojik iyi oluşu üzerinde etkili olmuş mudur?

PKOS; depresyon, anksiyete, tıkanırcasına yeme davranışı ile karakterize olan yeme bozuklukları gibi tanılar ile, ve de depresif, hipertimik, siklotimik, sinirli ve endişeli olarak toplam beş mizaç özelliği ile de ilişkilidir (Özsoy ve ark., 2020). Bunun yanı sıra; PKOS'lu kadınlar sağlıklı kontrollere göre daha az etkin olan baş etme yöntemlerini kullanmaktadırlar (Özenli ve ark., 2008).

Bu çalışmada polikistik over yaşam kalitesi ölçeği 'Psikososyal ve duygusal alan' alt boyutu puanlarının istatistiksel analizleri; on iki haftalık DDT-BE programının PKOS'lu genç bireylerin psikolojik iyi oluşu üzerinde olumlu yönde etkili olduğunu göstermektedir. Literatür çalışmaları BDT yönelimli terapilerin PKOS'a özgü ihtiyaçları göz önünde bulundurmama yönünde eleştirilere yer verirken; Bu çalışmanın nitel bulguları DDT yönelimli beceri eğitiminin PKOS'lu bireylerin psikolojik iyi oluşuna nasıl katkıda bulunmuş olduğu ile ilgili zengin bir veri sunmaktadır.

Nitel bulgular; katılımcıların zorlayıcı duygularla baş edebilmek için; bilinçli farkındalık, kabullenme gibi becerilerin yanı sıra duygu düzenleme becerilerine de başvurduklarını göstermektedir. Katılımcılar 'ortak bir deneyim' olarak 'kendini geçerli kılma' (Self validation) becerisini kullandıklarını ifade etmektedir. Linehan'a (2015) göre, diğer insanlar ve kendimiz tarafından geçersiz kılınmak duygu düzenleme güçlüklerine olumsuz olarak katkıda bulunur. Diğer insanların bizleri geçersiz kılmalarının ardında pek çok sebep olabilmektedir (*başkalarını nasıl geçerli kılacaklarını bilmiyor olabilirler, geçerli kalmanın önemini bilmiyor olabilirler, stres verici*

bir yaşam olayının içinde olabilirler, vs..). Buna karşılık; kendini geçerli kılmak duygu düzenlemenin en temel adımıdır.

Katılımcılar insülin direnci, kilo verme güçlüğü, adet dönemlerinde duygusal hassasiyet gibi PKOS ile ilişkili zorlayıcı deneyimler karşısında kendilerini onayladıklarını dile getirmektedirler. DDT'den önce; PKOS ile ilişkili deneyimledikleri güçlükler diğer insanlar tarafından anlaşılmadığında kendilerini geçersiz kılınmış hissederken; DDT'den sonra ise bakış açılarında değişim gerçekleşmiştir. Diğerleri tarafından geçersiz kılındıklarında dahi o durum içinde kendilerini geçerli kılmanın bir yolunu bulmaktadırlar. Ayrıca; Diğerlerinden ihtiyaç duydukları tepkileri alamamanın diğerleri ile ilgili nedenlerini (*PKOS ile ilgili bilgi eksiklikleri olabilir; geçerli kılmanın önemini bilmiyor olabilirler, kendi deneyimledikleri bir olguyu anlamada güçlük çekiyor olabilirler*) kendilerine hatırlatmaktadırlar. Bu anlamda; bazı katılımcılar başka insanları olduğu gibi kabullenmenin de DDT'den sonra kazandıkları bir bakış açısı olduğunu dile getirmektedir. Örneğin; katılımcılar, zaman zaman 'neden arzu ettiğim tepkiyi bir türlü alamıyorum?', 'neden hep aynı şekilde davranmak zorunda?' gibi çözüme bir katkı sunmayan düşüncelerde sıkışmış hissettiğini ifade etmiştir. DDT'den sonra ise, kendilerini onaylamak için ille de bir diğerinin onayının şart olup olmadığını sorgulamışlardır. 'Başka insanların benden farklı deneyimleri ve benden farklı düşünceleri olabilir' görüşünü benimsemeye başlamışlardır. Bakış açıları değiştikçe, diğer insanların kabulünün ve kendilerini geçerli kılmanın da kolaylaştığını ifade etmektedirler.

Özetle; hem nicel hem nitel bulgular, birbirlerine paralel olarak; on iki haftalık DDT beceri eğitiminin psikolojik iyi oluşu olumlu yönde etkilediğine işaret etmektedir. DDT'de en çok kabullenme, bilinçli farkındalık ve duygu düzenleme becerilerinin psikolojik iyi oluşlarına katkı sağladığı gözlemlenmiştir.

Problem 4: Diyalektik davranışçı beceri eğitimi polikistik over sendromu olan genç bireylerin sağlığı koruyucu davranışlar geliştirmesinde etkili olmuş mudur?

PKOS hayat boyu sürekli tıbbi takibe bağımlılık gerektirdiğinden sağlık sistemi için önemli bir yük getirmektedir. Kilo yönetiminin hem klinik semptomlar

hem de ileriye dönük KVH gibi uzun dönem sağlık problemlerine karşı önleyici özelliği göz önünde tutulduğunda sağlığı koruyucu davranışların erken dönemde PKOS'lu bireylere kazandırılması önem arz etmektedir. Dengeli beslenme ve düzenli egzersiz PKOS'da birincil tedavi yöntemi olarak önemini korumakta iken; bu araştırmada 12 haftalık beceri eğitiminin sağlığı koruyucu davranışlar geliştirmede etkililiği incelenmiştir.

Hem nitel hem nicel araştırma bulguları 12 haftalık DDT beceri eğitimi ile, katılımcıların ihtiyaç duyduğu duygusal ve bilgi desteği sağladığı, sağlığı koruyucu davranışlarının önemini kavradığı ve daha fazla uygulayabilmek için efor sarfettiklerini, bununla birlikte radikal bir şekilde yaşam tarzı değişikliği yapamadıklarını göstermektedir. Katılımcılar ilk defa olarak; 12 haftalık beceri eğitiminden sonra neden PKOS'un yaşam boyu yönetim gerektiren bir hastalık olduğunu ve bunun kendilerine getirdiği yeni rolleri anlamışlardır. Sağlık davranışlarının hastalığın seyri üzerindeki önemini anladıkça dengeli beslenmek, yeterinde su tüketmek, uykularına dikkat etmek için daha özenli davranmaya başlamış ve halka analizi, yeme farkındalığı gibi DDT tekniklerinden fayda sağlamışlardır.

Katılımcıların sağlığı geliştirici davranışları neden arzu ettikleri düzeyde yaşamlarına alamadıklarına yönelik verdikleri cevaplar; PKOS nedeniyle kilo vermekte güçlük çekme ve sonuç alamadığını görünce pes etme, kadınlar için spor yapılabilecek güvenli yerle erişimin sınırlılığı; kamuya açık yerlerde spor yapan kadınlara yönelik toplumun bakış açısından endişe ve rahatsızlık duyma, spor ve diyetisyen gibi hizmetlerden yararlanabilecek maddi imkanlara erişimsizlik, eski alışkanlıkları değiştirmekte güçlük çekme gibi temel konuları kapsamaktadır.

Sonuç olarak; 12 haftalık DDT beceri eğitimi PKOS'lu gençlerin radikal düzeyde yaşam tarzı değişiklikleri yapmasında etkili olmamıştır. Bu bulgulara getirilecek olası açıklamalardan birisi belki de bu araştırmada yapılan uygulamanın kısa süreli bir programa dayalı oluşu; dolayısıyla da beslenme alışkanlıklarını değiştirme, egzersize başlama ve sürdürbilme gibi köklü yaşam tarzı değişikliği gerektiren davranışların kazanımının daha çok zaman gerektirmesi olabilir. Örneğin;

üç ay süreli değil de altı ay süreli bir DDT'nin etkililik düzeyi daha fazla olabilir. Olası bir başka açıklama; bu araştırmada standart bir DDT'nin uygulanmış oluşudur.

DDT, sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları kazandırma ve sürdürülebilir bağlamında, PKOS'lu bireylerin ihtiyaçlarına yönelik olarak daha da bireyselleştirilebilir. Bu araştırmada standart bir DDT programı her ne kadar PKOS'lu bireylerin ihtiyaçlarını gözeterek uygulanmış olsa da; şuan ki hali ile PKOS'a yönelik olarak spesifikleştirilmesi için kat edilecek daha çok yolu vardır.

Üçüncü bir açıklama veya öneri ise, DDT terapistlerinin, diyetisyen ve kadın hastalıkları doktoru, hemşire gibi diğer uzmanlardan oluşan bir ekip ile birlikte çalıştığı multidisipliner bir yaklaşım olabilir. DDT'nin tek başına bir modül olarak uygulanmasından ziyade diğer uzmanlardan da destek alındığı bir koruyucu tedavi çatısı altında uygulanması belki de tedavinin etkililiğini arttırabilir.

Yakın zamanda yapılan güncel bir araştırmanın bulguları bu çıkarımları destekler niteliktedir. Türk örneğine dayanan (63 kontrol, 63 deney grubu) obez PKOS'lu adolesanlara birinci aşamada bir ay boyunca beslenme ve fiziksel egzersiz üzerine eğitim verilmiş ikinci aşamada üç ay boyunca pekiştirme eğitimi verilmiştir (Erbaba, 2019). Bir psikoterapi yönteminin dahil olmadığı bu programda sadece beslenme ve fiziksel egzersiz üzerine yoğunlaştırılmış bir eğitim sunulmuştur. Sonuçlar eğitim sonunda obez PKOS'lu adolesanların sağlıklı yaşam biçimlerini kazandığını göstermektedir. Bu bağlamda; DDT beceri eğitiminin sağlığı koyurucu davranışları daha da kapsayıcı şekilde PKOS'lular için özelleştirilmesi, hem PKOS'lu bireylerin ihtiyaç duydukları psikoeğitime erişimini sağlayabilir hem de DDT'nin sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları kazandırabilme alanında da etkililiğini arttırabilir. DDT terapistinin diğer sağlık uzmanları ile ekip çalışması içinde olduğu multidisipliner yaklaşımlarda, benzer şekil de; DDT'nin PKOS'lu bireylere sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları kazandırabilmesi için test edilebilir sistemler olarak görünmektedir.

Problem 5: Diyalektik beceri eğitiminin grup formatında olması polikistik over sendromu olan genç bireylerin fayda görmesinde etkili olmuş mudur?

Bu araştırmada mercek tutulan bir diğer konu DDT beceri eğitiminin bireysel bir terapi yerine grup formatı şeklinde veriliyor olmasının olumlu bir etkisi olup olmadığıdır. Açıklamak gerekirse, PKOS'lu bireyler için geliştirilen BDT yönelimli tedavi protokolü bireysel bir terapi akışı izlemektedir (Rofey ve ark., 2009). Bu çalışmada ise; katılımcılar DDT becerilerini kendileri gibi PKOS tanısı almış bireylerin olduğu bir grup içinde öğrenmişlerdir. Standart bir DDT programında becerilerin bireysel bir terapi ortamında öğretilmesi de mümkündür. Öte yandan bu çalışmada bireysel terapi formatı eklenmemiş, tek başına bir tedavi modülü olarak grup formatında beceri eğitimi uygulanmıştır. Bu nedenle, PKOS'lu bireyler için DDT becerilerini grup içinde öğrenmenin avantaj sağlayıp sağlamadığı konusuna ışık tutmak, gelecek çalışmalar için önemli veriler sağlayabilir. Bu amaç doğrultusunda, Nitel çalışmada katılımcılara 'DDT eğitimini grup formatında almanın sizde bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?' sorusu yöneltilmiştir. Bu bölümde, bu soruya yönelik alınan cevapların deşifreleri aktarılacaktır.

Bazı katılımcılar kendi kişisel grup deneyimlerini; 'saygı ve güven çerçevesinde ilerleyen bir süreç' olarak tasvir etmiştir (Deniz, Gl). Diğer bir katılımcı ise, grup formatını güçlü kılan temel özelliği 'ortak yaşanmışlıklar' olarak tanımlamaktadır. Diğer bir katılımcıya göre ise; grup formatı diğerleri ile karşılıklı olarak paylaşım yapmaya olanak tanımaktadır; bu da kendimizle ilgili farkındalığı geliştirmeye ortam hazırlar (Eda).

'yani benzer şeyler yaşadığımız ortak noktalar olmuş..ve bunları grup içerisinde görmek bana kattığı bir nevi de güven. Güvensiz olduğum noktalarda oldu ama hani güven kurabildiğim noktalarda ortak yaşanmışlıkların olması. İşte hepsinin polikistik over sendromu olması..bunun hepimizin sorunu olması. Bu açıdan olumlu oldu benim için.'
(Manolya)

'Biraz farklı, tuhaf biz burda napıyoruz demiştim. Biraz garipsemiştim. Hem beceri eğitimi alıyoruz hem farklı bir ortam. Beceri eğitimi benim için farklı bir deneyimdi. Gergin hissediyordum ilk başta. Zamanla kendimi açmam anlatmam zamanla kolaylaştı. Ama güven açısından bir problem yaşamadım. Bu dediğim de dışarda konuşulur mu? Herkese bu açıdan güveniyordum.' (Gl)

Katılımcılar, grup deneyimlerini özünde ‘birlikte’ ve ‘birbirlerinden’ öğrendikleri bir tecrübe olarak tasvir etmektedirler. Kendi aileleri, çevresi ve sağlık çalışanları tarafından anlaşılmamış hisseden bireyler kendilerini grup içinde güven duygusu içinde ifade edebilmekte; ‘ötekinin iç dünyası’ ile ilgili bilgilere eriştikçe, kendileri ile benzerlik kurabilmektedir. Aynı zamanda kendilerinden farklı PKOS deneyimleri olan bireyler için de empati geliştirebilmektedir.

‘İlk başta o grubun bir parçası değilmişim gibi hissettim. Dışlanmışım gibi hissetmişim. Aslında böyle bir şey yok...ama ben öyle hissetmişim. Ama süreç içinde siz bana söz verdikçe beni geçerli kıldıkça zaman içinde de her şey kolaylaştı. Grup içerisinde konuşunca bu beyin fırtınası yapmak gibi.. onların bazı söylediği şeyler benim o an aklıma gelmiyordu çünkü.. ama onlarda bir katkı da buldukça bu sanki puzzle’ın eksik parçalarını tamamlamak gibiydi’ (Eda).

‘Duygu durumunda ani değişiklikler olan arkadaşlar..Ben o şekilde yaşamamıştım bunu. Böyle olduğunu da görünce farklı şeyler hissettim. Yani ben (duraksıyor) üzdü o şekilde yaşamış olmaları. Grup içinde almanın beni daha disipline soktuğuna inanıyorum. Bireysel almak tabi nasıl olurdu bilmiyorum ama grup içinde alınca daha formal baktım eğitime. Daha ciddiye almamı sağladı. Belli bir saat ve günde toplanan bir grup var ve ben de orda olmalıyım dedim (Meryem)

Linehan (2015) beceri eğitiminin homojen gruplarla yapılabildiği gibi heterojen gruplarla ile de uygulanabileceğini söylemektedir. Linehan; homojen grupların bir takım riskler içerdiğini vurgulayan klinik tartışmaları göz önünde bulundurmakla birlikte (örn, işlevsiz davranışları birbirlerinden öğrenebilirler); kendi klinik deneyimlerinde homojen gruplar üzerinde çalışmayı yeğlediğini belirtmektedir. Ona göre; homojen gruplar aynı tanıya sahip insanların ‘ortak deneyimlerini’ ve ‘benzerliklerini’ ifade edebilmesine ve grup dinamiklerinin oluşmasına olanak tanımaktadır. Bu çalışmadaki katılımcılar polikistik over sendromu deneyimlerini, duygu düzenlemede ve baş etmede güçlük çektikleri durumları ve geçersiz kıldıkları anılarını güven çerçevesinde birbirleriyle paylaşmışlardır. Bu bağlamda, grup ortamı, sosyal destek alabildikleri ve beslenebildikleri bir sosyal ağ sağlamaktadır. Kendini açma ve ötekinin iç dünyasına erişebilirlik, ‘normalleştirme’ etkisine olanak tanımaktadır. Grup terapilerinde bu normalleştirme etkisi, bireylerin kendi yaşadığı acıların diğer insanlar tarafından da

yaşandığını gözlemlemesi ve acının evrenselliğini anlaması ile mümkün olmaktadır (Yalom, 2005).

“Sadece ben bunu yaşamamışım sadece ben böyle hissetmemişim. Bir bakıma bunları görmek bana iyi geldi” (Eda)

‘beceri eğitimini grup şeklinde almak bence daha mantıklı. Grup üyeleri bir deneyimini anlatırken o karşı tarafa geçiyor..bilmiyorum belki benim anlattıklarında onlara iyi bir şekilde geçmiştir. Bir kişi anlatırken hem onun anlattıklarında tecrübe sahibi olabiliyorum..hem de aa o öyle etkili görüyormuş ben de böyle etkili görüyorum diye değerlendirebilirim’ (Deniz)

DDT beceri eğitiminin uygulandığı diğer bazı araştırmalardaki katılımcılar, bu çalışmaya paralel olarak, güven verici bir grup ortamında acıların paylaşılmasının normalleştirici etkisine ve katarsise yol açmasına vurgu yapmaktadır (Koerner & Linehan, 2000; Chenoweth, 2014; Safer, Telch & Chen, 2009, Yavuz 2020).

Tüm katılımcılar beceri eğitiminin grup formatında alınmasını olumlu bir deneyim olarak görmektedir. Ancak bazı katılımcılar totalde grup formatını avantajlı bulsalar da; grup süreci içinde olumsuz deneyim kesitlerini de tecrübe ettiklerini aktarmaktadırlar. Katılımcılar arasında oluşan sözel ve sözel olmayan her türlü mimik, jest ve bilgi paylaşımı duygusal bir aktarım özelliği taşımaktadır. Bazı katılımcılar, diğer katılımcılarda kendini açmaya karşı isteksizlik hissettiği anlarda bunun kendisini de etkilediğini (deniz); bu durumun bireyin kendi mahremiyet alanını korumak gibi anlaşılabilir sebepleri olsa da kendisinin de paylaşım yapma isteğini azalttığını (manolya) ifade etmektedirler. Bir diğer geribildirim olarak ise; Deniz, grup sayısının daha düşük bir sayıda tutularak 5-6 kişilik bir formatta yapılmasının daha güven verici ve samimi bir ortam yaratacağına ve interaktif süreci arttıracığına inanmaktadır.

Özetle, Katılımcılar DDT beceri eğitimini grup formatında deneyimlemiş olmanın avantajlı olduğunu düşünmektedirler. PKOS ile ilgili ve/veya gündelik problemlerinde diğerlerinin de benzer deneyimler yaşamış olduğunu görmenin onaylayıcı ve normalleştirici etkisine vurgu yapmakta, bu şekilde beslendikleri bir gruba dahil olmanın kendilerini anlaşılmalı ve desteklemiş hissetmelerine yardımcı

olduğunu dile getirmektedirler. Bu veriler, genç bireyler için geliştirilebilecek DDT yönelimli koruyucu tedavi programlarının grup formatında uygulanabilirliğine işaret etmektedir.

9.4. Araştırmanın Güçlü Yanları, Sınırlılıkları ve Önemi

Bu araştırmada, polikistik over sendromu olan genç bireylerin üç ay süreli diyalektik davranışçı terapi deneyimleri hem nicel hem nitel yöntemler ile birlikte incelenmiştir. Bilindiği kadarı ile bu araştırma DDT-BE'nin PKOS örnekleminde etkililiğini inceleyen ilk çalışmadır. Bu araştırmadaki katılımcılar, bir doğum kontrol uzmanı tarafından kendilerine polikistik over sendromu tanısı konmuş genç bireylerden oluşmaktadır. Araştırmaya dahil olma sürecindeki en önemli özelliklerinden biri dahil olma ve dışlama kriterlerinin titizlikle yürütülmüş olmasıdır. Benzer belirtiler göstermesi sebebiyle kendisinde PKOS tanısı olduğunu varsayma gibi kişisel kanaatlar veya tanı sahibi olmaksızın Diyalektik davranışçı terapiyi deneyimlemek istediğini söyleyerek yapılan hiçbir başvuru işleme alınmamıştır. Bir kadın hastalıkları uzmanı tarafından PKOS tanısı aldığı beyan eden adaylar, bir telefon görüşmesi ve bir ön görüşme sürecine tabi tutulmuştur. Araştırmada oluşturulan dışlama kriterleri, PKOS ile ilişkili yapılan literatür çalışmaları ve uzman görüşleri esas alınarak kararlaştırılmıştır. Belirtileri PKOS ile karışabilecek diğer fiziksel kronik hastalıkların varlığı, katılımcı adayların hormon tahlil sonuçları, PKOS ve/veya psikolojik bir koşul nedeniyle aktif bir tedavi (karıştırıcı değişkenler) alıp almadıkları telefon görüşmesinde sorgulanmıştır.

Diğer önemli bir özellik ise; araştırmanın dışlama kriterleri belirlenirken, PKOS araştırmalarının yanı sıra, DDT ilke ve prensiplerinin de esas alınmış olmasıdır. DDT beceri eğitimi kurallarına göre; intihar riski olan bireyler beceri eğitimine; ancak bir bireysel eğitime de dahil olurlarsa katılabilmektedirler. Bu nedenle PKOS tanısına sahip olduğunu beyan eden gönüllü adaylara, telefon görüşmesi sırasında daha önce herhangi bir psikolojik tanısının ve/veya kullandığı bir psikiyatrik ilaç olup olmadığı, geçmişte ve/veya aktif intihar düşünceleri olup olmadığı sorulmuştur. Bir sonraki aşama olarak ise; ön görüşmede katılımcı adaylarına semptom tarama envanteri uygulanmış; böylelikle katılımcıların dışlama

kriterleri olan intihar düşünceleri ve/veya ilişkili olabilecek psikotik bozukluklar, bipolar, borderline ve madde kullanım bozuklukları için klinik taraması yapılmıştır.

Araştırmanın güçlü yönlerinden bir diğerinin ise; DDT beceri eğitiminin DDT kurallarını gözeterek planlanmış olmasıdır. Linehan (2015); uygulamaya başlamadan önce bir beceri eğitimi programının planlama basamaklarının sağlanması gerektiğini vurgular. Buna göre; beceri eğitimi, homojen gruplara mı yoksa heterojen gruplara mı uygulanacak?; Gruplar kapalı mı yoksa açık gruplar mı olacak?, Ne kadar süre uygulanacak?; Lider terapist ve yardımcı terapistin rol ve görev dağılımı nasıl olacak?..gibi bir dizi soru beceri eğitimine başlamadan önce netleştirilmiş olmalıdır. Böylelikle beceri eğitiminin bir plan dahili içerisinde ilerlemesi mümkün olmaktadır. Bu araştırmada; beceri eğitimi planlama basamakları DDT yönergelerine göre izlenmiş; dolayısıyla bu terapi ekolünün kural ve prosedürlerine bağlı kalınmıştır.

Araştırmayı güçlü kılan bir diğer yön ise, içeriği oluştururken örneklemin spesifik ihtiyaçları gözetilmiştir. Araştırmaya kabul edilen katılımcılara, ön görüşme sonunda; polikistik over sendromunun baş etmede en güçlü çektikleri tarafının ne olduğu sorulmuştur. Böylelikle katılımcıların PKOS'a yönelik olarak en çok hangi alanlarda desteğe ihtiyaç duydukları beceri eğitimine başlamadan önce anlaşılacak istenmiştir. Katılımcılardan alınan bilgiler; DDT'deki hangi becerilerin PKOS'lu bireylerin hangi ihtiyaçlarına yönelik yarar sağlayabileceği üzerine ön hazırlık yapmak için kullanılmıştır. Uygulamaya başlamadan önce; polikistik over sendromunda görülen psikolojik semptomlara ilişkin alan yazın çalışmaları kapsamlı bir şekilde taranmış ve PKOS'lu bireylerin en çok hangi becerilere ihtiyacı olabileceği anlaşılacak istenmiştir.

Ön çalışmalar doğrultusunda; PKOS'lu bireylerin bilinçli farkındalık, stres tolerans, kişilerarası iletişimde etkililik ve duygu düzenleme modüllerinin hepsinden fayda sağlayabileceği dolayısıyla 12 haftalık eğitimin her bir modüle eşit süre (4*3) ayırarak olması gerektiği kararlaştırılmıştır. On iki oturumun her birinin içeriğinin ne olacağı ayrıntılı bir şekilde yapılandırılmıştır. Becerilerin PKOS'a ilişkin hangi problem alanında yarar sağlayabileceği düşünmek için tartışma noktaları oluşturulmuştur. Tartışma noktalarında, öğretilen becerileri destekleyen literatür

bilgileri katılımcılara sunulmuş ve kendi fikirlerini ifade etmek için imkan tanınmıştır. Özetle, uygulamaya başlamadan önce; araştırma örnekleminin spesifik ihtiyaçları ve literatür bulguları doğrultusunda; beceri eğitimi aşama aşama planlanmıştır. Beceri eğitimi içeriğinin her bir hafta için yapılandırılmış olmasının ve daha sonra uygulamaya başlamanın, bu araştırmayı güçlü kılan yönlerinden biri olduğu düşünülmektedir.

Çalışmayı güçlendiren bir diğer yön ise; on iki haftalık beceri eğitiminden önce bir oryantasyon oturumunun düzenlenmiş olmasıdır. Bu oturumda DDT prensip ve ilkeleri, grup kuralları ve PKOS ile ilgili literatür çalışmaları katılımcılara aktarılmıştır. Oryantasyon oturumunun planlanması ile katılımcıların eğitim öncesinde DDT ilke ve prensiplerini kazanması; böylelikle ekolün sahip olduğu yaklaşımı daha iyi kavraması ve beceri eğitimine daha iyi adapte olması hedeflenmiştir. Bir diğer amaç ise; beceri eğitimi öncesinde düzenlenmiş olan bireysel ön görüşmelerin etkisini pekiştirmektedir. Ön görüşmelerde grup kurallarını teyit eden katılımcılar; oryantasyon haftasında, bu kez hep birlikte, birbirlerinin fikirlerine saygı gösterme, gizlilik ve devamlılık gibi kurallara sadık kalacaklarını onaylamışlardır. Beceri eğitiminde karşılıklı güveni sağlamanın; olumlu grup dinamiklerinin oluşmasına ve eğitim sürecine katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Son olarak; oryantasyon çalışmasında katılımcılara PKOS ile ilgili literatür bilgileri sunulmuş; böylelikle de beceri eğitiminin de daha interaktif ilerlemesinin sağlanacağı düşünülmüştür. Açıklamak gerekirse; PKOS’lu genç bir katılımcı yüksek beden kitle indeksine sahip olmayabilir; ancak kilo vermenin veya kilo kontrolünün PKOS’un koruyucu tedavisindeki önemini bilirse, beceri eğitimi sırasında öğretilen yeme farkındalığı ya da ‘Lütfen’ (PLEASE) becerileri gibi DDT tekniklerinin PKOS ile baş edebilme bağlamındaki önemini ve rasyonelini kavrayabilir; böylelikle de öğrendiği becerileri anlamlandırabilir. Böylelikle; katılımcıları düşündürmeye yönelik temel bir zemin hazırlanmış olur. Bu noktada, beceri eğitimin daha interaktif ilerlemesi için uygun ortam şartlarının yaratılmasına katkı da bulunmak hedeflenmiştir.

Oryantasyon haftasının bir diğeri önemli ise; Lider terapistin beceri eğitimi sürecinde kontrol gücü sağlamış olmasıdır. Lider terapist, beceri eğitimi boyunca farkında olarak ya da olmayarak herhangi bir katılımcının başka bir katılımcının görüşleri üzerine yargılayıcı ifadelerde bulunması halinde grup kurallarını hatırlatır. Grup kurallarına göre; ‘on iki hafta boyunca en fazla iki devamsızlık hakkı tanınır’ ve ‘bir oturumu kaçıracak ya da geç kalacak olan katılımcılar önceden telefonla arayarak bunu bildirir’. Uygulama öncesinde bu ilkelerin teyit edilmesi de beceri eğitmenlerinin eğitim süreci üzerindeki kontrolüne katkı da bulunur. Beceri eğitmenlerinin başlamadan önce geç kalanları boşuna beklememesi için bilgi vermek nezaket gereğidir. İkincisi, katılımcı haber verdiğinde geç kaldığı için eklenen bir tepki maliyeti ortaya konulur ve katılımcıya dakikliğin arzu edildiğini iletir. Son olarak; danışanın neden orada olmadığı ile ilgili bilgi verir (Linehan, 2015). Beceri eğitimine başlamadan önce grup kurallarının konuşulması, bilgilendirilmiş onam almakta olduğu gibi; müdahale programı başlamadan önce bireylerin özerkliğine saygı duyulduğunu iletme ve grup kurallarını en başından şahsi kararlarına sunma niteliği taşımaktadır.

Bu araştırmanın diğeri güçlü yanı ise; spesifik bir yaş aralığındaki genç bireylerden oluşan bir örnekleme dayanıyor olmasıdır. Literatürdeki çalışmaların pek çoğu ergen; genç ve orta yaş kadınlar gibi üreme çağındaki tüm kadınların karma bir grup olarak ele alındığı; dolayısıyla da yaş-spesifik PKOS deneyimlerinin ayrıştırılmasını olanaklı kılmayan araştırmalardan oluşmaktadır.

Bu araştırmanın en büyük sınırlılığı randomize çalışma desenine dayanmıyor oluşudur. Katılımcılar evrenden rastlantısal bir şekilde seçilmemiş ve deney ve kontrol gruplarına da rastlantısal şekilde atanmaları mümkün olmamıştır. Bu araştırma; Erzurum teknik üniversitesine mensup olan genç, bekar, öğrenci statüsündeki 19 ve 25 yaş aralığındaki bireylerden alınan verilere dayanmaktadır. Evli, çocuk sahibi ve üniversite mezunu olmayan diğeri akran bireylerin PKOS deneyimlerine dair bir genellemeden bahsedilemez. Bunun yanı sıra örneklem sayısı nitel araştırma için optimal düzeydedir. Ancak; nicel araştırma için sınırlı bir sayıdan oluşmaktadır; bu da nicel bulguların genelleme gücünü zayıflatmaktadır.

Son olarak; literatür çalışmaları PKOS tanısı altında dört alt fenotip tanımlamaktadır. Alanyazın incelendiğinde; ruh sağlığı ve çalışmaları alanında, PKOS alt fenotipler düzeyinde karşılaştırmalı sadece tek bir araştırmaya rastlanmıştır (Canpolat ve ark., 2021). Ülkemizde; uygulamada PKOS tanıları uzmanlar tarafından alt fenotiplerini tanımlayıcı şekilde değil, genel bir tanı olarak konulmaktadır. Gelecek araştırmalar için; psikolojik değişkenlerin PKOS alt fenotiplerine göre incelendiği karşılaştırmalı çalışmalar önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Acet, F., & Tavmergen E.** (2019). Polikistik over sendromu: İnfertilite, ovulasyon indüksiyonu prensipleri (Karadadaş N, editör.), *Polikistik Over Sendromu*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 24-28.
- Acién, P., Quereda, F., Matallín, P., Villarroya, E., López-Fernández, J. A., Acién, M.** (1999). Insulin, androgens, and obesity in women with and without polycystic ovary syndrome: a heterogeneous group of disorders. *Fertil Steril*; 72(1), 32-40.
- Acmaz G., Albayrak E., Acmaz B., Baser M., Soyak M., Zararsiz G.** (2013). Level of anxiety, depression, selfesteem, social anxiety, and quality of life among the women with polycystic ovary syndrome. *Scientific World Journal*, 85, 181-185. doi: 10.1155/2013/851815
- ACOG** (2009). American College of Obstetricians and Gynecologists. Polycystic ovary syndrome., 18.
- Adami, S., Zamberlan, N., Castello, R., Tosi, F., Gatti, D., & Moghetti, P. J. C.** (1998). Effect of hyperandrogenism and menstrual cycle abnormalities on bone mass and bone turnover in young women. *Clin Endocrinol (Oxf.)* 48(2), 169-173.
- Adalı, E., Yıldızhan, R., Kurdoğlu, R., Kulusarı, A., Edirne, T., Şahin, H.G., Yıldızhan, B., & Kamacı, M.** (2008). The relationship between clinico-biochemical characteristics and psychiatric distress in young women with polycystic ovary syndrome. *J Int Med Res.*, 36, 1188-1196.
- Ağırbaş D. B.** (2013). Eskişehir ilindeki 15-19 yaş grubu adolesanlarda polikistik over sendromu prevalansının saptanarak, PKOS

ve PKOS-benzeri olgulardaki omentin I düzeylerinin kontrol gruplarına göre karşılaştırılması, *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi.

Akiskal, H.S. & Mallya, G. (1987). Criteria for the “soft” bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull.* 23, 68–73.

Akiskal, Hagop & Pinto, Olavo. (2007). The soft bipolar spectrum: footnotes to Kraepelin on the interface of hypomania, temperament and depression. *Bipolar Disorders*, sayfa 37-62. DOI:[10.1007/0-306-47521-9_2](https://doi.org/10.1007/0-306-47521-9_2)

Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy*, 48(10), 974-983.

Algars, M., Huang, L., & Von Holle A.F. (2014). Binge eating and menstrual dysfunction. *J Psychosom Res.* 76(1), 19–22.

Alpaydın, N., Çimen, M., Erol, B. T., & Sevi, O. M. (2016). Resistance in Cognitive Behavioral Therapy and Motivational Interviewing Techniques. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(2), 94-101.

Altinkaya, Ö., Nergiz, S., M., & Yüksel, H. (2014). Depression and Anxiety in Relation with Hormonal and Metabolic Profile in Women with Polycystic Ovarian Syndrome. *J Clin Obstet Gynecol*, 24(3), 159-165.

American Association of Clinical Endocrinologists. (2009). American Association of Clinical Endocrinologists position statement on metabolic and cardiovascular consequences of polycystic ovary syndrome. *National Guideline Clearinghouse*.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). Polycystic ovary syndrome. ACOG,18.

- American College of Obstetricians and Gynecologists** (2020). "ACOG practice bulletin. Management of infertility caused by ovulatory dysfunction" *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 77(2), 177-180.
- Amiri, F.N., Tehrani, F.R., Simbar, M., Thamtan, R.A.M., & Shiva, N.** (2014a) Female Gender Scheme is Disturbed by Polycystic Ovary Syndrome: A Qualitative Study From Iran. *Iran Red Crescent Med J.*, 16(02): e12423. DOI: 10.5812/ircmj.12423
- Amiri, F.N., Tehrani, F.R., Simbar, M., Montazeri, A., & Thamtan, R.A.M.** (2014b). The Experience of Women Affected by Polycystic Ovary Syndrome: A Qualitative Study From Iran. *Int J Endocrinol Metab.*, 12(2):e13612. doi: 10.5812/ijem.13612.
- Atalay Z.** (2018). Mindfulness, Şimdi ve burada: Bilinçli Farkındalık, Birinci Baskı, *Psikonet Yayınları*.
- Aziz, R., Carmina, E., & Sawaya, M.E.** (2002). İdiopatic hirsutism. *Endocrine Reviews*, 21(4), 374-62.
- Azziz, R., Carmina E., Dewailly D., Diamanti-Kandarakis E., Escobar-Morreale, H.F., & Futterweit, W.** (2009). The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report. *Fertility and Sterility*, 91(2):456-88.
- Azziz, R., Woods, K. S., Reyna, R., Key, T. J., Knochenhauer, E. S., Yildiz, B. O. J. T. J. o. C. E., & Metabolism.** (2004). The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. *Reprod Biol Endocrinol.*, 89(6), 2745-2749.
doi: 10.1186/1477-7827-9-39.

- Bahar, Z., & Dilay, A. Ç. I. L.** (2014). Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(1), 59-67.
- Baker, J.H., Girdler, S.S., & Bulik, C.M.** (2012). The role of reproductive hormones in the development and maintenance of eating disorders. *Expert Rev Obstet Gynecol*, 7(6), 573–583.
- Baker, C., Wuest, J. & Stern, P.N.** (1992). Method Slurring: The Grounded Theory/ Phenomenology Example. *Journal of Advanced Nursing*, 17(11), 1355-1360. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01859.x>
- Baki, A. & Gökçek, T.** (2012). Karma yöntem araştırmalarına genel bir bakış. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(42), 1-21. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/esosder/issue/6156/82721>
- Balen, A., Conway G., Kaltsas, G., Techatraisak, K., Manning, P., & West, C.,** (1995). Polycystic-Ovary-Syndrome-The Spectrum Of The Disorder In 1741 Patients. *Human Reproduction*, 10(8): 2107-11.
- Barnard, L., Ferriday, D., Guenther, N., Strauss B., Balen, A.H., & Dye, L.** (2007). Quality of life and psychological well being in polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*, 22, 2279–2286.
- Barnicot, K., Couldrey, L., Sandhu, S., & Priebe, S.** (2015). Overcoming Barriers to Skills Training in Borderline Personality Disorder: A Qualitative Interview Study. *PLoS One*, 10(10). DOI: [10.1371/journal.pone.0140635](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140635)
- Barth J.H., Yasmin E., & Balen A.H.** (2007). The diagnosis of polycystic ovary syndrome: the criteria are insufficiently robust for clinical research. *Clinical Endocrinology*, 67(6), 811-815.

- Barry J.A., Kuczmierczyk A.R., & Hardiman P.J.** (2011). Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*, 26, 2442–2451.
- Basirat Z., Faramarzi M., Esmaelzadeh S., Firoozjai S.A., Mahouti T., & Geraili Z.** (2019). Stress, depression, sexual function, and alexithymia in infertile females with and without polycystic ovary syndrome: a case-control study. *Int J Fertil Steril*, 13, 203.
- Batlaş Z.** (2009). Sağlık Psikolojisi, Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Becker, C.B., Verzijl, C.L., Kilpela, L.S., Wilfred, S.A., & Stewart, T.** (2017). Body image in adult women: associations with health behaviors, quality of life, and functional impairment. *J. Health Psychol.* 24(11):1536-1547. <https://doi.org/10.1177/1359105317710815>
- Begum, M.R., Khanam, N.N., & Quadir, E.** (2009). Prevention of gestational diabetes mellitus by continuing metformin therapy throughout pregnancy in women with polycystic ovary syndrome. *J Obstet Gynaecol Res.*, 35(2), 282-286. doi: 10.1111/j.1447-0756.2008.00876.x.
- Behboodi -Moghadam Z, Fereidooni B, Saffari M, Montazeri A.** (2018). Measures of health-related quality of life in PCOS women: a systematic review. *Int J Womens Health*. doi: 10.2147/IJWH.S165794. PMID: 30123008; PMCID: PMC6078086.
- Ben-porath, D.,** (2010). Dialectical Behaviour Therapy Applied to Parent Skills Training: Adjunctive Treatment for Parents with Difficulties in Affect Regulation. *Cognitive and Behavioral Practise*, 17(4), 458-465.
- Benson, S., Hahn, S., Tan, S., Onno, E. Janssen, Schedlowski, M., & Elsenbruch, S.** (2010). Maladaptive Coping With Illness

in Women With Polycystic Ovary Syndrome. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39(1), 37-45. ISSN 0884-2175, <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01086.x>.

Benton, D., & Donohoe, R. T. (1999). The effects of nutrition on mood. *Public Health Nutrition*, 2(3), 403-409.

Bernadett, M., & Szeman-N, A. (2016). Prevalence of eating disorders among women with polycystic ovary syndrome. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag Tudomanyos Folyoirata*, 31(2), 136-145.

Bertizlioglu, M. (2020). Polikistik Over Sendromlu Hastalarda Serum Scelerostin Seviyeleri ile Kardiyometabolik risk arasındaki ilişki, *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Selçuk Üniversitesi.

Bilgin, O. (2004). Polikistik Over Sendromu ve Hirsutismus, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Alt Kurulu Yayın Bürosu, 139.

Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139-157.

Blyderveen, S. V., Lafrance, A., Emond, M., Kosmerly, S., O'Connor, M., & Chang, F. (2016). Personality differences in the susceptibility to stress-eating: The influence of emotional control and impulsivity. *Eating Behaviors*, 23, 76-81. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.07.009

Björntorp P. (1988).The associations between obesity, adipose tissue distribution and disease. *Acta Med Scand Suppl.*, 723, 121-134.

Borghini, L., Leone, D., Vegni, E., Galiano, V., Lepadatu, C., Garzia, S., & Garzia, E. (2018). Psychological distress, anger and quality of life in polycystic ovary syndrome: associations

with biochemical, phenotypical and socio-demographic factors, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(2), 128-137.
DOI: [10.1080/0167482X.2017.1311319](https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1311319)

Bostan, N., Örsal, Ö. & Karadağ, E. (2016). Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeğinin geliştirilmesi: Metodolojik çalışma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 8(2), 102-111. DOI: [10.5336/nurses.2014-41578](https://doi.org/10.5336/nurses.2014-41578)

Braverman, P.K. (2007). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 20: 3-12.

Brown F., Brown Z. & Dibiasio P. (2013). Treating Individuals with Intellectual Disabilities and Challenging Behaviours with Adapted Dialectical Behavior Therapy. *J Ment Health Res Intellect Disabil.*, 6(4):280-303. doi: 10.1080/19315864.2012.700684.

Brown, J., Farquhar, C., Lee, O., Toomath, R., & Jepson, R.G. (2009). Spironolactone versus placebo or in combination with steroids for hirsutism and/or acne. *Cochrane Database Syst Rev.*, (2), 194.

Brown, L. M., & Gilligan, C. (1992). Meeting at the crossroads: Women's psychology and girls' development. *Harvard University Press*.

Brown, K.W., Ryan, R.M., & Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.

Büyüköztürk, Ş. (2012). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Büyüköztürk Ş. (2016). Deneysel Desenler Öntest-Sontest Kontrol Grubu Desen ve Veri Analiz, Baskı 5

- Burghen, G.A., Givens, J.R., Kitabchi & A.E.**(1980). Correlation of hyperandrogenism with hyperinsulinism in polycystic ovarian disease. *J Clin Endocrinol Metab.* 50(1):113-6. doi: 10.1210/jcem-50-1-113. PMID: 7350174.
- Campbell, A. & Groundwater-Smith, S.** (2007). An ethical approach to practitioner research: Dealing with issues and dilemmas in action research. *Routledge*.
- Can, A.** (2017). SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi. (5. baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Canpolat, A., Demir, Ö., Sert, M. Yarsan, B.I, Tekfidan, Z., Yaman, Ş., Oğuz, E., Gazal, E., Şimşek, H., Ensari, T., & Corapcioglu, D.** (2021). Is There a Difference in Anxiety, Body Perception, and Depression Scales According to Subphenotypes of Polycystic Ovary Syndrome? *Journal of Ankara University Faculty of Medicine*, 74(1):38-42.
- Caltekin, M., Hamamci, M., Onat, T., Kirmizi, D., Başer, E., & Yalvaç, E.** (2021). Evaluation of sleep quality, restless legs syndrome, anxiety and depression in polycystic ovary syndrome. *Journal of Turkish Sleep Medicine-Türk Uyku Tıbbi Dergisi*, 8(3): 86-92. DOI: [10.4274/jtsm.galenos.2021.85057](https://doi.org/10.4274/jtsm.galenos.2021.85057)
- Carmina E.** (1998). Prevalence of idiopathic hirsutism. *Eur J Endocrinol*, 139(4): 421- 423.
- Chadha, C., Kataria, J., Sharma, P. & Choudhary** (2019). Quality of Life in Young Adult Females with PCOS. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy - An International Journal*, 13(1):40. DOI:10.5958/0973-5674.2019.00008.X
- Champion, V.L. & Skinner, C.S.** (2008). Health Belief Model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanat K, editors. Health behavior

and health education. San Francisco: Jossey- Bass; 45(6), 189-193.

Chang, R.J., & Katz, S.E. (1999). Diagnosis of polycystic ovary syndrome. *Endocrinol Metab Clin North Am.*, 28(2), 397-408.

Creswell, J. W. (1994). *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Creswell, J. W. (2002). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice-Hall.

Creswell, J. W. (2003). *Research design: A qualitative, quantitative, and mixed method approaches* (2nd Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage

Creswell, J. W. (2012). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*, (4th Ed.) Boston: Pearson.

Creswell, J.W., & Plano Clark, V.L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd Ed.). Los Angeles: Sage Publications.

Creswell, J.W., Plano Clark, V.L., Gutman, M.L. and Handson, W.E. (2003). Advanced Mixed Methods Research Designs. In A. Tashakkori and C. Teddlie (Eds) *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Crete, J., & Adamshick, P. (2011). Managing polycystic ovary syndrome: what our patients are telling us. *J Holist Nurs.*, 29(4):256–266.

Coffey S., Bano G., & Mason H.D. (2006). Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a comparison with the general population using the Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) and the Short Form36 (SF-36). *Gynecol Endocrinol*, 22(2), 80–86.

- Collins, W. A., Welsh, D. P., & Furman, W.** (2009). Adolescent romantic relationships. *Annual Review of Psychology*, *60*(1), 631–652.
- Conway, G., Dewailly, D., Diamanti-Kandarakis, E., Escobar-Morreale, H.F., Franks, S., Gambineri, A.** (2014). The polycystic ovary syndrome: a position statement from the European Society of Endocrinology. *Eur J Endocrinol.*, *171*(4):P1-29.
- Cooney, L.G., Lee, I., Sammel, M.D., & Dokras, A.** (2017). High prevalence of moderate and severe depressive and anxiety symptoms in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*, *32*, 1075–1091.
- Cotter, E., Kelly, W., & Nichole, R.** (2018). Stress-related eating, mindfulness, and obesity. *Health Psychology*, *37*(6), 516-525.
- Clifford, K, Rai, R, & Regan, L.** (1997). Future pregnancy outcome in unexplained recurrent first trimester miscarriage. *Hum Reprod*, *12*: 387-389.
- Crosignani, P.G., Colombo, M., Vegetti, W., Somigliana, E., Gessati, A., & Ragni, G.** (2003).Overweight and obese anovulatory patients with polycystic ovaries: parallel improvements in anthropometric indices, ovarian physiology and fertility rate induced by diet. *Hum Reprod*, *18*(9), 1928-1932.
- Cumming, D.C., Yang, J.C., Rebar, R.W., & Yen, S.S.** (1982). Treatment of hirsutism with spironolactone. *JAMA*; *2*(47):1295-8.
- Çetik, S., Açıkgöz, A., & Yildiz, B. O.** (2022). Investigation of taste function and eating behavior in women with polycystic ovary syndrome. *Appetite*, *168*, 105776.

- Çolak, H., & Aktaç, Ş.** (2019). Ağrılık yönetimine yeni bir yaklaşım: Yeme farkındalığı. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(3), 212-222.
- Dahlgren, E., Johansson, S., & Lindstedt, G.** (1992). Women with polycystic ovary syndrome wedge resected in 1956 to 1965: A long term follow-up focusing on natural history and circulating hormones. *Fertil Steril*, 57(3),505-513. doi: 10.1016/s0015-0282(16)54892-4.
- Dahlgren E., Janson P.O., & Johansson S.** (1992). Polycystic ovary syndrome and risk for myocardial infarction. Evaluated from a risk factor model based on a prospective population study women. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 71(8): 599-604.
- Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F. M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., & Epel, E.** (2011). Mindfulness intervention for stress eating to reduce cortisol and abdominal fat among overweight and obese women: an exploratory randomized controlled study. *Journal of obesity*, 6519-36. doi: 10.1155/2011/651936
- Debra L. Safer, Christy F. Telch, Eunice Y. & Chen.** (2017). Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia, *The Guilfor Press*.
- Deeks, A.A., Gibson-Helm, M.E., Paul, E., & Teede, H.J.** (2011). Is having polycystic ovarysyndrome a predictor of poor psychological function including anxiety and depression? *Hum. Reprod.* 26, 1399–1407. <https://doi.org/10.1093/humrep/der071>
- Demir, V.** (2014). Bilinçli farkındalık temeli hazırlanan eğitim programının bireylerin depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisi. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi*, İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi.

- Demir, S.** (2014). An Interpretative Phenomenological Analysis Of Shame In Adult Women And Compassion Focused Group Intervention With Schema Therapy Techniques. *Unpublished doctoral dissertation*, Middle East Technical University, Ankara.
- Demirel, B., Yavuz, K. F., Karadere, M. E., Şafak, Y., & Türkçapar, M. H.** (2014). Duygusal İştah Anketi'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği, beden kitle indeksi ve duygusal şemalarla ilişkisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3(3), 171-181. <http://dx.doi.org/10.5455/JCBPR.44046>
- Demiryürek E.Ö., Tekin A., Çakmak E., Temizkan O., Karamustafaloğlu O., Gökova S., & Demiryürek E.** (2016). Correlations between impulsiveness and biochemical parameters in women with polycystic ovary syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reproduc Biol*, 207: 5-10.
- Denzin, N. K.** (1970). *The Research Act in Sociology*. London, Butterworth
- Deutsch, M.I., Mueller, W.H., & Malina, R.M.** (1985). Androgyny in fat patterning is associated with obesity in adolescents and young adults. *Ann Hum Biol*;12(3):275-86. doi: 10.1080/03014468500007781.
- Dewailly D., Lujan M.E., Carmina E., Cedars M.I., Laven J., & Norman R.J.** (2014). Definition and significance of polycystic ovarian morphology: a task force report from the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society. *Hum Reprod Update*, 20(3), 334-352.
- Dhivyadharshini, J., Priya, A. J., & Gayathridevi, R.** (2019). Stress-related eating behavior in adults with obesity. *Drug Invention Today*, 12 (5), 926-928.

- Dokras, A, Clifton S, Futterweit, W, & Wild, R.** (2012). Increased prevalence of anxiety symptoms in women with polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*, 97:225–30.
- Dokras, A., Stener-Victorin, E., & Yıldız, B.O.** (2018). Androgen excess polycystic ovary syndrome society: position statement on depression, anxiety, quality of life, and eating disorders in polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*, 109(5), 888–899. doi:10.1016/j.fertnstert.2018.01.038
- Dumesic, D.A., Abbott, D.H., & Padmanabhan, V.** (2014). Polycystic ovary syndrome and its developmental origins. *Rev Endocr Metab Disord*, 8(2):127–41. DOI: [10.1007/s11154-007-9046-0](https://doi.org/10.1007/s11154-007-9046-0)
- Dunaif A.** (1997). Insulin resistance and the polycystic over syndrome: mechanism and implications for pathogenesis. *Endocr REV.*, 18(6), 774-800. doi: 10.1210/edrv.18.6.0318
- Dunaif, A., Mandeli, J., Fluhr, H. & Dobrjansky, A.** (1988) The impact of obesity and chronic hyperinsulinemia on gonadotropin release and gonadal steroid secretion in the polycystic ovary syndrome. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 66(1), 131-139.
- Dušková, M., Čermáková, I., Hill, M., Vaňková, M., Šamálíková, P., & Stárka, L. J. P. R.** (2004). What may be the markers of the male equivalent of polycystic ovary syndrome. 53, 287-295.
doi: 10.1210/jcem-66-1-131
- Eatough, V. & Smith, J. D.** (2017). Handbook of Qualitative Research in Psychology (Chapter 12: Interpretative Phenomenological Analysis). London: SAGE Publications.
- Ehrmann D.A.** (2005). Polycystic ovary syndrome. *N Engl J Med.*, 352(12), 1223-1236. doi: 10.1056/NEJMra041536.

- Eleni, A. Greenwood, Lauri, A. Pasch, Marcell, I., Cedars, Heather, G. Huddleston** (2020). Obesity and depression are risk factors for future eating disorder-related attitudes and behaviors in women with polycystic ovary syndrome, *Fertility and Sterility*, 111(5); 1039-1049.
- Elsenbruch S., Hahn S., Kowalsky D., Offner A.H., Schedlowski M., Mann K., & Janssen O.E.** (2003). Quality of life, psychosocial well-being and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*; 88(12), 5801-5807. DOI: [10.1210/jc.2003-030562](https://doi.org/10.1210/jc.2003-030562)
- Erbaba, H.** (2019). Obez Adolesanlarda Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Menstürel Semptomlara Yönelik Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Menstürel Semptomlara Etkisinin Değerlendirilmesi, *Doktora Tezi*, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Escobar-Morreale, H. F. J. N. R. E.** (2018). Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment. *14*(5), 270.
- Escobar-Morreale H.F., Luque-Ramírez M., & San Millán J.L.** (2005). The molecular-genetic basis of functional hyperandrogenism and the polycystic ovary syndrome. *Endocr Rev.*, 26(2):251–82. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15561799>
- Ezeh U., Yildiz B.O., & Azziz R.** (2013). Referral bias in defining the phenotype and prevalence of obesity in polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.*, 98(6), 1088-1096. doi: 10.1210/jc.2013-1295
- Farrell K, & Antoni M.** (2010). Insulin resistance, obesity, inflammation, and depression in polycystic ovary syndrome: biobehavioral mechanisms and interventions. *Fertil Steril*, 94(5), 1565–1574.

doi: [10.1016/j.fertnstert.2010.03.081](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.03.081)

- Farshchi, H., Rane, A., Love, A., & Kennedy, R. L.** (2007). Diet and nutrition in polycystic ovary syndrome (PCOS): Pointers for nutritional management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(8), 762–773.
DOI: [10.1080/01443610701667338](https://doi.org/10.1080/01443610701667338)
- Fauser, B.C., Tarlatzis, B.C., Rebar, R.W., Legro, R.S., Balen, AH., & Lobo, R.** (2012). Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. *Fertility and Sterility*., 97(1), 28-38.
- Folkman, S., & Greer, S.** (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho- Oncology*, 9(1), 11-19.
DOI: [10.1002/\(sici\)1099-1611\(200001/02\)9:1<11::aid-pon424>3.0.co;2-z](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(200001/02)9:1<11::aid-pon424>3.0.co;2-z)
- Folkman, S., & Lazarus, R. S.** (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science in Medicine*, 26, 309-331.
- Forrester, M. A. & Sullivan, C.**(2018). *Doing qualitative research in psychology: A practical guide*. SAGE Publications Limited.
- Framson, C., Kristal, A.R., Schenk, J.M., Littman, A.J., Zeliadt, S., & Benitez, D.** (2009). Development and validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of American Dietetic Association*, 109(8):1439-1444.
- Franks S., & Berga S.L.** (2014). Does PCOS have developmental origins? *Fertil Steril*, 97(1):2–6.
DOI: [10.1016/j.fertnstert.2011.11.029](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.11.029)
- Gianini, L. M., White, M. A. & Masheb, R. M.** (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating

in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14(3), 309-313.

Gibson-Helm, M., Teede H, Dunaif, A., & Dokras, A. (2017). Delayed diagnosis and a lack of information associated with dissatisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.*, 102(2):604–612.

Gilligan, C. (1982). In a different voice: Psychological theory and women's development. Harvard University Press.

Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F.M. (2002). Health Behavior and Health Education. Jossey-Boss CO: San Francisco.

Gliner J.A, Morgan, G.A., Routledge, N. & Leech L. (2016). Uygulamada Araştırma Yöntemleri, *Nobel Akademik yayıncılık*, baskı 2.

Glueck, C.J., Papanna, R., & Wang, P. (2003). Incidence and treatment of metabolic syndrome in newly referred women with confirmed polycystic ovarian syndrome. *Metabolism*, 52(7):908-915.

Glueck, C.J., Velazquez, E.M., Mendoza, S., Hamer, T., & Sosa, F. (1994). Metformin therapy in polycystic ovary syndrome reduces hyperinsulinemia, insulin resistance, hyperandrogenemia, and systolic blood pressure, while facilitating normal menses and pregnancy. *Metabolism*, 43(5), 647-654. ISSN 0026-0495, [https://doi.org/10.1016/0026-0495\(94\)90209-7](https://doi.org/10.1016/0026-0495(94)90209-7).

Gu, J., Strauss, C., Bond, R. ve Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1–12.

Hahn, S., Janssen, O.E., Tan, S., Pleger, K., Mann, K., & Schedlowski, M. (2005). Clinical and psychological

correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome.
Eur J Endocrinol, 60, 153:853.

Han, S., & Pistole, M. C. (2014). College student binge eating: Insecure attachment and emotion regulation. *Journal of College Student Development*, 55 (1), 16- 29.

Harrison, C.L., Lombard, C.B., Moran, L.J., & Teede, H.J. (2011). Exercise therapy in polycystic ovary syndrome: a systematic review. *Hum Reprod Update*, 17(2):171-83.

Hart, R., & Doherty, D.A.(2015). The potential implications of a PCOS diagnosis on a woman's long-term health using data linkage. *J Clin Endocrinol Metab*, 100, 911–919.

Hart, R., Hickey, M., & Franks, S. (2004). "Definitions, prevalence and symptoms of polycystic ovaries and polycystic ovary syndrome". *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18,671–683.

Hartman-Munick, S. M., Gordon, A. R., & Guss, C. (2020). Adolescent body image: influencing factors and the clinician's role. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(4), 455-460.

Hergüner, S., Harmanci, H., & Toy, H. (2105). Attention deficit-hyperactivity disorder symptoms in women with polycystic ovary syndrome. *Int J Psychiatr Medicine*, 50(3), 313-317.

doi: 10.1177/0091217415610311

Herrero N., Gadea, M., Rodríguez-Alarcón, G., Espert, R., & Salvador, A. (2010). What happens when we get angry? Hormonal, cardiovascular and asymmetrical brain responses. *Horm Behav*, 57, 276-283.

Himelein M.J., & Thatcher S.S. (2006). Depression and body image among women with polycystic ovary syndrome. *J Health Psychol*, 11 (4), 613–625. doi:10.1177/1359105306065021

- Hisli-Şahin, N. & Yeniçeri, Z.** (2015). “Farkındalık” üzerine üç araç: Psikolojik farkındalık, bütünlüyci kendilik farkındalığı ve Toronto Bilgece Farkındalık Ölçekleri. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(76), 48–64.
- Hoeger K.M., Kochman L., Wixom N., & Craig K. A.** (2004). Randomized, 48-week, placebocontrolled trial of intensive lifestyle modification and/or metformin therapy in overweight women with polycystic ovary syndrome: a pilot study. *Fertil Steril*, 82, 421-429.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. & Oh, D.** (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183.
- Homburg R., & Lambalk C.B.** (2004). Polycystic ovary syndrome in adolescence a therapeutic conundrum. *Hum Reprod.*, 19(5): 1039-1042.
doi: 10.1093/humrep/deh207
- Hollinrake, E., Abreu, A., Maifeld, M., Van Voorhis, B.J., & Dokras, A.** (2007). Increased risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 87, 1369-1376.
- Hölzel, B.K., Carmody, J., Evans, K.C., Hoge, E.A., Dusek, J.A., Morgan, L, Pitman R.K., & Lazar, S.W.** (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 5(1):11-7. doi: 10.1093/scan/nsp034.
- Hölzel, B.K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S.M., Gard, T., & Lazar, S.W.** (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, 30;191(1):36-43. doi: 10.1016/j.psychresns.2010.08.006.

- Hu M., Richard J.E., Maliqueo M., Kokosar M., Fornes R., & Benrick A.** (2015). Maternal testosterone exposure increases anxiety-like behavior and impacts the limbic system in the offspring. *Proc Natl Acad Sci U S A*, *112*, 14348–14353.
- Huber-Buchholz M.M., Carey D.G., & Norman R.J.** (1999). Restoration of reproductive potential by lifestyle modification in obese polycystic ovary syndrome: role of insulin sensitivity and luteinizing hormone. *J Clin Endocrinol Metab.*, *84*(4), 1470-1474.
- Humphreys L, & Costarelli V.** (2008). Implementation of dietary and general lifestyle advice among women with polycystic ovarian syndrome. *J R Soc Promot Health*, *128*(4):190–195.
- Iwasa T., Matsuzaki T., & Yano K.** (2018). Effects of chronic testosterone administration on the degree of preference for a high-fat diet and body weight in gonadal-intact and ovariectomized female rats. *Behav Brain Res.*, *349*, 102–108. doi:10.1016/j.bbr.2018.02.021
- Iphofen, R. & Tolich, M.** (2009). *Handbook of Qualitative Research Ethics*. Online Publication, Sage publications. doi: 10.4135/9781526435446
- Jacques, H. A. K., & Radtke, H. L.** (2012). Constrained by choice: Young women negotiate the discourses of marriage and motherhood. *Feminism & Psychology*, *22*(4), 443–461. <https://doi.org/10.1177/0959353512442929>
- Jahanfar, S., Eden, J. A., Warren, P., Seppälä, M., Nguyen, T. V. J. F., & Sterility.** (1995). A twin study of polycystic ovary syndrome. *63*(3), 478-486
- Jeanes, Y.M., Reeves, S., Gibson, E.L., Piggott, C., May, V.A., & Hart, K.H.** (2017). Binge eating behaviours and food

cravings in women with polycystic ovary syndrome. *Appetite*, 109, 24–32. doi:10.1016/j.appet.2016.11.010

Jedel, E., Waern, M., Gustafson, D., Lande'n, M., Eriksson, E., & Holm, G. (2010). Anxiety and depression symptoms in women with polycystic ovary syndrome compared with controls matched for body mass index. *Human Report*, 25, 450–456.

Johnstone E.B., Rosen M.P., Neril R.,Trevithick D., Sternfeld B., & Murphy R. (2010). The polycystic ovary post-rotterdam: a common, age-dependent finding in ovulatory women without metabolic significance. *J Clin Endocrinol Metab.*, 95(11), 4965-4972.

Jones, G.L., Hall, J.M., Lashen, H.L., (2011). Health-related quality of life among adolescents with polycystic ovary syndrome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*; 40:577.

Kahal, H., Kilpatrick, E., Rigby, A., Coady, A., & Atkin, S. (2019). The effects of treatment with liraglutide on quality of life and depression in young obese women with PCOS and controls. *Gynecological Endocrinology*, 35(2), 142-145.

Karaca, I., Kurt, S., Toz, E., Adiyek, M., & Canda, M. T. (2013). Treatment of premenstrual syndrome with progesterone in women with polycystic ovary syndrome. *Gynecol Obstet*, 3(151), 2161-93.

Karacan E., Caglar G.S., Gürsoy A.Y., & Yilmaz M.B. (2014). Body satisfaction and eating attitudes among girls and young women with and without polycystic ovary syndrome. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 27 (2), 72–77. doi:10.1016/j.jpag.2013.08.003

Karjula S., Morin-Papunen L., Auvinen J., Ruokonen A., Puukka K., & Franks S. (2017). Psychological distress is more prevalent in fertile age and premenopausal women with

PCOS symptoms—15-yr follow-up. *J Clin Endocrinol Metab*, 102(6), 1861-1869. doi: [10.1210/jc.2016-3863](https://doi.org/10.1210/jc.2016-3863)

Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eating behaviors*, 15(2), 197-204.

Katulski, K., Slawek, S., Czyzyk, A., Podfigurna-Stopa, A., Paczkowska, K., Ignaszak, N., & Meczekalski, B. J. J. (2014). Bone mineral density in women with polycystic ovary syndrome. 37(12), 1219-1224.

Kaczmarek, C., Haller, D. M., & Yaron, M. (2016). Health-related quality of life in adolescents and young adults with polycystic ovary syndrome: a systematic review. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 29(6), 551-557.

Keegan, A., Liao, L.M., Boyle, M., Keegan, A., Liao, L-M., & Boyle, M. (2003). 'Hirsutism': a psychological analysis. *J Health Psychol May*, 8(3), 327-45.

Kemper, E., Stringfield, S., & Teddlie, C. (2003). Mixed methods sampling strategies in social science research. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (pp. 273-296). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kerchner A., Lester W., Stuart S.P., & Dokras A. (2009). Risk of depression and other mental health disorders in women with polycystic ovary syndrome: a longitudinal study. *Fertil Steril*, 91(1), 207-12.

Keskin U., Akarsu S., Erdem M., Özselek S., Aydemir E., Bozkurt Z.S. (2012). Quality of Life, Depression and Anxiety Levels in Patients with Polycystic Ovary Syndrome. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 22(1), S-141.

- Kitzinger, C., & Willmott, J.** (2002). 'The thief of womanhood': women's experience of polycystic ovarian syndrome. *Soc Sci Med*, 54(3), 349–361.
- Klump, K.L., Keel, P.K., & Racine, S.E.** (2012). "The interactive effects of estrogen and progesterone on changes in emotional eating across the menstrual cycle". *J Abnorm Psychol*, 122(1), 137. doi:10.1037/a0030842
- Krepula, K., Bidzinska-Speichert, B., Lenarcik, A., & TworowskaBardzinska, U.** (2012). Psychiatric disorders related to polycystic ovary syndrome. *Endokrynol Pol*, 63(6), 488–491.
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q.** (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49-61. doi: 10.1080/10640266.2011.533605.
- Krug, I., Giles, S., & Paganini, C.** (2019). Binge eating in patients with Polycystic Ovary Syndrome: Prevalence, causes, and management strategies. *Neuropsychiatr Dis Treat.*, 15:1273-1285. doi: [10.2147/NDT.S168944](https://doi.org/10.2147/NDT.S168944)
- Khattab S., Mohsen I.A., & Aboul Foutouh I.** (2011). Can metformin reduce the incidence of gestational diabetes mellitus in pregnant women with polycystic ovary syndrome? Prospective cohort study. *Gynecol Endocrinol*, 27(10), 789-793. doi: 10.3109/09513590.2010.540600.
- Khomami, M.B., Tehrani, F.R., Hashemi, S., Farahmand, M., & Azizi, F.** (2015). Of PCOS Symptoms, Hirsutism Has the Most Significant Impact on the Quality of Life of Iranian Women. *PLoS ONE*, 10.
- Köse, G., Tayfur, M., Birincioğlu, İ. & Dönmez, A.** (2016). Adaptation study of the Mindful Eating Questionnaire (MEQ) into Turkish. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy*

and Research, 5(3), 125-134. doi:
10.5455/JCBPR.250644.

Kocaefe, T. (2013). Özerklik veren ebeveynlik stili, bilinçli farkındalık seviyesi ve psikolojik sağlık arasındaki ilişki. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi*, İstanbul Bilgi Üniversitesi, İstanbul.

Kogure S.G., Ribeiro V.B., Lopes I.P., Furtado M.C.L., Kodato S., Siva de Sa M. F., Ferriani R.A., Lara L. A., & dos Reis, R.M. (2019). Body image and its relationships with sexual functioning, anxiety, and depression in women with polycystic ovary syndrome. *Journal of Affective Disorders*, 253, 385-393. ISSN 0165-0327, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.006>.

Koerner, K. & Linehan, M.M. (2000). Research on dialectical behaviour therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 104-112.

Koyuntürk, G. (2018). Polikistik over yaşam kalitesi ölçeği-50 ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği, *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,

Kurzrock, R., & Cohen, P. R. J. M. h. (2007). Polycystic ovary syndrome in men: Stein– Leventhal syndrome revisited., 68(3), 480-483.

Lamas C., Chambry J., Nicolas I., Frydman R., Jeammet P., & Corcos M. (2006). Alexithymia in infertile women. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 27, 23-30.

Lamb, J. D., Jhonstone E.B., Rousseau J.A., Jones C.L., Pasch M.I. C., & Huddleston H.G. (2011). Physical activity in women with polycystic ovary syndrome: prevalence, predictors, and positive health associations, *American*

Journal of Obstetrics and Gynecology,204(4), 352.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.12.006>

- Larsson, I., Hulthén, L., Landén, M., Pålsson, E., Janson, P., & Stener-Victorin, E.** (2016). Dietary intake, resting energy expenditure, and eating behavior in women with and without polycystic ovary syndrome. *Clinical nutrition*, 35(1), 213-218.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S.** (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer
- Lee, I., Cooney L.G., Saini, S., Sammel, M.D., Allison, K.C., & Dokras, A.** (2018). Increased odds of disordered eating in polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia Bulimia Obesity*. doi:10.1007/s40519-018-0533-y
- Legro, R.S., Kusanman, A.R., & Demers, L.** (2002). Elevated dehydroepi-androsterone sulfate levels as the reproductive phenotype in the brothers of women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.*, 87(5), 2134-2138.
- Legro, R.S., Kusanman, A.R., Dodson, W.C., Dunaif, A.** (1999). Prevalence and predictors of risk for type 2 diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in polycystic ovary syndrome: a prospective, controlled study in 254 affected women. *J Clin Endocrinol Metab.*; 84(1): 165-169. doi: 10.1210/jcem.84.1.5393.
- Lechner, L., Bolman, C., & van Dalen, A.** (2007). Definite involuntary childlessness: Associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22(1), 288-294.
doi: 10.1093/humrep/del327
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G.** (1985) *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: SAGE Publications Inc.

- Lizneva, D., Suturina, L., Walker, W., Brakta, S., Gavrilova-Jordan L., Azziz R.** (2016). Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*, *106*(1), 6–15. doi:10.1016/j.fertnstert.2016.05.003
- Lobo, R.A., Keltsky, O.A. & Campeau, J.D.** (1983) Elevated bioactive luteinizing hormone in women with the polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, *39*(5): 674-678.
- Lynch, R., Morse, J., Mendelson, T., & Robins, J.** (2003). Dialectical Behavior Therapy for Depressed Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry*; *11*(1):33–34.
- Mansson, M., Holte, J., Landin-Wilhelmsen, K., Dahlgren, E., Johansson, A., & Landen, M.** (2008). Women with polycystic ovary syndrome are often depressed or anxious—a case control study. *Psychoneuroendocrinology*, *33*(8): 1132–1138.
- Mansson, M., Norstrom, K., Holte, J., Landin-Wilhelmsen, K., Dahlgren, E., Landen, M.** (2011). Sexuality and psychological wellbeing in women with polycystic ovary syndrome compared with healthy controls. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, *155*(2), (s.161–5).
- Martins, M.V., Peterson, B.D., Almeida, V.M., & Costa, M.E** (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Hum Reprod*, *26*(8), 2113–2212.
- Maxwell, J.A. & Loomis, D.M.** (2003) 'Mixed Methods Design: An Alternative Approach', in A. Tashakkori and C. Teddlie (eds) *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*, pp. 209–40. Thousand Oaks, CA: Sage.

- McCook, J.G., Reame, N.E., & Thatcher, S.S.** (2004). Health-Related Quality of Life Issues in Women With Polycystic Ovary Syndrome, *JOGNN Clinical Research*, 34(1), 12-20.
- Melissa, H. Hunter, M.D. Peter, J. & Carek, M.D.** (2003). Evaluation and Treatment of women with hirsutizm. *American Family Physician*, 67(12): 2565-72.
- Merriam, S. B.** (1995). What can you tell from an N of 1? *Issues of validity and reliability in qualitative research. PAACE Journal of Lifelong Learning*, 4, 51-60.
- Merriam, S. B.** (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Merriam, S. B.** (1988). *Case study research in education: A qualitative approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Miller, C. K.** (2017). Mindful eating with diabetes. *Diabetes Spectrum*, 30(2), 89-94.
- Miller, P.H.** (2008). Gelişim psikolojisi kuramları, İmge Kitabevi, ikinci basım.
- Monroe, J. T.** (2015). Mindful eating: principles and practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 9(3), 217-220.
- Moroshko, I., Brennan L, & O'Brien, P.** (2011) Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature. *Obes Rev.*, 12(11), 912–934.
- Moran, LJ, Brown, WJ, McNaughton SA, Joham, A. E., & Teede, H.J.** (2017). Weight management practices associated with PCOS and their relationships with diet and physical activity. *Hum Reprod.* 32(3):669–78.
- Morse, J.** (2003). Principles of mixed-and multi-method research design. In A. Tashakkori C. Tedddlie (Eds.) *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 189-208). Thousand Oaks, CA: SAGE.

- Navarro-Haro, M. V., Modrego-Alarcón, M., Hoffman, H. G., Lopez-Montoyo, A., Navarro-Gil, M., Montero-Marin, J., ... & Garcia-Campayo, J.** (2019). Evaluation of a mindfulness-based intervention with and without virtual reality dialectical behavior therapy® mindfulness skills training for the treatment of generalized anxiety disorder in primary care: a pilot study. *Frontiers in psychology, 10*, 55.
- Niet, J.E., de Koning, C.M, Pastoor, H., Duivenvoorden, H.J., Valkenburg, O., Ramakers, M.J., Passchier, J., de Klerk, C., & Laven, J.S.** (2010). Psychological well-being and sexarche in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod., 25*(6):1497-1503.
- Norman, R.J., Dewally, D., Legro, R.S., & Hickey, T.E.** (2007). Polycystic ovary syndrome. *Lancet, 370*(9588): 685-97.
- Norman, R.J., Hauge W.M., Masters S.C., & Wang X.J.** (1995). Subjects with polycystic ovaries without hyperandrogenaemia exhibit similar disturbances in insulin and lipid profiles as those with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod, 10*(9), 2258-2261.
- Norman, R., Wu R., & Stankiewicz, M.** (2004). Polycystic ovary syndrome. *Med J Aust, 180*(3), 132–137.
- Langdrige, D.** (2007). *Phenomenological psychology: Theory, research and method.* Pearson Education.
- Larsson, I., Hulthen, L., Landen, M., Palsson, E., Janson, P., & Stener-Victorin, E.** (2016). Dietary intake, resting energy expenditure, and eating behavior in women with and without polycystic ovary syndrome. *Clin Nutr. 35*(1): 853-860.

- Lee, I, Cooney, L.G., & Saini, S.** (2019). Increased odds of disordered eating in Polycystic Ovary Syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord.*, 24(5):787-797.
- Legro, R.S., Kusanman, A.R., Dodson, W.C., & Dunaif, A.** (1999). Prevalence and predictors of risk for type 2 diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in polycystic ovary syndrome: a prospective, controlled study in 254 affected women. *J Clin Endocrinol Metab.*, 84(1):165-9.
- Lim, S., Smith, C.A., & Costello, M.F.** (2019). Barriers and facilitators to weight management in overweight and obese women living in Australia with PCOS: a qualitative study. *BMC Endocr Disord* 19, 106. <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0434-8>
- Lin, A. W., Bergomi, E. J., Dollahite, J. S., Sobal, J., Hoeger, K. M., & Lujan, M. E.** (2018). Trust in physicians and medical experience beliefs differ between women with and without polycystic ovary syndrome. *Journal of the Endocrine Society*, 2(9), 1001-1009.
- Lillioja S, Mott DM, Spraul M, et al.** (1993). Insulin resistance and insulin secretory dysfunction as precursors of non-insulin-dependent diabetes mellitus. Prospective studies of Pima Indians. *N Engl J Med.*; 3(29):1988-92.
- Love, J.G., McKenzie, J.S., Nikokavoura, E.A., Broom, J., Rolland, C., Johnston, K.L.** (2016). The experiences of women with polycystic ovary syndrome on a very low-calorie diet. *Int J Womens Health*. 8:299–310.
- Lynch, T.R., Gray, K.L., Hempel, R.J., Titley, M., Chen, E.Y., O'Mahen, H.A.** (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*. 7(13), 293. doi: 10.1186/1471-244X-13-293.

- O'Driscoll, J.B., Mamtora, H., & Higginson, J.** (1994). A prospective study of the prevalence of clear-cut endocrine disorders and polycystic ovaries in 350 103 patients presenting with hirsutism or androgenic alopecia. *Clin Endocrinol*, 41(2):231-236.
- Oliver, G., & Wardle, J.** (1999). Perceived effect of stress on food choice. *Physiology & Behaviour*, 66 (3), 511-515.
- O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D., & Black, D. S.** (2014). Mindfulnessbased interventions for obesity-related eating behaviors: A literature review. *Obes Rev*, 15, 453-461.
- Ovesen, P., Moller, J. E. N. S., Ingerslev, H. J., Jørgensen, J. O., Mengel, A., Schmitz, O., & Moller, N.** (1993). Normal basal and insulin-stimulated fuel metabolism in lean women with the polycystic ovary syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 77(6), 1636-1640.
- Özkan, N., & Bilici, S.** (2018). Yeme davranışında yeni yaklaşımlar: Sezgisel yeme ve yeme farkındalığı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 16-24.
- Özsoy, F., Özsoy, A.Z., & Doğru, Y.H.** (2021). Polikistik over sendromu tanılı hastalarda baskın mizaç özellikleri ile aleksitimi ve dürtüsellik düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 24(1): 69-76. DOI: [10.5505/kpd.2020.28190](https://doi.org/10.5505/kpd.2020.28190)
- Öztürk, O. & Uluşahin A.** (2020). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, *Nobel Tıp Kitapevleri*, ANKARA, 16. Baskı,
- Rai, R., Backos, M., & Rushworth, F.** (2000). Polycystic ovaries and recurrent miscarriage: A reappraisal. *Hum Reprod*, 15(3), 612-615.
- Rajkhowa, M., Neary R.H., Kumpatla, P., Game, F.L., & Jones, P.W.** (1997). Altered composition of high density lipoproteins in

women with the polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.*, 82(10): 3389-3394.

Rasgon, N.L., Rao, R.C., Hwang, S., Altshuler, L.L., Elman, S., Zuckerbrow-Miller, J., & Korenman, S.G. (2003). Depression in women with polycystic ovary syndrome: clinical and biochemical correlates. *J Affect Disord*, 74(3), 299-304.

doi: 10.1016/s0165-0327(02)00117-9.

Redmond G.P.J.T. (2004). Thyroid dysfunction and women's reproductive health. *Supplement*, 14(3), 5-15.

Rice, C. (2014). *Becoming women: The embodied self in image culture.* University of Toronto Press.

Rofey, D. L., Szigethy, E. M., Noll, R. B., Dahl, R. E., Lobst, E., & Arslanian, S. A. (2009). Cognitive-behavioral therapy for physical and emotional disturbances in adolescents with polycystic ovary syndrome: a pilot study. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(2), 156-163.

Rotterdam EA-SPCWG. (2004). Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*, 81(1):19-25.

Rubin, K. H., Glintborg, D., Nybo, M., Andersen, M., Abrahamsen, B. J. J. o. B., & Research, M. (2016). Fracture Risk Is Decreased in Women With Polycystic Ovary Syndrome: A Register-Based and Population-Based Cohort Study. *31*(4), 709-717.

Paganini, C., Peterson, G., Stavropoulos, V., & Krug, I. (2018). The overlap between binge eating behaviors and polycystic ovarian syndrome: an etiological integrative model. *Curr Pharm Des.*, 24(9), 999-1006.
doi:10.2174/1381612824666171204151209

- Pasquali, R., Casimirri, F., & Cantobelli, S.** (1993). Insulin and androgen relationships with abdominal body fat distribution in women with and without hyperandrogenism. *Horm Res.*, 39(5-6), 179-187.
- Pastore, L.M., Pastore, J.T., Patrie, w.L., Morris, P.D., & Megan, J.B.** (2011). Depression symptoms and body dissatisfaction association among polycystic ovary syndrome women, *Journal of Psychosomatic Research*, 71, Issue 4, 270-276. ISSN 0022-3999, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.02.005>.
- Patton, M. Q.** (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rded.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Patton, M. Q.** (2018). Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri, (Çeviri Ed: Bütün, M. & Demir, S.B.). 2. Baskı, Ankara: Pegem Akademi.
- Pekince, G.D.** (2019). Polikistik Over sendromu olan kadınların yaşam deneyimlerinin incelenmesi, *Doktora Tezi*, Ege Üniversitesi
- Perrier, C., Etchegary, H., Palarchio, N. & Snelgrove, P.** (2009). The ethics of applied research with individuals with addictions. *Journal of Ethics in Mental Health*, 4(2), 1-6.
- Piraccini B.M., & Alessandrini A.** (2014). Androgenetic alopecia. *G Ital Dermatol E Venereol Organo Uff Soc Ital Dermatol E Sifilogr.*, 149, 15.
- Polson, D.W., Adams, J., Wadsworth, J., & Franks, S.** (1988). Polycystic ovaries--a common finding in normal women. *Lancet.*, 1:870-872.
- Qiao, J., & Feng, H.L.** (2011). Extra- and intra-ovarian factors in polycystic ovary syndrome: impact on oocyte maturation and embryo developmental competence. *Hum Reprod Update*, 17(1), 17-33.

- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y.** (2009). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *New York: Guilford Press*
- Sakallı, H.** (2016) Omentinin polikistik over sendromu etiyolojisindeki rolünün araştırılması, *Tıpta uzmanlık Tezi*, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
- Samardzic, T., Soucie, K., Schramer, K., & Katzman, R.** (2021). “I didn’t feel normal”: Young Canadian women’s experiences with polycystic ovary syndrome. *Feminism & Psychology, 31*(4), 571-590.
- Scaruffi, E., Franzoi, I.G., Civilotti, C., Guglielmucci, F., La Marca, L., Tomelini, M., Granieri, A.** (2019). Body image, personality profiles and alexithymia in patients with polycystic ovary syndrome (PCOS). *J Psychosom Obstet Gynecol, 40* (4), 294-303.
- Scharfe, E., & Eldredge, D.** (2001). Associations between attachment representations and health behaviors in late adolescence. *Journal of Health Psychology, 6*(3), 295–307.
doi: 10.1177/135910530100600303
- Serintürk, Y.** (2008). Polikistik over sendromu ve beslenme ilişkisi, *Doktora Tezi*, İstanbul: Marmara Üniversitesi
- Shapiro, S. L., Brown, K. W. & Biegel, G. M.** (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology, 1*(2), 105–115.
- Shaw, L. J., Bairey Merz, C. N., Azziz, R., Stanczyk, F. Z., Sopko, G., Braunstein, G. D., . . . Metabolism.** (2008). Withdrawn: postmenopausal women with a history of irregular menses and elevated androgen measurements at high risk for worsening cardiovascular event-free survival: results from

the National Institutes of Health— National heart, lung, and blood institute sponsored women's ischemia syndrome evaluation. *93*(4), 1276-1284.

Shobokshia, A., & Shaarawy, M. (2003). Correction of Insulin Resistance and Hyperandrogenism in Polycystic Ovary Syndrome By Combined Rosiglitazone and Clomiphene Citrate Therapy. *J. SOC. Gynecol. Investig.*, *10*(2): 99-104. doi: 10.1016/s1071-5576(02)00260-5.

Sirmans, S.M, & Pate, K.A. (2013). Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. *Clin Epidemiol*, *18*(6), 1-13. doi: 10.2147/CLEP.S37559.

Smith, J. D. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *1*, 39- 54.

Smith, J.A. & Eatough, V. (2006). İntepretative phenomological analysis. *Research Methods in Psychology*, Üçüncü Baskı,

Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. (In J. A. Smith, Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 51–80). Sage Publications, Inc.

Smith, J. D., Flowers, P. ve Larkin, M. (2012), Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research, London: SAGE Publications.

Skevington, S.M., Lofty, M., O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial a report from WHOQOL-Group. *Quality of Life Research.*, *13*(2): 299-310. 7.

- Slocum, K., Turan, A., Özsağır, C. B., Gündoğan, E., & Bilican, I.** (2022). Dialectical Behavior Therapy Skills Training for Social Anxiety Disorder: A Pilot Study. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 9(80), 202-211. <http://dx.doi.org/10.26450/jshsr.2925>
- Sundblad, C., Bergman, L., & Eriksson, E.** (1994). High levels of free testosterone in women with bulimia nervosa. *Acta Psychiatr Scand*, 90 (5), 397–398.
- Slayden, S.M., Moran, C., Sams, W.M., Boots, L.R., & Azziz, R.** (2001). Hyperandrogenemia in patients presenting with acne. *Fertil Steril*, 75(5), 889-892. doi: 10.1016/s0015-0282(01)01701-0.
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tushen-Caffier, B. & Ehring, T.** (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, 5(197), 103-111. doi: 10.1016/j.psychres.2011.11.009
- Szigethy, E., Weisz, J. & Findling, R.** (2019). Çocuk ve ergenler için bilişsel davranışçı terapi, Ema Tıp Kitabevî.
- Şahin, B, Gencera, M., Ertekin, H., & Beyazıt, F.** (2017). Polikistik Over Sendromu Tanılı Hastalarda Hirsutismus ve Beden Kitle İndeksi'nin Beden İmajı ve Anksiyete Üzerine Etkileri. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 27(3), 130 - 137.
- Şahingöz, M., Uğuz, F., Gezgin, K., & Korucu, D.G.** (2013). Axis I and axis II diagnoses in women with PCOS. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(5), 508–11.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S.** (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.

- Tan, S., Hahn, S., Benson, S., Janssen, O.E., Dietz, T., & Kimmig, R.**(2008). Psychological implications of infertility in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*, 23(9), 2064–2071.
- Tashakkori, A.,& Teddlie, C.** (2003). The past and future of mixed methods research: From data triangulation to mixed model designs. *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*; 671-701. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tay, C.T., Teede, H.J., Hill, B., Loxton, D., Joham, A.E.** (2019). Increased prevalence of eating disorders, low self-esteem, and psychological distress in women with Polycystic Ovary Syndrome: A community-based cohort study. *Fertil Steril*;112(2):353-361.
- Teede H., Deeks A., & Moran L.** (2010). Polycystic ovary syndrome: a complex condition with psychological, reproductive and metabolic manifestations that impacts on health across the lifespan. *BMC Med*, 8, 41. doi:10.1186/1741-7015-8-41
TEMĐ Klavuzu Metabolik Sendrom, 2009.
- Teddlie, C., & Yu, F.** (2007). "Mixed Methods Sampling: A Typology With Examples". *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1): 77-100.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M.** (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061–1065.
- Thannickal, A., Brutocao, C., Alsawas, M., Morrow, A., Zaiem, F., Murad, M. H., & Javed Chattha, A.** (2020). Eating, sleeping and sexual function disorders in women with polycystic ovary syndrome (PCOS): A systematic review and meta-analysis. *Clinical endocrinology*, 92(4), 338-349.
- The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group.** (2004). Revised 2003 consensus on

diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*, 81(1): 19-25.

Thomas, S.A., Fan, A.W., & Pastore, L.M.A., (2014). Review of the impact of body image on quality of life in women with polycystic ovary syndrome. *Int. J. Psych. Res.* 9, 17.

Thomson, R.L, Buckley, J.D., Noakes, M., Clifton, P.M., Norman, R.J., Brinkworth, G.D. (2009). The effect of a hypocaloric diet with and without exercise training on body composition, cardiometabolic risk profile, and reproductive function in overweight and obese women with polycystic ovary syndrome. *Obstet Gynecol Surv.*; 64(4):244–5.

Tomlinson, J., Pinkney, J., Adams, L., Stenhouse, E., Bendall, A., Corrigan, O., Letherby, G. (2017). The diagnosis and lived experience of polycystic ovary syndrome: a qualitative study. *J Adv Nurs*; 73(10):2318–2326.

Trent M., Austin S.B., Rich M., & Gordon C.M.(2005). Overweight status of adolescent girls with polycystic ovary syndrome: body mass index as mediator of quality of life. *Ambul Pediatr.*, 5(2), 107–111.

Trent, M.E., Rich, M., Austin, S.B., & Gordon, C.M. (2002). Quality of life in adolescent girls with polycystic ovary syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156(6), 556– 560.

Trent, M.E., Rich, M., Austin, S.B., & Gordon, C.M. (2003). Fertility concerns and sexual behavior in adolescent girls with polycystic ovary syndrome: implications for quality of life. *J Pediatr Adolesc Gynecol.*, 16(1), 33– 37.

Tsilchorozidou, T., Overton, C., Convay, S.G. (2004). The pathophysiology of polycystic ovary syndrome. *Clinical Endocrinology*, 60(1), 1-17.

- Twig, G., Yaniv, G., Levine, H., Leiba, A., Goldberger, N., & Derazne, E.** (2016). Body-mass index in 2.3 million adolescents and cardiovascular death in adulthood, *N Engl J Med.*, 374(25), 2430-40.
- Van-Anders, S.M., & Watson, N.V.** (2006). Social neuroendocrinology: effects of social contexts and behaviors on sex steroids in humans. *Hum Nat.*, 17(2), 212–237. doi:10.1007/s12110-006-1018-7
- Van Hoff, M., Voorhorst, F.J., & Kaptein, M.** (1999). Endocrine features of polycystic ovary syndrome in a random population sample of 14-16 year-old adolescents. *Hum Reprod*, 14(9), 2223-2229.
- Vural, B., & Temel, A.** (2007) Evliliğe yönelik inançlar ve tutumlar: sağlık inanç modeli ölçeği'nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23:31-50.
- Yalom, I. D.** (2012). Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği (*Özgür Karaçam, Çeviri*). İstanbul: *Kabalıcı Yayınevi*. (Orjinal baskı: 1995)
- Yavuz, M.B.** (2020). Kısa süreli Diyalektik Davranış Terapisi Beceri eğitime katılan fibromiyalji hastası kadınların deneyimlerinin yorumlayıcı fenomenolojik analizi, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Şehir Üniversitesi.
- Yıldırım, A. & Şimşek, H.** (2016). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Ankara: *Seçkin Yayıncılık*.
- Yıldız, B. O., Bozdağ, G., Yapıcı, Z., Esinler, I. & H. Yaralı.** (2012). Prevalence, phenotype and cardiometabolic risk of polycystic ovary syndrome under different diagnostic criteria. *Human Reproduction*, 27(10), 3067-3073.

- Yıldız, B.O.** (2008). "Assessment, diagnosis and treatment of a patient with hirsutism". *Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism*, 4, 294-300.
- Yılmaz, M., Bukan, N., Ersoy, R., Karakoç, A., Yetkin, I., Ayvaz, G., & Arslan, M. J. H. R.** (2005). Glucose intolerance, insulin resistance and cardiovascular risk factors in first degree relatives of women with polycystic ovary syndrome. 20(9), 2414-2420.
- Yılmaz, B., Yıldız, B.O.** (2019). Endocrinology of Hirsutism: From Androgens to Androgen Excess Disorders. *Front Horm Res.*; 53:108-19.
- Yoldemir, T., & Atasayan, K.** (2019). Polikistik over sendromu: Yaşam boyu riskler. *Polikistik Over Sendromu*. 1.Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 41-50.
- Yüksel, O., Dökmetaş, H. S., Topcu, S., Erselcan, T., Şencan, M. J. J. O. B., & Metabolism, M.** (2001). Relationship between bone mineral density and insulin resistance in polycystic ovary syndrome. 19(4), 257-262
- Yüksel, P. & Yıldırım, S.** (2015). Theoretical Frameworks, Methods, and Procedures for Conducting Phenomenological Studies in Educational Settings. *Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry*, 6(1), 1-20.
<https://doi.org/10.17569/tojqi.59813>
- Walker, J. N.** (1987). The Health Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M.** (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition research reviews*, 30(2), 272-283.

- Weber, B., Lewicka S., Deuschle M., Colla M., & Heuser I.** (2000). Testosterone, androstenedione and dihydrotestosterone concentrations are elevated in female patients with major depression. *Psychoneuroendocrinology*, 25(8), 765-771.
- Weiner, C.L., Primeau M., & Ehrmann D.A.** (2004). Androgens and mood dysfunction in women: comparison of women with polycystic ovarian syndrome to healthy controls. *Psychosom Med*, 66(3), 356-362.
- Weiss, T. R., & Bulmer, S. M.** (2011). Young women's experiences living with polycystic ovary syndrome. *Journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing*, 40(6), 709-718.
- Welch, S., Osborne, T. L., & Pryzgoda, J.** (2010). Augmenting exposure-based treatment for anxiety disorders with principles and skills from dialectical behavior therapy. *Treatment resistant anxiety disorders: Resolving impasses to symptom remission*, 161-197.
- Wild, R.A., Carmina, E., Diamanti-Kandarakis, E., Dokras, A., Escobar-Morreale, H.F., & Futterweit, W.** (2010). Assessment of cardiovascular risk and prevention of cardiovascular disease in women with the polycystic ovary syndrome: a consensus statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome (AE-PCOS) Society., 95(5), 2038-49.
- Wild, S., Pierpoint, T., Jacobs H. & McKeigue, P.** (2000) Long-term consequences of polycystic ovary syndrome: Results of a 31 year follow-upstudy, *HumanFertility*, 3(2), 101-105. DOI: [10.1080/1464727002000198781](https://doi.org/10.1080/1464727002000198781)
- Williams, S., Sheffield, D. & Knibb, R.** (2015). ‘Everything’s from the inside out with PCOS’: Exploring women’s experiences of living with polycystic ovary syndrome and co-morbidities through Skype™ interviews. *Health Psychology Open*, 1 – 10. DOI: 10.1177/2055102915603051

- Wilson, A.** (2015). A guide to phenomenological research. *Nursing Standard*, 29(34), 38-43.
<https://doi.org/10.7748/ns.29.34.38.e8821>
- Wiser, S., & Telch, C.** (1999). Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (6), 755-768.
- Wolz, I., Fagundo, A. B., Treasure, J., & Fernández- Aranda, F.** (2015). The processing of food stimuli in abnormal eating: a systematic review of electrophysiology. *European Eating Disorders Review*, 23(4), 251-261.
- World Health Organization.** (1993). WHOQoL Study Protocol. WHO (MNH7PSF/93.9).
- Zapolski, T.C. & Smith, T.G.** (2016). Pilot Study: Implementing a brief DBT Skills Program in Schools to Reduce Health Risk Behaviours Among Early Adolescents, *J Sch Nurs.*, 33(3):198-204. doi: 10.1177/1059840516673188.
- Zawadski, J.K., & Dunaif, A.** (1992). Diagnostic criteria for polycystic ovary syndrome; towards a rational approach. *Polycystic ovary syndrome*, 4(11), 377-384.

EKLER

EK-1

Evrak Tarih ve Sayısı: 12.09.2021-57



FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU KARARI

Karar Tarihi	09/09/2021	Karar Sayısı	07/07
--------------	------------	--------------	-------

KURUL ÜYELERİ

Prof. Dr. Fahameddin BAŞAR / Rektör Yardımcısı - Başkan
Prof. Dr. Erol KILIÇ / Güzel Sanatlar Fakültesi-Dekan V. - Üye
Prof. Dr. Esra AKGÜL / MYO- Müdür V. - Üye
Prof. Dr. Hasan BACANLI / Eğitim Fakültesi-Dekan V. - Üye
Prof. Dr. Mustafa ALTUNDAĞ/ İslami İlimler Fakültesi-Dekan - Üye
Prof. Dr. Nihat ÖZTOPRAK / Edebiyat Fakültesi - Üye
Prof. Dr. Sefa SAYGILI/ Edebiyat Fakültesi - Üye
Dr. Öğr. Üyesi Eyup Sabri KALA / Hukuk Müşaviri - Raportör

Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu 09.09.2021 tarihinde saat 11:00'da toplanmış ve aşağıdaki karar alınmıştır.

KARAR

KARAR NO 2021-07/07 Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Doktora Programı Öğrencisi Esmâ GÜNDOĞAN'ın "Polikistik over sendromu olan genç bireylerde diyalektik davranışçı terapisi grup beceri eğitiminin etkisinin incelenmesi: bir karma method çalışması" isimli araştırmasında kullanacağı anket ve ölçeklerinin etik yönden uygunluğuna,

Toplantıya katılan üyelerinin oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Fahameddin BAŞAR

Başkan

e-imzalıdır

Prof. Dr. Hasan BACANLI

Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Erol KILIÇ

Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Sefa SAGILI

Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Mustafa ALTUNDAĞ

Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Esra AKGÜL

Üye

e-imzalıdır

Prof. Dr. Nihat ÖZTOPRAK

Üye

EK-2

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Fatih Sultan Mehmet Üniversitesi ve İstanbul Medeniyet Üniversitesi ortak program Klinik Psikoloji doktora öğrencisi Esmâ Gündoğan tarafından yürütülen Diyalektik Davranış Terapisi Grup Beceri Eğitimine davet ediyoruz. Bu beceri eğitimine katılıp katılmama kararını vermeden önce, beceri eğitiminin neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma sırasında elde edilen bilgiler anonim olarak değerlendirilecek ve böyle bir araştırmada yer aldığınız bilgisi hiç kimse ile paylaşılmayacaktır. Gerekli görülürse sonuçlarınız kişisel olarak değil toplu olarak araştırma için kullanılacaktır. Kişisel bilgileriniz ile verdiğiniz cevaplar ve doldurduğunuz formlar ayrı olarak saklanacak ve araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından görülmeyecektir. Kişisel bilgileriniz bu araştırmanın sonuçlarının kullanıldığı herhangi bir sunum ya da yayında yer almayacaktır.

Beceri Eğitimi ile İlgili Bilgiler

Beceri Eğitiminin Amacı: Polikistik Over Sendromu olan bireylere Diyalektik Davranış Terapisinin 4 temel taşı olan Farkındalık Becerileri, Duygu Düzenleme Becerileri, Kişilerarası Etkililik Becerileri, Sıkıntıya Dayanma Toleransı Becerileri öğretilmesi amaçlanmaktadır.

Beceri Eğitiminin Nedeni: Doktora Tezi/ Bilimsel araştırma

Beceri Eğitiminin Öngörülen Süresi: Eğitimin 12 hafta sürmesi planlanmaktadır. Her hafta seanslar 2 saat olarak planlanmıştır.

Beceri Eğitiminin Yapılacağı Yer: Erzurum Teknik Üniversitesi EtüPAM İş Binasında Bulunan Grup Terapi Odası

Beceri Eğitiminin Ücreti: Katılımcılarımızdan ücret talep edilmeyecektir.

İletişim: Araştırma ile ilgili detaylı bilgi almak, aklınızdaki soruları danışmak için ***** adresi ile iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve beceri eğitiminden önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Beceri eğitimi grubuna ve araştırmaya katılarak katkıda bulunduğunuz için şimdiden teşekkür ederiz. Yukarıda belirtilen bilgiler ve koşulları okudum, anladım. Bu bilgiler ve koşullar dâhilinde beceri eğitimi grubuna ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı:.....

Soyadı:.....

İmzası:.....

EK-3

SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaş: _____
2. Cinsiyet _____
3. Medeni Durumunuz
Evli___ bekar ___ İlişkisi var___
4. Kaçınıcı sınıftasınız _____
5. Bölümünüz _____
6. Eğitim Durumunuz: Okumamış:___ İlk: ___ Orta: ___ Lise: ___ Üniversite okuyor___ Üniversite Mezunu___ Lisansüstü: ___ Doktora___
7. Ailenizin gelir durumu Düşük___ orta___ yüksek___
8. Ailenizden ayrı bir gelirin var ise; sizin gelir durumunuz
Düşük___ orta___ yüksek___
9. Daha önce psikolojik yardım aldınız mı? Bir tanı aldınız mı?
10. Psikolojik destek alıyor musunuz? Güncel bir psikolojik tanınız var mı?
11. Daha önce herhangi bir psikiyatrik ilaç kullandınız mı?
12. Güncel olarak bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz? Ne kadar süredir?
13. Hiç daha önce kendinize zarar verme davranışında bulunduğunuz oldu mu?
14. Yakın zamanda kendinize zarar verme düşüncesinin aklınızdan geçtiği oldu mu?
15. Hiç daha önce intihar girişiminde bulunduğunuz oldu mu?
16. Yakın zamanlarda zihninizden intihar düşüncelerinin geçtiği oldu mu?
17. PKOS'un yaşam kalitenizi ne derecede olumsuz etkilediğini düşünüyorsunuz?
Hiç..... Nadiren..... Bazen..... Sık sık Herzaman.....

EK-4

Polikistik Over Sendromu Anketi (PCOSQ-50)

Açıklamalar

Bu sorular sizin sağlık durumunuz ile ilgilidir. Lütfen tüm soruları nasıl hissettiğinizi en iyi şekilde derecelendirme yaparak, kutucukları işaretleyerek cevaplayınız.

Her soru için sadece bir seçeneği işaretleyiniz. Doğru olmayan ya da hatalı olan bir cevap yoktur. Sadece sizin nasıl hissettiğinizi belirten seçeneği seçiniz.

BÖLÜM A: Psiko-sosyal ve Duygusal

Son dört hafta içinde ne kadar sıklıkla

		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
1	PCOS nedeniyle kötü ruh halinden muzdarip oldunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	PCOS dan dolayı sabırsızlık yaşadınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	PCOS olduğunuz için kendinizi suçladınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Diğer kişiler ile ilişkilerinizde sorun yaşadınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	PCOS nedeniyle öz güven eksikliğinden dolayı muzdarip oldunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	PCOS dan dolayı agresif (saldırgan) bir tutum içine girdiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Tedavi hakkında karamsar hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Fiziksel görünümünüzden dolayı utanç hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9	Normal bayanlara karşı farklı hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Duygularınızı kontrol etmede güçlük yaşadınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11	Çirkin ya da itici hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Çabuk yorulduğunuzu hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BÖLÜM B: Doğurganlık

Son dört hafta içinde ne kadar sıklıkla

		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
1	Çocukları görünce üzgün hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Hamile bayan görünce üzgün hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Kısırlıkla ilgili endişe duydunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Hamilelikten emin olursanız diğer bütün PCOS belirtilerini kabul edeceğinizi hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Düşük korkusu hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6	Gelecekte kısırlıktan endişe duydunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Boşanma ya da ayrılık korkusu yaşadınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BÖLÜM C: Cinsel Fonksiyon *Eşi (partneri) olanlar dolduracak

Son dört hafta içinde ne kadar sıklıkla

		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
1	Kısırlık nedeniyle cinsel ilişkide kendinizi işe yaramaz hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2	PCOS un ilaç tedavisinin uzun vadeli etkilerinden endişe duydunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Cinsellik konusunda tatminsizlik hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Cinsel uyarı eksikliği hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Cinsel istek eksikliği hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Cinsel ilişki sırasında kayganlık eksikliği yaşadınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Orgazm eksikliği yaşadınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Cinsel soğukluk/karşılık veremeden dolayı utanç duydunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9	PCOS kaynaklı cinsel dürtü (libido) kaybı yaşadınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

BÖLÜM D: Obezite ve Menstrüal Bozukluklar

Son dört hafta içinde ne kadar sıklıkla

		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
1	Aşırı kilolu olmaktan endişe duyduunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	PCOS'u kontrol altında tutmak için kilo verme ihtiyacı hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Kilo verdikten sonra önceki kilonuza hızlıca dönmekten endişe duyduunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4	Adetin tamamen kesilmesinden endişe duyduunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Adetin uzun aralıklarla olmasından endişe duyduunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Eşinize daha çekici görünmek için kilo verme isteği hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Diyabet(şeker), hipertansiyon ve kalp hastalıkları gibi hastalıklardan korku duyduunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Tekrarlı doktor ziyaretlerinden dolayı tedaviyi bırakma isteği hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Kanser olma korkusu yaşadınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--	--

BÖLÜM E: Tüyenme

Son dört hafta içinde ne kadar sıklıkla

		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
1	Yüzünüzde aşırı tüyenmeden dolayı utanç duyduunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Yüzde ve vücutta aşırı tüyenmenin ilerlemesinden endişe duyduunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Yüzünüzde aşırı tüyenmeden dolayı endişe duyduunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	İstenmeyen tüylerden kurtulduktan sonra hızla yeniden çıkmasından endişe duyduunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Aşırı vücut tüyenmesinden dolayı utanç hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Aşırı tüyenmeden dolayı vücudunuzu ve yüzünüzü kapatma ihtiyacı hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bu araştırma bireyler için son derece önemli olan mevcut sağlık durumunun korunması ve var olan sağlık durumunun daha ileriye götürülmesi için sağlığın geliştirilmesi davranışlarını saptamak amacıyla yapılmaktadır. Bilgiler topla halde değerlendirileceği için **isminizi yazmanıza gerek yoktur**. Lütfen yanıtlarınızı en gerçekçi bir biçimde veriniz. **Lütfen tüm cümleleri yanıtlayarak boş bırakmayınız**. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederim.

	1.ASLA	2.ÇOK SEYREK	3.BAZEN	4.ÇOĞUNLUKLA	5.HER ZAMAN
1- Fiziksel aktivite yapmaya ayıracak vaktim olmadığını düşünürüm.					
2- Kansorejen gıda ve ürünleri tüketmekten kaçınırım.					
3- Cips, kızartma, fastfood gibi gıdaları ağırlıklı olarak tüketirim.					
4- Stresle karşı karşıya kaldığımda stresle baş etme yöntemlerini kullanamam.					
5- Sigara kullanırım.					
6- Bulduğum fırsatlarda yürüyüş yaparım.					
7- Rahatlamak için kendime özel zaman ayırırım.					
8- Düzenli olarak spor yaparım.					
9- Sağlığı geliştirici davranışları yaşam alışkanlığı haline getirmeye gayret gösteririm.					
10- Kendime yakın gördüğüm, sevdiğim kişilerle vakit geçiririm.					
11- Günde toplam 10 bardak (2.5lt) su içerim.					
12- Günlük işlerimi yaparken fiziksel olarak kendimi çok aktif tutmam.					
13- Çalışma ve eğlenme arasındaki dengeyi kuramam.					
14- Düzenli olarak sağlık kontrollerimi yaptırım.					
15- Geç saatlerde yemek yemem.					
16- Problemlerimi yakınlarım ile paylaşıyorum.					
17- Arkadaşlarımla sinemaya, tiyatroya giderim.					
18- Sağlığımı korumak için gerekli olan aşılarımı yaptırım.					
19- Her gün sebze tüketirim.					
20- Peynir, süt, yoğurt gibi gıdaları ağırlıklı olarak tüketirim.					
21- tatlı ve karbonhidrat yüklü gıdaları aşırı tüketmekten kaçınırım.					
22- Zararlı güneş ışınlarından kendimi korurum.					
23- Belirli aralıklarda yaptırım gereken sağlık taramalarını yaptırım.					
24- Bulaşıcı hastalıklara karşı kendimi korurum.					

EK-5 SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ VE KORUYUCU DAVRANIŞLAR ÖLÇEĞİ

EK-6**YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)**

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir.

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

	1 Hiç	2 Nadiren	3 Bazen	4 Sık sık	5 Her zaman
1.	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.				
2.	Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.				
3.	Lokmalarımı çiğnemedem yutarım.				
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doyduğumu fark edemem.				
5.	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.				
6.	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.				
7.	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.				
8.	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.				
9.	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.				
10.	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.				
11.	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.				
12.	Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.				
13.	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.				
14.	Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.				
15.	Yediğim her lokmanın tadına varırım.				
16.	Sık sık diyet yaparım.				
17.	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.				
18.	Öğün saatlerim bellidir.				
19.	Yemek yerken çatal yerine kaşık kullanırım.				
20.	Bir öğünde daha fazla yiyemeyecek hale gelene kadar yerim.				
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da çips varken yemeden duramam.				
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.				
23.	Canım sıkılınca yerim.				
24.	Sağlıklı beslenirim.				
25.	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.				
26.	Yediğimi fark etmeden atıştırırım.				
27.	Küçük lokmalarla yerim.				
28.	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.				
29.	Yerken otomatik pilota bağlarım.				
30.	Mutlu olmak için çikolata yerim.				

EK-7

KBÖ—Erişkin

RUMUZ:

Yönergeler: Aşağıdaki sorular size rahatsız edebilecek şeyleri sormaktadır. Her soru için, **son İki (2) HAFTA** boyunca her bir sorunun sizi ne kadar (veya ne sıklıkta) rahatsızlığınızı en iyi açıklayan sayıyı daire içine alın.

	Son İki (2) HAFTA boyunca, aşağıdaki sorunlardan ne kadar (veya ne sıklıkta) rahatsız oldunuz?	Hiç	Hafif Az, bir veya iki günden az	Orta Birkaç gün	İlımlı Günlerin yarısından çoğunda	Şiddetli Neredeyse her gün	En Yüksek Alan Skoru (klinikyen)
I.	1. Bir şeyler yaparken ilgi veya istekte azalma?	0	1	2	3	4	
	2. Keyifsiz, çökkün veya umutsuz hissetme?	0	1	2	3	4	
II.	3. Her zamankinden daha rahatsız, huysuz veya öfkeli hissetme?	0	1	2	3	4	
III.	4. Her zamankinden daha az uyumaya karşın, hala çok enerji dolu hissetme?	0	1	2	3	4	
	5. Her zamankinden daha fazla proje başlatma veya daha riskli işlere kalkışma?	0	1	2	3	4	
IV.	6. Sinirli, kaygılı, ürpermiş, endişeli veya patlamaya hazır hissetme?	0	1	2	3	4	
	7. Paniklemiş veya ürkmüş hissetme?	0	1	2	3	4	
	8. Kaygı veren durumlardan kaçınma?	0	1	2	3	4	
V.	9. Açıklanamayan ağrılar ve acılar hissetme (örn., baş, bel, eklem, karın, bacaklar)?	0	1	2	3	4	
	10. Hastalığının yeterince ciddiye alınmadığını hissetme?	0	1	2	3	4	
VI.	11. Kendinize gerçekten zarar vermeyi düşünme?	0	1	2	3	4	
VII.	12. Etrafta kimse yokken başkalarının duyamadığı şeyler örneğin sesler duyma?	0	1	2	3	4	

	13. Düşüncelerinizin başkaları tarafından okunabildiğini veya sizin başkalarının düşüncelerini okuyabildiğinizi hissetme?	0	1	2	3	4	
VIII.	14. Genel uyku kalitesini etkileyen uyku sorunları çekme?	0	1	2	3	4	
IX.	15. Hafıza (örn., yeni bilgiler öğrenme) veya yer bulma (örn., evin yolunu bulma) ile ilgili problemler çekme?	0	1	2	3	4	
X.	16. Aklınıza giren tekrarlayıcı, nahoş düşünceler, güdüler veya görüntüler olması?	0	1	2	3	4	
	17. Belli davranışları veya zihinsel faaliyetleri tekrar tekrar yapmak zorunda hissetme?	0	1	2	3	4	
XI.	18. Kendinizi bedeninizden, fiziksel çevrenizden veya anılarınızdan ayrı ve uzak hissetme?	0	1	2	3	4	
XII.	19. Aslında kim olduğunuzu veya hayattan ne istediğinizi bilememe	0	1	2	3	4	
	20. Kendinizi başka insanlara yakın hissedememe veya onlarla olan ilişkilerde zevk alamama?	0	1	2	3	4	
XIII.	21. Tek bir günde herhangi bir çeşit alkolden en az 4 içki içme?	0	1	2	3	4	
	22. Sigara, puro, pipodan herhangi birini içme veya enfiye çekme ya da tütün çiğneme?	0	1	2	3	4	
	23. Doktor reçetesi olmaksızın veya önerilen dozun üzerinde ya da önerilenden daha uzun sürede KENDİ KAFANIZA GÖRE aşağıdaki ilaçlardan kullanma [örn., ağrı kesiciler (morfin, dolantin), uyarıcılar (ritalin, concerta), sakinleştiriciler ve yatıştırıcılar (uyku hapları, diazem), esrar, kokain, bonsai, gece kulübü hapları (ecstasy), halusinojenler (LSD), eroin, uçucular (bali) ya da metamfetamin (kristal)]?	0	1	2	3	4	

Diğer.-----

Danışanın beceri eğitimine uygunluğunu değerlendirmek için alınması gereken diğer bilgiler:

Daha önceki psikoterapiler
(Nekadar süre ile? Hangi problem için? Yararlılığı?-----

Psikiyatrik hastane geçmişi öyküsü (Nezaman, ne kadar süreliğine ve hangi problem için?)-----

Psikotik bozukluklar (Hiç başkasının duymadığı sesleri duyduğunuz veya görmediği şeyleri gördüğünüz oldu mu?-----

Psikiyatrik ilaç (Hangi ilaç? Ne kadar süredir kullanıyor? İlaç kullanımı stabil mi?)-----

İntihar/Kendine zarar verme davranış öyküsü

Hiç intihar etmeyi veya kendinize zarar vermeyi aklınızdan geçirdiğiniz ya da böyle bir girişimde bulunduğunuz oldu mu?

(Ne zaman? Ne sıklıkta? Bu düşünceler güncel mi?)-----

Hiç bedeninizin bir uzavını kasıtlı olarak

kestiğiniz ya da yaktığınız oldu mu?--

Alkol ve Madde bağımlılığı (Hangi madde ? Sıklığı?Miktarı?)-----

Mania: Hiç kendini birkaç gün boyunca süper kahraman gibi veya enerji patlaması hissettiğin ve uyku uyumaya olan ihtiyacının neredeyse ortaya çıkmadığı, düşünce akışının sanki birbiriyle yarışıyormuşçasına çok hızlı olduğu bir periyod deneyimlediğin oldu mu? Hiç manik olduğun ya da ya da olabileceğinin söylendiği oldu mu?-----

EK-9

PKOS Beceri Eğitimi Grup Kuralları

- a) Grup kapalı uçlu bir gruptur; bitiş tarihi on iki hafta sonra olacak, gruba bu süreçte yeni bir katılımcı dahil olmayacaktır.
- b) Katılımcıların düzenli katılımı ve 'burada ve şimdi' ye odaklanması, kişisel sorumluluğu üstlenmesi, başka bir grup üyesine karşı yargılayıcı bir dil kullanmaması, kendi duygu ve düşüncelerinden bahsederken bunu herhangi bir başka grup üyesi ile kendi durumunu karşılaştırmadan yapması, öğretilen becerilerle ilgili fikrini beyan etmesi ve bu yeni becerileri denemeye çalışması gruptan fayda görmesi için önemlidir.
- c) Grup her hafta cuma günü saat 14.00 ile 16.00 arasındadır. Her oturum iki saat sürecektir.
- d) Beceri eğitimi genelde anında bir rahatlama sağlamaz. Bazen yeni bir becerinin kazanım süreci zorlayıcı olabilir. Bir becerinin kazanımı ve yeni bir alışkanlık haline getirilmesi zamana ihtiyaç gerektiren bir süreçtir. Beceri eğitiminden ne kadar fayda göreceğiniz sizin bu becerileri iyi bir şekilde kavramanız, verilen çalışma kağıtları üzerinden ev ödevlerini yapmanız ve günlük hayatta karşılaştığımız problemlerde ne derecede uygulandığınız ile ilişkilidir.
- e)Beceri eğitiminde gizlilik esastır. Grup üyelerinin kendileri düşünce ve duygularını açabilmeleri için grupta konuşulanların grup içinde kalacağına dair güven duymaya ihtiyaç duyarlar. Grup üyelerinin isim, sınıf, bölüm veya grupta paylaştığı herhangi bir özelliğinin gruptan olmayan herhangi bir kişi ile paylaşılması yasaktır.
- e) Gizlilik esasları whatsapp grup konuşma ve paylaşımlarını için de geçerlidir.
- f) Bu beceri eğitimine katılım ücretsizdir. Katılımcılar yalnızca fotokopi masraflarını karşılarlar.



EDEBİYAT FAKÜLTESİ
ETÜ PSİKOLOJİ KULÜBÜ



POLİKİSTİK OVER SENDROMU OLANLAR İÇİN

DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI BECERİ EĞİTİM GRUBU

- Etkinlik, **polikistik over sendromu (PKOS) tanısı almış öğrencilere** yöneliktir.
- Etkinlik bir grup terapisi değildir! Diyalektik Davranışçı terapinin (DDT) temel yöntemlerinin PKOS sendromuna sahip bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek için nasıl kullanılabileceği üzerine düzenlenen bir psikoeğitim ve beceri kazandırma eğitimidir.
- Etkinliğe her bölümden öğrencilerimiz katılabilir; psikoloji öğrencisi olma şartı aranmaz; katılım herhangi bir mesleki bilgi gerektirmemektedir.
- Etkinliğe katılım gösteren öğrenciler DDT'nin temel prensipleri hakkında hem teorik olarak bir genel kültüre sahip olurlar hem de uygulamalı egzersizler ile teorik bilgilerini PKOS ile başa çıkabilmek için nasıl kullanabileceklerini deneyimlerler.
- Etkinlik **12 hafta boyunca devam edecektir; oturumlar haftada bir gün 2 saat** olacaktır.
- Etkinlikler 10 kişilik gruplar halinde yapılacaktır.
- Başvuru tarihi; **30 Eylül 2021-10 Ekim 2021**'dir.
- **Uygulama 11 Ekim 2021 Pazartesi günü başlayacak** ve uygulama yeri için gerekli bilgiler ileriki dönemde katılımcılara duyurulacaktır.
- Uygulama sonrasında öğrencilere katılım belgesi verilecektir.
- **Uygulama ile ilgili daha detaylı bilgi almak ve tüm sorularınız için** etupk@erzurumteknikuni.edu.tr adresinden iletişime geçebilirsiniz.
- Etkinliğe katılmak isteyen ve/veya etkinlikle ilgili öncesinde bilgi almak isteyen öğrencilerin mümkün mertebe en kısa sürede iletişime geçmesi, katılımcı sayısını belirleyebilmek ve bu doğrultuda gerekli planlamaları için kolaylık sağlayacaktır.



/erzurumteknikuni



/erzurumteknik



/erzurum teknik üniversitesi

www.erzurum.edu.tr

EK-11

Görüşme sorusu 1:

Polikistik over sendromu sizin için ne ifade ediyor?

- Polikistik over sendromu olduğunuzu ilk öğrendiğinizde neler deneyimlediniz?
- Polikistik over sendromunu ile ilgili hiç desteğe (tıbbi bilgi, psiko-eğitim, psikolojik destek, sosyal destek) ihtiyaç duyduğunuzu hissettiğiniz oldu mu?
- Polikistik over sendromunun (bugüne kadar) en çok hangi semptomlarını deneyimlediniz?
- Bu semptomları yaşamış olmanın sizde herhangi bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?(kendiniz, diğer insanlar ve dış dünyaya dair duygu, düşünce ve algınızda).
- (varsa) bunlardan biraz bahsedebilir misiniz?

Görüşme sorusu 2:

DDT beceri eğitiminin sizde herhangi bir etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?

- (varsa) Psikolojik iyi oluş üzerinde etkisi oldu mu anlatır mısınız?
- Gündelik hayat problemleri ile başa çıkmanızda etkisi oldu mu anlatır mısınız?
- Polikistik over sendromu ile baş etmenizdeki etkisi oldu mu anlatır mısınız?
- Yaşam tarzınızda (sağlığı koruyucu davranışlar, yaşam kalitesi..) etkisi oldu mu anlatır mısınız?
- DDT beceri eğitiminin olumsuz bir etkisini deneyimlediniz mi anlatır mısınız?

Görüşme sorusu 3:

Becerileri günlük hayatınızda kullanıyor musunuz?

- En çok kullandığınız beceri hangisiydi? Örnek verir misiniz?
- Bilinçli farkındalık becerilerini günlük hayatınızda kullanıyor musunuz? Örnek verir misiniz?
- Duygu düzenleme becerilerini günlük hayatınızda kullanıyor musunuz? Örnek verir misiniz?
- Kişilerarası ilişkiler becerilerini günlük hayatınızda kullanıyor musunuz? Örnek verir misiniz?
- Stres tolerans becerilerini günlük hayatınızda kullanıyor musunuz? Örnek verir misiniz?

Görüşme sorusu 4:

DDT eğitimini bir grup ortamında almak sizin için nasıl bir deneyimdi?

- Başlangıçta grup içinde neler deneyimlediniz?
- Eğitim boyunca grup içinde neler deneyimlediniz?
 - Eğitim sonunda grup içinde neler deneyimlediniz?
 - Eğitim boyunca olumlu veya olumsuz başka neler deneyimlediniz?

Görüşme sorusu 5:

- DDT eğitimini bitirdikten sonra PKOS'a bakış açınızda (algı, inanç, duygu) eğitim öncesine göre bir değişim yaşadınız mı?