

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI**

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTALARIN
PSİKOLOJİK DESTEK İHTİYAÇLARININ SAPTANMASI**

Semra AKIN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ADANA / 2022

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI**

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTALARIN
PSİKOLOJİK DESTEK İHTİYAÇLARININ SAPTANMASI**

Semra AKIN

**Danışman: Dr. Öğr. Üyesi. Fatoş BULUT ATEŞ
Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi. Egemen HANIMOĞLU
Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi. Gamze MUKBA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ADANA / 2022

Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma, jürimiz tarafından Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Dr. Öğr. Üyesi. Fatoş BULUT ATEŞ
(Danışman)

Üye: Dr. Öğr. Üyesi. Egemen HANIMOĞLU

Üye: Dr. Öğr. Üyesi. Gamze MUKBA

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim elemanlarına ait olduklarını onaylıyorum.
.../.../2022

Prof. Dr. Serap ÇABUK
Enstitü Müdürü

NOT: Bu tezde kullanılan ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu'ndaki hükümlere tabidir.

ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. / / 2022

Semra AKIN

ÖZET

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTALARIN PSİKOLOJİK DESTEK İHTİYAÇLARININ SAPTANMASI

Semra AKIN

Yüksek Lisans Tezi, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Fatoş BULUT ATEŞ

Mayıs 2022, 61 sayfa

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı, “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir” şeklinde tanımlamıştır. Üstelik, ülkemizde uygulanmakta olan Aile Hekimliği modeli ile bütüncül bir yaklaşım olarak biyopsikososyal yaklaşım önem kazanmıştır.

Bu araştırmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikolojik destek ihtiyacını ve niteliğini saptayarak, hizmet kalitesinin ve performansın artırılması için psikolojik destek hizmetlerinin iyileştirilmesi yönünde birinci basamak sağlık hizmetlerine katkı yapmak amaçlanmıştır. Bu uzman kadrolarla ve alana yönelik spesifik bilgi ve tecrübeyi üretecek uzmanlaşmayla olabilir.

Örnekleme olarak, sosyoekonomik düzeyi, eğitim düzeyi gibi değişkenler açısından benzer olan bir bölgedeki aile sağlığı merkezinde veriler toplanmıştır. Aile sağlığı merkezine başvuran 100 kişinin psikolojik destek ihtiyaçlarını saptamak için bir form ile veri toplandı. 69 kişiyle de bu konuda bireysel deneyim ve algılarını öğrenmek için görüşme yapıldı.

Hastalar yüksek sıklıkla psikolojik destek almak istediklerini, aile sağlığı merkezlerinde psikolojik destek hizmetinin verilmesinin uygun olduğunu ve bu durumun, hizmet açısından birçok avantajları bulunduğunu ifade etmişlerdir. Kaygı ve korkuyla başetmek başta olmak üzere, diğer birçok konuda psikolojik destek hizmetlerinin verilmesini istediklerini dile getirmişlerdir.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalıkların psikolojik kökenleri, psikolojik sağlık, psikolojik sağlamlık, sağlık psikolojisi, biyopsikososyal model

ABSTRACT**DETERMINATION OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT NEEDS OF PATIENTS
IN PRIMARY HEALTH CARE SERVICES****Semra AKIN****Master Thesis, Department of Educational Sciences****Supervisor: Fatoş BULUT ATEŞ****May 2022, 61 pages**

The World Health Organization has defined health as “Health is not merely the absence of disease or infirmity, but a state of complete physical, mental and social well-being”. Moreover, with the implementation of the Family Medicine model in primary health care services in our country, the biopsychosocial approach has gained importance as a holistic approach.

In this study, it is aimed to contribute to primary health care services to improve psychological support services in order to increase service quality and performance by determining the need and quality of psychological support in primary health care services. This can be done with expert staff and specialization that will produce specific knowledge and experience for the field.

As a sample, data were collected in a family health center in a region that is similar in terms of variables such as socioeconomic level and education level. Data were obtained with a form to determine the psychological support needs of 100 people who applied to the family health service. 69 people were interviewed to learn about their individual experiences and perceptions on this issue.

The patients stated that they wanted to receive psychological specialist support with a high frequency, that it was appropriate to provide psychological support services in Family Health Centers and this situation had many advantages in terms of service. They stated that psychological support services can be provided on many other issues, especially coping with anxiety and fear.

Keywords: Primary health care services, psychological origins of diseases, psychological health, psychological resilience, health psychology, biopsychosocial model

ÖN SÖZ

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde 30 yıl hekim olarak çalıştığım süre içinde, en çok gözlediğim ve zorlandığım konu, hastalarımın çoğunun fiziksel şikayetlerinin psikolojik kaynaklı olduğunu ve buna karşılık bu gerçeği yok sayıp, altta yatan psikolojik problemlerin semptomlarıyla ilgilenmek yerine, fiziksel şikayetleri tedavi etmek oldu. Hastalıkların psikolojik kökenleriyle ilgili psikonöroimmünoloji alanında bu tür araştırmaların yapılmasıyla birlikte, psikolojik yaşantı ile hastalıklar arasındaki ilişkiyi, bilimsel olarak ortaya koymanın zorluklarından bahsedilmektedir. Bu araştırmayla, bu zorluğa karşılık, hasta olarak çalıştığım aile hekimliği birimine başvuran kişilerde, psikolojik destek ihtiyacını saptadığımda, kısmen de olsa bu alana katkı yapmayı amaçladım.

Aile hekimliği birimize kayıtlı kişilerden, hastalık nedeniyle, bu birimde çalıştığım 15 yıl içinde başvuranlar belli bir kısmını oluşturmakta, geri kalan kayıtlı kişilerin hiç başvurusu bulunmamaktadır. Hastalık nedeniyle başvuran kişilerle yapılan görüşme sırasında ise anamnez aşamasında, mutlaka en az bir adet olmak üzere psikolojik semptom dile getirilmektedir. Üstelik, hastalıkların sonucu olarak, hastalıklara ikincil gelişen psikolojik semptomlar da sözkonusu olmakta ve hastalığın tedavisini içinden çıkılması zor bir sürece dönüştürmektedir.

30 yıllık mesleki tecrübemle ulaştığım bu gözlem beni bu konuda birşeyler yapabilmek adına motive etmiştir hep. Bu araştırmayla, hastaların hastalıklarıyla başetmede daha etkin olunabileceği; psikolojik semptom tedavilerinin de, sağlık hizmetleri pratiğinde yer alabilmesinin yolunu açabilmek, bu alanda verilen sağlık hizmetinin kalitesini arttırabilecektir.

Çoğu psikolojik problem birinci basamağın konusu olup, erken dönemde, daha ileri müdahalelere gerek duyulmaksızın çözülebileceğinin olanağı, psikoloji alanında çalışan tüm profesyoneller için de, kendi pratiklerini rasyonelleştirebileceği, geliştirebileceği olanaklar sunacağı inancındayım.

Çalışmam sırasında tez danışmanım Dr. Fatoş Bulut Ateş'e tez danışmanım olmasının ötesinde bana sunduğu sonsuz desteği için teşekkürlerimi sunuyorum.

Ayrıca birlikte çalıştığım, veri toplama aşamasında bana desteklerini sunan çalışma arkadaşlarıma da teşekkür ediyorum.

Semra AKIN

Adana / 2022

İÇİNDEKİLER

| | Sayfa |
|-------------------------------|-----------|
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT | v |
| ÖN SÖZ | vi |
| KISALTMALAR | ix |
| TABLolar LİSTESİ | x |
| EKLER LİSTESİ | xi |

BÖLÜM I

GİRİŞ

| | |
|-------------------------------|---|
| 1.1. Problem..... | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı..... | 2 |
| 1.3. Araştırmanın Önemi | 2 |
| 1.4. Sınırlılıklar | 4 |
| 1.5. Tanımlar..... | 4 |

BÖLÜM II

KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

| | |
|---|----|
| 2.1. Sağlık Psikolojisi | 5 |
| 2.2 Biyopsikososyal Model..... | 6 |
| 2.3. Hasta Psikolojisi | 8 |
| 2.4. Hastalıkların Psikolojik Kökenleri..... | 11 |
| 2.5. Ruh Sağlığını Koruyucu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri | 14 |
| 2.6. Psikolojik Sağlamlık | 14 |

BÖLÜM III

YÖNTEM

| | |
|----------------------------------|----|
| 3.1. Araştırmanın Modeli..... | 21 |
| 3.2. Çalışma Grubu | 21 |
| 3.3. Veri Toplama Araçları | 23 |

| | |
|---|----|
| 3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu..... | 23 |
| 3.3.2. Görüşme Formu | 23 |
| 3.4. Verilerin Toplanması | 23 |
| 3.5. Verilerin Analizi | 24 |

BÖLÜM IV BULGULAR

| | |
|---|----|
| 4.1. Tanımlayıcı İstatistik Bulguları | 25 |
| 4.2. Nitel Araştırma Bulguları | 28 |

BÖLÜM V TARTIŞMA

34

BÖLÜM VI SONUÇ VE ÖNERİLER

| | |
|---|----|
| 6.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler..... | 38 |
| 6.2. Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler | 39 |

| | |
|-----------------------|-----------|
| KAYNAKÇA..... | 41 |
| EKLER | 55 |
| ÖZGEÇMİŞ | 61 |

KISALTMALAR

APA:American Pyschological Association

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

GABA: Gama aminobütirik asit

NK: Natural killer (Doğal öldürücü hücreler)



TABLOLAR LİSTESİ

| | Sayfa |
|--|--------------|
| Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Verilere Göre Dağılımı | 22 |
| Tablo 2. Yaşamın Doğal Akışını Bozan, Değiştiren, Ek Yükler Ve Sorumluluklar Yüklendiği Ve Kendini Çaresiz, Başedemez Durumda Bulduğu Sorunlar | 25 |
| Tablo 3. Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyduğunda Ne Yaptığı | 26 |
| Tablo 4. Şikayeti Olduğunda Uzmandan Psikolojik Yardım Alma İsteği | 26 |
| Tablo 5. Aile Sağlığı Merkezinde Psikolojik Destek Hizmeti Verilmesi Konusunda Ne Düşündüğü | 26 |
| Tablo 6. Aile Sağlığı Merkezinde Psikolojik Destek Hizmeti Verilmesini Uygun Bulma Nedenleri | 27 |
| Tablo 7. Aile Sağlığı Merkezinde Psikolojik Destek Hizmeti Verilmesi İstenilen Sorunlu Yaşantılar..... | 27 |
| Tablo 8. Katılımcıların Psikolojik Danışma Olgusuna İlişkin Algıları..... | 29 |
| Tablo 9. Katılımcıların Daha Önce Psikolojik Danışma Yardımı Alma Durumları..... | 30 |
| Tablo 10. Katılımcıların Psikolojik Danışma Yardımına Erişim Kolaylığına İlişkin Görüşleri | 30 |
| Tablo 11. Katılımcıların ASM’de Psikolojik Danışma Hizmeti Verilmesine İlişkin Görüşler | 31 |
| Tablo 12. Katılımcıların ASM’de Psikolojik Danışma Hizmeti Verilmesini Uygun Bulma Nedenleri..... | 32 |

EKLER LİSTESİ

| | Sayfa |
|--|--------------|
| EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu | 55 |
| EK 2. Sosyodemografik Bilgi Formu | 57 |
| EK 3. Görüşme Formu | 58 |



BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problem

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” şeklinde tanımlamıştır. Birinci basamakta sağlık hizmeti alan kişinin psikolojik durumu, sağlıklı tutum ve davranışlara kabul ya da ret şeklinde verilen yanıtın yanısıra, tedaviye uyumuna kadar bütün terapötik süreci belirlemektedir. Ayrıca, hastalıkların psikolojik kökenlerinin olması, sağlık hizmetlerinde psikolojik desteğin önemine dair, tıp biliminin ulaştığı bir gerçektir. Bir diğer önemli sorun, uzun süren maliyeti yüksek psikolojik hastalıkların oluşmadan önce veya başlangıç aşamasında, birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında müdahale edildiğinde, önlenbilir olmasıdır. Oysaki sağlık hizmeti deyince sadece fiziksel hastalıkların tedavisine yönelik hizmetler anlaşılmakta, sağlık hizmet sunumunda psikolojik yaklaşım ihmal edilmektedir.

2007 Mayıs tarihinden günümüze, ülkemizde, aile hekimliği uygulamasına geçilmekle birlikte, sağlık hizmet sunumunda, aile hekimliği uygulamasının temel belirleyicilerinden biyopsikososyal yaklaşımın psikolojik değerlendirme kısmı ve dünya sağlık örgütünün sağlığın tanımındaki ruhsal iyilik hali, birinci basamak sağlık hizmetinde ne kadar yer alabilmiştir. Üstelik birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerin ergen olması, ergen ebeveyni olması, kronik hastalığı olması, uzun süreli hasta bakıyor olması, yaşlı olması, gebe olması, infertil olması gibi yaşamın dönüm noktaları ve yaşamın doğal akışını değiştiren ek yüklerle karşılaşma, psikolojik destek ihtiyaçlarının artmasına neden olmaktadır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde 4’te; ‘‘Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.’’ denmektedir. Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler, kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) bakılmaksızın toplumdaki her kesimi kapsamaktadır. Aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerin psikolojik açıdan ihtiyaçları nelerdir ve ihtiyaç duyulan psikolojik desteğin niteliği nedir?

Birinci basamak sağlık hizmetleri, öncelikli olarak, kişilere hastalanmadan ulaşip sağlıklı tutum ve davranışları edindirmeyi amaçlar. Eğer hastalık yapıcı etkenle karşılaşma önlenememişse, hastalıkların erken dönemde tespit edilip kronikleşme ya da yaşam süresinin kısalması durumlarıyla karşılaşmaksızın tamamen tedavi edilmesini hedefler. Eğer hastalık kronikleşmişse ya da sekel sözkonusuysa, yaşam kalitesini artırıcı yönde müdahalelerde bulunur. Ölüm kaçınılmaz olmuşsa palyatif bakım hizmetleriyle kişiyle hastalığı arasına kişinin lehine, yine o fiziksel, ruhsal, sosyal hallerde iyileştirmeler yapmak üzere girer. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu haliyle, insan ömrünü uzatanın ve hayat kalitesini geliştirenin bilimsel gelişmelerle sürekli daha iyiyi teknoloji sağlıyor görünse de, ne kadar insani beceriler, insani yaklaşımlar alanı olduğu öngörülebilir. İşte, psikoloji alanının, bu hizmetlerde oynadığı rol, her iki tarafında (hizmeti veren- hizmeti alan) insan odaklı olduğu gerçeğinden kaynaklanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikolojik desteğin gerekliliğini ve gerekli psikolojik desteğin niteliğini saptamak amaçlanmıştır. Psikolojik destek ihtiyacının arttığı gruplara ait kişilerde, kişisel deneyimlerin araştırılmasının, uygulamadaki eksiklikleri gidermede daha ayrıntılı bilgilere ulaşılmasını sağlayacağı düşünülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikolojik destek ihtiyacını ve niteliğini saptayarak, hizmet kalitesinin ve performansın artırılması için psikolojik destek hizmetlerinin iyileştirilmesi yönünde birinci basamak sağlık hizmetlerine katkı yapmak amaçlanmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmeti almak için başvuran kişilerin psikolojik desteğe ilişkin algıları, psikolojik desteğe ihtiyaç duyup duymadıkları, ihtiyaç duyduklarında bu hizmete ulaşabilmeyeyle ilgili yaşadıkları zorluklar ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikolojik destek hizmetinin verilmesinin uygunluğu ve sağlayacağı yarar ve kolaylıklar hakkındaki görüşlerini saptamak ve bu bireysel düzeydeki deneyimlerle, birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikolojik destek ihtiyacını ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Verilen sağlık hizmetlerinin, kişi tarafından algılanan ve alınan bölümü, psikolojik verilerle ilgilidir. Birinci basamakta sağlık hizmet kalitesini ve performansını arttırmak istiyorsak, sağlığın bu alanıyla da ilgili hizmetleri geliştirmemiz gerekiyor. Bu

sadece hekimlerin kendi kişisel ve mesleki becerilerini arttırmakla olmayacaktır. Hizmetin kalitesinin artırılması isteniyorsa, bu tamamen uzman kadrolarla ve alana yönelik spesifik bilgi ve tecrübeyi üretecek uzmanlaşmayla olabilir.

Çocukluk yaşantılarıyla edinilen ve gelişen, daha sonraki yetişkinlik döneminde kişilerin sorunlarla başetmesini, davranış ve tutumlarını etkileyip kişileri yaşamlarıyla ilgili kararlar alırken dar sınırlar içinde kalmaya veya yaşamlarını geliştirici, olumlu yönde değiştirici adımları atabilmesine yol açan bilişsel yargı ve tutumlar sözkonusudur. Kişilerin yaşam becerilerini ve yaşamdan aldıkları zevki azaltan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bilişsel ve duygusal sorunların, sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin giderilmesi, tıp ve psikoloji alanında daha çok çaba ve müdahaleyi gerekli kılmaktadır. Bu bilişsel ve duygusal süreçlere erken dönemde yapılacak müdahaleler, hastalık oluşmadan önceki süreçleri içerdiğinden, hem daha etkili hem de kısa süreli ve daha az maliyetli olacaktır.

Duygusal durumdan sorumlu bilişsel yapıyı saptamak ve farkındalık oluşturmak, kısa süreli, insan emeği dışında müdahale gerektirmeyen terapötik bir süreç olmasının yanısıra, aldığı eğitimle bilgisi ve becerisi olan bir kişinin, diğer bir kişiye işlevsiz düşüncelerinin belirleyiciliği konusunda farkındalık oluşturmak ve bu düşüncelerle çalışmak için yardım sunması şeklindedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin önceliğinin, koruyucu ve hastalık oluşmadan sağlıklı tutum ve davranışların geliştirilmesi olması nedeniyle, kişilerin yaşamında sorunlarla başedememe noktasında birikici ve müdahaleyi zorlaştırıcı aşamaya gelmeden, bu tutumların, sağlık hizmetlerinin konusu yapılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin felsefesiyle de uyumludur; hastalık oluşmadan hastalığa neden olan etmenlerle karşılaşmayı önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde olduğu gibi. Bu anlamda erken dönemde bilişsel ve duygusal süreçlere müdahale, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşeni yapılabilir. Hem psikolojik hem fiziksel rahatsızlıkların önlenmesinde, tedavi sürecinde, tedaviye uyumunda ve doktor-hasta ilişkisinde, sağlığı ve tedaviyi olumsuz etkileyen etmenlerin ortadan kaldırılmasını sağlamaya yönelik bu olumsuz bilişsel ve duygusal süreçlerle çalışmak, kişilerin aldığı sağlık hizmetinin kapsamını ve kalitesini arttırarak, insan yaşamına olumlu yönde katkı yapacaktır.

1.4. Sınırlılıklar

Örneklem olarak, sosyokültürel düzeyi, eğitim düzeyi gibi değişkenler açısından üniversite ve lise eğitimi almış kişilerin çoğunlukta olduğu bir bölgedeki aile sağlığı merkezinde veriler toplanmıştır. Kişilerin birinci basamak sağlık hizmet beklentileri, eğitim düzeyi değişkeni açısından benzer kabul edilebilir. Psikolojik destek ihtiyacının, kişilerin sosyokültürel düzeyinden bağımsız, herkes için eşit temel bir ihtiyaç olduğunun gösterilmesi açısından, sosyokültürel düzey olarak kendi içinde benzer, fakat, bu araştırmada veri toplanan gruptan farklı olabilecek bölgelerde de, bu araştırma tekrarlanabilir. Sosyokültürel düzey farklılığının, ihtiyaç duyulan psikolojik desteğin içeriğini değiştirip değiştirmediği de saptanabilecektir.

1.5. Tanımlar

Sağlık Psikolojisi: Sağlık psikolojisi sağlık, hastalık ve sağlık hizmetlerindeki psikolojik ve davranışsal süreçlerin incelenmesidir. Psikolojik, davranışsal ve kültürel faktörlerin, fiziksel sağlık ve hastalığa nasıl katkıda bulunduğunu anlamakla ilgilenir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur.

BÖLÜM II

KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

“Günümüzde fiziksel sağlığın bireylerin psikolojik durumu ve sosyal çevresinden bağımsız olmadığı kabul edilmektedir” (Meyerovitz, 1986; Üner, 1993). Bu çerçevede, hastalıkların önlenmesi, teşhis ve tedavisinde sağlığın psikolojik boyutu çerçevesindeki uygulama ve yaklaşımlardan destek almak kaçınılmaz görünmektedir. Son yıllarda, koruyucu sağlık yaklaşımları, önleyici tıp, iyilik hali, bireylerin sağlıklı yaşamı bir yaşam biçimi haline getirmeleri gibi konular gündemdedir. Bunun yanında, çeşitli kronik ve ölümcül hastalıklarla baş etmek, çeşitli hastalıkların tedavisinde bireyleri duygusal yönden desteklemek, üreme sağlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, stresle başa çıkma, yaşam kalitesinin artırılması vb. gibi konularda, psikolojik hizmetlerin, sağlık hizmetlerinin ana bileşenlerinden biri olduğu yönündeki yaklaşımlar ön plana çıkmaktadır.

2.1. Sağlık Psikolojisi

Sağlık psikolojisi, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi, hastalıkların ve ilgili işlev kayıplarının azaltılması ve tedavisi için psikoloji disiplininin ulaştığı sonuçların uygulanması’ olarak tanımlanmıştır (Matarazzo, 1980). Bir psikoloğun hastalıkları önlemek, sağlık açısından riskli davranışları değiştirmek, engelliliği azaltmak, tıbbi tedavilerin etkinliğini desteklemek ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini iyileştirmek için neler yapabileceği, doktorlar ve diğer sağlık çalışanları, hastalarını anlamak ve modası geçmiş zihin kavramlarını terk etmek için biyopsikososyal modeli benimsemeye devam ettikçe, sağlık psikologlarının tıbbi hastaları tedavi etmedeki işbirlikçi rolü, muhtemelen giderek daha fazla tanınmaya ve değer görmeye devam edecektir (Engel, 1977).

Sağlık Psikolojisi alanında çalışan psikologlar, bugün, dört temel alanda çalışmalarını sürdürmektedirler: 1. Sağlığı geliştirmek ve korumak 2. Hastalığın önlenmesi ve tedavisi 3. Hastalıkların etiyojisi konusunda araştırmalar yapmak 4. Sağlık politikalarına ve sağlık sistemine katkıda bulunmak.

Araştırma verileri gösteriyor ki; Tedaviye uyumu artırmak, hastalığın uzun vadeli komplikasyonlarını azaltmak ve tıbbi aşırı kullanımı azaltmak yönünde sağlık psikolojisi müdahaleleri, tıbbi tedavi sonuçlarını iyileştirebilir. Ayrıca, tütün kullanımı ve aşırı yeme gibi uyumsuz yaşam tarzı davranışlarını değiştirmek için genellikle, öz-yönetim

yaklaşımlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yaklaşımlar, Amerikan Psikoloji Derneği'nden (APA) yeniden ilgi görmektedir; Egzersiz, kilo kaybı, iş stresi, stres azaltma yöntemleri ve sağlıklı yaşam modelleri alanlarında öz-yönetim üzerine bir dizi makale yayınlanmıştır.

2.2 Biyopsikososyal Model

Psikolojik, tıbbi ve fizyolojik araştırmalardaki gelişmeler, sağlık ve hastalık hakkında yeni bir düşünce biçimine yol açmıştır. Bu, sağlığı ve hastalığı, biyolojik özellikleri (örneğin genetik yatkınlık), davranışsal faktörleri, (örneğin yaşam tarzı, stres, sağlık inançları) ve sosyal koşulları (örneğin kültürel etkiler, aile) içeren bir faktör kombinasyonunun ürünü olarak gören, biyopsikososyal modelde yansıtılmaktadır. Sağlık ve hastalığın bu kavramsallaştırılmasının birçok bilimsel ve pratik faydası vardır. Bu listenin başında, insanların önemli sağlık sorunları geliştirme risklerini azaltabilecekleri, daha etkili tedavi alabilecekleri ve davranış sağlığı sağlayıcıları da dahil olmak üzere disiplinlerarası bir ekipten tedavi aldıklarında, sağlık bakım maliyetlerini düşürebilecekleri gerçeği yer almaktadır.

Biyomedikal düşüncede, iyi sağlık, basit bir şekilde hastalıkların ve yaralanmaların yokluğu olarak görülüyordu ve bunların varlığı kötü sağlık anlamına geliyordu. Bu model için uygun işlem, biyolojik hasarı iyileştirmek için biyolojik müdahaleler anlamına geliyordu. Şu anda, beden-zihin-davranış ilişkisinin anlaşılması, tıbbi sistem ve uygulamayı önemli ölçüde değiştirdi. Biyomedikal paradigmadan biyopsikososyal tıba doğru bu değişim, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin, hastalığa neden olmak veya sağlığı korumak için birbirine bağımlı veya sistemik bir şekilde etkileşime girdiği gerçeğini ortaya koydu. Bu yaklaşım (biyopsikososyal paradigma) evrensel hale geldi ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından onaylandı ve benimsendi.

Davranış, zihinsel ve fiziksel sağlıkta hayati bir rol oynadığından, sağlıklı davranış, biyopsikososyal pratiğin temel taşı haline geliyor. Cassidy, yaşam tarzlarının, yaşam olaylarının ve kötü davranışların doğrudan sağlık ve hastalık ile ilgili olduğunu belirterek, davranışın, vücudu olumlu veya olumsuz yönde etkileyebileceğini açıkladı. Olaylar hakkında düşünme şeklimiz, sağlıklı ve sağlıksız davranışlar edinme ve davranış değişikliği konusunda, olaylara verdiğimiz tepkileri belirler. Sağlıkla ilgili

tutumlar, sağlık profesyonellerinin tavsiyelerini dinleyip dinlemeyeceğimizi belirler ve bir kişinin kişiliği, vucudu, belirli işlev bozukluklarına yatkın hale getirebilir.

Davranış bilimi ve zihinsel sũreçler olarak psikoloji, yaşam sũresi boyunca gelişme, öğrenme, motivasyonlar, deneyimler, duygular, biliş, sosyal davranış ve tutumlar, kişilik vb konular hakkında, eğitim ve bilgiyi, sağlık hizmetinin kapsamına dahil eder. Ayrıca, biyolojik, davranışsal ve sosyal faktörlerin, sağlığı ve hastalığı nasıl etkilediğini anlamada, önemli bir rol oynar. Bu alanda çalışan profesyoneller, temel davranışsal ve bilişsel sũreçlerin (rneğin biliş, duygu, motivasyon, gelişim, kişilik, sosyal ve kũltrel etkileşim gibi), bedeni, işlevlerini geliştirmeye nasıl hazırladığını anlamak için eğitim, beceri ve bilgi ile donatılmıştır. Diğer yandan, bu davranışsal ve bilişsel işlevlerin nasıl değiştirildiğini, değişikliklerine katkıda bulunan faktörleri ve bu işlev bozukluklarının nasıl teşhis ve tedavi edildiğini algılamak üzere eğitilirler. Bu tür sorunlarla başa çıkmada, aynı zamanda, bireylerin farklı ortamlarda ve rollerde işlev görme yeteneklerini değerlendiren psiko-tanı ve psikoterapötik tekniklerinin kullanımı için eğitilmişlerdir. Ayrıca, sağlık sorunlarının önlenmesi ve iyileştirilmesi için insanların davranışlarını ve yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardımcı olurlar.

Psikologların sağlık hizmeti sunma konusundaki ana faaliyetlerinden birisi, fiziksel ve zihinsel sağlık sorunları olan bireyler, gruplar, çiftler ve aileler için çok çeşitli klinik müdahaleler veya tedavilerdir. Bu müdahaleler, duygusal çatışmaları, kişilik bozukluklarını, psikopatolojiyi ve insan sıkıntısı ve işlev bozukluğunun altında yatan beceri eksikliklerini önlemeye, tedavi etmeye ve düzeltmeye yöneliktir. Bilişsel davranış terapisi gibi çeşitli psikolojik müdahaleler sağlarlar; davranış değişikliği; aile ve çift terapisi; biofeedback; rehabilitasyon; grup psikoterapisi; psikanaliz; hasta merkezli terapi; acı yönetimi; nöropsikolojik rehabilitasyon; kişilerarası psikoterapi vs.

Araştırmalar, hekimlere söylenen fiziksel şikayetlerin % 25'inden daha azının organik veya biyolojik özellik gösterdiği, buna karşılık hastalar tarafından ifade edilen fiziksel veya tıbbi şikayetlerin önemli bir kısmının, psikolojik müdahaleye iyi yanıt veren tıbbi olarak açıklanamayan fonksiyonel belirtiler olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, psikolojik müdahaleler fiziksel ve zihinsel sağlığın ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde etkili ve düşük maliyetlidir.

Sonuç olarak, biyopsikososyal yaklaşımın benimsenmesi, bireyin acı çekmesine ve toplum sağlığı gereksinimlerine bütünsel bir cevap vermek için gereklidir. Tıbbi ortamlarda psikologlara olan talep önemli ölçüde artmış ve klinik sağlık psikolojisi, sağlık hizmetlerinde en önemli disiplinlerden biri haline gelmiştir.

2.3. Hasta Psikolojisi

Kronik bir hastalık teşhisi konulduktan sonra, hasta, kriz durumunda olabilir ve fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak bir kriz durumunu yaşar. Hastanın olağan başa çıkma çabaları bu sorunları çözemeyebilir. Semptomların ve anlamlarının abartılması, ayırım gözetmeyen başa çıkma çabaları, giderek daha olumsuz bir tutum ve kötüleşen sağlıkla sonuçlanabilir (Drossman ve diğerleri, 2000; Epker ve Gatchel, 2000). Birçok kronik durumun doğasında var olan belirsizlik ve muğlaklık (örn. Kötüleşecek mi? Eğer öyleyse, ne kadar çabuk?) yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Hoth ve ark., 2013). Kronik sağlık bozuklukları olan kişilerde, depresyon ve anksiyete daha olasıdır (De Graaf & Bijl, 2002; Mittermaier ve diğerleri, 2004). Bu psikolojik değişiklikler, yaşam kalitesini bozduğu, tedaviye uyumu bozduğu ve erken ölüm riskini artırdığı için önemlidir (Bruce, Hancock, Arnett ve Lynch, 2010; Christensen, Moran, Wiebe, Ehlers ve Lawton, 2002).

Kronik sağlık bozukluklarına karşı yaygın erken bir tepki olarak, inkar, insanların, özellikle yaşamı tehdit edebilecek bir bozukluğun etkilerinden kaçındıkları bir savunma mekanizmasıdır. (Krantz & Deckel, 1983; Meyerowitz, 1983). Hastalar, sağlıklarındaki bozulma şiddetli değilmiş, kısa sürede ortadan kalkacak veya birkaç uzun vadeli etkisi olacakmış gibi davranabilir. Hastalık tanısı konulduktan hemen sonra, inkar, hastayı sağlığın bozulmasının yarattığı sorunlarla, en az yapabildiği anda yüzleşmek zorunda kalmaktan koruyarak, koruyucu bir işlev görebilir (Hackett ve Cassem, 1973; Lazarus, 1983).

Kronik bir sağlık bozukluğu tanısının ardından anksiyete sık görülür. Birçok hasta, yaşamlarındaki olası değişiklikler ve bazı durumlarda ölme olasılığı karşısında şaşkına döner. İnsanlar test sonuçlarını beklerken, teşhis alırken, invaziv tıbbi prosedürleri beklerken ve tedavinin olumsuz yan etkilerini tahmin ederken veya hastalığın semptomlarını yaşarken, kaygı, özellikle yüksektir (Rabin, Ward, Leventhal ve Schmitz, 2001). Anksiyete, yalnızca doğası gereği rahatsız edici olduğu için değil, aynı zamanda tedaviyi engellediği için de bir sorundur. Örneğin, endişeli hastalar, ameliyatla daha kötü başa çıkıyor (Mertens, Roukema, Scholtes ve De Vries, 2010); endişeli diyabetik hastaların glikoz kontrolü zayıftır (Lustman, 1988); kaygı, bir dizi kronik durumu yönetmeyi zorlaştırır (Favreau, Bacon, Labrecque ve Lovoie, 2014) ve özellikle astımı ve pulmoner bozukluğu olan kişilerde yaygındır (Katon, Richardson, Lozano ve McCauley, 2004). Anksiyete belirtileri aynı zamanda altta yatan hastalığın semptomlarıyla karıştırılabilir ve bu nedenle hastalığın ve tedavisinin

değerlendirilmesine olumsuz etki edebilir (Chen, Hermann, Rodgers, Oliver-Welker ve Strunk, 2006). Kaygıyı tedavi etmek için müdahale edilmesi, giderek daha fazla tavsiye edilmektedir (Rollman ve Huffman, 2013).

Depresyon da, kronik sağlık bozukluklarına karşı yaygın bir tepkidir. Bir çalışmada, hastanede yatan tüm tıbbi hastaların üçte birinin depresyon belirtileri gösterdiği ve dörtte birinin şiddetli depresyondan muzdarip olduğu saptanmıştır (Moody, McCormick ve Williams, 1990). Depresyon özellikle inme hastaları, kanser hastaları ve kalp hastalarının yanı sıra birden fazla kronik hastalığı olan kişiler arasında yaygındır (Egede, 2005; Taylor & Aspinwall, 1990). Bir zamanlar, depresyon sadece bir hastalık olarak görülüyordu. Ancak, duygusal bozukluk olarak, tıbbi önemi giderek daha fazla kabul ediliyor. Depresyon ölüm habercisi olabilir (Houle, 2013). Depresyon, kronik hastalıklar, özellikle de, koroner kalp hastalığı gibi hastalıkların seyrini şiddetlendirir, tedaviye uyumu ve tıbbi karar vermeyi zorlaştırır (Hilliard, Eakin, Borelli, Green ve Riekert, 2015). Depresyon bazen gecikmiş bir tepkidir. Çünkü hastaların durumlarının tüm etkilerini anlamaları zaman alır. Depresyon, kronik hastalığı olan hastalarda o kadar yaygındır ki, uzmanlar tıbbi ziyaretler sırasında depresif belirtiler için rutin tarama yapılmasını önermektedir (Löwe ve ark., 2003). Yine de, kronik bozukluğu olan hastalarda, depresyonu değerlendirmek karmaşık olabilir. Yorgunluk, uykusuzluk ve kilo kaybı gibi birçok depresyon belirtisi, aynı zamanda bir hastalığın belirtileri veya bir tedavinin yan etkileri olabilir. Depresif belirtiler hastalığa veya tedaviye atfedilirse, bunların önemi daha az belirgin olabilir ve sonuç olarak depresyon tedavi edilmeyebilir (Ziegelstein ve ark. 2005). Depresyon, sağlık bozukluğunun şiddetiyle (Cassileth ve diğerleri, 1985; Moody ve diğerleri, 1990) ve ağrı ve sakatlık ile (Turner ve Noh, 1988; Wulsin, Vaillant ve Wells, 1999) artmaktadır. Bu sorunlar, başka olumsuz yaşam olayları yaşayan ve sosyal destekten yoksun olan kişilerde daha da ağırlaşmaktadır (Bukberg, Penman ve Holland, 1984; Thompson ve ark., 1989). Son yıllarda, kronik sağlık bozukluklarına sıklıkla eşlik eden depresyonla başa çıkmak için etkili bilişsel davranışçı müdahaleler geliştirilmiştir (Center for the Advancement of Health, 2000d). Telefonla uygulanan bilişsel davranışçı terapi bile depresyonu iyileştirebilir (Beckner, Howard, Vella ve Mohr, 2010). Depresyon tedavisi sadece psikolojik sıkıntıyı hafifletmekle kalmaz, aynı zamanda hastalık ile ilişkili semptomları da azaltabilir (Mohr, Hart ve Goldberg, 2003).

Bir hastanın kimliğinin bazı yönleri, hırsları, hedefleri ve geleceğe yönelik arzuları kronik sağlık bozukluklarından etkilenir (Smith, 2013). Uyum engellenebilir,

çünkü, hastanın o anda erişilemeyen veya en azından öyle görünen gerçekleşmemiş bir rüyası vardır. Örneğin, kronik bir durumun yönetimi büyük bir tıp merkezinin yakınında yaşamayı gerektiriyorsa, dağlardaki bir gölde bir kulübede emekli olma hayali gerçekleşmeyecektir. Hastayı bu zorluğu tartışmaya teşvik etmek, yerine getirmenin alternatif yollarını ortaya çıkarabilir ve gelecek için yeni hırslar, hedefler ve planlar yapabilir. Mesleki ve mesleki faaliyetler yoluyla elde edilen başarı, aynı zamanda önemli bir benlik saygısı ve benlik kavramı kaynağıdır. Birçok insan birincil yaşam memnuniyetini işlerinden veya kariyerlerinden alır; diğerleri hobilerinden ve boş zaman aktivitelerinden büyük zevk alırlar. Kronik sağlık bozuklukları, benliğin bu değerli yönlerini tehdit ediyorsa, benlik kavramı zarar görebilir. Bunun tersi de doğrudur: İş ve hobiler sağlık bozuklukları tarafından tehdit edilmediğinde veya kısıtlanmadığında, hasta özsaygısını elde etmek için bu tatmin kaynaklarına sahip olmak isteyebilir ve bunlar, onun için yeni bir anlam kazanabilir. Sosyal benlik, aile ve arkadaşlar gibi sosyal kaynaklar, kronik sağlık bozuklukları olan insanlara çok ihtiyaç duyulan bilgi, yardım ve duygusal desteği sağlayabilir. Destek sistemindeki bu bozulmanın, hayatın tüm yönleri üzerinde etkileri vardır (Barlow, Liu ve Wrosch, 2015). Belki de bu nedenlerden dolayı, başkaları tarafından terk edilme korkuları, kronik sağlık bozukluğu olan kişilerin en yaygın endişeleri arasındadır. Sonuç olarak, hastalık yönetimi sürecine ve sosyal faaliyetlere aile katılımı, genellikle daha geniş çapta teşvik edilmektedir.

Benlik kavramı ve benlik saygısındaki değişikliklerin çoğu geçici olacaktır, ancak, zihinsel değişiklikler gibi bazıları kalıcı olabilir. (Ferro & Boyle, 2013). Benlik kavramı, beden imajı, başarı, sosyal işlevsellik gibi yaşamın birçok yönüne ilişkin öz değerlendirmelerin bir bileşimidir. Beden imajı, kişinin kendini algılaması ve değerlendirmesidir. Fiziksel işlev ve görünüm olarak, beden imajı hastalık sırasında düşer. Sadece etkilenen kısım değil, bedenin olumsuz olarak değerlendirilmesi durumunda, tüm beden imajı, olumsuz olarak etkilenebilir. Akut hastalıklar için vücut imajındaki değişiklikler kısa ömürlüdür, ancak, kronik sağlığı olan insanlar için olumsuz değerlendirmeler sürebilir. Vücut imajındaki değişiklikler önemlidir, depresyon ve anksiyete riskini artırır. Beden imajı, kişinin yaşama ne kadar bağlı olduğunu belirliyorsa, tedaviye de ne kadar istekli olduğunu etkileyecektir. Bu noktada, geliştirilebilir egzersiz gibi müdahaleler yoluyla, bir ortak yönetim benimsenmelidir. (Wenninger, Weiss, Wahn ve Staab, 2003). Algılanan sağlık da önemli bir boyuttur. Kendi kendine algılanan sağlık, nesnel sağlık göstergelerinin üzerinde ve üstünde ölümü öngörür. (Denford, Taylor, Campbell ve Greaves, 2014). Çoğu insan için ilk savunma hattı kronik bozukluklar için

kendi kendine bakımdır ve bu nedenle öz bakımı mümkün kılmak için etkili öz bakımı teşvik etmek yönünde, kaynaklarla başa çıkmak esastır (Hwang, Moser ve Dracup, 2014).

2.4. Hastalıkların Psikolojik Kökenleri

İnsan vücudu, olumsuz etkisi olan çevresel uyarımlarla karşı karşıya kaldığında, esas olarak, hem davranıştan hem de acil bir durumla yüzleşmek için maddelerin üretiminden oluşan uygun tepkileri modüle etmeyi başardığımız sinir ve bağışıklık sistemleri olmak üzere iki farklı sisteme aktive olur. İki sistemin tamamen ayrı olduğu düşünülmüyordu: bir tarafta uygun davranışlar, kaçış veya saldırı tepkileri, enerjinin harekete geçirilmesi ve adrenallerden hormon üretimini uyaran sinir sistemi; diğer tarafta, lökositleri harekete geçirme ve bulaşıcı ajanları veya neoplastik hücreleri yok etmek için antikorlar ve diğer maddeleri üretme kapasitesine sahip bağışıklık sistemi. İki sistemin aynı maddeleri ürettiği ve birbirini etkilediği gösterildiğinden bu ayrım sorgulanmaktadır.

İmmünolog Niels Jerne (1974), o zamanlar oldukça sıradışı olarak kabul edilirken, Network Theory of the immun system'inde, bağışıklık sistemi ve beyin arasındaki işlevsel benzerliklere işaret etti. Hem beyin hem de bağışıklık sistemi kendine referanslıdır, yani "kendi" ile "öz-olmayan"ın tanınmasında yer alırlar ve Jerne'e göre, bağışıklık sistemi, organizmanın, moleküler düzeydeki immun network kimliğini oluşturur. Benzer şekilde, sinirbilimdeki daha yeni gelişmelerde görüldüğü üzere, beynin nöral ağının, organizmanın fizyolojik "kimliğini" temsil eden bir nöromatriksi oluşturduğu düşünülebilir (Melzack, 1993). Ayrıca, her iki sistem de, çevre ile etkileşimler sonucu edindiğimiz "öğrenme" ve "hafıza" gibi özelliklerin yanısıra, doğuştan gelen tepkileri içerir. Son olarak, hem beyin hem de bağışıklık sistemi "duyusal" organlar olarak tanımlanabilir. Beş "klasik" duyu, görebildiğimiz, işittiğimiz, dokunduğumuz, tattığımız ve kokladığımız şeylerin farkında olmamızı sağlarken, bağışıklık sistemi, organizmanın, bakterileri, virüsleri, kanser hücrelerini ve diğer göremeyecek, dokunamayacak, tadamayacak veya koklamayacak kadar küçük varlıkları tanımalarını sağlayan bir "altıncı his" olarak görülebilir (Blalock, 1984).

Uzun süre strese tepkinin sempatik sinir sistemine bağlı olduğu düşünüldü, bu da esas olarak adrenal medullanın uyarılması anlamına gelmekteydi. Adrenerjik sistemin immünomodülatör etkileri olduğu bilinmektedir. Ancak hipofizden salgılanan kortikotropin (ACTH) adrenal korteksi de uyarır ve stres altında sadece kortikotropin değil, endomorfınler gibi başka maddeler de salgılanır. Ayrıca beyinde hem sempatik

sistem hem de nörotransmitter olarak asetilkolini kullanan nöronların oluşturduğu parasempatik veya kolinerjik sistem yer alır. Gama-amino-bütirik asit (GABA) ve bazı peptitlerle birlikte asetilkolinin aşırı üretimi ile artan kolinerjik aktivite, bağışıklık tepkisini değiştirebilir ve enfeksiyöz ajanlara veya normalde immün sistem tarafından bloke edilen neoplastik süreçlere tepkinin azalmasına neden olabilir. Bunu desteklemek için, kederin, lenfositlerin mitojenik ajanlara tepkisini baskıladığı ve doğal öldürücü hücreleri (NK) tümör hücrelerine karşı daha az etkili hale getirdiği, depresyonun, immünostimulanlar, prolaktin ve büyüme hormonunun azalmış salgılanması ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Hem akut hem de kronik stresin uzun vadeli sonuçları olabilir. Adaptif veya allostatik (allostasis, “değişim yoluyla stabilite elde etme yeteneği” olarak tanımlanmıştır) tepki, savunma sistemlerinin aktivasyonunu ve stres sona erdikten sonra etkisiz hale getirilmesini ifade eder. Bununla birlikte, inaktivasyon, çeşitli nedenlerle yetersiz olabilir ve olumsuz etkilere (allostatik yük) neden olabilir.

Stresli erken yaşam olaylarının yaşamın sonraki dönemlerinde çeşitli fiziksel sağlık sorunlarını etkilediğine dair artan kanıtlar vardır. Gerçekten de, çocuklukta yaşanan sıkıntılar, bir dizi kronik hastalıktan kaynaklanan yüksek morbidite ve mortalite oranlarıyla ilişkilendirilmiştir (Miller, Chen ve Parker, 2011). Örneğin, çocukken ciddi yaşam stresleri (örn. istismar, ihmal, aile çatışması, düşük sosyoekonomik koşullar) yaşayan kişiler, kardiyovasküler hastalık, tip II diyabet, kanser ve çeşitli somatik zorluklar için daha fazla risk faktörü altındadır.

Yetişkinlikte enflamatuar hastalıkların gelişiminin, erken çocukluk döneminde yaşanan stres ile ilişkili olduğu kanıtlanmıştır. Enflamasyon, kardiyovasküler hastalık, tip II diyabet, osteoporoz, periodontal hastalık ve romatoid artrit için bir risk faktörüdür (Ershler & Keller, 2000 ; Libby, 2007). Kötü muameleye maruz kalan çocuklar, kötü muamele görmeyen çocuklara göre daha yüksek inflamasyona sahiptir (Danese ve diğerleri, 2010). Bu ilişki yetişkinlikte de devam eder. Örneğin, büyük ölçekli bir prospektif çalışmada, hayatlarının ilk on yılında ihmal edilenler, ihmal edilmeyenlere göre, 32 yaşında, daha yüksek CRP seviyelerine sahipti. Gerçekten de, yetişkinlerde düşük dereceli inflamasyonun %10'dan fazlası, çocukluklarındaki kötü muameleye atfedilebilir (Danese, Pariante, Caspi, Taylor ve Poulton, 2007). Çocukken zorlu aile ortamlarına sahip orta yaşlı yetişkinlerin CRP düzeyleri, sağlıklı aile ortamlarından gelenlere göre daha yüksekti (Taylor, Lehman, Kiefe ve Seeman, 2006). Erken yaşam zorlukları yaşayan beyaz olmayan Afrikalı Amerikalılar, erken yaşam zorlukları yaşamayanlara göre daha yüksek IL-6, fibrinojen, E-selektin ve sICAM-1 seviyelerine

sahipti (Slopen ve diğeri, 2010). Kontrollerle karşılaştırıldığında, çocukluğunda istismara bağlı travma sonrası stres bozukluğu (PTSD) olan kadınların, proinflamatuvar sitokin gen ekspresyonunu düzenleyen hücre içi bir sinyal molekülü olan nükleer faktör κ B (NF- κ B) aktivitesi yüksek bulundu (Pace ve diğeri, 2012).

Erken çocukluk döneminde yaşanan sıkıntı, telomer uzunluğunu azaltarak, hücre yaşlanmasını da kolaylaştırabilir. Yüksek inflamasyon, telomerleri kısaltan T hücre proliferasyonunu aktive edebilir (Aviv, 2004 ; Kiecolt-Glaser & Glaser, 2010). Daha kısa telomerler, erken ölüm oranıyla ilişkilendirilmiştir (Epel ve diğeri, 2004).

Küçük yaşta, kimsesiz çocuklara bakım veren kurumlarda daha uzun süre kalan çocuklar, biraz daha büyük ve daha kısa süre bu tür kurumlarda kalan çocuklara göre, önemli ölçüde daha kısa telomer uzunluğuna sahipti (Dury ve ark., 2011). Benzer şekilde, çocukken kötü muameleye maruz kalan genç yetişkinlerin, periferik kan mononükleer hücrelerinde, kötü muamele görmediğini bildirenlere göre daha kısa telomerleri vardı (Tyrka ve diğeri, 2010). Ayrıca, çocuklukta daha fazla olumsuz yaşam olayı bildiren yetişkinlerin telomerleri, çocuklukta daha az olumsuzluk bildirenlere göre daha kısaydı (Kananen ve ark., 2010). Bildirilen çocukluk çağı travmasına maruz kalma, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olan ve olmayanlar arasında da telomerlerin kısa olması aynı şekilde ilişkili bulunmuştur (O'Donovan ve ark., 2011).

Miller ve meslektaşları (Miller ve diğeri, 2011), erken çocuklukta yaşam stresi yaşayanların, mikrobiyal karşılaşmaya neden abartılı bir sitokin tepkisi verdiğini açıklamaya yardımcı olmak için mükemmel bir model geliştirdi. Erken yaşam stresinin (a) monositleri/makrofajları mikrobiyal stimülasyona aşırı bir inflamatuvar yanıt oluşturması için programladığını ve (b) inflamasyonu azaltmak için tasarlanmış inhibitör mekanizmalara direnci desteklediğini (öncelikle bağışıklık hücrelerini anti-inflamatuvar etkilere karşı duyarsız hale getirerek) savunuyorlar. Bu model, özellikle mikrobiyal mücadelenin bir sonucu olarak, erken yaşam stresinin nasıl yüksek bir inflamatuvar duruma yol açtığına dair anlayışımızı önemli ölçüde arttırmıştır.

Epigenetik, erken çocukluk döneminde yaşanan travmatik yaşantıları, bağışıklık düzensizliğiyle ilişkilendiren başka bir olası mekanizma sunar. DNA metilasyonu, gen-çevre etkileşimlerinin altında yatan en olası epigenetik mekanizmadır ve olumsuz erken yaşam olayları ile sonraki zihinsel ve fiziksel sağlık sorunları arasındaki ilişkilerin çoğunun altında yatabilir (Crews, 2010 ; McGowan ve diğeri, 2009).

Gelecekteki çalışmalar, erken yaşam sıkıntısına maruz kalanlar için yeni tedavi seçeneklerini keşfetmelidir. Depresyon için köklü bir tedavi olan bilişsel davranışçı terapi

de iltihabı azaltabilir. Bu tedaviler özellikle erken dönemde sıkıntı yaşayanlar için faydalı olabilir.

2.5. Ruh Sağlığını Koruyucu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamakta sağlık hizmeti almak için başvuran hastaların yaklaşık üçte birinin, ruhsal bozukluk kriterlerini karşıladığı ve diğer üçte birinin bu kriterleri karşılamamasına rağmen yine de işlevlerini bozan psiko-sosyal semptomlara veya sorunlara sahip olduğu ortaya çıktı (Kessler ve ark., 2005). Bu semptom ve bozukluklar, kronik hastalığı olan hastalarda çok daha yaygındır (Jones ve ark., 2004). Üstelik, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları, bu noktaya kadar bu davranışsal kaygıları yeterince ele almak için yeterli donanıma sahip değillerdi. Bu kadar etkilenmiş hastaların üçte birinden daha azına teşhis koyuyorlar ve doğru teşhis edilenlerin yarısından daha azı için kabul edilebilir tedavi sağlıyorlardı (Kathol, Butler, McAlpine ve Kane, 2010). Dışarıdan ruh sağlığı uzmanlarına yönlendirmeler bile sıklıkla başarısız oluyordu (Cunningham, 2009). Ama şimdi davranışsal ve biyomedikal konuları kapsamlı, bütünleşik, tüm kişiyi kapsayan birincil bakım olarak ele alan yeni, kapsamlı modeller görülmektedir.

Hekim ve hasta arasındaki karşılaşmaların yaklaşık %80'i, hastalık olarak kabul edilmesi istenen, ancak gerçek bir hastalık olarak tanımlanamayan rahatsızlık veya genel ıstırap durumlarıyla ilgilidir. Daha çok, herhangi bir bireyin evde, işte veya okulda yaşayabileceği çeşitli kişisel sorunlara, bir tepkiyi temsil eder. Bu karşılaşmalar, hasta ve hekim arasındaki ilişkileri derinleştirmek için bir fırsat olabilir ve çoğu durumda, laboratuvar analizleri veya ilaç reçetesi olmadan sona ermelidir. Bunun yerine, vakaların çoğunda dinleme, danışmanlık ve güvence pahasına analizlerin ve/veya ilaçların reçete edilmesiyle sona erdiğine dair kanıtlar vardır

2.6. Psikolojik Sağlamlık

Bir çalışma alanı olarak psikolojik dayanıklılık, ilk kez 1970'lerde en geniş anlamda, sağlığı koruma kapasitesi veya zorluklarla karşılaşıldığında bile uyum sağlayıcı tepkiler olarak tanımlandı (Garmezy, 1974). Amerikan Psikoloji Derneği'nin bakış açısı, Garmezy'nin daha önceki kavramsallaştırmasıyla yakından uyumludur ve dayanıklılığı 'sıkıntı, travma, trajedi, tehditler veya önemli stres kaynakları karşısında iyi uyum sağlama süreci' olarak tanımlar (American Psychological Association's. 2014). Psikolojik dayanıklılık, önemli travmatik stres veya sıkıntı kaynaklarına etkili bir adaptasyon veya

bu kaynaklarda gezinme veya yönetimi ve kaynakları etkili bir şekilde kullanmak için rahatsızlığı absorbe etme kapasitesi olarak dinamik bir süreç; yaşama ve dünyada yol alma süreci ve olumlu işleyişin veya refahın bazı yönlerini içeren, maruziyetin neden olduğu olumsuz etki için beyin temelli bir telafi mekanizması; kötü muameleye veya travmaya, birbirine bağlı, çok düzeyli, bireyin uyum sağlama işlevini, yaşayabilirliğini veya gelişimini tehdit eden önemli rahatsızlıklara karşı koyma veya bunlardan kurtulma kapasitesini harekete geçiren çok sistemli ve olumsuzluktan koruyan sosyal politikaların ve daha geniş sosyal bağlamın yanı sıra bireysel bir nitelik. Tüm tanımlar, dayanıklılığı biyolojik düzeyden sosyal ve politika düzeyine kadar birçok düzeyde kavramsallaştırmaya, esnekliğin kendisinin akışkan, etkileşimli bir uyum süreci olarak dinamik doğasına odaklanmaya ve dayanıklılığı bir birey olarak kavramsallaştırmadan uzaklaşmaya odaklanmıştır. 2014 yılında derlenen sonuçlara benzer şekilde (Southwick ve diğerleri,2014), dayanıklılık, en iyi şekilde strese ve travmaya maruz kalmaya karşı çok seviyeli, dinamik bir adaptasyon süreci olarak kavramsallaştırılmıştır.

Diğer önemli bir konu, psikolojik dayanıklılık ve fiziksel sağlık arasındaki ilişki ve dayanıklılığı bir sonuç olarak değil, bir yordayıcı olarak düşünmektir. Buradaki temel soru, psikolojik olarak daha dayanıklı olan kişilerin fiziksel sağlık açısından travma, sıkıntı veya yaşam zorluklarıyla karşılaşmasının olumsuz etkilerini yaşama olasılığının daha düşük olduğudur.

Dayanıklılık üzerine yapılan araştırmalar, gelişimsel psikopatoloji alanına dayanmaktadır. Gelişimsel psikopatoloji çerçevesine bağlı kalan bilim adamları, araştırmalarına çoklu analiz düzeylerini dahil etmenin önemini vurgulamaktadır. Bu yaklaşım, farklı sistemlerin gelişime katkıda bulunduğunu ve bu sistemlerin sonuçlara katkıda bulunmak için birbirlerini çift yönlü olarak etkilediğini gösterir. Biyolojik faktörlerin dayanıklılıktaki rolü, stres regülasyonu ve reaktivite ile ilgili olarak, nörobiyolojik ve nöroendokrin fonksiyon hakkındaki kanıtlar, çevresel etkiler üzerine davranışsal genetik araştırmalar ve epigenetik alanındaki moleküler araştırmalar tarafından ortaya konulmaktadır.

Bireylerin esneklik işlevselliği kazanabilecekleri mekanizmalardan biri, nöral plastisite süreci yoluyla nörobiyolojik düzeyde gerçekleşir. Nöral plastisite, deneyimin, gelişim süreci boyunca nöral yolların yeniden düzenlenmesiyle sonuçlandığı bir süreç olarak çerçevelenebilir (Cicchetti,2016; Cicchetti ve Curtis,2006). Böylece deneyim, beyinde fizyolojik ve yapısal değişikliklere neden olabilir. Beyin ve deneyim arasındaki ilişki çift yönlüdür. Deneyim, beyindeki nöral yolları şekillendirmeye yardımcı olur ve

yeni şekillendirilmiş beyin, nöral yolları daha da değiştiren farklı deneyimler arar. Sonuç olarak, nöral plastisite nihayetinde beyin ve çevre arasındaki zamanla değişen dinamik ve sürekli ilişkiyi kapsayan bir süreç olarak kavramsallaştırılmalıdır (Cicchetti ve Curtis,2006; Cicchetti ve Tucker,1994).

Bununla birlikte, psikolojik dayanıklılık, biyolojik sistemlerin bir ürününden daha fazlasıdır. Psikososyal sistemler de eşit derecede önemlidir. Biyoloji ve psikoloji o kadar etkileşimlidir ki, her sistemin, esneklik üzerindeki benzersiz etkisini ayırt etmek zordur (Cicchetti & Curtis,2006). Esneklikle bağlantılı olduğu tespit edilen bu tür psikososyal faktörlerin örnekleri arasında güvenli bağlanma ilişkileri, özerk bir benlik, yakın arkadaşlıklar, destekleyici ebeveynlik, komşuluk ilişkileri ve kişilik tiplerindeki çeşitlilik sayılabilir (Masten & Cicchetti,2016).

Psikososyal faktörler, özellikle gelişimsel bağlamlarda, dayanıklılığı teşvik etmeye yönelik müdahale çabalarının konusunu oluşturur. Psikososyal sistemlerin araştırılması, müdahalelerin, bireylerin psikolojik dayanıklılığa sahip olma olasılığını artıracak koruyucu faktörleri işlevselleştirebilmesi için çevreyi değiştirebileceği yolları belirlemesine yardımcı olabilir. Biyopsikososyal müdahaleler, esnekliğe yönelik nörobiyolojik yaklaşımlar, göreceli olarak emekleme aşamasındadır ve çalışmalar, riskli süreçler ve uyumsuz stres tepkileri açısından şekillenmeye devam etmektedir. Bununla birlikte, psikososyal koruyucu mekanizmaları genetik, epigenetik ve fizyolojik süreçlerle ilişkilendirme konusunda umut vardır. Araştırmacılar, dayanıklılığın karmaşık biyopsikososyal operasyonelleştirmeleri için yenilikçi yeni paradigmlar geliştiriyorlar (Feder ve diğerleri, 2009; Gallo ve diğerleri, 2009; Wu ve diğerleri, 2013).

Psikolojide 'müdahale', davranışları, bilişleri, tutumları, duyguları, ilişkileri veya tepkileri değiştirmeyi amaçlayan klinik olmayan bir program veya klinik tedavi anlamına gelir. Bir dayanıklılık müdahalesi, dayanıklılık süreçlerini ve/veya uyarlanabilir sonuçları teşvik etmeyi amaçlar. Psikososyal müdahaleler, psikolojik ve sosyal süreçleri etkiler. Genellikle beceri eğitimi, bilgi paylaşımı, uygulama, davranışsal modelleme, stres yönetimi ve sosyal desteği planlama gibi davranış değiştirme tekniklerini örtük veya açık olarak kullanırlar (Abraham ve Michie, 2008). Müdahaleler, bireysel veya sosyal seviyeyi veya her ikisini birden hedef alabilir. Çocuklara yönelik müdahaleler, genellikle, ebeveynleri veya aileyi hedef alır; başa çıkma becerileri, topluluk uyumu, öz yeterlilik, ebeveyn etkinliği, aile ilişkileri, yaşam becerileri eğitimi, olumlu duygular, meditasyon.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığın sadece hastalığın olmamasıyla ilgili olmadığını, aynı zamanda fiziksel ve psikolojik iyilik halini de içerdiğini söyler. Buna göre, son 10

yılda diyabet, psikolojik esenlik ve alkol kullanımı gibi sağlık sorunlarının yanı sıra depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik tanılara, dayanıklılık çerçeveleri uygulayan çalışmalar yapıldı. Bu alan, son yıllarda yayınlanan birçok önemli yayımla nispeten yenidir. Sağlığa yönelik birçok psikososyal müdahale, sağlıklı davranışları teşvik etmek ve sağlıksız olanları caydırmak veya önlemek için davranışın değiştirilmesini vurgular.

Birçok faktörün (genetik duyarlılık, patojen maruziyeti, beslenme ve fizyolojik stres gibi) bir bileşimi olan bir biyopsikososyal hastalık modeli, bir kişinin düşüncelerinin, davranışlarının ve duygularının sağlık sonuçları üretmek için zaman içinde biyolojik süreçlerle nasıl etkileşime girdiğini vurgular. Davranışlar özellikle değişime açıktır ve doğrudan veya dolaylı olarak birey ve toplum sağlığını etkiler. Birçok sağlık psikolojisi müdahalesi, sağlık davranışlarının nihayetinde bilgi, motivasyon, algılanan kontrol, engeller, niyetler, kültürel veya sosyal normlar ve uygulamaların bir kombinasyonu tarafından belirlendiğini varsaymaktadır (bkz. Armitage ve Conner, 2001). Bunlardan herhangi biri değişim için hedeflenebilir.

Ortaya çıkan kanıtlar, dayanıklılık süreçlerinin ve müdahalelerin, kardiyovasküler hastalıktan ölüm oranını düşürme potansiyeliyle, başa çıkma değerlendirmelerini, davranışsal seçimleri ve fizyolojik işleyişi etkileyebilir (Feder ve diğerleri, 2009; Gallo ve diğerleri, 2009; Wu ve diğerleri, 2013). Dayanıklılık, sadece başa çıkmaktan daha fazlasıdır; akut ve kalıcı stres faktörlerinden kaynaklanan davranışsal, fizyolojik ve duygusal etkileri kümülatif olarak azaltabilir. Çoğunlukla kanıtlar, dayanıklılık müdahalelerinin, iyi psikolojik ve fiziksel sağlık sonuçlarını kolaylaştırabileceğini göstermektedir. Ancak, daha fazla müdahale ve yayınlanmış değerlendirme gereklidir (Betancourt ve diğerleri, 2013; Cheon, 2008; de Visser ve diğerleri, 2015; Yi ve diğerleri, 2008). Yakın gelecekte, sistematik incelemeler ve meta-analizler, etkinlik eğilimlerini belirlemek için farklı çalışmalarını bir araya getirebilir.

Psikolojik dayanıklılık araştırmaları, diyabet, kardiyovasküler hastalık, HIV/AIDS ve kanser gibi yaşamı değiştiren veya yaşamı tehdit eden hastalıkların önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik halk sağlığı yönelimi ile uyumludur. Genetik etiyoloji veya kümülatif yaşam boyu savunmasızlık faktörlerine maruz kalmaktan kaynaklanan artan bireysel çevresel riskler, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi kronik hastalıklar açısından önemli bir halk sağlığı yükü oluşturur. Psikolojik dayanıklılık alanında yapılan çalışmalar, genetik riski azaltmak, çevresel riski yönetmek ve kronik

hastalıklar bir kişinin hayatına girdiğinde devam eden pozitif uyumu teşvik etmek için gerekli psikososyal müdahaleleri belirleyebilir.

Ortak bir konu, dayanıklılığın strese verilen fizyolojik, bilişsel ve davranışsal tepkilerle ilgili olduğu ve sonuç olarak başa çıkma mekanizmalarının etkinliğini yönlendirdiğidir. Örneğin, dayanıklılık süreçleri, gençlerin bağımsızlık, problem çözüme ve devam eden bakım sorumlulukları aracılığıyla güçlü bir iş etiği bulmalarına yardımcı olan varolan sağlık durumlarının değerlendirilmesini destekler. Bu tür çocuklar, topluluk ve sosyal desteğe erişebildikleri zaman, güçlü ebeveyn ilişkileri olmayan akranlarına kıyasla daha uyumlu başa çıkma becerileri ve daha az alkol veya tütün kullanımı gösterebilirler (Betancourt ve diğerleri, 2013). Psikolojik sağlamlığın dayandığı kaynaklar, ayrıca gelecekteki glisemik kontrolü öngörür ve hastalar zaman içinde diyabetleri hakkında, daha fazla sıkıntıya düştüklerinde kötüleşen öz bakım ve ilgili davranışlara karşı koruyucu olur ve bu da hem doğrudan hem de dolaylı sağlığı geliştirici yararlar anlamına gelir. (Yi ve ark., 2008). Dolaylı olarak, psikolojik dayanıklılığın kültürel anlamları, kaynak olma kimliklerinden ve aile veya toplu ihtiyaçların ilk sıraya konulması ihtiyacından yararlanarak, sağlığı geliştirici davranışları yönlendirebilir (Gallo ve diğerleri, 2009).

Özellikle, nörobiyoloji ve kültürel sistemler alanındaki koruyucu mekanizmalar muhtemelen daha fazla ilgi görecektir. Teknolojik ilerlemeler ve multidisipliner işbirlikleri, psikobiyolojik ve moleküler genetik koruyucu mekanizmaları ortaya çıkardıkça, dayanıklılığın nörobiyolojisinin anlaşılmasının artması muhtemeldir. Bu tür bilgiler, genetik olarak düşük dirençli veya etkisiz stres tepkileri gösteren risk altındaki bireyleri hedef alan farmakolojik ve davranışsal müdahalelere yol açabilir (Wu ve diğerleri, 2013).

Psikolojik sağlamlık, literatürde ' bireyi karakterize eden bir işlev türü' olarak da tanımlanmıştır. Esneklik işlevi, hem iyi düzeyde psikolojik ve fiziksel sağlığı koruma hem de olumsuzluklara rağmen denge durumuna geri dönme yeteneği olarak görülmektedir. Bu bağlamda, dayanıklılık ve beceriklilik gibi bireysel özellikler veya kişilik özellikleri açısından dayanıklı niteliklere bir gönderme ortaya çıkmakta ve bazı araştırmacılar, bu niteliklerin doğuştan geldiğini doğrulamaktadır. Klinik ortamla ilgili olarak, dayanıklılık yapısının analizi, olumsuz durumlarla karşı karşıya kalma tutumunu desteklemek için bireysel kaynakları ve yetenekleri artırmayı amaçlayan psikolojik müdahale modellerinin belirlenmesine ilişkin olarak da yararlı bir başlangıç noktası sunmaktadır.

Dayanıklılığın, zorluklara ve stresli olaylara rağmen kişinin varoluşsal amaçlara yönelik yönelimini sürdürme yeteneği olduğu, engel karşısında ısrarcı ve değişime açık bir tavır öngördüğü gözönüne alındığında, bir kişisel gelişim projesini harekete geçirerek, kişinin yaşamının farklı alanlarında yaşadığı zorluklarla azimli bir şekilde baş edebilmesi, kendisi ve kendi içsel ve paralel tutarlılığı hakkında iyi bir farkındalığı sürdürmesi olarak anlaşılabilir. Bu azimli tutum, olumsuz koşullar yaşadıktan sonra kişinin kendi kaynaklarını harekete geçirmesini mümkün kılar ve kişisel denge durumunu yeniden kurar. Tanımda belirtilen, 'amaç' terimi, uzun vadeli hedeflere ve karmaşıklığı içinde varoluşla ilgili genel hedefe atıfta bulunur. Yaşam taahhütlerine göre (mesleki, duygusal, sosyal, profesyonel vb.) kişiden kişiye değişir. Kısmi amaçlarla ilgili esneklik eylemleri yoluyla, birey kişisel tatminine yönelik yönelimde giderek daha ısrarcı hale gelir. Kişinin varoluşsal amaçlara yönelik yönelimini iyi bir şekilde sürdürmek için belirli becerilerin ve bireysel özelliklerin gerekli olduğunu vurgulayarak, dayanıklılık terimini kavramsal olarak açıklamaya yönelik girişim, dayanıklılık kaynaklarını derinlemesine keşfetmeyi amaçlayan ileri araştırmalar için yararlı bir başlangıç noktası olacaktır.

Birinci basamak sağlık merkezlerinde, ruh sağlığı hizmeti vererek, çocukluktan başlayarak yetişkinlik ve yaşlılığa kadar bireylerin olumlu psikolojik gelişimlerini ve içinde buldukları yaş döneminin gelişimsel işlevlerini sağlıklı bir biçimde yerine getirmeleri desteklenebilir. Bazı bireyler, aile ortamının desteklenmesi, olumlu ebeveyn-çocuk ilişkilerinin kurulması gibi konularda yardıma ihtiyaç duyarlarken, bazıları da benlik saygısı, etkili baş etme becerileri gibi konularda kişisel olarak desteklenmeye ihtiyaç duyabilirler. Bu bireyler erken dönemde saptanarak, kişilerin kendilerini tanımaları sağlanmalı ve kendileri hakkında farkındalıkları artırılmalıdır. Çünkü kişinin kendini tanıması, güçlü ve zayıf yönlerini fark etmesine, böylelikle güçlü yönlerinin desteklenip, zayıf yönlerinin de geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Madde bağımlılığı, adölesan gebeliği, kronik ya da ruhsal hastalığı olan, ihmal ya da istismar yaşayan bireylerin, kalabalık ailede olan, göçmek zorunda kalmış, ölüm, ayrılık, hastalık deneyimlemiş, düşük sosyo-ekonomik statüye sahip ya da içinde şiddet olan ailelerin erken dönemde tespit edilip olumlu ruhsal gelişim yönünde desteklenmeleri önemlidir. Bunun için de bu bireylere ve ailelere sorunlarla etkili bir biçimde baş edebilmeleri için beceriler kazanmaları ve gerekli kurumsal yardımı almaları gibi konularda rehberlik ve danışmanlık yapılabilir.

Birinci basamakta sağlık psikologlarına sahip olmanın yararları, sağlık psikologlarının doğrudan hastayla temasları veya klinisyenlerin zihinsel sağlık koşullarını belirleme ve yönetme konusundaki destekleriyle ilgilidir.



BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Olgubilim (fenomenoloji) deseni varlığının farkında olduğumuz fakat hakkında detaylı bir anlayışa sahip olmadığımız olayları ele almaktadır. Tamamen yabancı olmayan aynı zamanda da tam olarak kavrayamadığımız olguları araştırmayı hedefleyen çalışmalar için olgu bilim(fenomenoloji) uygun bir araştırma altyapısı oluşturur (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Fenomenolojik yaklaşım bireysel evrenin araştırılması demektir. Bu yaklaşımın temelini bireysel deneyimler oluşturmaktadır. Bu yaklaşımda, araştırmacı, katılımcının kişisel deneyimleri ile ilgilenmektedir ve bireylerin olaylara yükledikleri anlamları ve algılarını incelemektedir (Baş ve Akturan, 2013). Bu amaca yönelik olarak, bu araştırmada; katılımcıların aile sağlığı merkezlerinde psikolojik danışma hizmeti verilmesine yönelik görüşlerini tüm yönleriyle yansıtılabilmeleri amacıyla nitel araştırma desenlerinden olgu bilim (fenomenolojik) yaklaşımı tercih edilmiştir.

3.2. Çalışma Grubu

Nitel araştırmalarda, elde edilen sonuçlar genelleme hedefi taşımadığı için nitel araştırmalarda nicel araştırmalarda kullanılan örneklem yöntemleri kullanılamamaktadır. Bu araştırmada araştırmaya katılan katılımcılar ‘uygun örnekleme’ yöntemi ile belirlenmiştir. Katılımcılar, İzmir Balçova 3 No’lu Aile Sağlığı Merkezi 3502012 No’lu Aile Hekimliği Birimi’ne kayıtlı kişiler arasında görüşme yapmaya gönüllü olanlar arasından seçilmiştir. Araştırmanın görüşme formuna ilişkin veriler 100 kişiden toplanmıştır. Araştırmanın nitel boyutu için ise bu 100 kişinin içinden 69 katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcılara ait bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Tablo 1.

Katılımcıların Sosyodemografik Verilere Göre Dağılımı

| | | N |
|-----------------------|-----------------|----|
| CİNSİYET | Kadın | 63 |
| | Erkek | 37 |
| YAŞ | 15--25 | 5 |
| | 26-35 | 17 |
| | 36-45 | 25 |
| | 46-55 | 33 |
| | 55-65 | 12 |
| | 65 yaş üstü | 8 |
| MESLEK | Mühendis | 14 |
| | Sağlık Çalışanı | 9 |
| | Öğretmen | 10 |
| | Emekli | 20 |
| | Memur | 6 |
| | Serbest Meslek | 17 |
| | Ev Hanımı | 21 |
| | Öğrenci | 3 |
| ÖĞRENİM DURUMU | İlkokul | 8 |
| | Ortaokul | 2 |
| | Lise | 26 |
| | Önlisans | 5 |
| | Lisans | 53 |
| | Yüksek Lisans | 6 |
| MEDENİ DURUM | Evli | 64 |
| | Bekar | 36 |

Araştırmaya katılan kişilerin %63'ü kadın %37'si erkektir. Çoğunluğu, %25, 36-45 yaş ve %33, 46-55 yaş aralığında olmak üzere orta yaşlardadır.

Katılanlar, yaklaşık olarak birbirine yakın oranlarda, mühendis, öğretmen, sağlık çalışanı, memur, serbest meslek gibi orta gelir düzeyine sahip meslek alanlarında, bulunmaktadır. Öğrenci %3 ile en az orana sahiptir.

Araştırmaya katılanların, %53 oranında üniversite mezunu olmaları, sosyokültürel düzeyin benzerliğine işaret etmektedir. Sosyokültürel düzeyin benzerliği verilen yanıtlar açısından, farkındalık düzeylerinin de benzer olması olasılığını arttırmaktadır. Üniversite mezunlarının katılım oranını, %26 oranıyla lise mezunları izlemektedir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmada kullanılan sosyodemografik Bilgi Formu, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin, yaş, cinsiyet, medeni durum gibi tanıtıcı özelliklerinin saptanması amacıyla, toplam beş sorudan oluşmaktadır.

3.3.2. Görüşme Formu

Hasta görüşme formu, kişilerin psikolojik ihtiyaçlarının saptanması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda psikolojik desteğin yeri ve bu desteğin nasıl ve kimler tarafından sunulmasının daha iyi bir sağlık hizmeti anlamına geleceği hakkındaki düşüncelerinin saptanmasına yönelik olarak, toplam 26 sorudan oluşmaktadır. Aile sağlığı merkezine başvuru nedenlerinin sorulduğu bir soru hariç, bütün sorular kapalı uçlu olmakla birlikte, farklı bir görüş adına, "diğer seçeneği sunulmuştur. Bazı sorular birden fazla seçeneği seçebilme şeklindedir.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, 3502012 No'lu Aile Hekimliği Birimi'ne kayıtlı ve araştırmanın veri toplama süresi içinde herhangi bir sağlık hizmeti almak için başvurmuş, görüşme için gönüllü olan kişilerden elde edilmiştir. Araştırmanın birinci kısmında, 2020 ocak- 2021 aralık tarihleri arasında, aile sağlığı merkezimize başvuran gönüllü kişilerden, sosyodemografik bilgi formu ve hasta görüşme formunu tamamlaması istenmiştir.

Psikolojik destek ihtiyacı ile ilgili kişisel deneyimlerin araştırılması süreci ise, araştırmacıyla, kişilerin etkin dinleme çerçevesinde karşılıklı görüşmelerinin kayıtlarının alınması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmeler, sağlık hizmet alımı sırasında ve

pandemi koşullarının aşılama sonrası biraz daha iyileştiği kişiyi rahatsız etmeyeceği 2022 mart ayı içinde gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler esnasında ses kaydı alınmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmanın betimsel istatistik bulgularının analizinde SPSS 21 analiz programı kullanılmıştır. Görüşmeler yoluyla elde edilen verilerin analizinde ise içerik analizinden yararlanılmıştır. İçerik analizinde veriler dört aşamada analiz edilir: (1) verilerin kodlanması, (2) temaların bulunması, (3) kodların ve temaların düzenlenmesi, (4) bulguların tanımlanması ve yorumlanması (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Araştırmanın güvenilirliğini sağlayabilmek için, katılımcılar hakkında ayrıntılı bilgilere yer verilmiştir. Ayrıca görüşmelerin ne şekilde yapıldığı, verilerin ne yolla kaydedildiği ve görüşmelerden elde edilen verilerin analiz süreci açıklanmıştır. Verilerin analizinde araştırmacı ve bir uzman aynı veriler üzerinde farklı zamanlarda analiz yapmıştır ve analiz sonucunda elde edilen kodlar karşılaştırılarak aralarında tutarlık olup olmadığı incelenmiş ve kodlamalar arasında tutarlık olduğu gözlemlenmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların psikolojik destek alma ihtiyaçları, hangi konularda desteğe ihtiyaç hissettikleri, aile sağlığı merkezlerinde psikolojik destek hizmeti sunulmasına ilişkin görüşlerine yönelik elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Tanımlayıcı İstatistik Bulguları

Tablo 2.

Yaşamın Doğal Akışını Bozan, Değiştiren, Ek Yükler Ve Sorumluluklar Yüklendiği Ve Kendini Çaresiz, Başedemez Durumda Bulduğu Sorunlar

| SORUNLAR | f |
|-------------------------------------|----|
| Kendi hastalığı | 16 |
| Eş Çocuk Anne Baba Kardeş Hastalığı | 30 |
| Yakınının Kaybı | 18 |
| Ayrılık Boşanma | 9 |
| İş Değişikliği | 5 |
| Göç Değişikliği | 5 |
| Diğer | 18 |

Araştırmaya katılan kişiler, ek yükler ve sorumluluklarla çaresiz ve başetmesi zor durumda kaldıkları en sık sorun olarak, eş çocuk anne baba kardeş hastalığı olarak bildirdi. Yakın kaybı ve kendi hastalığı, ikinci sıklıkla, kendilerini çaresiz ve başedilmesi zor sorunlar olarak karşılarında buldukları ve yaşamlarının doğal akışını bozduğu, ek yükler ve sorumluluklar getirdiği saptandı. Ayrılık ve boşanma 11, iş değişikliği 7, göç 5 kişi tarafından başetmekte zorlandıkları sorunlar olarak ifade edildi.

Tablo 3.

Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyduğunda Ne Yaptığı

| BAŞA ÇIKMA YOLU | N |
|----------------------------------|----------|
| Uzmana başvurma | 37 |
| Yakınlarıyla paylaşma | 36 |
| Kendi kendine halletmeye çalışma | 17 |
| Diğer | 10 |

Araştırmaya katılan kişiler, yaşamlarının herhangi bir döneminde psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarında, en sıklıkla, uzmana başvurmuşlardı. İkinci sıklıkta, sosyal destek bularak, yakınlarıyla paylaşmışlardı. 17 kişi ise kendi başetme ya da edememe şeklinde sorunlarını çözmeye çalışmışlardı.

Tablo 4.

Şikayeti Olduğunda Uzmanadan Psikolojik Yardım Alma İsteği

| YARDIM İSTEĞİ | ALMA |
|------------------------|-------------|
| Yardım almak istiyor | 86 |
| Yardım Almak İstemiyor | 3 |
| Kararsız | 11 |

Araştırmaya katılan kişiler, %86, yüksek bir oranda, psikolojik bir sorun yaşadıklarında uzman desteği almak istediklerini ifade etmiştir.

Tablo 5.

Aile Sağlığı Merkezinde Psikolojik Destek Hizmeti Verilmesi Konusunda Ne Düşündüğü

| UYGUNLUK | |
|-----------------|----|
| Uygun Olduğu | 87 |
| Uygun olmadığı | 1 |
| Kararsız | 8 |
| Diğer | 4 |

Araştırmaya Katılan kişiler aile sağlığı merkezinde psikolojik destek hizmeti verilmesini, %87, yüksek oranında uygun bulduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 6.

Aile Sağlığı Merkezinde Psikolojik Destek Hizmeti Verilmesini Uygun Bulma Nedenleri

| UYGUN BULMA NEDENLERİ | N |
|--|----------|
| Kolay Ulaşılma | 59 |
| Görüşme İçin Daha Uzun Süre Ayırabilme | 17 |
| Psikolojik Destek Hizmetinin Sürekliliği | 33 |
| Aynı Uzman Tarafından Hizmet Alabilme | 43 |
| Önceliğin İlaç Kullanımı Olmaması | 11 |
| Psikiyatrik Hasta Olarak Değerlendirilmeme | 2 |
| Diğer | 5 |

Aile sağlığı merkezinde psikolojik destek hizmeti verilmesinin uygun olmasının nedenleri ve avantajları olarak, en sık kolay ulaşılma ifade edilmiştir. Psikolojik destek hizmetinin sürekliliği ve aynı uzman tarafından hizmet alabilme olanağı ikinci sıklıkta saptanmıştır.

Tablo 7.

Aile Sağlığı Merkezinde Psikolojik Destek Hizmeti Verilmesi İstenilen Sorunlu Yaşantılar

| SORUNLU YAŞANTILAR | N |
|---|----------|
| Evlilik İlişki Sorunları | 54 |
| Kronik Hastalıklarla İlgili Duygusal Sorunlar | 55 |
| Kaygı Korku İle Başa Çıkma | 67 |
| Üzüntü ile başa çıkma | 54 |
| Öfke Kontrolü | 50 |
| Özgüven Eksikliği | 38 |

| | |
|--|----|
| Uyum Sorunları | 35 |
| Travmatik Yaşantılar | 26 |
| Çocukluk Ve Ergenlik Sorunları | 52 |
| Sağlıklı Ebeveynlik | 48 |
| Cinsel Sorunlar | 27 |
| Boşanma Ayrılık | 33 |
| Sevilen Bir Kişinin Hastalığı Ölümü | 42 |
| Takıntılı Düşünce Davranışlar | 43 |
| Diğer | 12 |

Araştırmaya katılan kişilere, aile sağlığı merkezinde hangi sorunlarla ilgili psikolojik destek verilmesini istedikleri sorulduğunda, en sıklıkla, kaygı ve korku ile başa çıkma ifade edilmiştir. Evlilik, çocukluk ve ergenlik sorunları, üzüntü ile başa çıkma, öfke kontrolü, kronik hastalıklarla ilgili duygusal sorunlar, ikinci sıklıkta dile getirilmiştir. Sağlıklı ebeveynlik, sevilen bir kişinin hastalığı veya ölümü, takıntılı düşünce ve davranışlar üçüncü sıklıkta, özgüven eksikliği, uyum sorunları, boşanma veya ayrılık dördüncü sıklıkta saptanmıştır. Travmatik yaşantılar ve cinsel sorunlarla ilgili psikolojik destek alma istekleri en az sıklıkla ifade edilmiştir.

4.2. Nitel Araştırma Bulguları

Bu başlık altında katılımcıların aile sağlığı merkezi kapsamında psikolojik destek hizmeti verilmesine yönelik görüşlerini öğrenmek amacıyla yapılan görüşmelerin içerik analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Yapılan içerik analizi sonucunda katılımcıların aile sağlığı merkezlerinde psikolojik destek hizmeti verilmesine ilişkin bulgular beş (5) farklı tema altında toplanmıştır. Bu temalar aşağıda sunulmuştur.

1. Psikolojik danışma olgusuna ilişkin algılar
2. Psikolojik danışma alıp almadıkları
3. Psikolojik danışma hizmetlerine erişim kolaylığına ilişkin algılar
4. ASM’de psikolojik danışma hizmeti verilmesine ilişkin görüşler
5. ASM’de psikolojik danışma hizmeti verilmesinin nedenlerine ilişkin görüşler

Aşağıda yukarıda verilen temaların alt temalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

1. Psikolojik Danışma Olgusuna İlişkin Algılar

Katılımcıların psikolojik danışma olgusuna ilişkin algılamaları incelendiğinde 5 alt gruba ayrıldığı görülmektedir. Bu gruplara ve frekans değerlerine ilişkin bilgiler Tablo 8’de yer almaktadır.

Tablo 8.

Katılımcıların Psikolojik Danışma Olgusuna İlişkin Algıları

| Kategori | Kavramlar | Frekans |
|--------------------|------------------------|---------|
| | Yol gösterme/rehberlik | 8 |
| Katılımcıların | Rahatlama | 10 |
| Psikolojik Danışma | Çözüm | 5 |
| Olgusuna İlişkin | Destek | 13 |
| Algıları | Kendini açma | 2 |

Katılımcıların psikolojik danışma olgusuna ilişkin görüşleri şu şekildedir:

K21: “Psikolojik danışma yardımı deyince aklıma rahatlamak için gidilen yer geliyor.”

K5: “Kendi başıma çözemediğim onlara gidip çözmek geliyor. Mesela ben araba kullanabiliyorken, kullanamaz hale geldim. Bunun için gitmek istiyorum.”

K20: “Ruh sağlığımız için, normal hayatımızın düzeninde bir bozukluk ya da işte çözemediğimiz durumları kontrol altına almak için psikolojik destek almak...”

2. Psikolojik Danışma Yardımı Alma Durumu

Bu başlık altında katılımcıların daha önce psikolojik danışma yardımı alıp almadıklarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 9.

Katılımcıların Daha Önce Psikolojik Danışma Yardımı Alma Durumları

| Kategori | Kavram | Frekans |
|---|--------|---------|
| Katılımcıların Psikolojik Danışma Alma Durumu | Evet | 31 |
| | Hayır | 38 |

Tablo'da da görüldüğü gibi daha önce psikolojik danışma yardımı aldığını ifade eden katılımcı sayısı 31, yardım almadığını ifade eden katılımcı sayısı ise 38'dir. Daha önce psikolojik danışma yardımı aldığını belirten katılımcıların 10'u bu yardımı psikiyatristte, 21'i ise psikologdan aldığını belirtmiştir.

3. Psikolojik Danışma Hizmetlerine Erişim Kolaylığına İlişkin Algılar

Bu başlık altında katılımcıların psikolojik danışma yardımına ulaşmayla ilgili görüşlerine yer verilmiştir.

Tablo 10.

Katılımcıların Psikolojik Danışma Yardımına Erişim Kolaylığına İlişkin Görüşleri

| Kategori | Kavram | Frekans |
|---|-------------|---------|
| Psikolojik Danışma Yardımına Erişim Kolaylığı | Kolay | 19 |
| | Kolay değil | 44 |
| | Fikrim yok | 6 |

Katılımcıların psikolojik danışma hizmetlerine erişim kolaylığına yönelik görüşleri aşağıda yer almaktadır.

K6: Kolay olduğunu düşünmüyorum. Daha çok özellere rahat gidildiğini düşünüyorum. O da herkes için uygun değil. O yüzden bence erişim kolay değil.”

K7: “Evet rahatlıkla ulaşabiliyoruz. Özel kurumlarda ama. Hastanelerde çok uzun sürüyor.”

K10: “Torunum 14 yaşında. Kızım eşinden ayrıldı. Torunum 1,5 yıl tedavi gördü. 5 farklı doktor değiştirdik. Hiç kolay olmadı yardım almak. Sürekli özellere götürdük.”

K19: “Ulaşmak çok zor. Yani ücretler çok yüksek. Hastanelerde de böyle bir imkan var mı bilmiyorum.”

K22: “Devlet hastanelerinde ulaşmak çok zor. Ancak özel yerlere gidersek, onlar da büyük meblağlar istiyorlar. Ve psikolog bunlar süreklilik isteyen, seans seans gidilmesi gereken şeyler. Aile bütçesini sarsıyor. O yüzden herkes, gidecek olsa da vazgeçiyor bu fiyatlar yüzünden.”

4. ASM’de Psikolojik Danışma Hizmeti Verilmesine İlişkin Görüşler

Bu başlık altında katılımcıların aile sağlığı merkezlerinde psikolojik danışma hizmeti verilmesine ilişkin görüşlerine yer verilmiştir.

Tablo 11.

Katılımcıların ASM’de Psikolojik Danışma Hizmeti Verilmesine İlişkin Görüşler

| Kategori | Kavram | Frekans |
|---|-------------|---------|
| ASM’de Psikolojik Danışma Hizmeti Verilmesi | Uygun | 68 |
| | Uygun değil | 1 |

Tablo’da görüldüğü üzere aile sağlığı merkezlerinde psikolojik danışma hizmeti verilmesine ilişkin görüşleri sorulan 69 katılımcıdan yalnızca biri uygun değil demişken, kalan 68 kişi ise uygun bulduğunu belirtmiştir. Aşağıda katılımcılardan bazılarının görüşlerine yer verilmiştir.

K23: “Bence süper olurdu, keşke olsa”

K40: “Bu fikri çok destekliyorum.”

K9: “Çok iyi olur. Gerçekten bunun gerekli olduğunu düşünüyorum.

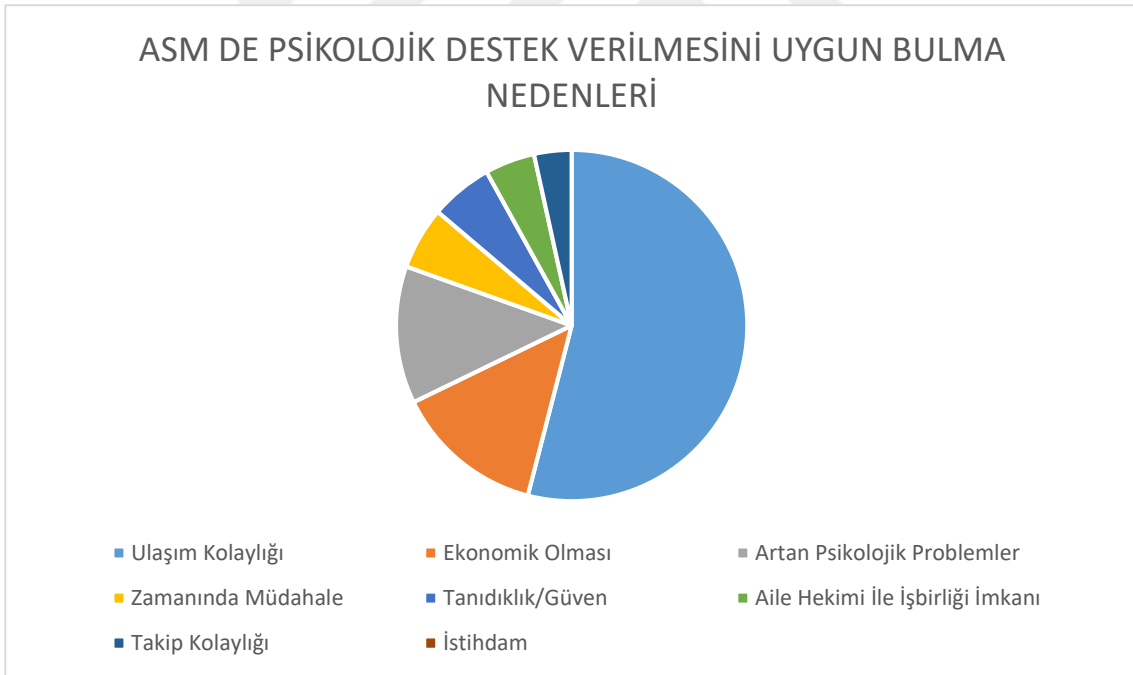
5. ASM’de Psikolojik Danışma Hizmeti Verilmesini Uygun Bulma Nedenlerine İlişkin Görüşler

Katılımcıların aile sağlığı merkezlerinde psikolojik danışma hizmeti verilmesinin neden gerekli olduğuna ilişkin görüşleri incelendiğinde 8 alt gruba ayrıldığı görülmektedir. Bu gruplara ve frekans değerlerine ilişkin bilgiler Tablo’da yer almaktadır.

Tablo 12.

Katılımcıların ASM'de Psikolojik Danışma Hizmeti Verilmesini Uygun Bulma Nedenleri

| Kategori | Kavramlar | Frekans |
|--|----------------------------------|---------|
| Katılımcıların ASM'de Psikolojik Danışma Hizmetini Uygun Bulma Nedenleri | Ulaşım Kolaylığı | 47 |
| | Ekonomik Olması | 12 |
| | Artan Psikolojik Problemler | 11 |
| | Zamanında Müdahale | 5 |
| | Tanıdıklık/Güven | 5 |
| | Aile Hekimi İle İşbirliği İmkânı | 4 |
| | Takip | 3 |
| | İstihdam | 1 |



Katılımcıların psikolojik danışma olgusuna ilişkin görüşleri şu şekildedir:

K6: “Daha kolay ulaşabileceğimiz bir yer olduğu için, daha rahat gelebileceğimiz bir yer.”

K18: “Çünkü çağımız giderek daha fazla ihtiyaç hissettiriyor böyle bir şeye. Ülkeler genellikle zor durumda. Ekonomik açıdan, savaşlar filan. İnsanların psikolojileri malum. İki yıl covid şeyini geçirdik. Giderek çok daha ihtiyaç hissettiriyor böyle bir birim.”

K47: “Ben kendi açımdan söyleyeyim. Ben üç çocuk annesiyim. Çalışıyorum. Eşe sabret, çocuklara sabret, işe sabret. Birilerinin beni dinlemesine ihtiyaç duyuyorum. Ama ulaşım sağlayamadığım için bu kanallara, hep kendi kendime ya da içime atarak bir şeyleri çözmeye çalışıyorum. Bayanların çok fazla desteğe ihtiyacı olduğunu düşünüyorum. Çünkü sırtımızdaki yükten dolayı. Mesela ben dişlerimi çok sıktığımı fark ettim uyurken. Bu da hep sabretmekten oluyor. Büyük bir zamanım olmadığı için ben faydalanmak isterim böyle bir hizmetten.”

K42: “Nasıl aile hekimimize hemen gelebiliyoruz, doktorumuzu tanıyoruz. Keşke psikolog da, aile terapistleri de olabilseydi. Çocuklar için çok iyi olurdu, aileler için çok iyi olurdu. Sağlık ocaklarında dilerdik ki yetişkin ve ergen hani şey çocuklar için ayrı ayrı bölüm olsaydı. Valla herkes çok memnun olurdu.”

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Araştırmamıza katılan hastaların şikayetleri olduğunda %86 yüksek bir oranda, psikolojik destek almak istedikleri saptanmıştır. Buna karşılık, bu kişiler, psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunda %37 oranında bir uzmana başvurabilmiştir. %87 yüksek bir oranda psikolojik destek hizmetinin aile sağlığı merkezlerinde verilmesinin uygun olduğunu ifade etmişlerdir. Neden böyle düşündükleriyle ilgili olarak da, kolay ulaşılabilirlik, hizmetin sürekliliği ve aynı uzman tarafından hizmet alabilme gibi avantajları sık olarak ileri sürmüşlerdir.

Kanada’da yapılan kişisel deneyim ve algıların araştırıldığı bir çalışmada, hastaların üç ana beklentisi ve ihtiyaçları olduğu saptandı: İletişim beklentileri (Sağlık hizmeti veren kişileri anlamak ve onlar tarafından anlaşılma için destek) ve pragmatik beklentilerin (Mevcut kaynaklar hakkında bilgi, klinik hakkında bilgi ve sağlık sisteminde rehberlik) yanısıra, duygusal ve psikososyal desteğe ilişkin beklentileri dile getirmişlerdir (Piemeu, et al., 2021).

Araştırmamızda hastalara, yaşamlarının doğal akışını bozan, değiştiren, ek yükler ve sorumluluklar yüklendiği ve kendilerini çaresiz, başedemez durumda buldukları sorunlarının olup olmadığını sorduğumuzda en sık, eş çocuk anne baba kaybı olmak üzere, kendi hastalığı, yakınının kaybı, ayrılık boşanma, iş değişikliği ve göç gibi sorunlar bildirmişlerdir.

Psikolojik sıkıntı, duygusal bir ıstırap halidir (Drapeau, et al., 2012). Birden fazla semptom sıklıkla bir arada bulunur (Van Oppen, et al., 2007) yaygın somatik şikayetlerle (Lowe, et al., 2008; Kroenke, et al., 2013; Kroenke, 2003) ve çok çeşitli kronik durumlarla (Evans, et. al, 2005), ayrıca tıbbi olarak açıklanamayan semptomlarla (Henningsen, 2003; Fagring, et al., 2008) birlikte ortaya çıkar.

Psikolojik sıkıntıyla ilgili birinci basamak sağlık hizmetlerinde az sayıda çalışma hastaların bu durumla yaşama konusundaki gerçek deneyimlerini araştırmıştır. Psikolojik sıkıntı ile ilgili literatürün gözden geçirilmesi (Ridner, 2004) psikolojik sıkıntı ile yaşayan hastaların beş tanımlayıcı özelliğini tanımlamıştır; algılanan baş edememe, duygusal durumdaki değişiklikler, rahatsızlık hissi, rahatsızlığın dile getirilmesinde sorunlar ve zarar görme.

Araştırmamızda, psikolojik semptomlar açısından 67 kişi kaygı ve korku ile başatmak için aile sağlığı merkezlerinden yardım alınabileceğini söylemiştir. 55 kişi kronik hastalıklara eşlik eden duygusal sorunlar için aile sağlığı merkezlerinden yardım almanın uygun olduğunu dile getirmiştir. Evlilik sorunlarıyla ve üzüntüyle başatmak için 54 kişi, çocukluk ve ergenlik sorunlarıyla ilgili 52 kişi, öfke kontrolüyle ilgili yardım için 50 kişi, sağlıklı ebeveynlik için 48 kişi, takıntılı düşünce ve davranışlarla ilgili 43 kişi, sevilen bir kişinin hastalığı veya ölümüyle ilgili 42 kişi aile sağlığı merkezlerinin psikolojik destek hizmeti vermek için uygun olduğunu ifade etmişlerdir.

Psikolojik sıkıntı, %38'e varan oranlarda bildirilen, toplumda yaygın bir sorundur (Marchand, et al., 2012; Doherty, et al., 2008). Birinci basamak sağlık hizmeti, resmi sağlık sistemi içinde, psikolojik destek hizmetlerinin ilk düzeyini sağlar ve psikolojik sıkıntıdan mustarip hastaların çoğu birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurur. Toplumda psikolojik sorunlar yaygın olmasına rağmen, birinci basamak sağlık hizmetleri şu anda bunların tespiti, teşhisi ve tedavisi ile ilgili zorluklar yaşamaktadır (Menchetti, et al., 2009; Haftgoli, et al., 2010; Walters, Tylee, 2006). Ne yazık ki, Psikolojik sıkıntı, genellikle birinci basamakta tespit edilmez, çünkü fiziksel yakınmalar ve polisemptomatoloji ön plana çıkar (Menchetti, et al., 2009; Aguera, et al., 2010; Greer, et al., 2004). Uzun ve etkisiz tedaviler hem profesyonel için hem de hasta için hayal kırıklığına yol açar (Hinchey, Jackson, 2011; Horton, et al., 2010; Tylee, Walters, 1996).

Araştırmamızda, 69 katılımcının, aile sağlığı merkezlerinde psikolojik destek hizmeti verilmesine ilişkin bireysel deneyim ve algılarının içerik analizinde, bulgular beş (5) farklı tema altında toplanmıştır: Psikolojik danışma olgusuna ilişkin algıları, yol gösterme/rehberlik, rahatlama, çözüm bulma, destek bulma, kendini açma şeklinde beş (5) farklı alt başlıktan oluşmaktaydı; psikolojik danışma alıp almadıkları konusunda, katılımcıların 31 kişisinden 21'i psikologdan 10'u psikiyatristten olmak üzere daha önce psikolojik danışma yardımı almış, 38'i ise hiçbir yardım almamıştı; psikolojik danışma hizmetlerine erişim kolaylığına ilişkin algılar, 44 kişi psikolojik danışmanlık hizmetine ulaşmanın zor olduğunu, 19 kişi ise kolaylıkla ulaşabileceğini düşünüyordu; aile sağlığı merkezinde psikolojik danışma hizmeti verilmesine ilişkin görüşleri olarak, aile sağlığı merkezlerinde psikolojik danışma hizmeti verilmesini 69 katılımcıdan 68 kişi uygun bulunduğunu belirtti; uygun bulma nedenleri olarak ise ulaşım kolaylığı, ekonomik olması, artan psikolojik problemler, zamanında müdahale, tanıdıklık/güven, aile hekimi ile işbirliği imkanı, takibin kolay olması ve istihdam yaratacağı şeklinde 8 alt başlık olarak ifade ettiler.

Birinci basamak sağlık hizmeti için başvuran kişilerle, kişisel algı ve deneyimlerin araştırıldığı başka bir çalışmada, katılımcılar, günlük yaşamlarını yorgunluk, endişe ve başkalarının talep ve beklentilerini karşılayamama endişesinin hakim olduğu bir yaşam olarak tanımladı. Bu taleplerle başa çıkmanın bir yolu olarak duygu ve düşüncelerini 'bir maskenin arkasına' gizlediklerini ve 'her şeyin üstünde' oldukları izlenimini vermeye çalıştıklarını söyledi. Bu onların benlik imajını olumsuz etkilemişti. Ayrıca kendilerini başkalarından soyutlamışlardı, bu da yalnızlık ve dışlanma duygularına yol açmıştı. Kontrolü kaybetme deneyimi, tükenmişlik hali olarak tanımlandı. Bu duygular birkaç yıl içinde, bazen çocukluk ve ergenlikten itibaren veya işle ilgili olumsuz olaylardan sonra gelişmişti. Görüşülen kişiler günlük yaşamlarını yönetmede büyük zorluklar yaşamışlardı ve endişe, kaygı, depresif ruh hali, uyku bozukluğu veya ağrı gibi semptomlar için birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmuşlardı. Araştırmanın yapısal analiz süreci üç tema ile sonuçlanmıştı: Günlük yaşamla baş etmede zorluk, kendini başkalarından aşağı hissetme ve hayata tutunmayı kaybetme (Arvidsdotter, et al., 2016).

Birçok hasta bedensel semptomlar yaşadıkları için genel pratisyenlerine (GP) danışır. Batı tıbbi, hastalığı teşhis etmek için semptomların değerlendirilmesine öncelik verir, ancak semptomlar yalnızca hastalığın belirtileri değildir (Engel, 1977). Bazı semptomlar, küçük endişelere neden olan sıradan bedensel duyuları temsil eder (McAteer, et al., 2011; Elnegaard, et al., 2015). Diğerleri ise altta yatan hastalığa bağlı olmayan süreçler nedeniyle ortaya çıkar veya devam eder (Sharpe, 2013]. Semptomlar devam ettiğinde, ancak karakterleri veya klinik araştırmanın olumsuz sonuçları nedeniyle hastalığa bağlanamıyorsa, genellikle “tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar” olarak tanımlanırlar (Rosendal, 2017).

Tıbbi olarak açıklanamayan semptomları olan hastaların tanısal testlerden veya tıbbi görüşlerden yarar göremediklerine dair iyi kanıtlar vardır (Rolfe & Burton, 2013) Buna rağmen, hem hastalar hem de doktorlar, neden ve açıklama arayışlarında biyomedikal hastalık modelini kullanmaya çalıştıkları bir durumda sıkışıp kalabilirler (Murray, et.al., 2016). Çünkü alternatifler gerçek ve algılanan inançların çatışmalarını içerir. Sonuç olarak, bu semptomlar hem pratisyen hekime hem de doktor-hasta ilişkisine meydan okur (Wileman, et. al., 2002; Olde Hartman, et. al. 2009); ve birçok doktorun bu hastalara karşı olumsuz tutumları vardır (Hahn, et.al., 1996; Hinchey & Jackson, 2011). Ayrıca, kalıcı semptomları olan hastalar, çok sayıda incelemeden geçebilecekleri ve ilaç ve cerrahi gibi gereksiz tedavileri alabilecekleri için iyatrojenik zarar riski altındadır (Fink,1992; Warren, et. al. 2014; Flynn, 2011). Sonuç olarak, bu hastalar genellikle

biyomedikal hastalığı olan hastalara göre, sağlık hizmetinden daha az memnundur (Rosendal, et. al., 2016; Dirkzwager & Verhaak, 2007) ve hatta doktorları tarafından reddedilmiş hissedebilirler (Johansson, et. al., 1996; Salmon, et.al., 1999).

Günümüzde, fiziksel sağlığın, bireylerin psikolojik durumu ve sosyal çevresinden bağımsız olmadığı kabul edilmektedir (Meyerovitz, 1986; akt. Üner, 1993). Bu çerçevede, hastalıkların önlenmesi, teşhis ve tedavisinde, sağlığın psikolojik boyutu çerçevesindeki uygulama ve yaklaşımlardan destek almak kaçınılmaz görünmektedir. Son yıllarda, koruyucu sağlık yaklaşımları, önleyici tıp, iyilik hali, bireylerin sağlıklı yaşamı bir yaşam biçimi haline getirmeleri gibi konular son derece popüler olup, çeşitli basın yayın organlarında da sıklıkla yer verilmektedir. Bunun yanında, çeşitli kronik ve ölümcül hastalıklarla baş etmek, çeşitli hastalıkların tedavisinde bireyleri duygusal yönden desteklemek, üreme sağlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, stresle başa çıkma, yaşam kalitesinin artırılması vb. konularda verilen psikolojik hizmetlerin önemi artmaktadır. Bu çerçevede, psikolojik bilimlerin bilgi, beceri ve yaklaşımlarını kullanan sağlık psikolojisi alanının, sağlık bilimleri için büyük öneme sahip olduğu belirtilmektedir (Üner, 1993).



BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde analizler sonucunda elde edilen sonuçlar ile bu sonuçlardan yola çıkılarak gelecek araştırmalara ve uygulamaya yönelik sunulan önerilere yer verilmiştir.

6.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikolojik destek ihtiyacı, araştırmamızın ulaştığı en önemli sonuçtur. Sorunlar karşısında, etkin yaklaşım ve tutum geliştirmediklerinde, fiziksel, kişisel, sosyal ve toplumsal işlev bozulmalarıyla karşı karşıya kalmaktayız. Bu durum, daha sık fiziksel hastalık başvurusu ve fiziksel hastalık tedavilerinde efektif olamayan süreçlerle sonuçlanmaktadır. Bu ihtiyacın karşılanması birinci basamak sağlık hizmet sunumunda hasta memnuniyetini arttıracaktır.

Sağlıklı ebeveynlik, çocukluk ve ergenlik sorunları gibi konularla profesyonelce ilgilenmek hem kişilerin ruh sağlığını iyileştirecek hem de sağlıklı nesillerin yetişmesi açısından toplumsal gelişime katkı sağlayacaktır.

Özgüven eksikliği, öfke kontrolü, kaygı, korku ve üzüntüyle başedebilme konularında kişilerle çalışmak, duygusal gelişimlerine katkı sağlayacak ve stresin kronikleşmesini önleyerek, gerek psikosomatik hastalıklar gerek psikolojik kaynaklı hastalıklar açısından koruyucu tıp uygulamalarına katkı yapacaktır.

Kronik hastalıklara ikincil gelişen psikolojik semptomlarla ilgilenmek, hem hastalığın prognozunu, hem de tedaviye uyumu olumlu yönde etkileyerek, komplikasyonları azaltacak ve tersiyer korumaya katkı sağlayacaktır.

Kişilerin daha az psikolojik semptom gösterdiği durum, fiziksel semptomlarında azaldığı durum olarak, sağlık hizmetlerinde maliyeti düşürecektir.

Birinci basamakta psikolojik destek ihtiyacı ile ilgili yapılan araştırmalarda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde, psikolojik müdahalelerin yalnızca psikolojik sağlığı tedavi etmek için değil, aynı zamanda fiziksel sağlığı iyileştirmek için de faydaları olduğu saptanmıştır. Birinci basamakta hem fiziksel hem de psikolojik sağlık sorunlarının ele alınması, teşhis bilgilerinin paylaşılmasını, tedavi planlarının belirlenmesini ve hastanın spesifik semptomlar yerine genel sağlık durumununun takip edilmesini sağlar (Skultety & Zeiss, 2006). Psikolojik sorunlardan muzdarip hastalar sıklıkla fiziksel

belirtilerle ortaya çıkar ve daha fazla sağlık hizmeti kullanır ve psikolojik sağlık hizmetlerini iyileştirmek, her ikisi için de en doğru tanı ve etkili tedavileri almalarını sağlayabilir (Karlin & Fuller, 2007), (Tai-Seale, Bramson, Drukker, et al., 2005). Ağrı (Dobscha, Corson, Perrin, et al., 2009) gibi fiziksel semptomlar ve diyabet (Katon, Von Korff, Lin, et al., 2004) gibi kronik hastalıklar üzerindeki entegre bakım müdahalelerinin faydalarını gösteren bir araştırmada, birinci basamak ortamlarda psikolojik müdahalelerin yapılmasının önemi vurgulanmaktadır.

6.2. Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler

İngiliz Psikologlar Derneği Sağlık Psikolojisi Bölümü de, sağlık alanında çalışan psikologların, bireylere diyabet vb. gibi hastalıklarla baş etme, sağlığı geliştirmek için davranış değiştirme ve hastalıkları önleyerek, sağlığın ve iyi oluşun geliştirilmesi konularında yardım sunduklarını belirtmişlerdir (The British Psychological Society, www.health-psychology.org.uk). Bunun yanında, Amerikan Psikologlar Derneği (APA), Danışma Psikolojisi Bölümü altında yer verilen çeşitli altbölümlerden biri de, sağlık danışmanlığıdır. Bu bölüm, yaşam boyunca bireylere hastalıkları önleme, hastalığa uyum sağlama ve iyileşme, sağlıklı yaşam biçimleri oluşturma, fiziksel hastalıklara eşlik eden psikolojik durumlar gibi konularda hizmet sunarak, sağlık psikolojisi, hastalıkları önleme, davranışçı tıp, iyileştirme, sağlık eğitimi ve ilgili alanlarda psikolojik danışmanların rollerini ve katkılarını destekleyerek ve sağlık ve hastalıkla ilgili müdahalelerin etkinliğini araştıran araştırmaları teşvik ederek, bu alana katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Ayrıca, lisansüstü düzeyde öğrenci yetiştirme, diğer sağlık personellerine eğitim verme veya sağlık politikaları oluşturmaya katılım bu birimin diğer hedefleri arasındadır (http://www.div17.org//sections_chp.html; <http://www.apa.org>).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde dile getirilen psikolojik semptomlara yönelik çalışmalar, sağlık profesyonellerine psikolojik sıkıntıları olan hastalara yönelik bakımlarında rehberlik etmeye hizmet edebilecektir. Psikolojik sorunların tükenmenin öncüsü olabileceğine ve zamanında ve uygun bakımın verilmesini önlemeye neden olabileceğine inanıyoruz. Hastalar ve profesyoneller, zihinsel, fiziksel ve duygusal kaosa yatkınlık oluşturabileceklerinden bu belirtilerden haberdar olmalıdırlar. Buradaki zorluk, hastaların iyileşmek için yapabilecekleri ve sınırlılıkları arasında bir denge bulmalarına yardımcı olmak için kişiye bütünsel, salutojenik ve kişi merkezli bir bakış açısıyla bakmak (Antonovsky, 1987; Fors, 2015), hastanın varoluşsal kaynaklarını ve engellerini

tanımak ve anlamaktır (Arvidsdotter, et al., 2013; Arvidsdotter, et al., 2014; Arvidsdotter, et al., 2015). İdeal benlik ile gerçek benlik arasında bir dengesizlik olduğunda (Rogers, 1978) zorluk, hastaların iyi bir yaşam sürmeleri için gerçekçi ve mümkün olan arasında bir denge bulmalarına yardımcı olmaktır. Gelecekte, bu tür bireyselleştirilmiş müdahalelerin test edilebileceği ve hastanın zihinsel, fiziksel ve duygusal tükenmesini önlemek için nasıl müdahaleler gerektiği ile ilgili araştırmalar yapılabilir.

Sağlık psikolojisinin özellikle 1970'lerin sonlarından itibaren, ABD ve Batı Avrupa'da ve giderek dünyada önem kazanmaya başladığını (Schwarzer & Gutierrez-Donna, 2000; Taylor, 1997), konuyla ilgili ders kitaplarında (Sanderson, 2004; Sarafino, 2002; Taylor, 2003) ve alandaki son gelişmelerin izlenebildiği derlemelerde (Baum, Revenson & Singer, 2001; Sutton, Johnston & Baum, 2004) bir artış olduğunu söyleyebiliriz. Ülkemiz açısından sevindirici bir gelişme, bu alanı Türkiye'de tanıtan ve sağlık psikoloji eğitimine katkıda bulunabilecek kitapların da görülmeye başlaması (Baltaş, 2000; Okyayüz, 1999) ve yalnız klinik psikologları değil, aynı zamanda sosyal psikologları da ilgilendiren bir konu olmaya başlamasıdır (Hovardaoğlu, 1999). Bu bağlamda gelecek araştırmalarda hastaların psikolojik destek ihtiyaçları ve psikolojik destek hizmeti hakkındaki görüşleri daha geniş örneklem gruplarında incelenebilir. Hastaların psikolojik destek ihtiyaçları farklı değişkenler bağlamında araştırılabilir.

KAYNAKÇA

- Abraham, C. and Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychology*, 27(3), 379-387.
- Aguera, L., Failde, I., Cervilla, J. A., DiazFernandez, P., Mico, J. A. (2010). Medically unexplained pain complaints are associated with underlying unrecognized mood disorders in primary care. *BMC Fam Pract*, 11: 17.
- American Psychological Association. (1996). *Psychology careers for the Twenty-first Century*. Washington: APA.
- American Psychological Association. (2002). Self-care for you. *Monitor on Psychology*, 33, 48–68.
- American Psychological Association. (2002). *Clinical psychology*. Washington: APA.
- American Psychological Association. (2014). *The road to resilience*. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*, Jossey-Bass, *The Jossey-Bass social and behavioral science series*, Baltimore: ThriftBooks.
- Armitage, C. J. and Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499.
- Arvidsdotter, T., Marklund, B., Taft, C. (2013). Effects of an integrative treatment, therapeutic acupuncture and conventional treatment in alleviating psychological distress in primary care patients - a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med*, 13: 308
- Arvidsdotter, T., Marklund, B., Taft, C. (2014). Six-month effects of integrative treatment, therapeutic acupuncture and conventional treatment in alleviating psychological distress in primary care patients—follow up from an open, pragmatic randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med*, 14: 210.
- Arvidsdotter, T., Marklund, B., Taft, C., Kylen, S. (2015). Quality of life, sense of coherence and experiences with three different treatments in patients with psychological distress in primary care: a mixed-methods study. *BMC Complement Altern Med* 15: 132.
- Arvidsdotter, T., Marklund, B., Kylen, S., Taft, C., Ekman, I. (2016). Understanding persons with psychological distress in primary health care Scand. *J Caring Sci*, 30: 687–694.

- Aviv, A. (2004). Telomeres and human aging: Facts and fibs. *Science of Aging, Knowledge and Environment*, 51, 43.
- Barlow, M. A., Liu, S. Y., Wrosch, C. (2015). Chronic illness and loneliness in older adulthood: The role of self-protective control strategies. *Health Psychology*, 34, 870–879.
- Beckner, V., Howard, I., Vella, L., & Mohr, D. C. (2010). Telephone-administered psychotherapy for depression in MS patients: Moderating role of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 47–59.
- Betancourt, T. S., Meyers-Ohki, S. E., Charrow, A. and Hansen, N. (2013). Mental health and resilience in HIV/AIDSaffected children – a review of the literature and recommendations for future research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 423-444.
- Bignami, G. (1999). Il rapporto medico-paziente nei contesti delle diverse medicine. *Ann. Ist. Super. Sanita*, 35, 499-504.
- Blalock, J. E. (1984). The immune system as a sensory organ. *Journal of Immunology*, 132, 1067–1070.
- British Psychological Society. (2002). *The directory of chartered psychologists*. Leicester: BPS.
- Bruce, J. M., Hancock, L. M., Arnett, P., & Lynch, S. (2010). Treatment adherence in multiple sclerosis: Associations with emotional status, personality, and cognition. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 219–227.
- Bukberg, J., Penman, D., & Holland, J. C. (1984). Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 46, 199–212.
- Cassidy, T. (1999). *Stress, cognition and health*. London: Routledge.
- Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Strouse, T. B., Miller, D. S., Brown, L. L., & Cross, P. A. (1985). A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer*, 55, 72–76.
- Chen, E., Hermann, C., Rodgers, D., Oliver-Welker, T., & Strunk, R. C. (2006). Symptom perception in childhood asthma: The role of anxiety and asthma severity. *Health Psychology*, 25, 389–395.
- Cheon, J. W. (2008). Best practices in community-based prevention for youth substance reduction: towards strengthsbased positive development policy. *Journal of Community Psychology*, 36(6), 761–779.

- Christensen, A. J., Moran, P. J., Wiebe, J. S., Ehlers, S. L., & Lawton, W. J. (2002). Effect of a behavioral self-regulation intervention on patient adherence in hemodialysis. *Health Psychology, 21*, 393–397.
- Cicchetti, D., & Tucker, D. (1994). Development and self-regulatory structures of the mind. *Developmental Psychopathology, 6*(4), 533–549.
- Cicchetti, D., & Curtis, W. J. (2006). *The developing brain and neural plasticity: Implications for normality, psychopathology, and resilience*. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Developmental neuroscience*, New York: Wiley.
- Cicchetti, D., & Gunnar, M. R. (2008). Integrating biological processes into the design and evaluation of preventive interventions. *Developmental Psychopathology, 20*(3), 737–743.
- Cicchetti, D. (Ed.). (2016). Epigenetics: Development, psychopathology, resilience, and preventive intervention. [Special section]. *Developmental Psychopathology, 28*(4 part 2), 1217–1384.
- Crews, D. (2010). Epigenetics, brain, behavior, and the environment. *Hormones, 9*(1), 41–50.
- Cunningham, P. J. (2009). Beyond parity: Primary care physicians' perspectives on access to mental health care. *Health Affairs, 28*(3), 490–501.
- Danese, A., Pariante, C. M., Caspi, A., Taylor, A., Poulton, R. (2007). Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 104*(4), 1319–1324.
- Danese, A., Caspi, A., Williams, B., Ambler, A., Sugden, K., Mika, J., et al. (2010). Biological embedding of stress through inflammation processes in childhood. *Molecular Psychiatry, 16*(3), 244–246.
- De Graaf, R., & Bijl, R. V. (2002). Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: Difference between prelingual and postlingual deafness. *Psychosomatic Medicine, 64*, 61–70.
- Denford, S., Taylor, R. S., Campbell, J. L., & Greaves, C. J. (2014). Effective behavior change techniques in asthma self-care interventions: Systematic review and meta-regression. *Health Psychology, 33*, 577–587.
- De Visser, R. O., Graber, R., Hart, A., Abraham, C., Scanlon, T., Watten, P. And Memon, A. (2015). Using qualitative methods within a mixed-methods approach

- to developing and evaluating interventions to address harmful alcohol use among young people. *Health Psychology*, 34(4), 349-360.
- Dirkzwager, A. J., Verhaak, P. F. (2007). Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. *BMC Fam Pract*, 8:33.
- Dobscha, S. K., Corson, K., Perrin, N. A., et. Al. (2009). Collaborative Care for Chronic Pain in Primary Care A Cluster Randomized Trial. *JAMA*, 301, 1242–1252.
- Doherty, D. M., Moran, R., Kartalova-O’Doherty, Y. (2008). *HRB Research Series 5. Psychological distress, mental health problems and use of health services in Ireland*. Dublin: Health Research Board.
- Drapeau, A., Marchand, A., BeaulieuPre’vost, D. (2012). *Epidemiology of psychological distress. In Mental Illnesses – Understanding, Prediction and Control (LAbate PL ed.)*. London: IntechOpen.
- Drossman, D. A., Leserman, J., Li, Z., Keefe, F., Hu, Y. J. B., & Toomey, T. C. (2000). Effects of coping on health outcome among women with gastrointestinal disorders. *Psychosomatic Medicine*, 62, 309–317.
- Drury, S., Theall, K., Gleason, M., Smyke, A., De Vivo, I., Wong, J., et al. (2012). Telomere length and early severe social deprivation: linking early adversity and cellular aging. *Molecular Psychiatry*, 17(7), 719-27.
- Egede, L. E. (2005). Effect of comorbid chronic diseases on prevalence and odds of depression in adults with diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 67, 46–51.
- Elnegaard, S., Andersen R. S., Pedersen A. F., Larsen P. V., Sondergaard J., Rasmussen S., Balasubramaniam K., Svendsen R. P., Vedsted P., Jarbol D.E. (2015). Selfreported symptoms and healthcare seeking in the general population—exploring “The symptom iceberg”. *BMC Public Health*. 15:685.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- Engel, G. L.(1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137(5), 535-544.
- Epel, E. S., Blackburn, E., H., Lin, J., Dhabhar, F.S., Adler, N. E., Morrow, J. D., et al. (2004). Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(49), 17312–17315.

- Epker, J., & Gatchel, R. J. (2000). Coping profile differences in the biopsychosocial functioning of patients with temporomandibular disorder. *Psychosomatic Medicine*, 62, 69–75.
- Ershler, W. B., Keller, E. T. (2000). Age-associated increased interleukin-6 gene expression, late-life diseases, and frailty. *Annual Review of Medicine*, 51, 245–270.
- Evans, D., L., Charney, D., S., Lewis, L., Golden, R. N., Gorman, J. M., Krishnan, K. R., Nemeroff, C. B., Bremner, J. D., Carney, R. M., Coyne, J. C., Delong, M. R., Frasure-Smith, N., Glassman, A. H., Gold, P. W., Grant, I., Gwyther, L., Ironson, G., Johnson, R. L., Kanner, A. M., Katon, W. J., Kaufmann, P. G., Keefe, F. J., Ketter, T., Laughren, T. P., Leserman, J., Lyketsos, C. G., McDonald, W. M., McEwen, B. S., Miller, A. H., Musselman, D., O'Connor, C., Petitto, J. M., Pollock, B. G., Robinson, R. G., Roose, S. P., Rowland, J., Sheline, Y., Sheps, D. S., Simon, G., Spiegel, D., Stunkard, A., Sunderland, T., Tibbits, P., Jr Valvo, W. J. (2005). Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*, 1: 175–89.
- Fagring, A. J., Kjellgren, K. I., Rosengren, A., Lissner, L., Manhem, K., Welin, C. (2008). Depression, anxiety, stress, social interaction and health-related quality of life in men and women with unexplained chest pain. *BMC Public Health*, 8: 165.
- Fagundes, C.P., Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Stressful Early Life Experiences and Immune Dysregulation across the Lifespan. *Brain Behav Immun*, 27, 8–12.
- Favreau, H., Bacon, S. L., Labrecque, M., & Lavoie, K. L. (2014). Prospective impact of panic disorder and panic-anxiety on asthma control, health service use, and quality of life in adult patients with asthma over a 4-year follow-up. *Psychosomatic Medicine*, 76, 147–155.
- Feder, A., Nestler, E. J. and Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 446-457.
- Ferro, M. A., & Boyle, M. H. (2013). Self-concept among youth with a chronic illness: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 32, 839–848.
- Fink, P. (1992). Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *J Psychosom Res*, 36(5):439–47.

- Flynn, T. W., Smith, B., Chou, R. (2011). Appropriate use of diagnostic imaging in low back pain: a reminder that unnecessary imaging may do as much harm as good. *J Orthop Sports Phys Ther*, 41(11):838–46
- Fors, A., Ekman, I., Taft, C., Björke-Élund, C., Frid, K., Larsson, M. E., Thorn, J., Ulin, K., Wolf, A., Swedberg, K. (2015). Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care—A randomised controlled trial. *Int J Cardiol*, 187: 693–9.
- Gallo, L. C., Penedo, F. J., de los Monteros, K. E. and Aruguelles, W. (2009). Resiliency in the face of disadvantage: Do Hispanic cultural characteristics protect health outcomes?. *Journal of Personality*, 77(6), 1707-1746
- Garnezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk: III*, New York: Wiley.
- Gathchel, R. J., & Oordt, M. S. (2003). *Clinical health psychology in the primary care An overview*. Washington: American Psychological Association.
- Graber, R., Pichon, F. and Carabine, E. (2015). Psychological resilience state of knowledge and future research agendas. *Psychology*, 5,1-28.
- Greer, J., Halgin, R., Harvey, E. (2004). Global versus specific symptom attributions: predicting the recognition and treatment of psychological distress in primary care. *J Psychosom Res*, 57: 521–7.
- Hackett, T. P., & Cassem, N. H. (1973). *Psychological adaptation to convalescence in myocardial infarction patients*. In J. P. Naughton, H. K. Hellerstein, & I. C. Mohler (Eds.), *Exercise testing and exercise training in coronary heart disease*. New York: Academic Press.
- Haftgoli, N., Favrat, B., Verdon, F., Vaucher, P., Bischoff, T., Burnand, B., Herzig, L. (2010). Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC Fam Pract.*, 11, 67.
- Hahn, S. R., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Brody, D., Williams, J. B., Linzer, M., deGruy, F. V. (1996). The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *J Gen Intern Med*, 11: 1–8.
- Henningsen, P. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med*, 65: 528–33.

- Hilliard, M. E., Eakin, M. N., Borrelli, B., Green, A., & Riekert, K. A. (2015). Medication beliefs mediate between depressive symptoms and medication adherence in cystic fibrosis. *Health Psychology, 34*, 496–504.
- Hinchey, S. A., Jackson, J. L. (2011). A cohort study assessing difficult patient encounters in a walk-in primary care clinic, predictors and outcomes. *J Gen Intern Med, 26*: 588–94.
- Hoth, K. F., Wamboldt, F. S., Strand, M., Ford, D. W., Sandhaus, R. A., Strange, C., Bekelman, D. B., & Holm, K. E. (2013). Prospective impact of illness uncertainty on outcomes in chronic lung disease. *Health Psychology, 32*, 1170–1174.
- Horton, S. M., Poland, F., Kale, S., Drachler Mde, L., de Carvalho Leite, J. C., McArthur, M. A., Champion, P. D., Pheby, D., Nacul, L. (2010). Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME) in adults: a qualitative study of perspectives from professional practice. *BMC Fam Pract, 11*: 89.
- Houle, J. N. (2013). Depressive symptoms and all-cause mortality in a nationally representative longitudinal study with time-varying covariates. *Psychosomatic Medicine, 75*, 297–304.
- Hwang, B., Moser, D. K., & Dracup, K. (2014). Knowledge is insufficient for self-care among heart failure patients with psychological distress. *Health Psychology, 33*, 588–596.
- Jerne, N. K. (1974). Towards a network theory of the immune system. *Annals of Immunology, 125*, 373–389.
- Johansson, E. E., Hamberg, K., Lindgren, G., Westman, G. (1996). “I’ve been crying my way”—qualitative analysis of a group of female patients’ consultation experiences. *Fam Pract, 13*(6):498–503.
- Jones, D. R., Macias, C., Barreira, P. J., Fisher, W. H., Hargreaves, W. A. & Harding, C. M. (2004). Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical problems of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services, 55*(11), 1250–1257.
- Kananen, L., Surakka, I., Pirkola, S., Suvisaari, J., Lönnqvist, J., Peltonen, L., et al. (2010). Childhood adversities are associated with shorter telomere length at adult age both in individuals with an anxiety disorder and controls. *Plos One, 5*(5), 10826.
- Karlin, B. E. & Fuller, J. D. (2007). Meeting the mental health needs of older adults. *Geriatrics, 62*, 26-35.

- Kathol, R. G., Butler, M., McAlpine, D. D., & Kane, R. L. (2010). Barriers to physical and mental condition integrated service delivery. *Psychosomatic Medicine*, 72, 511–518.
- Katon, W. J., Richardson, L., Lozano, P., & McCauley, E. (2004). The relationship of asthma and anxiety disorder. *Psychosomatic Medicine*, 66, 349–355.
- Katon, W. J., Von Korff, M., Lin, E. H., vd. (2004). The Pathways Study: A randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch Gen Psikiyatri*, 61, 1042–1049.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593– 602.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R. (2010). Psychological stress, telomeres, and telomerase. *Brain, Behavior, and Immunity*, 24(4), 529–530
- Kocaman, N. (2008). Tibbi hastalığa psikososyal tepkiler. *İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 71, 52-58.
- Krantz, D. S., & Deckel, A. W. (1983). *Coping with coronary heart disease and stroke*. In T. G. Burish & L. A. Bradley (Eds.), *Coping with chronic disease: Research and applications*, 85–112. New York: Academic Press.
- Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co-morbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res*, 12: 34–43.
- Kroenke, K., Outcalt, S., Krebs, E., Bair, M. J., Wu, J., Chumbler, N., Yu, Z. (2013). Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *Gen Hosp Psychiatry*, 35: 359.
- Lazarus, R. S. (1983). *The costs and benefits of denial*. In S. Bresnitz (Ed.), *Denial of Stress*, 1–30. New York: International Universities Press.
- Libby, P. (2007). Inflammatory mechanisms: The molecular basis of inflammation and disease. *Nutrition Reviews*, 65(12), 140–146.
- Lowe, B., Grafe, K., Kroenke, K., Zipfel, S., Quentier, A., Wild, B.,... Herzog, W. (2003). Predictors of psychiatric comorbidity in medical outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 764–770.

- Lowe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Mussell, M., Schellberg, D., Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry*, 30: 191–9.
- Lustman, P. J. (1988). Anxiety disorders in adults with diabetes mellitus. *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 419–432.
- Marchand, A., Drapeau, A., Beaulieu-Prevost, D. (2012). Psychological distress in Canada: the role of employment and reasons of non-employment. *Int J Soc Psychiatry*, 58 (6): 596-604.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C., Sykes, C. M. (2005). *Health Psychology: Theory, Research and Practice* (2nd ed). Londra: Sage Publications Ltd.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2016). *Resilience in development: Progress and transformation*. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology* (Vol. 4, risk, resilience, and intervention) (3rd ed.). New York: Wiley.
- Masterson, J. F. (2004). *Evolution of the Masterson Approach*. In J. F. Masterson & A. R. Lieberman (Eds.), *A therapist's guide to the personality disorders: The Masterson Approach*. Arizona: Zeig, Tucker & Theisen, Inc.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- McAteer, A., Elliott, A. M., Hannaford, P. C. (2011). Ascertaining the size of the symptom iceberg in a UK-wide community-based survey. *Br J Gen Pract*. 61(582):1–11.
- McDaniel, S. H. & deGruy III, F. V. (2014). An introduction to primary care and psychology. *American Psychologist*, 69(4), 325-331.
- McEwen, M. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *N. Eng. J. Med.*, 338, 171-179.
- McGowan, P.O., Sasaki, A., CD'Alessio, A., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., et al. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*, 12(3), 342.
- Melzack, R. (1993). Pain: Past, present and future. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 47, 615–629.
- Menchetti, M., Belvederi Murri, M., Bertakis, K., Bortolotti, B., Berardi, D. (2009). Recognition and treatment of depression in primary care: effect of patients' presentation and frequency of consultation. *J Psychosom Res*, 66 (4), 335-341.

- Mertens, M. C., Roukema, J. A., Scholtes, V. P. W., & De Vries, J. (2010). Trait anxiety predicts unsuccessful surgery in gallstone disease. *Psychosomatic Medicine*, 72, 198–205.
- Meyerowitz, B. E. (1983). Postmastectomy coping strategies and quality of life. *Health Psychology*, 2, 117–132.
- Miller, B. F., Mendenhall, T. J., Malik, A. D. (2009). Integrated primary care: An inclusive three-world view through process metrics and empirical discrimination. *J Clin Psychol Med Ayarları*, 16, 21–30
- Miller, G. E., Chen, E., Parker, K. J. (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological Bulletin*, 137(6), 959–997
- Mittermaier, C., Dejacó, C., Waldhoer, T., Oefflerbauer-Ernst, A., Miehsler, W., Beier, M., Moser, G. (2004). Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: A prospective 18-month follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 79–84.
- Mohr, D., Hart, S. L., & Goldberg, A. (2003). Effects of treatment for depression on fatigue in multiple sclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 65, 542–547.
- Moody, L., McCormick, K., & Williams, A. (1990). Disease and symptom severity, functional status, and quality of life in chronic bronchitis and emphysema (CBE). *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 297–306.
- Murray, A. M., Toussaint, A., Althaus, A., Lowe, B. (2016). The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: a systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *J Psychosom Res*, 80:1–10
- Neuz, A., Neuz, C., Lombardo, E. (2001). Cognitive-behavioral therapy for medically unexplained symptoms: a critical review of the treatment literature. *Behavioral Therapy*, 32, 537-48.
- Ngo Bikoko Piemeu, C. S., Loignon, C., Dionne, E., Haggerty, J. and Breton, M. (2021). Expectations and needs of socially vulnerable patients for navigational support of primary health care services. *BMC Health Services Research*, 21:999
- O'Donovan, A., Epel, E., Lin, J., Wolkowitz, O., Cohen, B., Maguen, S., et al. (2011). Childhood Trauma Associated with Short Leukocyte Telomere Length in Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 70(5), 465-471
- Okyayüz, H. Ü. (1995). Ölüm ve ölümcül hastalık. *Kriz Dergisi*. 3, 1-2.

- Olde Hartman, T. C., Hassink-Franke, L. J., Lucassen, P. L., van Spaendonck, K. P., van Weel, C. (2009). Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract*, 10:68
- Oliverio, A. (1998) *Nei Labirinti della Mente*. Bari: Edizioni Laterza.
- Pace, T., W., W., Wingenfeld, K., Schmidt, I., Meinlschmidt, G., Hellhammer, D. H., Heim, C. M. (2012). Increased peripheral NF-kB pathway activity in women with childhood abuse-related posttraumatic stress disorder. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26, 13–17.
- Penninx, B. W. J. H., Guralnik, J. M., Pahor, M., *et al.* (1998). Chronically depressed mood and cancer risk in older persons. *J. Nat. Cancer Inst.*, 90, 1888-1890.
- Rabin, C., Ward, S., Leventhal, H., & Schmitz, M. (2001). Explaining retrospective reports of symptoms in patients undergoing chemotherapy: Anxiety, initial symptom experience and posttreatment symptoms. *Health Psychology*, 20, 91–98.
- Ramirez, E. R. (2007). Resilience: A concept Analysis. *Nursing Forum*, 42, 73-82.
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *J Adv Nurs*, 45: 536–45.
- Rogers, C. (1978). *On Becoming a Person: A Therapist's View on Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rolfe, A., Burton, C. (2013). Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*, 173(6):407–16.
- Rollman, B. L. & Huffman, J. C. (2013). Treating anxiety in the presence of medical comorbidity: calmly moving forward. *Psychosomatic Medicine*, 75, 710–712.
- Rosendal, M., Carlsen, A. H., Rask, M. T. (2016). Symptoms as the main problem: a cross-sectional study of patient experience in primary care. *BMC Fam Pract*, 17:29.
- Salmon, P., Peters, S., Stanley, I. (1999). Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ*, 318(7180):372–376.
- Sanderson, C. A. (2004). *Health Psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Sarafino, E. P. (2002). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (4th edn.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Schwarzer, R. & Gutierrez-Donna, B. (2000). *Health Psychology*. In K. Pawlik & M. E. Rosenzweig (Eds.), *The International Handbook Of Psychology*. Thousand Oaks CA: Sage.

- Sharpe, M. (2013). Somatic symptoms: beyond 'medically unexplained'. *Br J Psychiatry*, 203(5):320–321.
- Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D. and Tambone, V. (2019). Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina*, 55, 745.
- Skultety, K. M. & Zeiss, A. (2006). The treatment of depression in older adults in the primary care setting: An evidence-based review. *Health Psychology*, 25, 665–674.
- Slopen, N., Lewis, T. T., Gruenewald, T. L., Mujahid, M. S., Ryff, C. D., Albert, M. A., et al. (2010). Early life adversity and inflammation in African Americans and Whites in the midlife in the united states survey. *Psychosomatic Medicine*, 72(7), 694–701.
- Smith, T., Nicassio, P. (1995). *Psychological practice: clinical application of the biopsychosocial model*. In: Smith T, Nicassio P, editors. *Managing the chronic illness*. Washington: APA.
- Smith, B. (2013). Disability, sport and men's narratives of health: A qualitative study. *Health Psychology*, 32, 110–119.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338.
- Sutton, S., Johnston, M., & Baur, A. (Eds.) (2004). *Handbook of Health Psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Tai-Seale, M., Bramson, R., Drukker, D., vd. (2005). Understanding primary care physicians' propensity to assess elderly patients for depression using interaction and survey data. *Med Care*, 43, 1217-1224.
- Taylor, S. E., & Aspinwall, L. G. (1990). *Psychological aspects of chronic illness*. In G. R. VandenBos & P. T. Costa, Jr. (Eds.), *Psychological aspects of serious illness*. Washington DC: American Psychological Association.
- Taylor, S. E. (1997). *Health Psychology: The Science and The Field*. In J. M. Notterman (Ed.). *The Evolution of Psychology: Fifty Years of American Psychologist*. Washington, DC: American Psychological Association. New York: Wiley.
- Taylor, S. E. (2003). *Health Psychology* (5th ed.). Boston, MA: Mc-Graw-Hill.

- Taylor, S. E., Lehman, B., Kiefe, C., Seeman, T. (2006). Relationship of early life stress and psychological functioning to adult C-reactive protein in the coronary artery risk development in young adults study. *Biological Psychiatry*, 60(8), 819–824.
- Taylor, S. E. (2018). *Health Psychology* (10th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Thompson, S. C., Sobolew-Shubin, A., Graham, M. A., & Janigian, A. S. (1989). Psychosocial adjustment following a stroke. *Social Science and Medicine*, 28, 239–247.
- Turner, R. J., & Noh, S. (1988). Physical disability and depression: A longitudinal analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 23–37.
- Tylee, A., Walters, P. (2007). Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done? *J Clin Psychiatry*, 68(2): 27–30.
- Tyrka, A. R., Price, L. H., Kao, H. T., Porton, B., Marsella, S. A., Carpenter, L. L. (2010). Childhood maltreatment and telomere shortening: preliminary support for an effect of early stress on cellular aging. *Biological Psychiatry*, 67(6), 531–534.
- The World Health Organization. The World health report. Geneva: WHO 2002.
- Van Oppen, P., Smit, J. H., Van Balkom, A. J. L. M., Zitman, F., Nolen, W. A., Beekman, A. T., Van Dyck, R., Penninx, B. W. (2007). Comorbidity of anxiety and depression. *Eur Psychiat*, 22: 333–S.
- Wahass, S., H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of Family & Community Medicine*, 12(2), 63-70.
- Walters, P., Tylee, A. (2006). Mood disorders in primary care. *Psychiatry*. 5 (4): 138-141.
- Warren, J. W., Morozov, V., Howard, F. M., Wesselmann, U., Gallicchio, L., Langenberg, P., Clauw, D. J. (2014). Before the onset of interstitial cystitis/bladder pain syndrome, the presence of multiple non-bladder syndromes is strongly associated with a history of multiple surgeries. *J Psychosom Res*, 76(1):75–9.
- Weninger, K., Weiss, C., Wahn, U., & Staab, D. (2003). Body image in cystic fibrosis—Development of a brief diagnostic scale. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 81–94.

- Wileman, L., May, C., Chew-Graham, C. A. (2002). Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Fam Pract*, 19(2):178–82.
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Caldeon, S., Chamey, D. S., and Mathé, A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7, 1-15.
- Wulsin, L. R., Vaillant, G. E., & Wells, V. E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine*, 61, 6–17.
- Yi, J. P., Vitaliano, P. P., Smith, R. E., Yi, J. C. and Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 13, 311-325.
- Zachariae, R. (2009). Psychoneuroimmunology: A bio-psycho-social approach to health and disease. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 645–651
- Ziegelstein, R. C., Kim, S. Y., Kao, D., Fauerbach, J. A., Thombs, B. D., McCann, U., Bush, D. E. (2005). Can doctors and nurses recognize depression in patients hospitalized with an acute myocardial infarction in the absence of formal screening? *Psychosomatic Medicine*, 67, 393–397.

EKLER

EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu formun amacı katılmanız rica edilen araştırma ile ilgili olarak sizi bilgilendirmek ve katılmanız ile ilgili izin almaktır.

Bu kapsamda “Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumunda Psikolojik Destek İhtiyacının Saptanması.” başlıklı araştırma “Semra Akın” tarafından **gönüllü katılımcılarla** yürütülmektedir. Araştırma sırasında sizden alınacak bilgiler gizli tutulacak ve sadece araştırma amaçlı kullanılacaktır. Araştırma sürecinde konu ile ilgili her türlü soru ve görüşleriniz için aşağıda iletişim bilgisi bulunan araştırmacıyla görüşebilirsiniz. Bu araştırmaya **katılmama** hakkınız bulunmaktadır. Aynı zamanda çalışmaya katıldıktan sonra çalışmadan **çıkabilirsiniz**. Bu formu onaylamanız, **araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** anlamına gelecektir.

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı: Bu araştırmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikolojik destek ihtiyacını ve niteliğini saptayarak, hizmet kalitesinin ve performansın artırılması için psikolojik destek hizmetlerinin iyileştirilmesi yönünde birinci basamak sağlık hizmetlerine katkı yapmak amaçlanmıştır.

Araştırmanın Nedeni: Psikolojik destek ihtiyacının arttığı gruplara yönelik kişisel deneyimlerin araştırılmasının, uygulamadaki eksiklikleri gidermede daha ayrıntılı bilgilere ulaşmamızı sağlayacağı düşünülmektedir.

Süresi: Bu araştırma yaklaşık 40 dakika sürebilecek bir kez olmak kaydıyla yüzyüze görüşme şeklinde yapılacaktır.

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: İzmir Balçova Aile Sağlığı Merkezi 3502012 No’lu Aile Hekimliği Birimi

Çalışmaya Katılım Onayı: Katılmam beklenen çalışmanın amacını, nedenini, katılmam gereken süreyi ve yeri ile ilgili bilgileri okudum ve gönüllü olarak çalışma süresince üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma ile ilgili ayrıntılı açıklamalar sözlü olarak araştırmacı tarafından yapıldı. Bu çalışma ile ilgili faydalar ve riskler ile ilgili bilgilendirildim.

Bu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Islak imzası ile)

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

Ad-Soyadı:

e-posta

İmzası:

İmzası:

EK 2. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

- 1. Cinsiyetiniz:**
- 2. Yaşınız:**
- 3. Mesleğiniz:**
- 4. Öğrenim Durumunuz:**
- 5. Medeni Durumunuz:**
- 6. Aile Sağlığı Merkezinize ne tür sorunlarınız için başvuruyorsunuz?**

.....

.....

.....

.....

.....

EK 3. Görüşme Formu

7. Yaşamınızın doğal akışını bozan, değiştiren, ek yükler ve sorumluluklar yüklendiğiniz ve kendinizi çaresiz, başedemez durumda bulduğunuz sorunlarınız oldu mu, neler?

() Kendi Hastalığım

() Eş, Çocuk, Anne, Baba, Kardeş Hastalığı

() Yakınımın Kaybı

() Ayrılık, Boşanma

() İş Değişikliği

() Göç

() Diğer.....

8. Psikolojik bir sıkıntı yaşadığınızda bir uzmandan yardım alma konusunda ne düşünüyorsunuz?

() Yardım almak isterim

() Yardım almak istemem

() Kararsızım

9. Psikolojik yardım almak için Aile Sağlığı Merkezi'ne hiç başvurduunuz mu?

() Evet

() Hayır

10. Cevabınız "Evet" ise nasıl bir yardım aldınız?

.....

.....

.....

.....

.....

11. Aile Sağlığı Merkezi'nde psikolojik destek hizmeti verilmesi konusunda ne düşünüyorsunuz?

- Bence uygun
- Bence uygun değil
- Kararsızım
- Diğer.....

12. Aile Sağlığı Merkezi'nde psikolojik destek hizmeti verilmesini uygun buluyorsanız, uygun bulma nedenleriniz nelerdir?

- Sorunlar ortaya çıkar çıkmaz kolaylıkla ulaşabilme
- Görüşme için daha uzun süre ayırabilme
- Birden fazla görüşme ve uzun süreli psikolojik destek hizmeti için daha uygun olabilme
- Aynı kişilerin uzun süre aynı uzman tarafından görülmesinin tedavi etkinliğini arttırabilmesi
- İlaç kullanmak istememe
- Psikiyatri Uzmanına başvurmak 'Psikiyatrik hasta' olarak görülebileceği için
- Diğer.....

13. Aile Sağlığı Merkezi'nde psikolojik destek hizmeti verilmesini uygun bulmuyorsanız, uygun bulmama nedenleriniz nelerdir?

- Özel Bilgilerini yakın çevresini bilen bir uzmana anlatmanın zor olması
- Psikolojik destek hizmetlerinin hastane ya da dal merkezlerinde verilmesinin uygun olması
- Aile sağlığı merkezlerinde gerekli donanımın sağlanamayacağı
- Diğer.....

14. Aile Sağlığı Merkezi'nde hangi sorunlarla ilgili psikolojik destek verilmesini isterdiniz? (birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)

- Evlilik/iilişki sorunları
- Kronik bir hastalıkla ilgili duygusal/sosyal sorunlar
- Kaygı/korku ile başa çıkma
- Üzüntü ile başa çıkma
- Öfke kontrolü
- Özgüven eksikliği
- Uyum sorunları (Yeni bir ortama veya duruma uyum sağlayamama)
- İstenmeyen travmatik yaşantılar
- Çocukluk ve ergenlik sorunları
- Sağlıklı ebeveynlik
- Cinsel sorunlar
- Boşanma/ayrılık
- Sevilen bir kişinin hastalığı/ölümü
- Takıntılı düşünce ve davranışlar
- Diğer.....