

TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ (UYGULAMALI PSİKOLOJİ)  
ANABİLİM DALI

**PSİKOSOMATİK VE RUHSAL  
RAHATSIZLIĞA SAHİP KİŞİLERİN  
STRES İLE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER  
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

B. Meriç Onbaşioğlu

Ankara- 2006

TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ (UYGULAMALI PSİKOLOJİ)  
ANABİLİM DALI

**PSİKOSOMATİK VE RUHSAL  
RAHATSIZLIĞA SAHİP KİŞİLERİN  
STRES İLE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER  
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

B. Meriç Onbaşıoğlu

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Ayşegül Durak Batıgün

Ankara- 2006

T.C.  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
UYGULAMALI PSİKOLOJİ BİLİM DALI

PSİKOSOMATİK VE RUHSAL RAHATSIZLIĞA SAHİP KİŞİLERİN  
STRES İLE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ayşegül Durak Batıgün

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı

İmzası

Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin

.....

Doç. Dr. Ayşegül Durak Batıgün

.....

Doç. Dr. Elif Kabakçı

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tez Sınavı Tarihi 26.02.2007

## TEŞEKKÜR

Öncelikle, bu tezin hazırlanmasında bilgi ve deneyimleriyle bana büyük destek veren, tez çalışmamın her aşamasında yardımlarını ve rehberliğini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Ayşegül DURAK BATIGÜN'e teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca, hem yüksek lisans öğrenimi süresince, hem de tez çalışmam esnasında bilgi, düşünce ve önerileri ile yanımda olan ve bize büyük emek veren anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Nesrin Hisli ŞAHİN 'e teşekkürlerimi sunarım.

Tezin uygulama aşamasında, katılımcılara ulaşabilmem ve uygulamayı gerçekleştirebilmem için gerekli izni veren ilgili hastane yöneticilerine, yine uygulama sırasında yardımlarını esirgemeyen hastane çalışanlarına ve gönüllü olarak ölçekleri doldurmak suretiyle çalışmama katkıda bulunan tüm katılımcılara teşekkür etmek isterim.

Tez çalışmam süresince, desteklerini ve yardımlarını eksik etmeyen aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

|                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| TEŞEKKÜR.....                                                                    | i   |
| İÇİNDEKİLER.....                                                                 | ii  |
| TABLolar.....                                                                    | iv  |
| 1. GİRİŞ.....                                                                    | 1   |
| 1.1. ZİHİN BEDEN BAĞI.....                                                       | 1   |
| 1.2. PSİKOSOMATİK RAHATSIZLIKLAR.....                                            | 3   |
| 1.3. PSİKOSOMATİK RAHATSIZLIKLARI AÇIKLAYAN<br>KURAMSAL YAKLAŞIMLAR.....         | 8   |
| 1.3.1. PSİKANALİTİK YAKLAŞIM .....                                               | 9   |
| 1.3.2. KİŞİLİK TEORİLERİ.....                                                    | 11  |
| 1.4. PSİKOSOMATİK RAHATSIZLIKLARIN STRES<br>TEORİLERİ.....                       | 13  |
| 1.4.1. STRES NEDİR?.....                                                         | 14  |
| 1.4.2. STRES YAŞANTISINA BÜTÜNCÜL BAKIŞ.....                                     | 19  |
| 1.4.2.1. DUYUSAL UYARICI.....                                                    | 21  |
| 1.4.2.2. ALGILAMA/ DUYUMSAMA .....                                               | 22  |
| 1.4.2.3. BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME/<br>YORUMLAMA.....                               | 23  |
| 1.4.2.4. DUYGUSAL UYARILMA.....                                                  | 29  |
| 1.4.2.5. ZİHİN BEDEN BAĞLANTISI.....                                             | 33  |
| 1.4.2.6. FİZİKSEL UYARILMA (AKUT STRES<br>TEPKİLERİ).....                        | 34  |
| 1.4.2.7. FİZYOLOJİK ETKİLER (KRONİK STRES<br>TEPKİLERİ) VE STRESLE BAŞ ETME..... | 43  |
| 1.4.3. KRONİK STRES VE HASTALIK İLİŞKİSİ.....                                    | 45  |
| 1.4.3.1. KRONİK STRES VE KALP-DAMAR<br>HASTALIĞI.....                            | 49  |
| 1.4.3.2. KONU İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....                                       | 54  |
| 1.4.3.3. KRONİK STRES VE ROMATOİD ARTRİT .....                                   | 67  |
| 1.4.3.4. KONU İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....                                       | 72  |
| 1.4.4. KRONİK STRES VE CİNSİYET.....                                             | 77  |
| 1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....                                            | 83  |
| 2. YÖNTEM.....                                                                   | 88  |
| 2.1. ÖRNEKLEM.....                                                               | 88  |
| 2.2. BİLGİ TOPLAMA ARAÇLARI.....                                                 | 91  |
| 2.2.1. STRES BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ.....                                             | 92  |
| 2.2.2. STRESLE YATKINLIK ÖLÇEĞİ.....                                             | 95  |
| 2.2.3. STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI<br>ÖLÇEĞİ.....                                | 96  |
| 2.2.4. KISA SEMPTOM ENVANTERİ.....                                               | 98  |
| 2.3. İŞLEM.....                                                                  | 100 |
| 3. BULGULAR.....                                                                 | 103 |

|                                                                                                                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.1. STRES İLE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER İÇİN TANI<br>GRUPLARI ve CİNSİYETLER ARASI<br>KARŞILAŞTIRMA .....                                                                                           | 103 |
| 3.1.1. KRONİK STRESİN FİZİKSEL/PSİKOLOJİK<br>BELİRTİ PUANLARI İÇİN TANI<br>GRUPLARI ve CİNSİYETLER ARASI<br>KARŞILAŞTIRMA.....                                                                  | 104 |
| 3.1.2. ‘STRESE YATKINLIK ÖLÇEĞİ’ ve<br>‘STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ’<br>TOPLAM PUAN ve ALT ÖLÇEKLERİNDEN<br>ALINAN PUANLAR İÇİN TANI GRUPLARI<br>ve CİNSİYETLER ARASI KARŞILAŞTIRMA..... | 115 |
| 3.2. REGRESYON ANALİZLERİ.....                                                                                                                                                                  | 120 |
| 3.2.1. HASTA GRUPLARINDA ve SAĞLIKLI<br>KİŞİLERDE KRONİK STRESİN PSİKOLOJİK<br>BELİRTİLERİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLER.....                                                                          | 120 |
| 3.2.2. HASTA GRUPLARINDA ve SAĞLIKLI<br>KİŞİLERDE KRONİK STRESİN FİZİKSEL<br>BELİRTİLERİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLER.....                                                                            | 125 |
| 3.3. ÖLÇEKLERDEN ALINAN PUANLAR<br>ARASI İLİŞKİLER.....                                                                                                                                         | 127 |
| 4. TARTIŞMA.....                                                                                                                                                                                | 133 |
| 4.1. STRES İLE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN TANI<br>GRUPLARI VE CİNSİYET DEĞİŞKENİ<br>İÇİN KARŞILAŞTIRILMASI.....                                                                                     | 134 |
| 4.2. TANI GRUPLARI İÇİN KRONİK STRESİN<br>PSİKOLOJİK/ FİZİKSEL BELİRTİLERİNİ<br>YORDAYAN DEĞİŞKENLER .....                                                                                      | 152 |
| 5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....                                                                                                                                                                       | 165 |
| ÖZET.....                                                                                                                                                                                       | 171 |
| ABSTRACT.....                                                                                                                                                                                   | 173 |
| KAYNAKÇA.....                                                                                                                                                                                   | 175 |
| EKLER.....                                                                                                                                                                                      | 197 |

## TABLÖLAR

|                                                                                                                                                                                   |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Tablo - 1 :</b> Örneklem Gruplarının Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Dağılımları.....                                                                                       | 89      |
| <b>Tablo - 2 :</b> ‘Kronik Stresin Fiziksel Belirtileri’ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Grup x Cinsiyet Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması.....                            | 107-108 |
| <b>Tablo - 3 :</b> ‘Kronik Stresin Fiziksel Belirtileri’ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Gruplar İçin Karşılaştırılması.....                                                      | 109     |
| <b>Tablo - 4 :</b> ‘Kronik Stresin Fiziksel Belirtileri’ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Değişkeni Açısından Karşılaştırılması .....                                     | 111     |
| <b>Tablo - 5 :</b> ‘Kronik Stresin Psikolojik Belirtileri’ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Grup x Cinsiyet Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması.....                          | 112-113 |
| <b>Tablo - 6 :</b> ‘Kronik Stresin Psikolojik Belirtileri’ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Gruplar İçin Karşılaştırılması.....                                                    | 114     |
| <b>Tablo - 7 :</b> ‘Strese Yatkınlık Ölçeği’ Puanları ve ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ Alt Ölçek Puanlarının Grup x Cinsiyet Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması..... | 117     |
| <b>Tablo - 8 :</b> ‘Strese Yatkınlık Ölçeği’ Puanları ve ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ Alt Ölçek Puanlarının Gruplar İçin Karşılaştırılması .....                          | 119     |
| <b>Tablo – 9 :</b> Hasta ve Sağlıklı Gruplarda Kronik Stresin Psikolojik Belirti Puanlarını Yordayan Değişkenler.....                                                             | 123     |
| <b>Tablo –10:</b> Hasta ve Sağlıklı Gruplarda Kronik Stresin Fiziksel Belirtileri Puanlarını Yordayan Değişkenler .....                                                           | 126     |
| <b>Tablo – 11:</b> Strese Yatkınlık Ölçeği’ Puanları ve ‘Stresle Başa                                                                                                             |         |

|                                                                                                                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Çıkma Tarzları Ölçeği' Alt Ölçek Puanlarının Fiziksel<br>Belirtiler Değişkeni Toplam ve Alt Ölçek Puanları<br>İle Olan Korelasyonları.....                                                                             | 129 |
| <b>Tablo – 12:</b> 'Strese Yatkınlık Ölçeği' Puanları ve 'Stresle Başa<br>Çıkma Tarzları Ölçeği' Alt Ölçek Puanlarının<br>Psikolojik Belirtiler Değişkeni Toplam ve Alt Ölçek<br>Puanları İle Olan Korelasyonları..... | 130 |
| <b>Tablo - 13:</b> Psikolojik ve Fiziksel Belirtiler Değişkenleri Toplam<br>ve Alt Ölçek Puanlarının Birbirleri İle Olan Korelasyonları.....                                                                           | 131 |

# 1. GİRİŞ

## 1.1. ZİHİN-BEDEN BAĞI

Zihin ve bedenin işleyişi, yüzyıllardan beri insanoğlunu meşgul eden bir konudur. Zihinsel ve fiziksel durum arasındaki olası ilişki hakkında, tarih boyunca pek çok uygarlıkta, düşünsel uğraşlar ve inanışlar var olmuştur. Örneğin 4000 yıl kadar önce, Çinli hekimler, fiziksel hastalıkların, öfke içeren dönemleri takiben ortaya çıktığını söylemiştir. Aynı zamanlarda, Mısırlı hekimler ise, sağlığı korumak için olumlu duygular içinde olmanın ve iyimser bakış açısının önemini vurgulamışlardır. Milattan önce 500’lü yıllarda, tıbbın babası Hipocrates, hekimleri beden kadar zihin hakkında da bilgiye gereksinimleri olacağı yönünde uyarmıştır. Benzer bir örnek Yunan hekim Galen’in M.S. 2. yüzyılda, melankolik kadınların neşeli olanlara göre göğüs kanserine daha fazla eğilimli oldukları gözlemidir. Yüzyıllar öncesine ait olan zihin-beden birlikteliği inanışının örneklerini çoğaltmak mümkündür. Fakat bu inanış, tarih boyunca değişmez ve istikrarlı bir şekilde kalmamış, aksi düşüncelerin ortaya çıktığı dönemler olmuştur. Filozof ve bilim adamı Descartes’ın 17. yüzyıldaki aktarımları, zihin ve bedenin ayrı tutulduğu dönemler olduğuna işarettir. Descartes, bu dönemde dünyada iki farklı ‘öz’ün

varlığından bahsetmiştir: madde ve ruh. Descartes'in bu düşüncesinde, zihin ve beden arasında net bir ayrılık olduğu açıktır. Bu fikir, o dönem için felsefede, tıpta ve dinler üzerinde baskın bir hal almıştır. Bu ve benzer görüşlerin etkisi ile, bir süre boyunca tıbbi bilimler, zihni ve bedeni birbirinden bağımsız, iki ayrı varlık olarak görmüş ve ruhsal / bedensel rahatsızlıkları, sadece zihin ve sadece beden çerçevesinde ele almışlardır. Fakat, zamanla, zihin-beden bağını akla getiren bazı ilgi çekici gelişmeler yaşanmıştır. Örneğin, savaşlar, zihin ve beden arasındaki etkileşimin fark edilmesine katkıda bulunmuştur. Savaş sonrasında askerlerde gözlenen değişimler, olumsuz duygusal ve zihinsel durumun sağlık üzerindeki etkisi üzerine ilginin çekilmesini sağlamıştır. II. Dünya savaşı sırasında ve sonrasında, bu konu, ilgi gören bir araştırma alanı haline gelmiştir. Bu gelişmelerin yanı sıra, zihinsel ve bedensel işleyiş hakkındaki tıbbi, fizyolojik, biyolojik ve psikolojik bilgi artmış ve bu ilerlemeler, zihin-beden etkileşimi hakkında inanılanın aksi olan yeni bir bakış açısını beraberinde getirmiştir (Karren ve ark., 2006; Smith, 2001; Allen, 1984).

Günümüzde, zihin ve bedenin, birbiriyle etkileşim içindeki işleyişi, kısacası zihin-beden bağlantısı, büyük oranda kabul görmektedir. Migrenden soğuk algınlıklarına, kanserden artrite kadar her hastalık üzerinde, nasıl düşündüğümüz ve hissettiğimizin etkili olduğu görüşü yaygındır. Bu şekildeki ön kabulle başlayan pek çok araştırma yapılmıştır ve yapılmaktadır. Araştırmaların problemi şöyledir ; “Zihin, hangi süreçler sonucunda bedeni etkileyebilmekte ve aynı şekilde beden, hangi mekanizmalar aracılığıyla ruhsal durum ve zihin üzerinde etki

edebilmektedir?’’. Diğer bir deyişle, kişinin çevresi ile etkileşimi sırasında ortaya çıkan bilgi, bedensel rahatsızlığa sebep olabilir mi? Bu şekilde bir neden-sonuç ilişkisi varsa aradaki mekanizma nedir? Zihin-beden bağlantısını, zihnin bedensel sağlık üzerindeki etkilerini ve bu etkilerin hangi yollarla ortaya çıktığını açıklayan düşünceler ve gözlemler ileri sürülmüştür (Karren ve ark., 2006; Hinkle, 1987; Allen, 1984).

Zihin-Beden bağı arasındaki ilişkiye olan yoğun ilgi, çeşitli spesifik araştırma alanlarının doğuşuna yol açmıştır. Örneğin, Zihin/Beden Hekimliği (Mind-Body Medicine) veya ‘Psikosomatik Tıp’ olarak adlandırılan disiplin, zihinsel ve duygusal süreçlerin fizyolojik işleyişi etkileyebileceği önermesi üzerine kuruludur. Diğer bir disiplin olan Psikonöroimmünoloji ise, zihinsel ve duygusal durumun beden immün sistemini ne şekilde etkilediğinin bilimsel çalışma alanıdır (Karren ve ark, 2006; Shah ve ark, 2004). Ayrıca ‘Davranışsal Tıp’ ve ‘Sağlık Psikolojisi’ alanları da ortaya atıldıkları 1970’li yıllardan bu yana psikolojik faktörlerin sağlık ve hastalık üzerindeki rolü ile ilgilenmektedir (Davison ve Neale, 2004). Bu ve benzeri disiplinler içinde olan çalışmalar, zihin-beden etkileşimi ve bu etkileşimin sonucu olan ‘Psikosomatik Hastalıklar’ ile ilgili geniş bilgi birikimi sağlamışlardır.

## **1.2. PSİKOSOMATİK RAHATSIZLIKLAR**

Psikosomatik rahatsızlıklar, oluşu, gidişi veya alevlenmesi üzerinde ruhsal etkenlerin önemli rol oynadığı, gerçek fiziksel rahatsızlıklardır. Diğer bir deyişle,

yapısal bir değişiklik ya da işlev bozukluğının söz konusu olduğu, oluş, alevlenme, iyileşme nedenleri arasında psikososyal etkenlerin rol oynadığı bedensel bozukluklardır (Allen, 1984; Arsakay, 2001).

‘Psikosomatik’ sözcüğü, zihin ve beden arasındaki etkileşimi ifade eden bir terimdir. ‘‘Psiko’’ (ruh) ve ‘‘soma’’ (beden) sözcüklerinin birleşiminden oluşmuştur ve yalın anlamı ile ruhsal nedenlerden kaynaklanan veya ruhsal nedenlerden etkilenen organik, bedensel hastalıkları anlatmaktadır (Allen, 1984).

Davison ve Neale (2004), ‘Psikosomatik hastalıklar’ terimi yerine ‘Psikofizyolojik Bozukluklar’ teriminin kullanılmasının daha uygun olduğunu öne sürmektedir. Onlar psikofizyolojik bozuklukları, duygusal faktörlerle oluşan ya da daha kötüye giden gerçek fiziksel belirtiler olarak tanımlamaktadırlar (Davison ve Neale, 2004).

Konversiyon, hipokondriasis ve somatizasyon bozuklukları, psikosomatik rahatsızlıklar ile karıştırılmamalıdır. Bu sayılan rahatsızlıkların aksine, psikosomatik hastalıklar, bedende hasarların olduğu gerçek hastalıklardır. Duygusal faktörlerin etkisinin söz konusu olduğu psikosomatik hastalıklarda, hastalık durumu hayali değildir (Davison ve Neale, 2004; Arsakay, 2001).

DSM - IV’ de psikosomatik rahatsızlıklar ile ilgili başlık ‘‘Tıbbi Durumu Etkileyen Psikolojik Etkenler’’ dir. Başlık altında yer alan maddeler şöyledir (APA, 1994):

A Genel tıbbi bir durum vardır.

B Psikolojik etkenler, aşağıdaki yollardan biriyle genel tıbbi durumu

olumsuz yönde etkilemektedir:

- (1) Psikolojik etkenlerle genel tıbbi durumun gelişmesi, alevlenmesi ya da iyileşmenin gecikmesi arasında, geçici yakın bir ilişkinin olduğu gösterildiğinden, bu etkenlerin genel tıbbi durumunun gidişini etkilediği yargısına varılmaktadır.
- (2) Bu etkenler, genel tıbbi durumun tedavi edilmesini zorlaştırmaktadır.
- (3) Bu etkenler, kişi için bir takım sağlık sorunları yaratmaktadır.
- (4) Stresle ilişkili fizyolojik tepkiler, genel tıbbi durumun semptomlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamakta ya da bu semptomların alevlenmesine neden olmaktadır.

Psikosomatik rahatsızlıklar, tanı ölçütlerinde de belirtildiği üzere somatoform bozukluklarla karıştırılmamalıdır. Psikosomatik rahatsızlıklarda, ruhsal etkenlere bağlı fiziksel değişim ve rahatsızlık, organik bir patoloji veya bilinen patofizyolojik bir durum söz konusudur. Yani; zihinsel durumun tetiklediği veya aracılık ettiği, bedeninin gerçek fiziksel hasarı bulunmaktadır. Buna karşılık somatoform bozukluklarda, sıklıkla belirtiler gözlenmekte; fakat, belirtilerin fiziksel bir temeli bulunmamaktadır, fiziksel değişim veya hastalık saptanamamaktadır (Allen, 1984; Davison ve Neale, 2004).

Sonuç olarak, belirtiler veya rahatsızlıklar şu şekilde üç grup içinde ele alınabilir (Allen, 1984; Arşakay, 2001; Davison ve Neale, 2004):

- a) Fizyolojik veya biyolojik nedeni olan rahatsızlıklar

b) Ruhsal etkenlerin rol oynadığı aynı zamanda fiziksel değişimi de içeren rahatsızlıklar

c) Tamamen ruhsal nedeni olan ve herhangi bir fiziksel değişiklik içermeyen rahatsızlıklar

Bu sınıflama, rahatsızlıkların oluşum nedenleri göz önüne alınarak yapılmıştır. Bu sınıflamadaki birinci grup, tıbbın konusu olan ve çalışma alanı içinde yer alan hastalıkları içermektedir. İkinci grupta yer alan rahatsızlıklar, konumuz olan psikosomatik rahatsızlıklardır. Üçüncü grup ise, somatoform veya psikojenik olarak adlandırılan hipokondriasis v.b gibi rahatsızlıkları kapsamaktadır.

Çelebi ve Altunhalka (1995) 'ya göre, bazen aynı rahatsızlık veya belirtiyeye bu üç grupta da rastlanabilmektedir. Diğer bir deyişle; aynı belirtiyeye fizyolojik nedenler yol açabilmekteyken, bazı durumlarda fiziksel değişim bulunamaz ve bu belirtinin tamamen ruhsal etkenlerden kaynaklandığı görülebilir veya fiziksel değişim gözlemlenebilir ve rahatsızlığın alevlenmesinde, ruhsal etkenlerin rolü olduğu görülebilir. Bu konuda örnek olarak verilebilecek bir belirti, baş ağrısıdır. Baş ağrısı, bazı vakalarda yapısal bozukluğa bağlı olabilir ya da fizik, toksik, metabolik nedenlerden kaynaklanan baş ağrıları bulunmaktadır. Bu durumda baş ağrısı birinci grup rahatsızlıklar içinde yer almaktadır. Fakat bazı baş ağrılarında (örn; migren, gerilim tipi baş ağrısı v.b.) ruhsal etkenler, otonom sinir sistemi aktivitesi ile ilişkili olarak baş bölgesinde damarsal (vasküler), kassal (müsküler) veya biyokimyasal farklılaşmalar ortaya çıkarmaktadır. İşte, migren veya gerilim tipi baş ağrıları, hem ruhsal faktörler ve hem de fiziksel değişimler söz konusu olduğu için, ikinci grup

rahatsızlıklar içine dahil edilmektedir. Yani, bunlar, psikosomatik rahatsızlıkların örneklerindendir. Ağrıya sebep olacak hiçbir fizyolojik bulguya rastlanamayan ve tamamen ruhsal faktörlerden kaynaklandığı düşünülen baş ağrısı vakaları ise, üçüncü grup rahatsızlıklar yani somatoform rahatsızlıklar içine dahil edilmelidir. Görüldüğü gibi, belirti veya rahatsızlığa bakarak, bu rahatsızlığın, fizyolojik, psikosomatik veya somatoform özellikte olup olmadığını anlamak her zaman kolay değildir. Çünkü, örnekte de görüldüğü gibi, aynı belirti bazen psikosomatik, bazen psikojenik, bazen de tamamen fizyolojik olabilmektedir. Bu rahatsızlık gruplarının, özellikle de psikosomatik veya somatoform rahatsızlıkların ayrımını yapabilmek, psikologlar için önemlidir (Çelebi ve Altunhalka, 1995) .

Belli sistemler dahilinde tanımlanmış belli başlı psikosomatik rahatsızlıklar, ilgili oldukları sistemlere göre şöyle sınıflandırılabilir (Arsakay, 2001):

- a) Solunum Sistemi İle İlgili Olanlar: Alerjik rinit, bronşial astım, hiperventilasyon
- b) Dolaşım Sistemi İle İlgili Olanlar: Hipertansiyon, hipotansiyon, koroner arter, migren
- c) Sindirim Sistemi İle İlgili Olanlar: Ülser, kusma, gastrit, ülseratif kolit, spastik kolon, irritabl kolon sendromu
- d) Metabolik Sistem İle İlgili Olanlar: Diabetes mellitus, hipertiroidi, obezite
- e) Ürogenital Sistem İle İlgili Olanlar: Menstruasyon bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, yalancı gebelik, enüresis, enkopresis
- f) Kas-İskelet Sistemi İle İlgili Olanlar: Romatoid artrit, spazmotik tortikolis

g) Deri İle İlgili Olanlar: Dermatit, ürtiker, eritrodermi, puritis, nörodermatit, psöriasis

### **1.3. PSİKOSOMATİK RAHATSIZLIKLARI AÇIKLAYAN KURAMSAL YAKLAŞIMLAR**

Psikosomatik rahatsızlıkların oluşumunda, yapısal, fizyolojik, çevresel ve ruhsal değişkenler ve bu değişkenlerin karşılıklı etkileşimi çok önemlidir. Diğer bir deyişle, ruhsal, biyolojik ve çevresel etkiler aynı anda rahatsızlığın oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle psikosomatik rahatsızlıklar “biyopsikososyal model” çerçevesinde ele alınmalıdır (Karaman, 1990).

Psikosomatik rahatsızlıklar, çoklu faktörlerin sonucu ortaya çıkmaktadır. Psikosomatik rahatsızlıkların çoklu nedensellik özelliğinden dolayı, geçmişten bu yana pek çok farklı yaklaşım doğrultusunda açıklamalar ileri sürülmüştür. Bu açıklamaların her biri, psikosomatik rahatsızlıklara bir yönden, tek boyutlu bir nedensellik ile yaklaşmışlardır. Diğer bir deyişle, her bir yaklaşım, genellikle ruhsal, biyolojik veya çevresel nedenlerden biri üzerine vurgu yaparak rahatsızlıkları açıklamaya çalışmışlardır. Geçmişten bu yana öne sürülen bu farklı yaklaşım ve açıklamaların ışığında, bugün psikosomatik rahatsızlıklara daha bütüncül bir bakış sağlanmıştır. Günümüzde psikosomatik rahatsızlıkların oluşumunda, hem ruhsal,

hem biyolojik ve hem de çevresel değişkenlerin birlikte rol aldıkları kabul edilmektedir.

### **1.3.1. PSİKANALİTİK YAKLAŞIM**

Genel olarak bakıldığında, psikanalitik yaklaşımın psikosomatik hastalıkları belirli çatışmalar ve bu çatışmalara eşlik eden olumsuz duygular ile açıkladığı görülmektedir. Bu şekilde açıklama getiren iki önemli isim Freud ve Alexander'dır. Freud'a göre, gerek histerik konversiyonlarda, gerekse psikosomatik rahatsızlıklarda, semptomlar bir çatışmayı sembolize etmektedir. Bireyin yaşamının erken dönemlerinden kalan bilinç altı çatışmalar, organ nevrozunu yaratmaktadır. Bireyin tepkisi, altta yatan çatışmalara ve kaygıya karşı oluşturulmuş bir savunmadır. Psikosomatik bozukluğu olan bireyler için, bu savunma, bedenin organ sistemlerinden birinin bozulması şeklinde olmaktadır. Çatışmaların bedensel sağlık üzerindeki etkisini savunan Alexander, bu konu ile ilgili olarak 'bilinç dışı çatışma özgüllüğü hipotezi'ni, diğer bir deyişle 'özgül çatışma hipotezi'ni geliştirmiştir. Alexander'ın 1961 yılında ileri sürdüğü hipoteze göre, psikosomatik rahatsızlıklar, her rahatsızlığa özgü olan bilinçdışı çatışmaların ve olumsuz duygu durumların ürünüdür. Örneğin, ifade edilmeyen düşmanlık ve kızgınlık duyguları esansiyel yüksek tansiyon gelişiminde rol oynamaktadır. Alexander, olumsuz duygu durumun, ne şekilde bedensel rahatsızlığa katkıda bulunduğu ile ilgili de aktarımlarda bulunmuştur. Ona göre, olumsuz duygu durumun neden olduğu

sempatik/parasempatik sistemlerin uygunsuz ve uzun süreli uyarılmaları psikosomatik rahatsızlıklarla sonuçlanmaktadır. Duyguların uygun bir şekilde ifade edilememesi veya yetersiz ifade edilmesi, sempatik ve parasempatik sinir sistemlerinin uygun olmayan işlevini beraberinde getirir. Sonuçta, kronik bir gerilim ve uyarılma söz konusu olur ve bu durum, vücudun fizyolojik reaksiyonlarını etkilemektedir (akt: Arsakay, 2001; Davison ve Neale, 2004; Leigh, 1982; Mutlu, 1995).

Psikanalistler, psikosomatik hastalıkların açıklamasını yaparken, sadece çatışmalara değinmekle yetinmemişler, kişilik, yaşam olayları gibi başka faktörlere de açıklamalarında yer vermişlerdir. Örneğin, Alexander ve önemli bir psikanalist olan Dunbar için, kişilik özellikleri, sağlık için önemlidir ve göz ardı edilmemelidir. Bu araştırmacılara göre, kişilik, intra psişik çatışmalar ve bu çatışmaların ortaya çıktığı gelişim dönemlerine bağlı olarak gelişmektedir. Bu çatışmalarca gelişimi belirlenen kişilik, sağlık üzerinde önemli rol oynamaktadır. Dunbar ve Alexander'a göre, her bir psikosomatik rahatsızlık için özgül kişilik özellikleri bulunmaktadır. Onlar, bu düşünce doğrultusunda 'kişilik profilleri' oluşturmuşlar ve bu kişilik profilleri ile bedensel rahatsızlıklar arasında bağlantı kurmaya çalışmışlardır (akt: Rice, 1999; Tuğcu, 1987).

Psikosomatik hastalıkların psikanalitik açıklamaları içerisinde, çatışmalar ve kişilik hipotezlerinin yanı sıra, yaşam olayları faktörünün de vurgulandığı görülmektedir. Alexander (1950) çatışmalar ve yaşam olaylarının hastalık gelişimindeki birlikte etkisinin önemini vurgulamaktadır. Ona göre, çözümlenmemiş

psikolojik çatışmanın varlığı ile savunmaları zayıflayan kişiler, belirli yaşam olayları karşısında en zayıf beden bölgelerinde rahatsızlık yaşamaktadırlar. Örneğin, astımlı kişilerde sorun yaratan zayıf vücut bölgesi akciğerlerdir. Görüldüğü gibi, Alexander yaşam olaylarının ve psikolojik çatışmaların psikosomatik rahatsızlık gelişimindeki önemini aktarmaktadır (akt: Rice,1999; Leigh, 1982).

### **1.3.2. KİŞİLİK TEORİLERİ**

Psikosomatik rahatsızlıkları açıklamada bazı araştırmacılarca benimsenen bir diğer yaklaşım tarzı, kişilik özellikleri ile ilgilidir. Kişilik özelliklerinin psikosomatik rahatsızlık gelişiminde önemli yeri olduğu düşüncesi, ilk zamanlarda, psikoanalistler tarafından savunulmuştur. Daha önce de aktarıldığı üzere, psikanalistler, psikosomatik rahatsızlıkların oluşumu ve gelişiminde, kişilik özelliklerinin önemli olduğuna işaret eden ‘özgül kişilik hipotezi’ini ortaya atmışlar, bu düşünce doğrultusunda ‘kişilik profilleri’ oluşturmuş ve bu kişilik profilleri ile bedensel rahatsızlıklar arasında bağlantı kurmaya çalışmışlardır (Rice, 1999; Tuğcu, 1987).

Kişilik özellikleri ve psikosomatik hastalıklar ilişkisi sadece psikanalistler tarafından incelenmekle kalmamış, psikanalitik görüş dışından çeşitli araştırmacılar arasında da ilgi gören bir çalışma konusu olmuştur. Kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon, migren, romatoid artrit geliştirmek için yatkınlık sağlayan kişilik özellikleri ile ilgilenen çok sayıda araştırmadan bahsetmek mümkündür. Bu konuya olan ilginin 50 yıl öncesinde bile yoğun olduğu ve o zamandan bu zamana kadar

yapılan araştırmaların çokluğu çeşitli gözden geçirme çalışmalarında net olarak görülmektedir. Örneğin, Anderson ve arkadaşları tarafından 1985 yılında yapılmış gözden geçirme çalışmasında, romatoid artrit hastalığına yatkınlaştırıcı kişilik özellikleri ile ilgili en eskisi 1909 tarihli olmak üzere pek çok araştırmadan bahsedilmektedir. Araştırmacılar, inceledikleri çalışmaların birbirleriyle tutarsız ve karmaşık sonuçlar vermiş olduğuna işaret etmektedir. Depresif, bağımlı, mükemmeliyetçi, mazohist, utangaç ve duygu ifadesinde yetersiz kişilerin romatoid artrit hastalığına daha yatkın olduğuna dair sonuçlar bulunmaktayken, romatoid artrit hastalarının, sağlıklı kişilerden farklı kişilik özelliklerine sahip olmadığı sonucuna varan araştırmaların varlığına da dikkat çekmektedirler (Anderson ve ark, 1985).

Konu ile ilgili önemli çalışmalar yapmış araştırmacıların başında Friedman ve Rosenman gelmektedir. Bu araştırmacıların, A tipi davranış örüntüsüne sahip olma ile koroner kalp rahatsızlığı geliştirme arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarından, ilgili yazında sıklıkla bahsedilmektedir. Friedman ve Rosenman, A tipi davranış örüntüsünün acelecilik, sabırsızlık, rekabetçilik ve engellenme hallerinde saldırganlık gibi özellikleri içerdiğini ileri sürmüşlerdir. Onlar, A tipi davranış örüntüsünden; 'acelecilik hastalığı' olarak bahsetmektedirler. A tipi davranış örüntüsüne sahip insanların, sanki daha hızlı bir saate göre hareket etmekte olduklarını, zamanı farklı algıladıklarını ifade etmektedirler. İşte, Friedman ve Rosenman'a göre, A tipi davranış özelliklerine sahip kişiler, kalp damar rahatsızlıkları için daha fazla risk taşımaktadırlar ve A tipi davranış kalp damar hastalıkları riskini arttırmaktadır. Konu ile ilgili meşhur bir çalışmalarında (Western Collaborative Group Study),

araştırmacılar, 1960-1961 yılları arasında 39-59 yaşları arasındaki 3182 üst düzey yönetici veya orta düzey çalışandan oluşan erkek örneklemden veri toplamışlar ve bu verilerin kullanıldığı çeşitli yayınlar yapmışlardır. İlk çalışmaları, katılımcıların ortalama 4,5 yıl izlenmesi sonucunda yayınlanmıştır. Sonuçlar çeşitli risk faktörleri gibi (ailede kalp hastalığı öyküsü, yüksek kan basıncı, sigara içme, yüksek kolesterol ve serum trigliserid düzeyleri) A tipi davranış örüntüsünün de koroner kalp rahatsızlığı ile olan ilişkisini göstermiştir (Rosenman ve ark, 1970). Araştırmacılar, aynı örnekleme izlemeye devam etmişler ve toplam 8,5 yıl izleme süresinin sonunda ulaştıkları sonuçları yeniden aktarmışlardır. Önceki çalışma sonucu ile tutarlı olarak, A tipi davranış örüntüsüne sahip bireylerin, kalp damar rahatsızlıklarına bağlı ölüm oranlarının, B tipi davranış örüntüsüne sahip bireylere göre iki kat fazla olduğunu görmüşlerdir (Rosenman ve ark, 1975).

#### **1.4. PSİKOSOMATİK HASTALIKLARIN STRES TEORİLERİ**

Psikosomatik rahatsızlıkların en güçlü ve en çok destek gören açıklaması ‘stres teorileri’ ile yapılmaktadır. Psikosomatik rahatsızlıklarla ilgili literatürde, stres kelimesinin sıkça vurgulandığı görülmektedir. Hatta stres ve psikosomatik rahatsızlıklar arasındaki ilişkinin vurgulanması ve sıklıkla tekrar edilmesi sonucunda, günümüzde, psikosomatik hastalıklar yerine ‘stres hastalıkları’ ifadesi kullanılmaya

başlanmıştır (Karaman, 1990).

Psikosomatik rahatsızlıklar konusunda stres yaşantısının önemli bir açıklama olmasının nedeni, stresin zihin ve beden arasındaki bağlayıcı rolünün görülmüş olmasıdır. Stres yaşantısı sayesinde, olumsuz ruhsal ve zihinsel durumlar, bedensel hastalık ile sonuçlanmaktadır. Aynı şekilde, bedensel rahatsızlıkların ruhsal belirti oluşumuna neden olması da yoğun stres yaşantısı ile açıklanmaktadır. Psikosomatik rahatsızlıkların psikanalitik ve kişilik teorileri açıklamaları da stresin önemini yadsımamaktadır. Sonuç olarak, zihin beden arasındaki iki yönlü ilişkide stresin bağlayıcı, aracı rolü büyük oranda kabul edilmekte ve altta yatan mekanizmanın tam olarak anlaşılması nedeniyle bu konuda çok sayıda çalışma yapılmaktadır. Buradan hareketle, “Psikosomatik rahatsızlık oluşumunda önemi bu kadar sık vurgulanan ‘stres’ nedir, zihin-beden arasındaki karşılıklı etkileşimdeki işleyişi nasıldır ve hastalık oluşumuna, gelişimine ne şekilde katkıda bulunmaktadır?” sorularına ilişkin literatür aşağıda verilmektedir.

#### **1.4.1 STRES NEDİR?**

Stres, canlı organizmaların yaşadığı evrensel bir deneyimdir. Tüm canlı organizmalar gibi, her insan da, stres yaşantısını sıklıkla deneyimlemekte ve ne anlama geldiğini bilmektedir fakat anlam ortak olsa da stresin farklı pek çok tanımı bulunmaktadır.

Stresin kelime anlamı; baskı, gerilim ve zorlanmadır (Rice,1999) Bilim

adamları kendi alanlarına uygun olan ‘stres’ tanımları yapmışlardır. Örneğin fizik biliminde stres; dışsal güçlerin veya baskıların, obje üzerinde etki etmesi ve devamlı olması halinde objenin yapısında kalıcı olabilen değişikliklere yol açması sürecidir (Spielberger ve Krasner, 1988). Biyoloji biliminde, stres; organizma içinde veya dışında ortaya çıkabilen ve organizmanın, dinamik olan istikrarlı halinin bozulmasına yol açan etkenlerin başlattığı adaptasyon süreci olarak tanımlanmaktadır. Biyoloji bilimi için olası stres kaynakları; organizma içindeki su kaybı veya yağ, karbonhidrat stoklarının tükenmesi veya organizma dışındaki sıcaklık, soğukluk, yiyecek stoğu azlığı gibi faktörler olabilir. Biyologların yaptıkları bu stres tanımlaması, psikoloji bilimi için geçerli olan stres tanımına bir yönüyle benzemektedir. Psikoloji biliminde kullanılan stres kavramında da organizmanın dinamik olan dengesine (homeostasis) yönelik içsel veya dışsal bir tehdit ve sonrasında organizmanın bu yeni duruma uyum (adaptasyon) çabası söz konusudur (Hinkle, 1987). Başka bir tanıma göre stres, canlı organizmanın bir talep, tehdit, tehlike veya baskı ile karşılaşması halinde yaşadığı fizyolojik ve psikolojik uyarılma halidir. Diğer bir deyişle, stres yaşantısı, tehdit veya tehlike olarak anlamlandırılan bir uyarıcı karşısında, vücutta olan çeşitli fizyolojik ve psikolojik değişimleri içermektedir. Tehdit veya tehlike olarak anlamlandırılan uyarıcıya ise stresör denmektedir (Mitchell ve Everly, 1996).

Stresin tam olarak anlaşılabilmesi için, bu konuda kilometre taşı sayılabilecek çalışmalar yapmış iki bilim adamının düşüncelerine yer vermek gerekmektedir. Bu bilim adamları Walter Cannon ve Hans Selye’dir .

Fizyolog Walter B. Cannon’un, 1929 yılında ilk basımı yayınlanan ‘Bodily

Changes in Pain Hunger, Fear and Rage’ ve 1932 yılında basılan ‘The Wisdom of the Body’ isimli kitapları, stres yaşantısı için ilk ve en önemli bilgi kaynaklarındandır. Cannon, bu çalışmalarında, çeşitli uyarıcılara karşı insanların ve hayvanların gösterdikleri fizyolojik ve psikolojik tepkiler ile ilgili fikirlerini aktarmaktadır. Cannon, vücudun dinamik dengesi için ‘homeostasis’ terimini kullanmıştır. Bu terim Yunancada ‘aynı’ anlamına gelen ‘homoios’ ve ‘durum’ anlamına gelen ‘stasis’ kelimelerinin birleşimidir. Cannon’a göre, çeşitli uyarıcılar veya olaylar karşısında, vücudun dinamik dengesi olan homeostasis bozulur ve buna karşılık vücutta uyuma, yeniden homeostasisin sağlanmasına yönelik çeşitli fizyolojik tepkimeler yaşanır. Cannon, yeni uyarıcı karşısında homeostasisin bozulması ile başlayan, karmaşık fizyolojik ve biyokimyasal tepkileri tanımlamaktadır. Kan şekeri, kandaki yağ miktarı, vücut ısısı, vücut sıvı matriksi gibi metabolik işleyişler için söz konusu olan homeostasisi ve homeostasisin bozulması halinde yaşanan denge kurma çabalarını anlatmıştır. İşte Cannon’a göre stres tepkileri, homeostasisin bozulması sonucunda ortaya çıkan, yeniden uyuma yönelik olan fizyolojik tepkimelerdir. Stres tepkisi içinde yer alan her bedensel değişiklik ve tepkinin işlevi, kişiyi veya hayvanı, yani organizmayı uyarmak ve acil durumda ‘savaş-kaç’ tepkisi için hazırlıklı olmasını sağlamaktır. Kısaca, Cannon’a göre stres bir ‘acil durum’ tepkisidir ve temelinde ‘biyolojik varoluş ve uyum ihtiyacı’ bulunmaktadır. Ona göre, stres, organizmanın kendi yaşamını ve çevreye uyumunu (dengesini) tehdit eden bir unsura gösterdiği ve varoluşsal değeri olan bir ‘savaşma ya da kaçma’ tepkisidir ve doğanın canlı organizmalara bir armağanıdır. Sonuç olarak, stres yaşantısı, organizma tarafından

yaşamı veya sağlığı tehdit edici olarak algılanan içsel veya dışsal bir uyarıcı tarafından tetiklenen, belli evrensel fizyolojik değişimleri içeren bir deneyimdir. En basit tanımıyla, stres, bir ‘uyum çabası’dır denebilir. Cannon’un tanımına göre, stres, günümüzdeki kullanılan olumsuz anlamının aksine, aslında işlevsel bir yaşıntıdır. Tehlike veya tehdit durumlarında organizmanın durumla baş edebilmesine yardımcı olan, savaşıması veya kaçması için gerekli enerji ihtiyacını karşılamaya yönelik fizyolojik ve biyokimyasal tepkiler örüntüsüdür (Cannon, 1939; Cannon, 1970).

Stres konusunda önemli diğer bilim adamı, Avusturyalı bir endokrinolog olan Hans Selye’dır. Selye’nin 1946’da yayınladığı Genel Adaptasyon Sendromu hakkındaki çalışması, konu için bir dönüm noktası niteliğinde olmuştur. Selye, çeşitli uyarıcılara (ısı, soğukluk, x ışınları v.b.) maruz kalan hayvanların tepkileri üzerinde çalışmış ve sonucunda şu ‘stres’ tanımını ileri sürmüştür: ‘Stres; herhangi bir talep karşısında bedenin gösterdiği, talebe özgü olmayan (spesifik olmayan) tepki örüntüsüdür’. Bu tanım ile Selye, bedenin tepkisinin stresöre göre çeşitlenmediğini, bedenin her stresör karşısında kalıplaşmış bir şekilde aynı biyolojik değişimlerle tepki verdiğini anlatmak istemektedir. Selye, ‘talebe özgü olmayan bedensel tepkileri’ şu şekilde bir örnekle açıklamaktadır; ‘Oğlunun savaşta öldüğünü öğrenen annenin, o andaki bedensel deneyimleri, bunun yanlış bir haber olduğunu öğrendiğinde ve oğlunu canlı şekilde karşısında gördüğünde yine aynı şekilde ortaya çıkacaktır. İki olayın anlamı, duygusal sonucu tamamen birbirinin aksidir, fakat, ikisi de stres tepkisini tetiklemektedir ve duruma özgü olmayan aynı biyolojik

değişimlere neden olmaktadır'. Selye, stres yaşantısı içinde var olan akut ve kronik fizyolojik değişimlerin neler olduğunu, bu fizyolojik tepkilerin, uyum ve sağlık üzerine olan kısa ve uzun vadedeki etkilerini tanımlamıştır (Selye, 1975).

Başka bir stres tanımı da, Lazarus ve arkadaşları (1986) tarafından yapılmıştır. Bu araştırmacılara göre, stres, birey ve çevresi arasındaki özel bir çeşit etkileşimdir. Birey-çevre etkileşiminde, kişinin iyi uyumunu tehlikeye düşüren talepler, stres yaşantısını tetikleyebilir. Lazarus'a göre, kişi-çevre etkileşimi içinde, kişi, karşılaştığı uyarıcılar ile ilgili 'iyi-oluşunu tehdit ettiği, tehlike veya talep içerdiği ve de bu tehdit, tehlike ve taleplerle baş etmek için elindeki kaynakların yetersiz olduğu' na ilişkin zihinsel değerlendirmeler yaptığı takdirde stres yaşantısını deneyimleyecektir (Lazarus ve ark, 1986a, Lazarus ve ark, 1986b).

Sonuç olarak, Lazarus'a göre, stres çevresel bir uyaran, kişinin bir özelliği veya bir tepki değildir; stres, bir ilişkinin ürünüdür. Kişiye yönelmiş talepler ve onlarla baş edebilme kuvveti arasındaki ilişki sonucunda tetiklenmektedir. Lazarus ve arkadaşlarının stres konusunda aktardığı bilgilerin farklı bir özelliği bulunmaktadır. Onlar, Selye ve Cannon'dan farklı olarak, stresin sadece fizyolojik tepkimeler örüntüsü olmadığını vurgulamışlar, zihinsel süreçlerin stres yaşantısı başlamasında ve devamında oynadığı önemli rolü anlatmışlardır. Lazarus'un modeli, stres ve bilişsel süreçler arasındaki bağlantıyı göstermesi bakımından çok önemlidir. Lazarus, stresin, bilişsel yaklaşımın çalışma konusu olmasını sağlamıştır. Lazarus, stresin bilişsel perspektifle açıklamasını yapmış ve bilişsel süreçlerin stres yaşantısı üzerindeki rolünü açıklamıştır. Diğer bir deyişle; ağırlıklı olarak fizyolojik bir tepki

olan stresin, aslında belli zihinsel ve bilişsel süreçler sonucunda ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Böylece, stres konusunda önemli bir boşluğu doldurmuştur. Bu modelin ortaya çıkışı ile, stres kaynaklı sorunlarda, stresin ortaya çıkmasına katkıda bulunan bilişler üzerinde çalışılması fikri ve bilişsel süreçlere odaklanan tedavi uygulamaları gündeme gelmiştir (Lazarus ve ark, 1986a; Lazarus ve ark. 1986b).

Aşağıda, önce stres sürecine bütüncül bir bakış yapılacak, daha sonra, stres yaşantısının, zihinsel ve fizyolojik bileşenleri ile zihin ve beden arasındaki bağlayıcı rolü aktarılacaktır.

#### **1.4.2. STRES YAŞANTISINA BÜTÜNCÜL BAKIŞ**

Stres yaşantısının tümünün anlaşılması için stresin şu özelliklerine vurgu yapılmalıdır (Allen, 1984; Mitchell, Everly, 1996; Rice, 1999) :

1-Stres yaşantısı, tek aşamalı bir süreç değildir. Yani, stres yaşantısının tetiklenmesi, devamı ve sonlanması çeşitli aşamalar dahilinde, bir birini takip eden çeşitli süreçler sayesinde olmaktadır. Bu aşama ve süreçlerin her biri detaylı olarak aktarılacaktır.

2- Stres yaşantısı tek bileşenli değildir. Birden fazla bileşeni içermektedir. Daha önce bazı araştırmacıların, stresi sadece fizyolojik tepkiler örüntüsü olarak görme eğiliminden bahsedilmişti. Elbette ki stres yaşantısının temel özelliği, söz konusu fizyolojik stres tepkileridir. Fakat; baskın özellik olan fizyolojik tepkiler, stres yaşantısı içinde tek başına var olmazlar, bu fizyolojik tepkilere eşlik eden başka

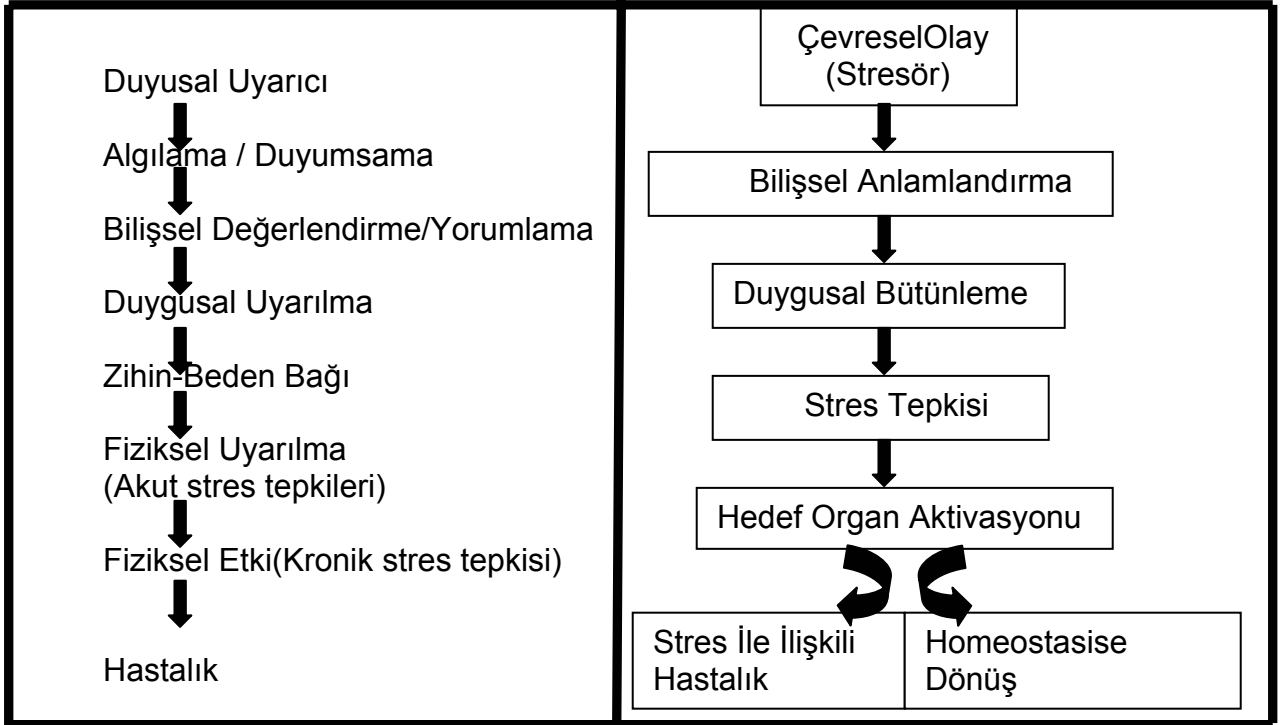
önemli bileşenler gözden kaçırılmamalıdır. Stres yaşantısının bu önemli bileşenleri; zihinsel, duygusal ve davranışsal süreçlerdir. Fizyolojik stres tepkilerini tetikleyen bir zihinsel değerlendirme ve beraberinde gelen bir duygusal uyarılma söz konusudur. Bunların olmadığı bir stres yaşantısı düşünülemez. Zaten, stresin, zihin-beden arasındaki bağlantı olarak görülmesi de bu çoklu yapısından kaynaklanmaktadır. Zihinsel ve duygusal süreçlerin ardından gelen fizyolojik tepkiler, zihinden bedene geçen etkinin göstergesidir ve bu zihinde başlayan bedende sonuçlanan süreç stres yaşantısıdır. Zihin ve beden, stres yaşantısı içinde ortak çalışmaktadırlar. Stres süreci aşamalarından bahsedilirken bu konu daha anlaşılır olacaktır.

Stres yaşantısının başlaması ve devamını, bu süreç içinde yer alan basamakları aktaran çok sayıda aktarım ve şemalaştırma söz konusudur. Bunlardan en önemlisi, ‘Psikosomatik Model’ denilen kavramsallaştırmadır. Psikosomatik modelde, asıl olarak, zihin-beden bağı anlatılmaktadır. Psikosomatik model, zihnin beden üzerindeki etkisinin ve hastalık oluşumuna katkısının ortaya çıkması için geçilen basamakların açıklamasıdır. Psikosomatik modelden bu bölümde bahsedilmektedir, çünkü, psikosomatik model aslında stres sürecini anlatmaktadır. Bu nedenle psikosomatik model dahilindeki bilgiler de stres yaşantısının bu bütüncül gözden geçirilmesi içinde ele alınmıştır. Psikosomatik modelin zihin-beden bağı veya zihnin bedensel hastalık oluşumuna katkısını anlatmak için öne sürdüğü aşamalar Şekil-1A’da görüldüğü gibidir (Allen, 1984). Bu şekil uyarıcı ve zihinsel süreçlerle başlayarak bedensel etkiler ve sorunlar ile sonuçlanan stresin bütüncül bakışı için de

uygundur. Şekil-1B’de de yine aynı süreç ve aynı basamaklar farklı bir biçimde şemalaştırılmıştır (Mitchell ve Everly; 1996). Bu şekillerde görülen basamaklar tek tek ele alınmalıdır.

**Şekil-1A:**Psikosomatik Modele Göre Stres Süreci ve Zihin-Beden Bağlantısı (Allen,1984)

**Şekil-1B:** İnsanın Stres Tepkisi (Mitchell, Everly, 1996)



Stres yaşantısının aşamaları psikosomatik modelin öngördüğü başlıklar altında ele alınacaktır.

#### 1.4.2.1. Duyusal Uyarıcı

Stres yaşantısının başlaması için gerekli ilk faktör, bir duyusal uyarıcının varlığıdır. Duyusal uyarıcı, iç veya dış çevre kaynaklı herhangi bir uyarıcı olabilir.

Duyusal uyarıcının varlığı durumunda ikinci basamak olan ‘uyarıcının algılanması’ sürecine geçilir (Allen, 1984).

#### **1.4.2.2. Algılama/Duyumsama**

Algılama aşamasında, uyarıcı bilgileri, duyu organları tarafından ilgili sinirsel yollarla beyindeki ilgili bölgelere taşınır. Duyu organlarınca alınan bilgilerin taşındığı beyin bölgesi talamustur. Her duyu organından gelen bilgi, talamusun özelleşmiş çekirdeklerine iletilir. Yani, algılama/duyumsama aşamasında uyarıcı bilgileri, zihin-beden sistemine girmiş olur. Fakat, şuna dikkat edilmelidir ki; algı sadece beyne iletim ile sonuçlanan süreçtir. Bu aşamada, uyarıcı ile ilgili herhangi bir değerlendirme, yorumlama veya etiketlendirme yapılmamaktadır (Allen, 1984).

Zihnin nasıl çalıştığı ile ilgili olarak, bilişsel psikologlar basit bir bilgi işleme modeli öne sürmüşlerdir. Bilişsel psikologlara göre, insanın çevre ile olan etkileşimindeki bilgi işleme süreci, şu 3 aşamadan oluşmaktadır; girdi (input), işleme (throughput) ve çıktı (output). Bu 3 aşamalı bilgi işleme modelinde, algılama süreci ‘girdi’ aşamasına karşılık gelmektedir. ‘Girdi’ ya da diğer bir deyişle ‘algı’ aşamasında, bilgi zihne giriş yapmıştır, fakat, işlenmemiş, değer veya anlam yüklenmemiş, ham haliyledir. Bilginin değerlendirilmesi, yorumlanması veya işlenmesi, bir sonraki adım olan ‘Bilişsel Değerlendirme’ aşamasında gerçekleşmektedir (Rice, 1999).

#### **1.4.2.3. Bilişsel Değerlendirme/Yorumlama**

Bilişsel değerlendirme, algı süreci ile sisteme giren uyarıcının yorumlanmasını, kategorize edilmesini ve etiketlenmesini içermektedir. Uyarıcı hakkındaki bilgiler, değerlendirilme ve anlamlandırılma süreci için talamusdan beynin daha yüksek merkezine iletilir. Düşünmeden, yargılamadan sorumlu olan bu yüksek beyin merkezi serebral kortekstir ve bu merkez insanı insan yapan meziyetlerden sorumlu merkez olarak bilinmektedir (Dager ve ark, 1988).

Bilişsel değerlendirme, düşüncelerin, yorumların modele girdiği basamaktır. Bu aşamada olaylar, uyarıcılar; iyi veya kötü, tehdit edici olan veya olmayan, tehlike yaratan veya yaratmayan şeklinde değerlendirilir. Stres tepkisi, bu değerlendirmenin sonucuna bağlı olarak tetiklenmektedir. Uyarıcının kişi için anlamı, önemi, kişi için olası bir tehlike veya tehdit yaratıp yaratmadığı, kısacası bir stresör olup olmadığı, bu değerlendirme sonucunda belirlenmektedir. Olay veya uyarıcı, kişi için önem arz etmeyebilir, kişide stres tepkisini başlatabilecek nitelikte olmayabilir. Böyle bir durumda, bu uyarıcı karşısında stres süreci başlamayacaktır. Fakat, olaya ya da uyarıcıya, tehdit, tehlike veya kayıp anlamı yüklendiği takdirde, stres sürecinde bir sonraki basamağa geçilecektir. Uyarıcı, değerlendirmenin sonucunda artık bir stresör niteliği kazanmıştır (Allen, 1984,).

Stres sürecinin zihinsel değerlendirme aşaması ile en çok ilgilenen araştırmacılardan biri, daha önce adı geçen Lazarus'dur. Lazarus, stresin 'Bilişsel

Transaksiyonel Modeli'ni oluşturmuş ve bu model içinde, zihinsel değerlendirmenin stres yaşantısının belirleyicisi olduğunu aktarmıştır. Bu modele göre, stres yaşantısı, sadece belli bir uyarıcı ile karşılaşma ve sonucunda çeşitli fizyolojik değişimlerin yaşanmasından ibaret değildir. Uyarıcı ile karşılaşılması ve fizyolojik değişimlerin başlaması arasında, önemli bilişsel aktivitelerin varlığı söz konusudur. Bu aktiviteler önemlidir, çünkü, stres tepkisinin başlayıp başlamayacağını belirleyicisi, bu zihinsel süreçlerdir. Stres tepkisinin başlayıp başlamayacağını belirleyen iki temel zihinsel değerlendirme bulunmaktadır. Birinci zihinsel değerlendirme süreci; karşılaşılan uyarıcının veya olayın değerlendirilmesini ve bunlara anlam verilmesini içermektedir. İkinci temel değerlendirme ise, kişinin karşılaşılan uyarıcı veya olay ile baş edebilme yeteneği ve bunlarla baş etmede kullanabileceği kaynaklar üzerinedir. Lazarus, bu iki zihinsel değerlendirme sürecinden, 'Birincil ve İkincil Değerlendirme' adı altında bahsetmektedir (Lazarus ve ark, 1986a; Lazarus ve ark. 1986b).

Birincil değerlendirmede, karşılaşılan uyarıcının ya da olayın kişi tarafından anlamlandırılması söz konusudur . Bu değerlendirme, olayla ya da uyarıcı ile ilgili yargıya varma sürecidir. Stres yaşamına yol açabilecek olan bu ilk zihinsel aşamada, kısaca; 'başım belada mı, değil mi?' sorusuna yanıt aranır. Kişi, içinde bulunduğu durumun, herhangi bir tehlike, tehdit, kayıp veya zarar olasılığı içerip içermediğinin kararını vermeye çalışmaktadır. Bu değerlendirme sonucunda, uyarıcının ya da olayın, kişi için herhangi bir önem, tehlike, tehdit veya kayıp olasılığı taşımadığı sonucuna ulaşılabilir. Böyle bir durumda, söz konusu olay ya da uyaran stresör

haline gelmeyecektir. Fakat; olaya, kişi tarafından tehdit veya tehlike anlamı verildiği takdirde, stres yaşantısının tetiklenmesi için ilk aşamadan geçilmiş olunur. Bundan sonraki bilişsel değerlendirme, Lazarus'un deyimiyle; 'İkincil Değerlendirme', kişinin kendisi ile ilgili olan değerlendirmesidir. Bu ikinci zihinsel sũreçte, kişi, olay karşısında sahip olduğu baş etme kaynaklarını değerlendirmektedir. Diğer bir deyişle; 'Ben nasılım, bu durumla baş edebilir miyim?' sorusuna yanıt arar. Ȗzetle; ikincil değerlendirme, durumun taleplerini karşılamak için ihtiyaç duyulan becerilere sahip olup olunmadığı ile ilgilidir. Eğer, olayla ve kendi baş etme kaynakları ile ilgili değerlendirme sonuçları birbirine denk değilse, kişi için stres yaşantısı başlayacaktır (Lazarus ve ark, 1986a; Lazarus ve ark. 1986b).

Sonuç olarak, Lazarus'un modeline gȖre, stresin yaşanıp yaşanmayacağı, kişinin bu iki değerlendirmesi arasındaki ilişki sonucunda belirlenir. Bu iki değerlendirme arasında fark varsa ve bu fark kişinin baş etme becerilerinin aleyhine ise, stres tepkisi başlayacaktır (Lazarus ve ark, 1986a; Lazarus ve ark. 1986b).

Lazarus'un bilişsel modelinden yola çıkılarak yapılan ve modele destek sağlayan bazı araştırmalardan bahsetmek mũmkündür. Ȗrneęin, Maurier ve Northcott (2000) tarafından yapılan çalışmada kavramsal model olarak Lazarus'un transaksiyonel modeli kullanılmıştır. Araştırma sonuçları modeli destekler niteliktedir. Araştırmacılar, birincil değerlendirmenin tehdit yȖnũnde olması ile stres ile ilişkili fiziksel belirtiler arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca durumu tehdit edici olarak değerlendiren katılımcılar daha yũksek dũzeyde



depresyon diğerk bir deyişle psikolojik distres aktarmışlardır (Maurier ve Northcott, 2000). Konu ile ilgili diğerk bir bulgu Elal ve Krespi (1999) tarafından yapılan çalışmadan elde edilmiştir. Hemodiyaliz hastaları ile yapılan çalışmada, olumsuz olay sayısının değıl fakat, olayların olumsuz değılendirilmesinin psikolojik distres ile ilişkili olduğı görülmüştür (Elal ve Krespi, 1999). Bu bulgular, Lazarus'un birincil değılendirme üzerine olan fikirleri için kanıt teşkil etmektedir

İlgili yazında, Lazarus'un bilişsel modelindeki bu düşüncelerle paralel ifadelere ve çalışmalara rastlamak mümkündür. Örneğın Pearlin ve arkadaşları (1981) ve Rice (1999) bazı benlik parçalarının stres sürecindeki önemi vurgulamışlardır. Araştırmacılara göre, stres yaşantısı üzerinde belirleyici etkisi olan bu benlik bileşenlerinden bir tanesi; 'benlik-saygısı (self-esteem)' dır (Pearlin ve ark., 1981; Rice, 1999). Pearlin ve arkadaşları, diğerk bileşenin ise 'beceri duyumu (mastery)' olduğunu ifade etmektedirler. Araştırmacılara göre, beceri duyumu, kişinin hayatındaki bazı durumlar üzerinde kontrol sahibi olma duyumunun derecesini ifade etmektedir. Diğerk bir deyişle, bu bileşenler kişinin kendi hakkında ve sahip olduğı kontrol gücü hakkındaki değılendirmelerini yansıtmaktadır. Araştırmacılara göre, bu değılendirmeler stres sürecinin önemli bileşenleridir, stres sürecinin tetiklenmesi ve devamını belirleyen basamaklardandır. Pearlin ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, bu değılendirmelerin olumsuz oluşunun stres yaşantısı şiddeti ile olumlu ilişki içinde olduğı görülmüştür. Bu bulgu Lazarus'un birincil/ikincil değılendirme üzerine olan ifadeleri ile tutarlıdır (Pearlin ve ark., 1981).

Kişinin bilişsel değerlendirmelerinin ve zihinsel süreçlerinin stres yaşantısı içindeki yeri ile ilgili yazında sıklıkla ifade edilen bir diğer kavram ise, ‘benlik etkinliği’ (self-efficacy) dir. Benlik etkinliği, kişinin belli bir eylemi yapabileceğine dair inancı olarak tanımlanmaktadır (Takaki ve ark, 2003; Rhee ve ark., 2000). Bu tanıma göre benlik etkinliği, Lazarus’un ‘ikincil değerlendirme’si veya Pearlin ve arkadaşlarının önemini vurguladıkları ‘beceri duyumu’ ile benzerlik göstermektedir. Takaki ve arkadaşlarının (2003) hemodiyaliz hastaları ile, Rhee ve arkadaşlarının (2000) ise, romatoid artrit hastaları ile yaptıkları çalışmalar sonucunda, benlik etkinliğinin, anksiyete ve depresyon ile, diğer bir deyişle, psikolojik distres ile olumsuz ilişki içinde olduğunu ifade etmişler, benlik etkinliğinin stres yaşantısı açısından önemli olduğu düşüncesine kanıt sağlamışlardır (Takaki ve ark, 2003, Rhee ve ark, 2000)

Stresin, temel olarak bilişsel değerlendirmelere bağlı olduğu bilgisi, stres yaşantısı konusundaki kişiler arası farkı açıklayabilmektedir. Her insan, kendisi, diğerleri ve dünya ile ilgili olarak geçmiş deneyimleri ve öğrenmeleri sonucunda oluşturduğu, kendisine özgü olan bilişsel yapılara, şemalara; bunlar doğrultusunda olan inançlara, beklentilere sahiptir. Bu farklı bilişsel yapılar, her insanın birbirlerinden farklı olabilecek değerlendirmelerine yol açar. Farklı bilişsel örüntülere sahip her insan, genel anlamda dünyanın, daha özel anlamıyla tek tek olayların farklı yorumlarını, anlamlarını üretirler. Bundan dolayıdır ki, bir kişi için stres tepkisini tetikleyebilen bir uyarıcı, başka bir kişide aynı etkiyi göstermeyebilir. Stres, kişinin gözündedir, olay ile ilgili zihinsel yapılandırmasıdır (Cameron ve

Meichenbaum, 1982; Rice, 1999; McKay ve ark. 1981; Gramling ve Auerbach, 1997; Baltaş, 1987; Spielberger ve Krasner, 1988).

Değerlendirmeler üzerinde etki eden bilişsel faktörlerden bir tanesi, beklentidir. Bu konu ile ilgili olarak, Lazarus ve Alfert (1964) tarafından yapılan bir araştırma bilgi verici olabilir. Araştırmacılar, kişilerde farklı beklentilerin oluşturulduğu koşullarda, uyarıcı hakkındaki bilişsel değerlendirmenin, bu farklı beklentilerden etkilenip etkilenmediğini ve sonucundaki stres deneyimini incelemişlerdir. Çalışmada, aynı filmin farklı beklenti koşullarında farklı şekilde değerlendirildiği ve stres deneyiminin de buna bağlı olarak değiştiği gözlenmiştir. Bu film cerrahi bir müdahalenin görüntülerini içermektedir ve film öncesi verilen bilgi, kişilerde daha çok tehdit beklentisine veya daha az tehdit beklentisine yol açacak şekilde değişimlenmiştir. Sonuçta, ‘tehdit beklentisi var’ koşulunda, bilişsel değerlendirmeler gerçekten de beklentiye uygun olarak daha tehdit içerikli olmuştur ve bu koşulda yer alan katılımcıların stres tepkilerinin daha yüksek düzeyde olduğu gözlenmiştir (Lazarus ve Alfert, 1964).

Sonuçta; aynı olay veya uyarıcı karşısında, farklı bilişsel yapılar sahip kişilerin, farklı değerlendirmeleri ve farklı düzeylerde stres yaşantıları olacaktır veya aynı kişi, aynı uyarıcı karşısında, farklı zamanlarda, değişmiş değerlendirmelere sahip olabilir ve önceden stres yaşantısına yol açmayan uyarıcı, daha sonra kişi için stresör anlamına gelebilir. Bu noktadan hareketle; bilişsel yaklaşım, kişinin olayları değerlendirme yolunun değiştirilmesi ile, yani, bilişsel yeniden yapılandırma tekniğinin kullanılması yolu ile stres kaynaklı problemlerin yok edilebileceğini öne

sürmektedir (Lazarus ve Alfert, 1964; Lazarus ve ark, 1986a; Lazarus ve ark. 1986b; Holroyd ve ark, 1984; Cameron ve Meichenbaum, 1982; Rice, 1999).

Olay veya uyarıcı için 'stresör' değerlendirilmesi yapıldığı takdirde modeldeki bir sonraki basamak olan 'Duygusal Uyarılma'ya geçilmektedir.

#### **1.4.2.4. Duygusal Uyarılma**

Uyarıcı veya olay hakkındaki bilgi, dikkat ve algılama yollarından geçerek zihne girmiş, beynin ilgili merkezlerince değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda, uyarıcıya tehdit veya tehlike anlamı verilirse, uyarıcı stresör niteliğini kazanacak ve stres yaşantısının oluşum süreci, bir sonraki basamak olan duygusal uyarılma ile devam edecektir.

Duygusal uyarılma aşamasında, uyarıcı veya olayla ilgili yapılan zihinsel değerlendirmeye uygun olan duygunun oluşumu söz konusudur. Uyarıcı, stresör olarak değerlendirildiği zaman, duygular devreye girecektir. Duyguların bilişsel yorumlama sonucunda meydana geldiği zaten bilinmektedir. Serebral korteksde yapılan zihinsel değerlendirme ve anlamlandırma, duyguların oluşumundan sorumlu limbik sistemin uyarılmasına yol açar ve sonucunda uygun duygu yaşantısı ortaya çıkar. Uyarıcının bilişsel değerlendirilmesi ile tetiklenebilecek duygular; öfke, korku, kaygı, heyecan veya zevk olabilir. Duygusal uyarılma, stres yaşantısı dahilinde yer alan duygusal bileşenin oluşma aşamasıdır (Allen, 1984; Rice, 1999; Mitchell ve Everly, 1996; Şahin, 2004; Sapolsky, 1998).

Duygunun, duygusal uyarılmanın eşlik etmediği, bir stres yaşantısı düşünülemez. Her stres yaşantısı mutlaka bilişsel, duygusal, fizyolojik ve davranışsal bileşenleri içermektedir. Yani, uyarıcı karşısında bir düşünce, düşünce sonucunda bir duygu ve devamında akut stres tepkileri ile davranış, stres yaşantısının değişmeyen içeriğidir. Stres yaşantısı içindeki bu çoğu zaman olumsuz olan duygu yaşantıları için ‘psikolojik distres’, ‘duygusal stres’ veya ‘psikolojik stres tepkileri’ terimleri sıklıkla kullanılmaktadır (Hill ve ark., 2005; Mitchell ve Everly, 1996).

Burada ‘Tavuk mu yumurtadan, yumurta mı tavuktan çıkar?’ karmaşasına benzer bir içe içe geçmişlik söz konusudur aslında. Olumsuz duygular ve stres içinden çıkılamayacak şekilde birbirleri ile bağlantılı gibi görünmektedir. Stres, çoğu zaman, olumsuz duygu yaşantısını da içermektedir ve aynı zamanda olumsuz duygudurum da yoğun ve kronik stres yaşantısını içinde barındırmaktadır. Bu şöyle açıklanabilir; tehdit altındayken yaşanan stres tepkisi, örneğin, kaygı duygusunu beraberinde getirmekteyken, depresif duygudurum içindeki kişi, bu duygudurumu devam ettiği müddetçe, yoğun ve kronik stres deneyimleyecektir. (Sapolsky, 1998). Depresyon tanısı almış kişiler ile yapılan çalışmalar, bu yoğun stres yaşantısını açıkça gözler önüne sermektedir. Bu araştırmalar, depresyonun veya anksiyetenin, stres yaşantısından ayrıştırılamayan ortaklığını göstermişlerdir. Örneğin, depresif kişilerde stres hormonu olarak bilinen kortizolün yüksek düzeyde varlığı, araştırmalarca gösterilmiştir. Bu hormonun yüksek oluşu, bitkin hareketsiz görünümdeki depresiflerin içsel savaşını, yaşadıkları stresi göstermektedir. (Carney ve ark, 2005; Sapolsky, 1998).

Ayrıca depresyon tanısı alan hastaların, stres yaşantısında söz konusu olan düzensiz otonom sinir sistemi aktivitesine sahip oldukları ifade edilmektedir (Carney ve ark., 2005).

Depresyon ve stresin birbirinden ayırtılamayacak yaşantılar olduğunun diğer bir göstergesi de, stres yaşantısı sırasında artan noradrenalin hormonu ve nörotransmitterinin, depresyon hastalarında da artmış olmasıdır (Sapolsky, 1998). Stres tepkileri içinde yer alan artmış trombosit aktivitesinin, depresyon hastalarında da aynı şekilde yüksek olması da, stres ve depresyon örtüşmesinin göstergesidir (Musselman ve ark, 1996).

Olumsuz duygu durum ve stres bütünlüğü ve birlikte bulunuşu üzerine olan bulgular sadece bu fizyolojik ortaklıklardan ibaret değildir. İlgili yazında, stres yaşantısı ve olumsuz duygu durum arasındaki ilişkiye, bunların bir arada bulunuşuna işaret eden araştırmalara sıklıkla rastlamak mümkündür. Bu şekilde bir çalışma, Phelan ve arkadaşları (1991) tarafından yapılmıştır. Araştırmada, akut ve kronik olan iş ve evlilik stresi ile geçmiş major depresyon yaşantısı ve o anki depresif belirtiler arasındaki olası ilişki, 1523 evli ve çalışan katılımcı örneklemini üzerinde çalışılmıştır. Araştırma sonucunda, evlilik ve iş stresinin, hem major depresyon yaşantısı, hem de o anki depresif belirtilerle anlamlı ilişki içinde olduğu görülmüştür (Phelan ve ark, 1991). Aynı şekilde, iş kaynaklı stres yaşantısı ve depresyon arasında olumlu ilişki aktaran bir çalışma Tsutsumi ve arkadaşları (2001) tarafından yürütülmüştür. Çalışmada, 190 kadın ve erkek çalışan içinde, strese neden olan iş koşullarına sahip çalışanların, diğer çalışanlara göre daha yüksek düzeyde depresyon yaşantısı

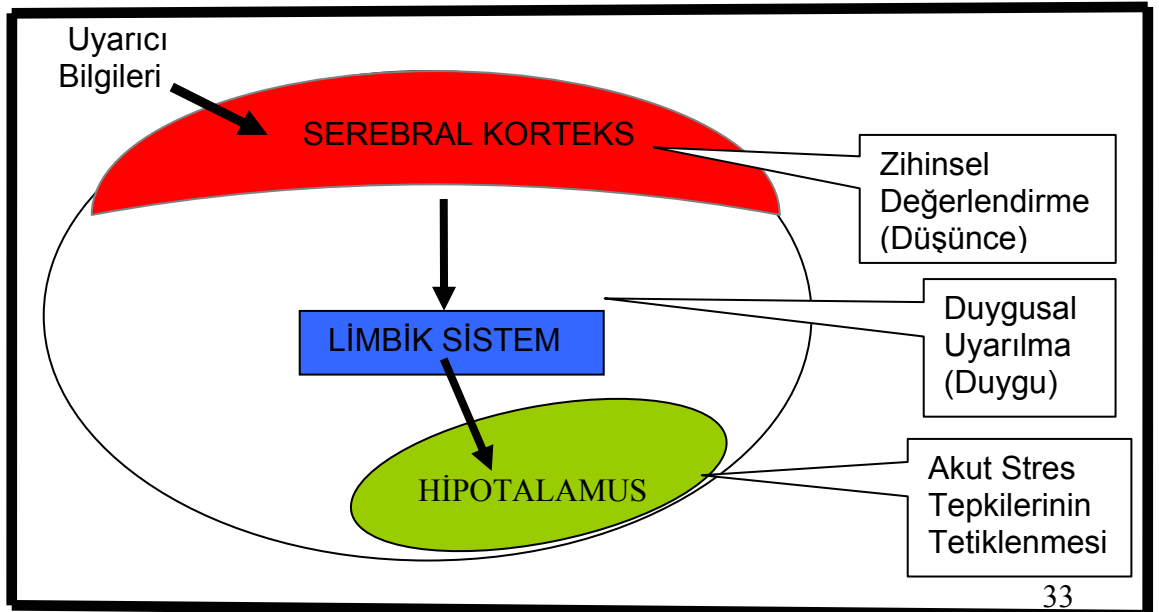
aktardıkları görülmüştür (Tsutsumi ve ark, 2001). Stres ve olumsuz duygu durumun birlikte bulunuşu, Balog ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan ‘Stokholm Kadın Koroner Risk Çalışması’nda da saptanmıştır. Araştırmacılar, hem sağlıklı, hem de kalp-damar rahatsızlığı bulunan 65 yaş altı evli kadınlarda, evlilik ile ilişkili stresin depresyon ile anlamlı ve olumlu ilişki içinde olduğunu görmüşlerdir. Fakat iş kaynaklı stres depresyon ile her iki örneklem grubu için de anlamlı ilişki içinde değildir (Balog ve ark, 2003). Murphy ve arkadaşları ise, romatoid artrit hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada sosyal stres yaşantısı ve depresyon arasında olumlu ilişki olduğunu gözlemişlerdir (Murphy ve ark., 1988)

Olumsuz duygudurum ve stres yaşantısı birlikteliğini gösteren bir diğer bulgu ise, stres üzerine olan bazı araştırmalarda görülmektedir. Bu tip araştırmalarda, stres yaşantısını değerlendirmeyi amaçlayan araştırmacılar, stresin göstergesi olarak olumsuz duygu durum ölçümleri almışlardır. Pearlin ve arkadaşları (1981) tarafından yapılan bir çalışma, bu tip araştırmalara örnek gösterilebilir. Araştırmacılar, çalışmalarında stres sürecini ve bu sürecin bileşenlerini tanımlamaya çalışmışlardır. Stres kaynağı, aracı kaynaklar ve stres belirtileri olarak belirledikleri bileşenler için ölçümler almışlardır. Çalışmada stres belirtileri bileşeninin, depresyon ölçümü alınarak değerlendirildiği görülmektedir. Diğer bir deyişle; süreç sonunda ortaya çıkan stres yaşantısını değerlendirmek için, depresyon ölçümlerini kullanmışlardır (Pearlin ve ark, 1981).

#### 1.4.2.5. Zihin-Beden Bağlantısı

Dünya, stres kaynağı veya stresör olma potansiyeline sahip olaylarla, uyarıcılarla doludur. Bu olası stres kaynaklarının çoğu, kişinin onları tehdit edici veya tehlikeli olarak yorumlamayı seçmesi veya öğrenmesi sonucunda stresör haline gelmektedir. Yapılan ‘stresör’ yorumuna bağlı olarak duygu mekanizması harekete geçer, fakat, bu noktada henüz stresi stres yapan fizyolojik tepkiler devreye girmemiştir. Buraya kadar olanlar, ‘stresin psikolojik veya zihinsel görünümü’ olarak düşünülebilir. İşte bu noktadan sonra, zihinsel/psikolojik oluşlar, bedensel etkilere dönüşecektir. Buradan sonra, zihin-beden bağı olarak düşünülen, zihinsel uyarılmayı bedensel uyarılmaya dönüştüren süreç başlayacaktır. Bu süreci tetikleyen kritik bağlantı, limbik sistemin hipotalamusla olan bağlantısı olarak düşünülebilir. Çünkü, fizyolojik stres tepkilerinin ortaya çıkışı, hipotalamusun ilgili çekirdeklerinin uyarılması ile tetiklenmektedir (Allen, 1984; Dager ve ark, 1988; Mitchell ve Everly, 1996).Buraya kadar olan stres süreci Şekil- 2’de gösterilmiştir:

**Şekil-2:** Stresin Zihinsel Süreci (Dager ve ark, 1988)



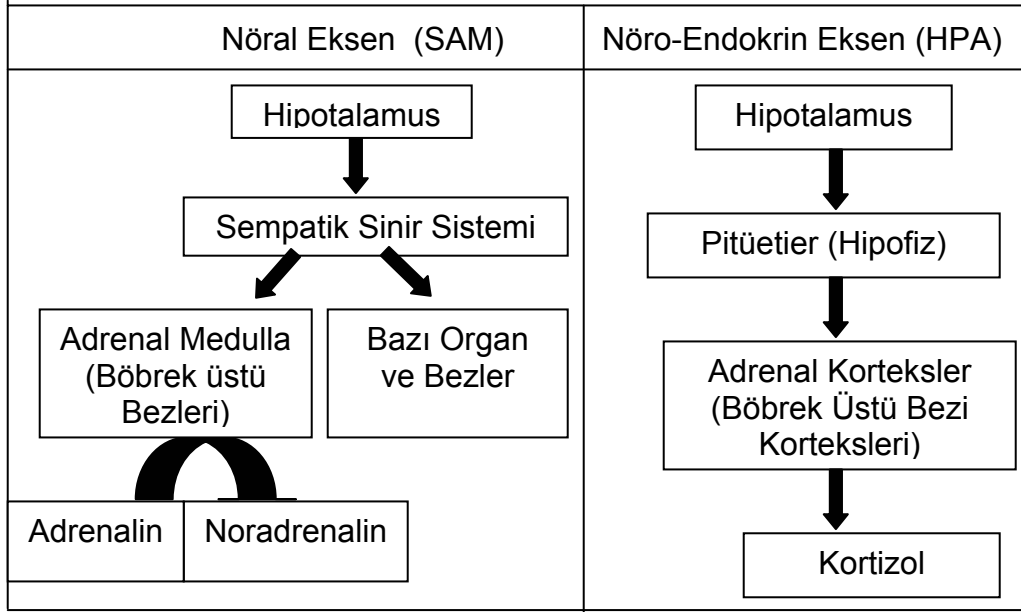
#### **1.4.2.6. Fiziksel Uyarılma (Akut Stres Tepkileri)**

Stres yaşantısının içerdği fizyolojik değişimler, hipotalamusun uyarılmasıyla başlamaktadır. Bu uyarılma ile birlikte, bedenin hemen hemen tüm sistemlerinde çeşitli biyokimyasal ve metabolik değişimler yaşanmaktadır. Uyarılan hipotalamusun kontrolü altında, iç organların aktivitesinde anlamlı değişimler ortaya çıkar ve böylece stresin ölçülebilir bedensel etkisi kendisini gösterir. Meydana gelen bu değişimler, canlının ‘savaş-kaç’ tepkisini gösterebilmesine yöneliktir. Bu fizyolojik değişimler, tehlike ve tehdit karşısında canlıya mücadele etmesi veya uzaklaşabilmesi (savaş-kaç) ve böylece tehlike veya tehdidi geçersiz kılabilmesi için, ihtiyaç duyduğu bedensel donanımı sağlar. Stresin fizyolojik etkileri, zor durumda veya tehlike halinde, vücudu uyandıran, gerekli enerji ve donanımı sağlayan bir acil durum sistemidir. Bu yönüyle fizyolojik stres tepkileri, canlılığın devamını sağlama yönünde işlev gören ve canlıya yarar sağlayan bir örüntüdür (Allen, 1984; Hill ve ark., 2005; Rice, 1999; Shah ve ark., 2004). Ortaya çıkan fizyolojik değişimlere tek tek bakıldığında her bir değişimin, tehlike altındaki canlıya sağladığı yarar daha iyi anlaşılacaktır.

Akut stres tepkileri, temel olarak nörolojik ve nöro-endokrin uyarım ile tetiklenmektedir. Yani, akut stres tepkilerinin oluşumu, sinirsel iletim ve bu iletim sonucunda ortaya çıkan hormonal ve metabolik değişimlere dayanmaktadır. Stres tepkisinin oluşmasını sağlayan iletim ve uyarılma iki eksen boyunca olur (Cloninger, 1988; Mitchell ve Everly, 1996; Hill ve ark., 2005; Shah ve ark. 2004; Rice, 1999;

Siltanen, 1984; Guyton ve Hall, 1996; Middendorp ve ark, 2005). Bu iki eksen Şekil-3'de gösterilmektedir.

**Şekil-3:** Akut Stres Tepkilerinin Ortaya Çıktığı Eksenler (Mitchell ve Everly, 1996, Guyton ve Hall, 1996)

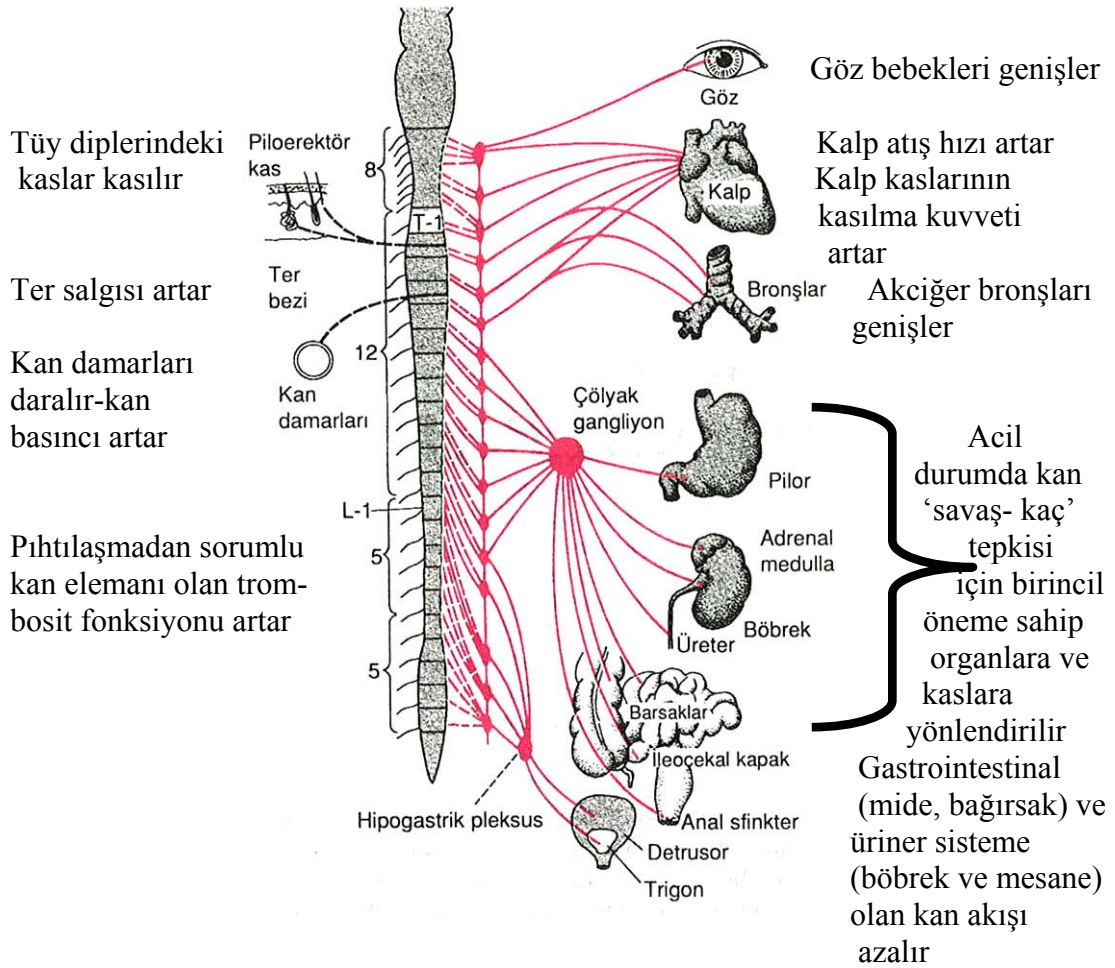


Akut stres tepkilerinin oluşumunda rolü olan ilk eksen, nöral eksendir. Nöral stres eksen, simpatik ve parasempatik sinir sistemi yollarından oluşmaktadır. Simpatik ve parasempatik sinir sistemleri işlevleri, birbirlerine karşıttır. Simpatik sinir sistemi, temel olarak, organizmanın, kaynaklarını tehdit eden veya onun için tehlike içeren durumlar karşısında harekete geçirilmesinden sorumludur; canlının aktif, uyarılmış ve tetikte olma halini temin eder. Parasempatik sinir sistemi ise, organizmanın, dinlenme, gevşeme, onarım ve yerine koyma hali ile ilişkilidir. Akut stres tepkilerinin oluşumunda, simpatik sinir sisteminin yüksek aktivitesi söz

konusudur. Sempatik sinir sisteminin yüksek uyarımı ve aktivasyonu, stres anındaki ‘savaş-kaç’ tepkilerinin ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Cloninger, 1988; Mitchell ve Everly, 1996; Hill ve ark., 2005; Shah ve ark. 2004; Rice, 1999; Siltanen, 1984; Guyton ve Hall, 1996; Rozanski ve Kubzansky, 2005).

Önceden belirtildiği üzere, zihinsel değerlendirme ve duygusal uyarılma sonucunda hipotalamus uyarılır. Akut stres tepkilerinin tetikleyicisi sayılabilecek hipotalamus, sempatik ve parasempatik sistem çekirdeklerini barındırmaktadır. Bu çekirdekler, ayrıca, beyin sapı ve omurilikte de yer almaktadır. Hipotalamus, içinde yer alan bu çekirdekler yoluyla sempatik sinir sistemini uyarır (Dager ve ark,1988; Guyton ve Hall, 1996). Hipotalamus tarafından uyarılan sempatik sinir sistemi, beden üzerinde iki kanal yoluyla etki etmektedir. Bunlardan birincisi, doğrudan etkidir. Sempatik sinir sistemi, omurilikte yer alan sinir yollarıyla bazı organları doğrudan etkilemektedir. Sempatik sinir sisteminin ikinci etkisi ise, dolaylı olmaktadır. Sempatik sinir sistemi adrenal medullayı (böbreküstü bezleri) uyarır ve bu bezlerin adrenalin ve noradrenalin salgılamasını arttırır. Bedende adrenalin ve noradrenalinin ortaya çıkardığı akut stres tepkileri de sempatik sinir sisteminin dolaylı etkisini yansıtmaktadır. Sempatik sinir sisteminin doğrudan, omurilikteki sinir yolları ile etkilediği organlar ve yol açtığı değişimler Şekil-4’de görülmektedir (Guyton ve Hall, 1996).

**Şekil-4: Sempatik Sinir Sistemi Aktivitesi ve Yol Açtığı Değişiklikler (Guyton ve Hall, 1996)**



Sempatik sinir sisteminin organlar üzerindeki doğrudan etkisi, yukarıda gösterildiği gibidir. Görülen bu değişimlerin her biri, savaş-kaç tepkisi için organizmanın daha uygun hale gelmesini sağlamaktadır. Örneğin, kalp atım hızının artması ve kan damarlarının daralması sonucu kan basıncının artması, kaslara ve dokulara daha fazla ve hızlı şekilde kan akışına neden olmaktadır. Bu durum, kaslara

ve dokulara normal zamandan daha fazla enerji sağlanması ve organizmanın ‘savaş-kaç’ tepkisi için ihtiyaç duyduğu bedensel güce sahip olması anlamına gelmektedir. Bu sırada, akciğer bronşlarının genişlemesi, kaslara ve dokulara taşınan kanın daha zengin oksijen içerikli olmasına hizmet etmektedir. ‘Savaş-kaç’ tepkisi için birincil öneme sahip olmayan organların (böbrekler ve gastrointestinal sistem organları) enerji tüketiminden tasarruf edilmesi amacıyla, bu bölgelere olan kan akışı azalmaktadır. Göz bebeklerinin genişlemesi, görüş alanının artmasına neden olur ki, bu da tehlike anında canlı için işlevseldir. Pıhtılaşmadan sorumlu kan elemanı olan trombositin işlevinin artması, olası bir yaralanma halinde canlının yararına olacak bir diğer fizyolojik değişimdir. Görüldüğü gibi, sempatik sinir sistemi aktivitesinin doğrudan etkileri, organizmaya acil durumda savaşması veya uzaklaşması için gereken donanımı sağlamakta, o sırada ihtiyaç duyulmayan işlevleri askıya almaktadır (Guyton ve Hall, 1996).

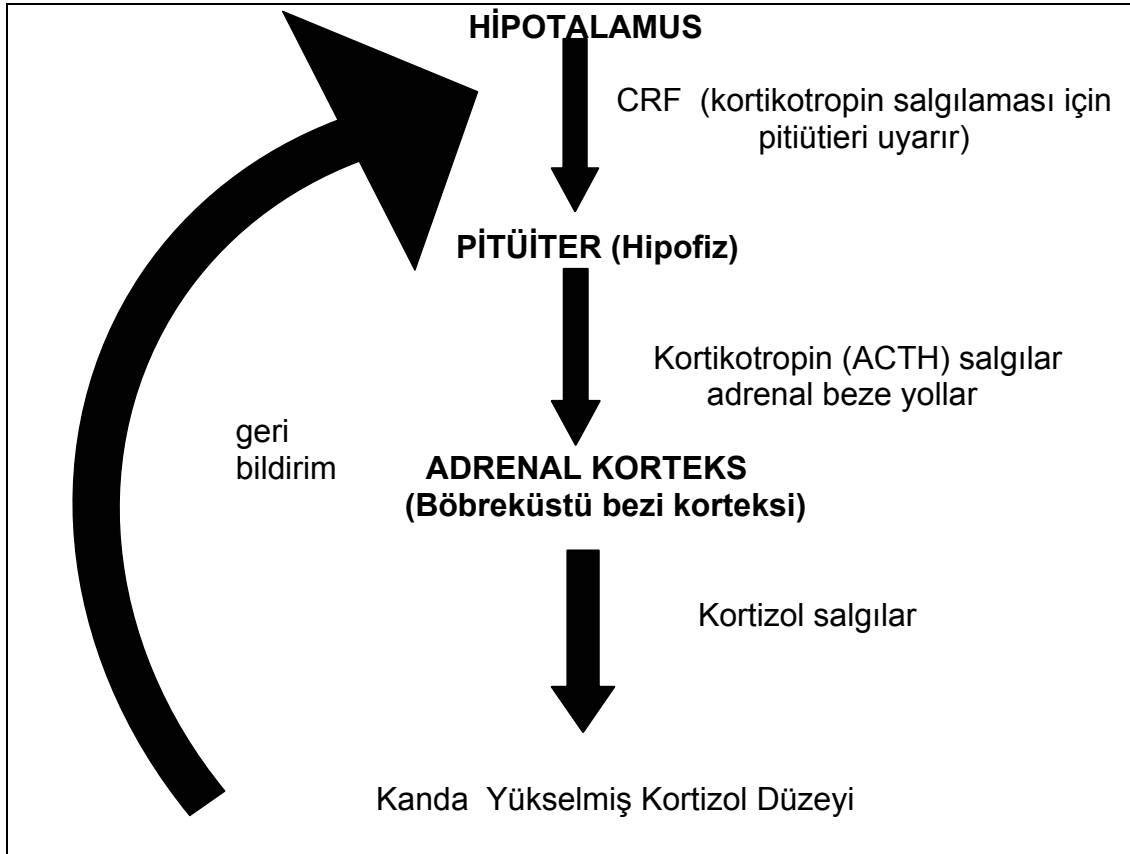
Sempatik sinir sisteminin dolaylı etkisi, adrenal medullayı (böbreküstü bezleri) uyarak bu bezlerin adrenalin ve noradrenalin salınımını artırması ile gerçekleşmektedir. Yukarıda sayılan organların sempatik sinirlerle doğrudan uyarıldığı hemen her zaman, adrenal medulladan da adrenalin ve noradrenalin salıverilir. Bu iki hormonun görevi, organları yukarıda bahsedildiği yönde uyarmaktır. Böylece organlar, sempatik sinirlerle ve aynı zamanda adrenal medulla hormonları ile olmak üzere, iki koldan uyarılmış olur. Bu iki yönlü uyarı, birbirini destekler ve genellikle birbirlerinin yerini tutabilirler. Örneğin, farklı vücut organlarına giden direkt sempatik yolların harap olması, bu organların stres halinde

uyarılmalarını tamamen ortadan kaldırmaz. Çünkü, kan dolaşımına hala adrenalın ve noradrenalin salıverilmektedir ve bu hormonlar, organları doğrudan olmayan yollarla uyarmaktadırlar (Rozanski ve Kubzansky, 2005; Guyton ve Hall, 1996; Siltanen, 1984). Aynı şekilde, her iki adrenal medullanın çıkarılması, genellikle sempatik sinir sistemi çalışması üzerinde az ve önemsiz bir etkiye sahiptir; çünkü doğrudan olan sinirsel iletim hemen hemen bütün işlevleri yerine getirir. Sonuç olarak, sempatik uyarılma ikili mekanizmaya sahiptir, birinin kaybında, diğeri, kaybın yerini tutar ve akut stres tepkilerinin tetiklenmesi mümkün olur (Guyton ve Hall, 1996).

Akut stres tepkilerinin oluşumunda rol oynayan diğeri beden sistemi ‘Hipotalamus - Pitüiter- Adrenal Korteks’ (HPA) eksenidir. Bu eksen, nöro-endokrin özelliktedir. Yani, sinirsel iletim yoluyla çeşitli hormon bezlerinin uyarımı söz konusudur (Rozanski ve Kubzansky, 2005; Schwartz ve ark., 2003). Fizyolojik stres tepkilerini başlatmak için uyarılan hipotalamus, kortikotropin salgılatıcı faktör olan CRF (corticotropin releasing factor) salgısı ile pitüiterin (hipofiz) uyarımını sağlar ve pitüiterden salgılanan ACTH (kortikotropin), adrenal kortekslere yollar. Adrenal korteksler, ACTH uyarımı sonucunda, stres yaşantısında önemli bir yeri olan kortizol hormonu salgılamasını artırır. Stres yaşantısı içindeki ikinci eksen uyarımı, bu olaylar dizisinden oluşmaktadır ve bu diziyi oluşturan basamaklar, akut ve kronik stres tepkilerinin etkileri konusunda kritik öneme sahiptir (Gillespie ve Nemeroff, 2005; Dager ve ark., 1988; Hill ve ark., 2005). Stres ve hastalık konusunda bu basamaklarda yer alan değişimlerin uzun vadedeki önemli etkileri daha açık bir şekilde görülecektir. Hipotalamus-pitüiter-adrenal korteks eksenini Şekil-5’de

görülmektedir.

**Şekil-5:** *HPA Ekseninin Normal Aktivitesi* (Guyton ve Hall, 1996)



Pitüiterden salgılanan ACTH, savaş-kaç tepkisi için önemli bir hormondur, çünkü, dikkat ve uyanıklık üzerinde arttırıcı etkiye sahiptir. ACTH hormonun artışı ile görsel ayırdetme artar, dikkatin devam süresinde artış olur ve tekrarlı görevlere devam etme süresi uzar. ACTH salgılanması sırasında, aynı yerden ve benzer miktarda endorfin salınımı da meydana gelmektedir. Endorfin salınımının, savaş-kaç tepkisi için önemi, ağrı duymazlığa (sedasyon ve aneljezi) sebep olmasıdır. Endorfin, vücudun doğal morfini olarak bilinmektedir. Akut stres hallerinde olan

yaralanmaların acısının, yaralanma anında değil üzerinden zaman geçtikten sonra hissedilmesi, endorfin hormonunun etkisinden kaynaklanmaktadır. Sonuç olarak, ACTH ve endorfin, savaş-kaç tepkisi esnasında canlıya yardımcı etkileri olan hormonlardır (Cloninger, 1988 ).

Stres yaşantısı sırasında, kortizol hormonunun salınımında artış olduğu araştırmalarca elde edilmiş bir bilgidir. Örneğin; Steptoe ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada, katılımcılardan, iş ve tatil günlerinde, olumlu duygu ve kortizol ölçümleri alınmıştır. Sonuçlara bakıldığında, hem iş hem de tatil günlerinde alınan ölçümler için, sahip oldukları olumlu duygu miktarına göre oluşturulmuş olan 5 katılımcı örnekleminin, farklı miktarlarda kortizol konsantrasyonuna sahip oldukları görülmektedir. En fazla olumlu duyguya sahip olan katılımcılarda, kortizol konsantrasyonu en düşük düzeydedir. Yani, hem iş hem de tatil günleri için, kadın ve erkeklerde, olumlu duygu, kortizol düzeyi ile anlamlı ve olumsuz ilişki içindedir (Steptoe ve ark, 2005)

HPA eksenini uyarımı sonucunda salgılamasında artış olan kortizol hormonunun, stres yaşantısı içinde önemli bir yeri vardır. Kortizol, pek çok metabolik değişime sebep olan etkin bir hormondur. Sebep olduğu değişimlerden bir tanesi, hücrelerdeki glikoz metabolizmasını düşürmesi ve karaciğerdeki glikoz yapımını (glükoneojenez) arttırmasıdır. Karaciğerdeki glikoz yapımı artışı ve hücrelerdeki glikoz kullanımı azalması, kandaki glikoz düzeyinin artışı ile sonuçlanır (Guyton ve Hall, 1996; Hill ve ark., 2005).

Kortizolün diğer işlevi de, serbest yağ asitlerinin hareketliliğini arttırmasıdır.

Diğer bir deyişle, kortizol, karaciğerden yağ asitlerinin, LDL (kötü kolesterol) denilen büyük moleküller içinde kana salınmasını sağlar ve kandaki serbest yağ asitleri konsantrasyonunu artırır. Bu durum, serbest yağ asitlerinin enerji için kullanımlarına olanak sağlamaktadır. Fakat, burada bir noktaya dikkat çekilmelidir. Kandaki serbest yağ asitleri miktarının artması, uzun vadede, kalp damar rahatsızlıkları oluşumuna katkı sağlayıcı bir faktör haline gelebilmektedir (Guyton ve Hall, 1996; Hill ve ark., 2005; Siltanen, 1984).

Kortizol hormonunun ve diğer stres hormonlarının diğer bir etkisi ise bağışıklık sistemi üzerinedir. Stres hormonları, bağışıklık sistemi üzerinde, hem şiddetlendirici hem de baskılayıcı etkiye sahip gibi görünmektedir. Baskılayıcı özellikleri hücre içi bağışıklık için söz konusudur. Yani stres hormonları hücre içi bağışıklığı ketlemekte ve bu yüzden stres, herpes (uçuk) veya grip virüsünün aktifleşmesi veya kanser hücrelerinin çoğalması gibi durumlara ortam hazırlayabilmektedir. Kortizolün bağışıklığı baskılayıcı özelliği aslında olumsuz gibi görünse de, tıpta işlevsel yönde kullanılabilmektedir. Örneğin kalp, böbrek ve diğer dokuların nakil sonrası immünolojik reddini önlemede kullanılan ilaçlar kortizol içeriklidir. Stres hormonlarının şiddetlendirici etkisi ise, antikor aracılı (hümorale) bağışıklık işlevinde görülmektedir. İşte, stresin, otoimmün hastalıkları veya astım, allerji gibi rahatsızlıkları tetikleme veya şiddetlendirmesi, stres hormonlarının bağışıklık işlevini artırması sonucu olmaktadır (Agarwal ve Marshall J.R., 2001, Levinson ve Jawetz, 1999, Karren ve ark., 2006; Guyton ve Hall, 1996; Hill ve ark., 2005, Rice, 1999),

Kortizolün yarattığı etkilerin uzun vadedeki sonuçları, kronik stres-hastalık

ilişkisi içinde önem kazanmaktadır. Bu yüzden stres yaşantısı içinde kortizolun yarattığı metabolik değişimlere dikkat edilmelidir.

#### **1.4.2.7. Fizyolojik Etkiler (Kronik Stres Tepkileri) ve Stresle Baş Etme**

Yukarda anlatılan stres tepkileri, stresörle karşılaşma anında başlayan ve ilk etapta verilen tepkilerdir. Bu akut stres tepkileri, canlıya savunucu, yaşamını devam ettirici olan savunmaları ve gücü kazandırmaktadır. Akut stres tepkileri işlevseldir. Fakat, bu stres tepkilerinin süresi ve ne sıklıkta yaşandığı önemlidir. Stresörün varlığı, baş etme çabalarına rağmen devam ederse, tehdit edici, tehlike içerikli durum karşısında çözümü sağlayacak sağlıklı baş etme stratejisi uygulanmazsa stres yaşantısı devam edecek, stres tepkileri tekrarlı ve uzun süreli hale gelecektir. Diğer bir deyişle, stres yaşantısı kronikleşecektir. Yukarda anlatılan fizyolojik tepkilerin sık sık uyarılması söz konusu olacak ve bir süre sonra, sürekli fizyolojik uyarılmışlık hali ortaya çıkacaktır. Sempatik sinir sisteminin ve hipotalamik-pitüiter-adrenal eksenlerin sürekli uyarılmışlık hali, beden üzerinde kalıcı olabilecek pek çok olumsuz değişime neden olabilir (Allen, 1984, Mitchell ve Everly, 1996, Rozanski ve Kubzansky, 2005, Hill ve ark., 2005).

Stres yaşantısı, kronikleştiği takdirde, zarar verici hale gelmektedir. Bu noktada, stresle baş etme tepkilerinin önemli olduğu açıktır. Lazarus (1986), baş etmeyi şöyle tanımlamaktadırlar; ‘Kaynakları aştığı düşünülen içsel veya dışsal talepleri ve tehlikeyi kontrol altına alabilmek için gösterilen değişken (dinamik)

bilişsel ve davranışsal çabadır' (Lazarus ve ark, 1986a; Lazarus ve ark. 1986b). Yaşam boyu her insan, taleplerle ve tehlikelerle karşı karşıya gelmektedir. Kimse için, problem durum veya uyarıcının, yani, stresörün olmadığı bir hayat düşünülemez. Stres yaşantısının zararlı etkilerinden kurtulmanın yolu, stres yaşantılarını tamamen yok etmeye çalışmak olamaz. Çözüm, stresin kronikleşmesini engelleyecek ve böylece zararlı olan yan etkilerini önleyecek etkili baş etmeye odaklanmaktır. Stresle başa çıkmanın kalitesi ve etkililiği, bireyin deneyimlediği stresli etkileşimin, sıklığını, yoğunluğunu ve niteliğini belirler. Stres yaşantısının ne kadar süreceğini belirleyen faktör, kişinin stresör karşısında doğru ve etkili başa çıkma davranışını ve tepkisini gösterip göstermediğidir. Başa çıkma davranışları, yaşanan stresin, uzun süreli mi kısa süreli mi ve tekrarlı mı tek seferlik mi olacağını belirler. Stresör karşısında etkili başa çıkma davranışı, stres yaşantısının, kısa sürede sona erdirilmesine hizmet edecektir. Etkili başa çıkma sürecinin, stresin zararlı etkilerinden korunma konusunda belirleyici ve önemli olduğu yönünde hızla büyüyen bir fikir birliği bulunmaktadır. Sonuç olarak, stresin kronikleşmesinde ve zararlı hale gelmesinde belirleyici olan faktör, kişinin stresle başa çıkma davranışlarıdır. Bu nedenle stres yönetimi programlarında, kişilerin, olayı ve uyarıcıyı değerlendirmelerinin yanında, başa çıkma davranışlarının üzerinde durulması tedavinin önemli bir parçasıdır (Lazarus ve ark, 1986a; Lazarus ve ark. 1986b, Holroyd ve ark. 1984, Cameron ve Meichenbaum, 1982).

Baş çıkma tarzları ile stres arasındaki olası ilişki ilgi çeken bir konudur. Konu ile ilgili yazında, stres ile baş çıkma tarzlarını inceleyen ve belli tarzları kullanan

kişilerin daha fazla psikolojik distres (örn; depresyon, anksiyete) yaşadıklarını gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Örneğin, hemşireler, meme kanseri olan hastalar ve üniversite öğrencileri ile yapılan bazı araştırmaların sonuçları; ‘sorundan kaçma veya kaçınmayı sağlayan davranışsal çabalar’ olarak tanımlanan ‘kaçınmacı başa çıkma tarzı’nın, depresyon belirtilerine anlamlı katkıda bulunduğunu, bu tarzı kullanan kişilerin daha fazla depresyon veya duygusal distres deneyimlediklerini göstermiştir. Araştırmacılar, kaçınmacı yaklaşımın daha fazla duygusal distres, depresyon veya olumsuz duygu ile ilişkili olduğu sonuçlarına varmışlardır (Brain ve ark, 2006; Vandervoort, 2006; Maurier ve Northcott, 2000). Konu ile ilgili yurt içindeki çalışmalar da benzer sonuçlar vermiştir. Dağ’a (1990) göre, başa çıkma tarzları ile psikolojik belirti gösterme arasında, doğrudan, anlamlı ve olumlu bir ilişki bulunmaktadır; diğer bir deyişle, uyumsuz başa çıkma tarzlarına sahip kişiler daha fazla psikolojik belirti gösterme eğilimindedir (Dağ, 1990). Benzer olarak, Siva’ya (1991) göre ise, stresle başa çıkma tarzları depresyon ile anlamlı ilişki içindedir (Siva, 1991).

#### **1.4.3. KRONİK STRES VE HASTALIK**

Zihin ve beden arasında köprü görevi gören, dışsal taleplerin bedensel belirtilere dönüşmesinde aracı olan stres sürecinin son durağı; ‘hastalık oluşumu’dur (Allen,1984; Mitchell ve Everly, 1996).

Stresin, canlı üzerinde yaratabileceği zararlı etkilerden ve stres sonucu hastalık

oluşumundan bahseden ilk ve en önemli isimlerden bir tanesi Hans Selye'dir. Selye, 1936 yılında, stresin hastalığa yol açma sürecini; 'Genel Uyum (Adaptasyon) Sendromu' veya 'Biyolojik Stres Sendromu' adı altında tanımlamıştır. Selye'ye göre, tüm biyolojik organizmalar içsel dengelerini (homeostasis) sağlama ve koruma yönünde, doğuştan getirdikleri bir güdüye sahiptirler. Dışardan gelen ve organizmanın bütünlüğünü tehdit eden her çeşit etken, diğer bir deyişle 'stresörler', organizmada uyuma yönelik çeşitli biyokimyasal değişimlerin tetiklenmesine neden olmaktadır. Vücut, stresöre karşı fizyolojik uyanma ile yani, stres tepkisi ile cevap verir. Bu, savunucu ve kendilik koruyucu bir tepkidir. Uyarılma sonucu, uyum yapma süreci başlar. Fakat, uyumu sağlayacak ve uyum sürecini devam ettirecek olan enerji sınırlıdır. Bu enerji tükendiği takdirde, organizma devam eden stresle baş etme kabiliyetinden mahrum kalır. Bunun sonucunda, hastalıklar, ölümler ortaya çıkar. Dolayısıyla, iyileşme, organizma tarafından gösterilen direnç ile stresörün, sürekliliği-şiddeti arasındaki mücadeleye bağlıdır. İşte Selye 'Genel Uyum Sendromu' adını verdiği, stresörle karşılaşmadan itibaren olan süreci, bu şekilde açıklamaktadır. Selye, aynı zamanda, sürecin aslında 3 aşamalı olduğunu belirtmiştir. Bu üç aşama; Alarm Dönemi, Direnç Dönemi ve Tükenme Dönemidir (Selye, 1956, Selye, 1975).

Selye'nin tanımladığı alarm dönemi, yukarda bahsedilen akut stres tepkilerini içermektedir. Stresör ile ilk karşılaşma sırasında yaşanmaktadır. Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu başlar ve sonucunda kan basıncında yükselme, nabız sayısında artma, kan şekeri ve kortizol düzeylerinde yükselme gibi fizyolojik tepkiler

ortaya çıkar. Eğer bu tepkiler canlının stresörle başa çıkmasına ve homeostazisi yeniden kurmasına yetmezse, direnç safhasına geçilecektir. Direnç aşamasında stres çözüme ulaşmalıdır, eğer başarıya ulaşılmazsa baştan beri süregelen değişimler sonucunda organizmada bir iflas ve yenilgi tablosu oluşacaktır. Direnç aşamasının ötesine geçen uyarılma, canlıda tükenmeye, yani hastalıklara ve nihayetinde ölüme neden olacaktır. (Selye, 1956, Selye, 1975).

Selye, bu 3 aşamadan ilk ikisinin, her insan hayatında, sayılamayacak kadar çok deneyimlendiğine işaret etmektedir. Tükenme aşamasına geçilmeden sona eren stres, insan hayatının doğal parçalarıdır. Selye'ye göre, bu kısa süreli stresin etkileri telafi edilebilir niteliktedir. Örneğin, stres dolu bir haftalık yoğun iş temposu sonucunda yapılan dinlendirici tatil, kişiyi stres öncesine yakın şekilde yenileyecektir. Fakat, Selye, burada özellikle 'yakın' kelimesini kullanmaktadır. Çünkü ona göre, yaşanan her biyolojik aktivite bedende 'geri dönüşü olmayan kimyasal yaralar' bırakmaktadır (Selye, 1975)

Görüldüğü gibi Selye, stresörün ortaya çıkışı ile başlayan uyum sürecini tanımlamıştır. Aktardığı alarm dönemi, stresör ile baş edilmesi için işlevsel ve yararlı gibi görünmektedir. Fakat, stresin kronikleşmesi, diğer bir deyişle stresörle baş etme süresinin uzaması sonucu, bedensel savunmalar alarm döneminin ötesine geçmektedir. Direnç ve tükenme dönemlerinde söz konusu olan bedensel savunmalar, organizmada değişik biçimlerdeki doku zedelenmelerine yol açmaktadır. Diğer bir deyişle, uzamış, kronikleşmiş ve çözümlenememiş stres durumlarında, vücudun uyum çabaları pek çok hastalığın başlangıç ve devamında

önemli rol oynamaktadır. Selye, ortaya çıkan bu rahatsızlıklara ‘Adaptasyon Hastalıkları’ adını vermiştir (Selye, 1956).

Selye, psikosomatik hastalıklar açıklamasında Genel Uyum Sendromuna ek olarak, Lokal Uyum Sendromundan bahsetmektedir. Selye’ye göre, bazı durumlarda, sistem, stresöre, tümüyle değil odaklanmış bir bölümüyle yanıt vererek, homeostatik dengesini tekrar kurar. Diğer bir deyişle; organizma, stres karşısında, belli bir organdaki bozulmayı kullanarak sistemin bütünlüğünü sürdürmektedir. Sistem, en yakın organı seçerek, o organın çalışmasını bozar ve boşalım sağlar. Organizma, hasta bile olsa, dengesini yeniden kurmuş olur. Selye, bu süreci; ‘Lokal Uyum Sendromu’ olarak adlandırmıştır ve ona göre, psikosomatik rahatsızlıklar, bu lokal uyum tepkisi sonucunda gelişmektedir (Selye, 1975).

Peki bu hipotez ne kadar desteklenmektedir? Yani psikosomatik hastalığı olan bireyler, stres ile ilişkili değişkenler bakımından diğer kişilerden farklılaşmakta mıdır? Bu soruya cevap bulabilmek amacıyla, psikosomatik hastalığı olan kişilerin stres düzeylerini ve stresle baş etme biçimlerini ölçme ve bu ölçümleri 'normal' kişilerinki ile karşılaştırma girişimleri, konuyla ilgili yazında geniş bir yere sahiptir. Özellikle, yaygın psikosomatik hastalıklar olan, kalp-damar rahatsızlıkları, hipertansiyon, migren, romatoid artrit ve astımın gelişiminde stresin rolünü inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır.

#### **1.4.3.1. Kronik Stres ve Kalp-Damar Hastalığı**

Kalp-damar rahatsızlıkları, günümüzde oldukça yaygındır. Özellikle, endüstrileşmiş batı ülkelerinde, orta yaş popülasyonu için en önemli ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (Siltanen, 1984). Kalp-damar rahatsızlıklarının yaygın olduğunu gösteren bazı istatistiksel bilgiler bulunmaktadır. Örneğin, 1996 yılında, dünyadaki ölümlerin yaklaşık %30'u kalp-damar rahatsızlıklarından kaynaklanmıştır. Gelişmiş ülkelerde, tüm ölümlerin yaklaşık yarısından, gelişmekte olan ülkelerde ise %25'inden kalp-damar rahatsızlıkları sorumludur (Shah ve ark, 2004).

Kalp-damar rahatsızlıkları için, kardiyologlar tarafından belirlenmiş geleneksel risk faktörleri şöyledir: ilerlemiş yaş, erkek olmak, kanda yükselmiş kolesterol düzeyi, düşük yoğunlukta lipoprotein konsantrasyonu, hiper tansiyon, sigara içme, diabetes mellitus, genetik faktörler ve fiziksel aktivite eksikliği/yoksunluğu. Fakat, bu geleneksel risk faktörlerinin tüm kalp-damar rahatsızlıklarını açıklamadığı belirtilmektedir (Siltanen, 1984). Bu nedenle, kalp-damar rahatsızlıklarının gelişiminde ve ilerlemesinde bu sayılan faktörlerin dışında bazı etkenlerin rol oynayabileceği düşüncesi makuldür. Hastalık gelişiminde etkili olduğu düşünülen ve araştırılan olası risk faktörlerinden bir tanesi de, kronik stres ve kronik olumsuz duygu durumlarıdır (Sheps ve Rozanski, 2005; Davidson ve ark., 2005; Kubzansky ve ark., 2005; Naqvi ve ark., 2005, Carney ve ark., 2005; Shah ve ark, 2004; Reeder ve ark, 1973; Smith, 2001).

1950'li yıllar ve sonrasında, stres ve olumsuz duygudurumun kalp-damar

rahatsızlıkları ile ilişkisi, stres ve kalp-damar rahatsızlıklarının birlikte bulunuşu üzerine olan araştırmaların sayısında artış gözlenmiştir ve bu konuya olan ilgi, günümüze kadar devam etmiştir. Bu ilişkinin araştırmalarca gösterilmiş olmasının yanında, altta yatan mekanizma hakkında da bilgiler çoğalmıştır. Yani, ‘Stres ve olumsuz duygu yaşantıları hangi aşamalar sonucunda kalp hastalığına yol açar?’ sorusuna kısmen de olsa cevap verilmiştir (Sheps ve ark, 2005, Carney ve ark., 2005; Reeder ve ark, 1973).

Stres ve kalp rahatsızlığının birlikte bulunuşuna işaret eden araştırmalardan önce, altta yatan mekanizma hakkında bilgi vermek faydalı olacaktır.

Stres ile ilişkili olduğu düşünülen kalp-damar rahatsızlıkları; damar sertliği (koroner arterde aterosklerozis), damar tıkanıklığı (koroner arterde tıkanıklık), kalp kasının oksijensiz kalması (miyokardial iskemi) ve kalp krizi (miyokardial enfarktüs) dir. Bu rahatsızlıkların başlaması ve ilerlemesinde, stres tepkilerinin rol oynadığı ileri sürülmektedir. Stres yaşantısı, ilk etapta damar sertliğini tetikleyebilir, stres yaşantısının devamı ve sıklığı damar sertliğinin bir adım ötesi olan damar tıkanıklığı gelişimine katkıda bulunabilir. Damar tıkanıklığının gelişmesi halinde, kalp damarları, kalp kasına ihtiyaç duyduğu oksijeni sağlama görevini yerine getiremez (miyokardial iskemi). Kalp kasının bir süre oksijensiz kalması, kalp kasının ölümü demek olan ve kalp krizi olarak bilinen ‘miyokardial enfarktüs’e neden olur (Guyton ve Hall, 1996). O halde, stresin bu zincirleme rahatsızlıklar dizisindeki rolü tetikleyici ve ilerletici olmasıdır.

Peki stres ne şekilde damar sertliğine ve damar tıkanıklığına neden



olmaktadır? Damar sertliği ve damar tıkanıklılığının gelişiminde en önemli etkenin endotelial işlev kaybı olduğu aktarılmaktadır. Yani, kalp damarlarındaki sorunlar damarların iç çeperlerini kaplayan endotelial tabakanın hasar görmesi ile başlamaktadır. Stres, endotelial tabakanın hasarına katkıda bulunan önemli bir faktördür. Çünkü, önceden de aktarıldığı gibi, akut stres yaşantısı sırasında, kalp atışı hızlanmakta ve güçlenmektedir. Aynı zamanda, kalp damarlarında daralma (vazokonstriksiyon) söz konusudur. İşte bu nedenle, kan basıncı stres anında normalden daha fazladır. Kanın damar içinde yüksek basınçla dolaşımı, özellikle damarların çatallandığı bölgelerde kanın yarattığı vuruş etkisi, damar iç çeperini saran endotelial tabakada hasara neden olmaktadır. Sık ve uzun süreli stres yaşantısında, yüksek kan basıncının endotelial tabakaya vereceği hasar daha fazla olacaktır. Stres yaşantısının kalp damarlarına olan zararlı etkisi, sadece kan basıncının uyguladığı mekanik zedeleyici güçle kalmamaktadır. Stres yaşantısı, endotelial tabakanın kendisini onarma çabaları sırasında da zarar verici olmaya devam etmektedir. Endotelial tabakanın zarar gören bölgesinde, bedenin gösterdiği bir onarma çabası (inflamasyon) olacaktır. Bu onarım aşamasında, zedelenen bölgede fazladan çeşitli maddelerin birikimi, damar iç çeperinin sertleşmesine, damar içinde bir plak oluşumuna neden olabilir. Örneğin, kalsiyum tuzu, bağ dokusu hücreleri ve inflamatuvar hücreler (makrofajlar) gibi maddelerin kümelenmesi ile önce yumuşak, daha sonra kalsiyum çökmesine bağlı olarak sertleşebilen yapıdaki plak oluşumu başlayabilir. İşte, yüksek stres düzeyinin diğer olumsuz etkisi de, bu aşamada ortaya çıkabilmektedir. Kronik stres, bu birikime ve damar çeperi içinde plak oluşumuna

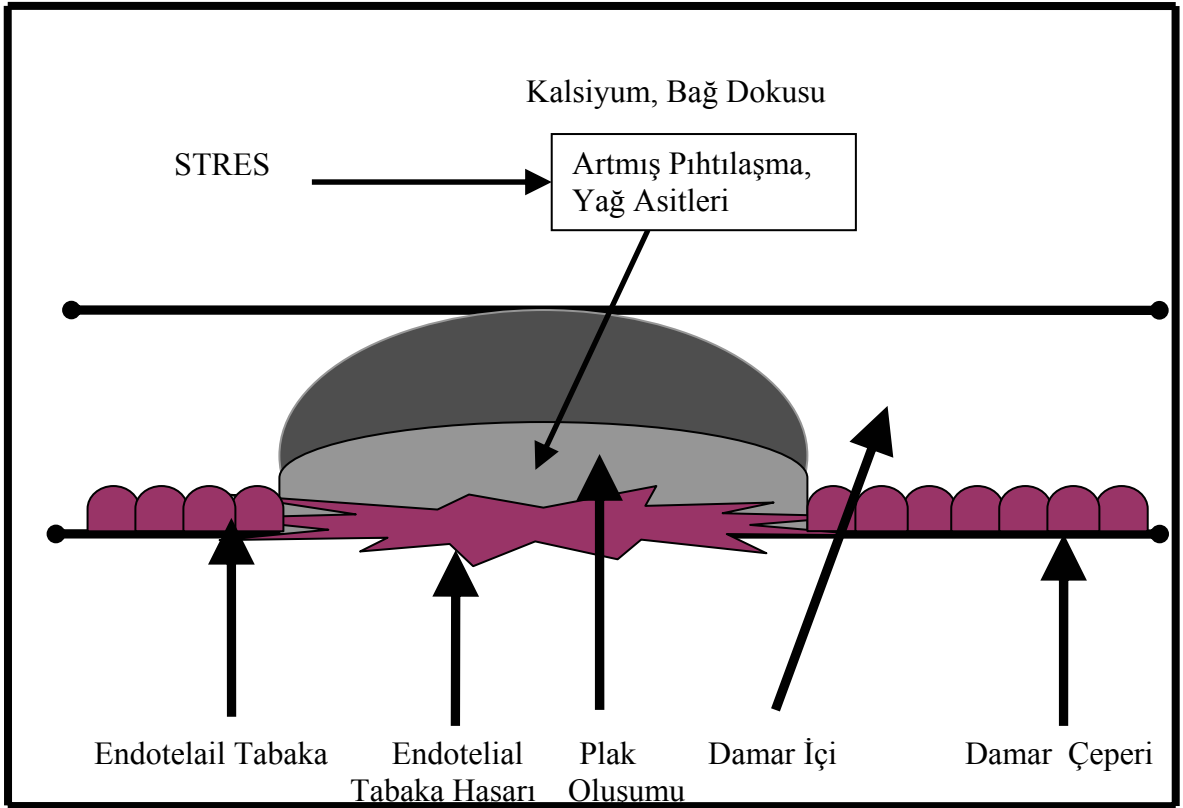
katkıda bulunmaktadır. Bilindiği gibi stres hormonlarından biri olan kortizol, kanda kötü kolesterol (LDL) molekülleri halindeki serbest yağ asidi miktarını arttırmaktadır. Kan tarafından taşınan bu serbest yağ asitleri, endotelial tabakanın hasarlı bölgesindeki kümelenmeye katılmakta ve plak oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Ayrıca, stres anında normalden fazla salgılanan katekoleminler (adrenalin ve noradrenalin), hasarlı damar bölgesinde, pıhtılaşmayı sağlamakla görevli trombositin işlevini arttırmaktadır. Bu nedenle stres, hasar gören bölgede gereğinden fazla trombosit kümelenmesine ve aşırı trombosit fonksiyonuna ve bunu takiben pıhtılaşmanın gereğinden fazla olmasına neden olacaktır. Sonuç olarak, stres sırasındaki yükselmiş kan basıncı, artmış plazma yağ asidi oranı, artmış trombosit işlevi ve pıhtılaşma, damar içi plak oluşumunu tetikleyerek ilk etapta damar sertliğini (koroner arterde aterosklerozis), sonrasında damar tıkanıklığını (koroner arterde tıkanıklık) desteklemektedir (Sheps ve Rozanski, 2005, Carney ve ark, 2005, Hill, 2005, Kop ve Gottdiener, 2005, Shah ve ark, 2004, Schwartz ve ark, 2003). Buraya kadar anlatılan ‘stresin damar sertleşmesi ve damar tıkanıklığına katkısı’, Şekil- 6’da görülmektedir.

Stresin damar içi plak oluşumuna, yani, damar sertliğine (aterosklerozis) ve sonrasında plağın büyümesi, kalınlaşması ile ortaya çıkan damar tıkanıklığına (koroner arter) katkısı yukarda aktarılan süreç dahilinde olmaktadır. Kalp damarlarının tıkanması sonucu ortaya çıkan kalp kasının oksijensiz kalması (miyokardial iskemi) ve kalp kasının ölmesi (miyokardial enfarktüs) de, dolaylı olarak stresin katkısını barındırmaktadır. Stresin sık ve uzun süreli yaşanıyor olması,

stres dahilinde olan bu tepkilerin daha etkili ve zarar verici olmasına neden olabilmektedir (Schwartz ve ark, 2003).

Stresin kalp-damar problemleri ile olan ilişkisi uzun yıllardır ilgi gören bir konu olmuştur. Pek çok araştırma stresin bu rahatsızlıklar ile ilişkisini incelemiştir. Arada olumlu ilişki olduğunu aktaran çalışmaların sayısı azımsanmayacak ölçüdedir.

**Şekil – 6 : Stresin Damar Sertleşmesi ve Damar Tıkanıklığına Katkısı** (Sheps ve Rozanski, 2005, Carney ve ark, 2005, Hill ve ark., 2005, Kop ve Gottdiener, 2005, Shah ve ark, 2004, Schwartz ve ark, 2003).



#### 1.4.3.2. Konu ile İlgili Araştırmalar

Kronik stres ve kalp-damar rahatsızlıkları üzerine olan araştırmalar, örneklem grupları, kullandıkları yöntemler, ölçtükleri değişkenler açısından çeşitlilik göstermektedirler. İnsan ve hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Geçmişe dönük, kesitsel veya boylamsal desenlerin kullanılması söz konusudur. Çalışmalarda alınan stres ölçümleri ve bahsedilen stresörler de çeşitlilik göstermektedir. Örneğin, aşağıda aktarılabak olan bir grup çalışmada, sosyal kaynaklı stres yaşantıları (iş stresi, yaşam değışikliğı ve yaşam olayları kaynaklı stres, sosyal hareketlilik ve göç kaynaklı stres v.b.) ölçümlerinin kalp hastalığı üzerindeki olası etkisi incelenmiştir. Hastalık ve stres ilişkisini inceleyen diğerk bazı araştırmalarda, kronik stresi barındıran olumsuz duygu durumlar yani psikolojik/duygusal distres ve kalp hastalığı ilişkisi çalışılmıştır. İlerde de görüleceğı gibi, stres ve hastalık konusunda yapılan araştırmalar; alınan stres ölçümleri ve uygulanan desenler açısından çok çeşitlidir (Glassman ve Shapiro, 1998; Smith, 2001).

İlk olarak, stres ve kalp rahatsızlıkları ilişkisini araştıran hayvan çalışmalarından bahsetmek mümkündür. Bazı hayvan çalışmaları, maymunlar üzerinde yürütölmüştür. Bu hayvanların seçilmesinin sebebi, insanlar gibi çeşitli sosyal dinamiklerinin, kurallarının, ilişki biçimlerinin olmasıdır. Örneğin, makak maymunları hiyerarşinin söz konusu olduğı sosyal gruplar içinde yaşamaktadırlar, baskın olan üyeler vardır ve bu üyelere diğerk üyeler boyun eğmektedir. Grup içine

yabancı üyelerin gelmesi, baskın üyeler için bir meydan okuma ve rekabet ortamı doğurmaktadır. Dolayısıyla, makak maymunları ile olan çalışmalarda stresör, grubun içine giren yeni maymunlar olabilmektedir (Schwartz ve ark, 2003). Bu şekildeki bir araştırma, Kaplan ve arkadaşları (1982) tarafından yapılmıştır. Bu araştırmanın amacı, sosyal çevre ve sosyal statü kaynaklı stresin, kalp-damar rahatsızlıkları üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda araştırmacılar, 30 yetişkin erkek makak maymununu (*Macaca fascicularis*), her biri 5 üyeden oluşan 6 gruptan birine atamışlardır. Deneyde yer alan her maymun, kalp rahatsızlığı geliştirmeye elverişle şekilde beslenmiştir. Bütün maymun grupları için, iki sosyal koşuldan bir tanesi geçerlidir. Birinci koşul; sabit olmayan koşuldur, grup içindeki bazı üyeler belli zamanlarda değiştirilmiştir. İkinci koşul; sabit koşuldur, ilk grup üyeleri çalışmanın sonuna kadar değiştirilmemiştir. Bu deneysel koşullarda bulunan maymunlar, 22 ay boyunca izlenmiştir. 22 ay sonunda yapılan nekropside, sabit olmayan koşuldaki baskın maymunların, sabit koşuldaki baskın maymunlardan ve her iki koşuldaki çekinik maymunlardan anlamlı derecede daha fazla koroner arterde sertleşme geliştirdikleri görülmüştür. Bu çalışmada, sabit olmayan koşul, diğer koşula göre daha fazla rekabet, meydan okuma ve tehdit içerikli ve dolayısıyla daha fazla stres tetikleyici gibi görünmektedir. Bu koşulda bulunan ve baskın olan maymunun, daha fazla stres yaşantısının olması beklendiktir ve en fazla kalp-damar rahatsızlığı gösterenlerin bu koşulda yer alan baskın maymunlar olması, şaşırtıcı bir bulgu gibi görünmemektedir (Kaplan ve ark, 1982).

Stres ve kalp-damar rahatsızlıkları ile ilgili yazında, hayvan çalışmalarına

kıyasla, insanlar üzerinde yürütülen çalışmaların yaygınlığı dikkat çekmektedir. İnsan örneklemi kullanan bu araştırmalar, genel olarak 2 grup içinde gözden geçirilebilir. Birinci grup araştırmada, sağlıklı insanlardan, diğer bir deyişle toplum örneklemelerinden, veri toplanarak stres konusu çalışılmaktadır. Bu çeşit çalışmalarda, toplum içinde yer alan sağlıklı kişiler, stres yaşantıları ve fiziksel sağlık durumları açısından belli süre ile takip edilmektedirler. Sonuçta, sağlıklı kişilerin stres yaşantılarının, hastalık geliştirme durumuna etkisinin görülmesi amaçlanmaktadır. Bu tip çalışmalar, stres yaşantısının kalp-damar rahatsızlığı geliştirme riski üzerine etkisi hakkında bilgi verici niteliktedir. Belli izleme süresini içeren ileriye dönük (prospektif) çalışmalardır. İkinci grup araştırmada ise, zaten kalp-damar rahatsızlığına sahip olan hasta örneklemi, stres yaşantıları ve hastalıklarının prognozu açısından gözlenmektedirler. Sonuçta, stres yaşantısının, hasta örnekleminde, iyileşmeye veya hastalığın kötüye gidişine ne derece etki ettiği görülmektedir. Aynı şekilde, bu çalışmalarda da katılımcıların belli bir süre takibi söz konusudur, yani bunlar da, ileriye dönük özellikte çalışmalardır (Glassman ve Shapiro, 1998).

Toplum örneklemleri çalışmalardan bir tanesi, iş ile ilişkili stres yaşantısı ve kalp-damar rahatsızlığı arasındaki ilişki üzerinedir. Bu çalışma, 2005 yılında, Smith ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar, işte gösterilen çaba ve alınan ödüller arasındaki dengesizliğin önemli bir stres kaynağı olduğu düşüncesinden yola çıkarak, çaba-ödüller dengesizliği kaynaklı stres yaşantısı ve kalp-damar rahatsızlığı arasındaki olası ilişkiyi, toplum örnekleminde çalışmışlardır. Güney

Avusturalya’da yaşayan 118 çalışan ile yürütülen çalışmanın sonucunda, çaba-ödül dengesizliği ile karşı karşıya olan çalışanların, daha fazla kalp-damar rahatsızlığı belirtisine sahip oldukları görülmüştür. Sonuç olarak, çaba-ödül dengesizliği kaynaklı stres ile kalp-damar rahatsızlığı belirtileri arasında olumlu ilişki olduğu kaydedilmiştir. Araştırmacılara göre, iş yerinde yüksek çabaya karşılık düşük ödül alan kişiler, daha fazla kronik stres deneyimlemektedirler ve bu kişiler, diğer çalışanlara oranla, daha fazla kalp-damar rahatsızlığı belirtisi gösterme eğilimindedirler (Smith ve ark, 2005).

Benzer bir çalışma 2001 yılında, van Vegchel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada da, yine çaba-ödül dengesizliği stresör olarak ele alınmış ve işteki çaba-ödül dengesizliği kaynaklı kronik stresin, çalışanın iyi-oluşu üzerine etkisi incelenmiştir. 16-58 yaş arasında olan 167 sağlık çalışanının, algılanan çaba-ödül dengesizliği ve fiziksel/psikosomatik belirtileri ölçümleri alınmıştır. Çalışmanın sonucunda, gösterdikleri çaba ve aldıkları ödüller arasında dengesizlik algılayan ve dolayısıyla kronik iş stresi yaşayan çalışanların, diğer çalışanlara oranla, daha fazla fiziksel ve psikosomatik yakınmaya sahip oldukları görülmüştür (van Vegchel ve ark, 2001)

İş stresi ve kalp-damar rahatsızlıkları ilişkisini toplum örnekleminde çalışan bir diğer araştırma, Karasek ve arkadaşları (1988) tarafından yürütülmüştür. Araştırmacılar, iş stresi ve kalp-damar rahatsızlıkları ilişkisini görmek amacıyla, 1960-1961 ve 1971-1975 yılları arasında yapılan iki ulusal taramanın (Health Examination Survey-HES, n=2409 ve Health and Nutrition Examination Survey-

HANES n=2424 ) verilerini yeniden analiz etmişlerdir. Bu taramada bilgileri bulunan çalışan erkeklerin, psikososyal iş özellikleri ve sağlık durumları üzerinde çalışan araştırmacılar, iş yerinde daha fazla stres yaşayan çalışanların, daha fazla yaygınlıkta miyokardial enfarktüs geçirdiklerini görmüşlerdir (Karasek ve ark, 1988).

Konu ile ilgili yazında, kronik stres yaşantısının eşlik ettiği veya kronik stres yaşantısını barındıran olumsuz duygu durumun, kalp-damar rahatsızlıkları gelişimdeki rolünü inceleyen araştırmalar da yaygındır. Bu araştırmalarda, duygusal veya psikolojik distress olarak tabir edilen olumsuz duygu durumların ölçülmesi ve kalp üzerindeki olumsuz etkilerinin çalışılması söz konusudur. Kalp-damar rahatsızlıkları ile ilişkisine en çok inanılan olumsuz duygu yaşantıları; depresyon ve anksiyetedir. Depresyonun, kalp-damar rahatsızlıklarının gelişiminde ve şiddetlenmesinde etkili olduğu düşüncesi, konu ile ilgili yazında yaygın olarak dile getirilmektedir (Sheps ve Rozanski, 2005; Davidson ve ark., 2005; Kubzansky ve ark., 2005; Naqvi ve ark., 2005; Carney ve ark., 2005; Kop ve Gottdiener, 2005).

Olumsuz duyudurumun kalp-damar rahatsızlığı gelişimi üzerindeki etkisini araştıran toplum örneklemleri bir çalışma, Barefoot ve Schroll (1996) tarafından yürütülmüştür. Çalışma, depresyonun kalp-damar rahatsızlığı seyrinde olumsuz etki ettiği hipotezini sınamaktadır. Araştırmacılar, 1964 ve 1974 yılları arasında, Danimarka-Glostrup'da yaşayan 409 erkek, 321 kadın toplam 730 gönüllü katılımcıyı, psikolojik ve fiziksel değerlendirmeye tabi tutmuşlardır. Bu değerlendirmeler sonucunda, katılımcıların demografik bilgilerinin yanı sıra, fiziksel sağlık durumları, sahip oldukları depresif belirtiler ve kalp-damar rahatsızlığı

geliştirme yönündeki risk faktörleri belirlenmiştir. 27 yıllık bir izleme süresinin sonunda, yani 1991 yılında, katılımcıların sağlık durumları incelendiğinde, önceki değerlendirmelerde yüksek depresif belirti aktaran katılımcıların o an için daha fazla kalp hastalığı belirtisi gösterdiği ve buna ek olarak sonrasında daha yaygınlıkta miyokardial enfarktüs geçirdikleri görülmüştür. Bu ilişkide katılımcıların sahip oldukları risk faktörlerinin etkisi olmadığı aktarılmıştır. Depresyon yaşantısı ve miyokardial enfarktüs geçirme arasındaki bu olumlu ilişki, hem kadın hem de erkek katılımcılar için geçerlidir. Bu toplum örneklemleri çalışmada araştırmacılar, depresyonun kalp-damar rahatsızlığı gelişiminde rolü olabileceği sonucuna varmışlardır (Barefoot ve Schroll, 1996).

Benzer olarak depresyonun kalp-damar rahatsızlıklarından ölüm riski üzerindeki etkisini gösteren toplum örneklemleri bir diğer çalışma, Murphy ve arkadaşları tarafından (1987) yapılmıştır. Çalışma, esas olarak duygudurum bozuklukları ve ölüm riski arasındaki ilişki üzerinedir. Fakat, çalışmanın bulgularından bir tanesi, depresyon ve kalp damar hastalığı kaynaklı ölüm riski ilişkisini göstermiştir. Çalışmada, Kanada-Sterling’de yaşamakta olan 1003 yetişkin katılımcıdan veri toplanmıştır. Yapılandırılmış görüşmeler yoluyla fiziksel ve psikolojik sağlık durumları değerlendirilen katılımcıların, 16 yıl içindeki ölüm oranları ve ölüm nedenleri değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, depresyonun kalp-damar rahatsızlıklarına bağlı ölüm ile anlamlı ilişki içinde olduğu görülmüştür. Bu beklendiği bir sonuçtur ve diğer araştırma sonuçları ile tutarlıdır (Murphy ve ark, 1987).

Stres ve sağlık ile ilgili yazında, daha önce bahsedildiği gibi, hali hazırda kalp-damar rahatsızlığı geliştirmiş kişilerden oluşan örneklerle yapılmış çalışmalar yaygındır. Hasta örnekleri kullanan bu araştırmalarda, hastaların stres ile ilgili değişken ölçümleri sağlıklı kişilerle karşılaştırılmaktadır ve stres yaşantıları açısından aralarındaki olası fark incelenmektedir. Bu tip araştırmaların yürütölmesindeki bir diğer amaç, kronik stres veya olumsuz duygu durumun, kalp-damar rahatsızlıklarının gidişi ve sonucu üzerindeki olası olumsuz etkilerini görmek ve göstermektir. Belli sürelerle takip edilen kalp-damar hastalarının, stres yaşantıları ve duygu durumları ile hastalıklarının gidişi ve sonucu arasındaki olası ilişki incelenmektedir (Glassman ve Shapiro, 1998).

Koroner kalp hastalarının stres yaşantısı ile ilgili bilgi verici olan bir araştırma Balog ve arkadaşları (2003) tarafından yürütölümüştür. Araştırmanın amacı koroner kalp rahatsızlığı olan kadınlar ve sağlıklı kadınlarda evlilik ve iş stresi yaşantısı ile depresyon belirtilerinin incelenmesidir. Çalışma sonucunda, koroner kalp rahatsızlığına sahip kadınların, sağlıklı kişilere göre daha fazla evlilik ve iş stresine ve dahası daha yüksek düzeyde depresyon belirtilerine sahip oldukları görölümüştür (Balog ve ark., 2003).

Stresin kalp-damar rahatsızlığı seyrinde etkisi olduğuna dair bir alışma, Orth-Gomer ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır. Araştırma, 1991-1994 yılları arasında akut miyokardial enfarktüs geçiren ve hastaneye yatırılan 30-65 yaş arası 292 evli ve çalışan kadın hasta örneklemini üzerinde yürütölümüştür. Katılımcıların, evlilik ve iş stresi ölçümleri alınmış ve bu kişiler ortalama 4,8 yıl takip edilmişler.

İzleme süresinin sonunda, evlilik stresinin, yinelenen hastalık oranı ile anlamlı ve olumlu ilişki içinde olduğu görülmüştür. Diğer bir deyişle, yüksek evlilik kaynaklı stres aktaran hastaların, hastalıklarının yinelenmesi veya kötüleşmesi riski, düşük stresli hastalar için olan riskin 2,9 katı kadardır. Araştırmada elde edilen bir diğer bulgu ise, iş stresinin, hastalık seyrine etki etmediği yönündedir. Bu bulgu beklenmediktir ve ilgili yazında hakim olan görüş ile çelişkilidir (Orth-Gomer ve ark, 2000).

Olumsuz duygu durumun kalp-damar rahatsızlığı gidişi ve sonucu üzerindeki olumsuz etkisi üzerine başka bir çalışma, Carney ve arkadaşları (1988) tarafından yapılmıştır. Çalışmada, koroner arter tanısı alan 70 yaş altı 52 hasta yer almıştır. Hastalar, yapılandırılmış psikiyatrik değerlendirmeden geçirilmişlerdir ve sonraki 12 ay boyunca, kalp-damar rahatsızlıkları ve bu rahatsızlıklara bağlı ölüm ile ilgili olarak takip edilmişlerdir. Sonuçlar, 12 aylık süre içinde yaşanan kalp rahatsızlıklarının en iyi kestiricisinin depresif duygu durum olduğuna işaret etmektedir. 12 aylık süre içinde, depresif olan kalp hastaları, depresif olmayanlara oranla 2,2 kat daha fazla kalp rahatsızlığı yaşamışlardır (Carney ve ark., 1988).

Barefoot ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan bir çalışmada ise, koroner arter tanısı almış hastalarda depresif duygu durum ve ilerleyen yıllarda kalp kaynaklı ölüm oranı arasındaki olası ilişki incelenmiştir. Koroner arter rahatsızlığına sahip 1250 hasta, Zung Depresyon Ölçeğini de (Zung Self-Rating Depression Scale) içeren psikososyal ölçüm bataryası ile değerlendirilmiş ve sonrasında, bu hastalar kalp kaynaklı ölüm oranları açısından takip edilmişlerdir. Bu çalışmanın, benzer

Çalışmalardan farkı; görece uzun olan izleme suresidir. Araştırmacılar, nceki çalışmaların izleme surelerinin kısa olduğu düşncesindedirler ve bu nedenle onlar 19.4 yıl boyunca katılımcı hastaları takip etmeyi uygun bulmuşlardır. Çalışma, depresif olan hasta grubunda, depresif olmayanlara gore, tanıyı izleyen yıllarda anlamlı düzeyde daha fazla toplam ölüm ve kalp kaynaklı ölüm yaşandığına işaret etmektedir. Bu araştırma da, önceki bazı araştırmalar gibi, koroner hastalarda, depresyonun kötü prognoz ile ilişkili olduğu sonucunu vermiştir (Barefoot ve ark., 1996).

Ladwig ve arkadaşları tarafından, 1991 yılında yapılan bir çalışmada, akut miyokardial enfarktüs geçiren ve hayatta kalan, 29-65 yaş arası 560 erkek hasta yer almıştır. Araştırmacılar, enfarktsden sonraki üçüncü haftada, hastaları psikolojik değerlendirmeye tabi tutmuşlar ve her hastanın durumunu 6 ay boyunca takip etmişlerdir. Sonuçlar, olumsuz duygu durumun, enfarktüs sonrası dönemdeki sağlık ve yinelenen kalp rahatsızlığı üzerinde önemli rol oynadığını göstermektedir. 6 aylık izleme suresinin sonunda, kalp kaynaklı ölüm sıklığının, majör depresyonu olan hasta grubunda, depresif olmayan hasta grubuna oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Depresyonun yanında, kalp rahatsızlığına olası etkisi araştırılan hiperaktivitenin ise, enfarktüs sonrası iyi oluş üzerinde kestirici bir etkisi olmadığı kaydedilmiştir (Ladwig ve ark., 1991).

Frasure-Smith tarafından, 1991 yılında yapılan araştırmada da, stres yaşantısının kalp rahatsızlığı gidişi ve sonucu üzerinde olumsuz etki ettiğine dair bulgular elde edilmiştir. Araştırmada, akut miyokardial enfarktüs geçiren 28-86 yaş

arası 461 erkek hasta yer almıştır. Bu hastalardan 232'si tedavi grubuna, 229'u kontrol grubuna seçkisiz olarak atanmıştır. Tüm hastalar, taburcu olmadan 1-2 gün öncesinde, demografik, sosyal ve psikolojik faktörler ile infarktüs için davranışsal risk faktörleri açısından değerlendirilmişlerdir. Psikolojik stres değerlendirilmesinde, 20 maddeden oluşan Genel Sağlık Ölçeği (General Health Questionnaire) kullanmıştır. Tedavi grubunda yer alan hastalar, aylık olarak stres değerlendirmesinden geçmiş ve yüksek stres aktardıkları zamanlarda, psikiyatrist ve psikologların yönlendirdiği hemşirelerden stres yaşantıları ile ilgili olarak yardım almışlardır. Kontrol grubunda yer alan hastalar ise, sadece rutin tıbbi kontrollerine devam etmişlerdir. Bu şekilde sürdürülen 5 yıllık izleme döneminden sonra, hem kontrol grubu, hem de tedavi grubu içinde, yüksek ve düşük stres yaşantısına sahip olan hastalar, kalp kaynaklı ölüm oranları açısından karşılaştırılmışlardır. Yapılan analizler, kontrol grubunda yüksek stres aktaran hastaların sahip olduğu ölüm riskinin, düşük stres aktaran hastalarinkinin yaklaşık 3 katı olduğunu göstermektedir. Bu hastalar arasında yeniden kalp krizi geçirme riski açısından yapılan karşılaştırmada ise, yüksek stres yaşayanların düşük stresli hastalardan 1,5 kat daha fazla risk taşıdığı görülmüştür. Stresin kalp rahatsızlığı üzerindeki etkisini düşündüren diğer bir bulguya, tedavi grubu ve kontrol grubu içinde yüksek stres yaşantısı aktaran hastaların karşılaştırılması ile ulaşılmıştır. Kontrol grubundaki yüksek stres aktaran hastaların, kalp kaynaklı ölüm ve yeniden kalp krizi geçirme oranı, tedavi grubundaki yüksek stres aktaran hastalardan anlamlı düzeyde fazladır. Bu bulgu, uygulanan stresle baş etme müdahalesinin, ölüm ve yeniden hastalanma

oranı üzerinde anlamlı etkisi olduğuna işaret etmektedir (Frasure-Smith, 1991).

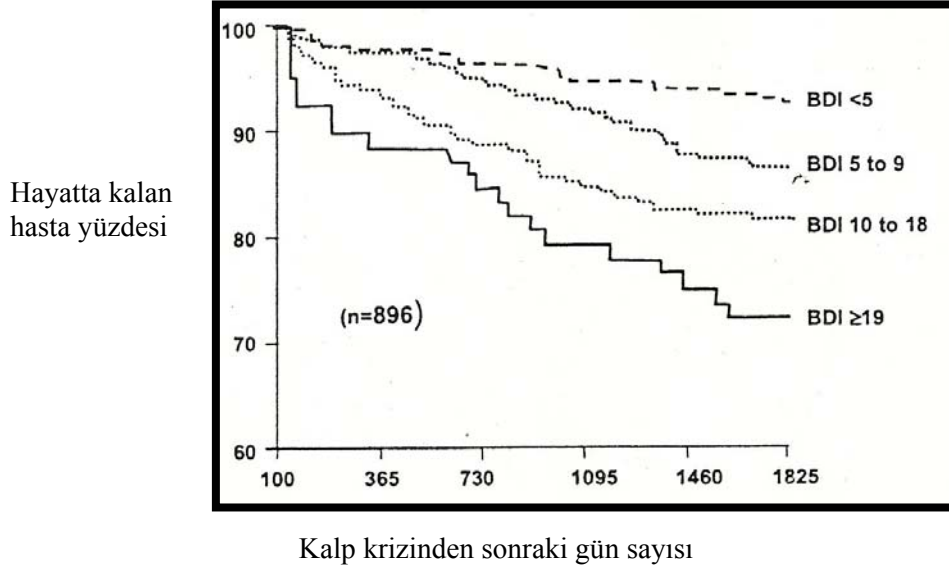
Frasure-Smith ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan daha yeni bir çalışma da aynı olası ilişkiyi incelemektedir. Çalışmada, kalp krizi sonrasında hastanede yatmakta olan kadın ve erkeklerden oluşan 896 kişilik hasta grubuna, Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. Çalışmanın 1 yıllık izleme süresi sonunda, kalp krizi sonrası depresyonu olan ve olmayan hastaların hayatta kalma oranları karşılaştırılmıştır. Depresyonu olmayan hastalarda hayatta kalma oranının, depresif hastalarinkinin 3 katı olduğu görülmüştür (Frasure-Smith ve ark., 1999).

Kalp-damar hastalıkları ve depresyon ile ilgili diğer bazı araştırmalarda, depresyon bileşenlerinin hastalık ile ilişkisini inceleme çabası bulunmaktadır. Bu araştırmalarda, depresyonun hafif derecelerinin veya depresyonun bazı bileşen ve belirtilerinin, kalp-damar hastalıkları üzerindeki etkileri incelenmiştir. Altta yatan düşünce; hafif depresyon yaşantılarının veya depresyonun bazı belirtileri ve bileşenlerinin bile, kalp üzerinde olumsuz etki edebileceği ve hastalık gelişimine neden olabileceğidir (Kop ve Gottdiener, 2005; Sheps ve Rozanski, 2005; Kubzansky ve ark., 2005).

Bu düşünce ile ilgili bir araştırma, Lesperance ve arkadaşları (2002) tarafından yürütülmüştür. Araştırmacılar kalp krizi geçirmiş olan 896 hastayı, Beck Depresyon Envanteri puanlarına göre ‘depresyon belirtisi yok’dan ( Beck depresyon envanteri puanı  $<5$  ) ‘şiddetli depresyon’ (  $>19$  )’a kadar değişen 4 kategoriden birine atamışlardır ve bu hastaların sağlık durumlarını 5 yıl boyunca takip etmişlerdir. Çalışma sonunda, depresyon belirti şiddeti ve ölüm sıklığı arasında olumlu ilişki

olduğu gözlenmiştir. Bu olumlu ilişki, hafif depresyon belirtileri olan (BDE 5-9 arası) hastalarda da gözlenmiştir. Bu ilişki Şekil -7’de görülmektedir (Lesperance ve ark., 2002).

**Şekil – 7 :** *Depresif Belirti Şiddeti ve Ölüm Sıklığı Arasındaki İlişki ( Lesperance ve ark., 2002)*



Benzer olarak depresyonun kötümserlik ve ümitsizlik gibi bileşenlerinin kalp-damar rahatsızlıkları ile ilişkisi üzerine çalışmalar bulunmaktadır (Kubzansky ve ark, 2005).

Stresin koroner arter kalp rahatsızlığı ile ilişkisi üzerine, yurt içinde yapılan az sayıdaki çalışmadan bir tanesi, Şafak (1996)’a aittir. Araştırmacı, miyokardial enfarktüs geçirmiş 70 hasta ve hasta grubuna eş tutulmaya çalışılmış 70 sağlıklı kişiden, son bir yıl içinde yaşadıkları stres verici yaşam olayları, A Tipi davranış biçimi ve bu davranış örüntüsünün bir bileşeni olan öfke ölçümleri almıştır. Araştırmanın stres-kalp rahatsızlığı üzerine olan bulgularından bir tanesi miyokardial

enfarktüs geçiren hastaların, sağlıklı kişilerden sayıca daha fazla stres verici olay yaşamadıklarına işaret etmiştir. Fakat, bu olaylardan duydukları subjektif rahatsızlığı belirten distres açısından, iki grup arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Bu bulgu miyokardial enfarktüs geçiren hastaların, son bir yıl içinde nicelik olarak farksız, fakat, nitelik olarak daha stres verici olaylar yaşadıkları şeklinde yorumlanmıştır. Araştırmanın diğer bir bulgusu ise, sürekli öfke ve öfke ifade tarzları açısından kalp hastaları ve sağlıklı kişilerin karşılaştırılması sonucu elde edilmiştir ve iki grup arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür (Şafak, 1996).

Stresin kalp damar hastalıklarına etkisi ile ilgili olabilecek bir diğer çalışma, Arsakay (2001) tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı, hipertansiyon tanısı alan hastalardan ve bu hastalara eş tutulmaya çalışan sağlıklı kişilerden, anksiyete, depresyon ve öfke yaşantılarına ve problem çözme becerilerine dair veri toplamıştır. Sonuçlar, hipertansiyon rahatsızlığı ile ruhsal faktörler ve stres yaşantısının ilişkili olduğu düşüncesini destekler niteliktedir. Hipertansiyonu olan kişilerde, psikiyatrik tanı yaygınlığı, sağlıklı kişilere göre daha yüksektir. Hipertansiyon tanısı aldıkları dönemde, bir stresörle karşılaştıklarını ifade eden hasta sayısı oldukça fazladır. Diğer bir bulgu ise, hipertansiyonu olan kadınların, sürekli anksiyete, depresyon ve sürekli öfke ölçümlerinin, sağlıklı kadınlardan anlamlı düzeyde fazla olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca, hipertansiyonu olan kadın hastalar, kendilerini problem çözme becerileri konusunda yetersiz algılamaktadırlar. Araştırmacı, bu çalışmanın, hipertansiyonda psikolojik faktörlerin etkili olduğu yönünde sonuçlar verdiğine dikkat çekmektedir (Arsakay, 2001).

Yurt içinde koroner arter hastaları ile yapılan diğer bir çalışma Büyükberber (1992) 'e aittir. Çalışma, kalp hastalığının A Tipi davranış örüntüsü ile ilişkisi üzerinedir. Bu ilişkinin incelenmesi amacıya, 100 koroner arter, 100 esansiyel hipertansiyon ve 100 peptik ülser tanısı almış hastadan, ayrıca, bu hasta örneklemlerine sosyodemografik değişkenler açısından eş tutulmaya çalışılan 100 kişilik sağlıklı kontrol grubundan veri toplanmıştır. Sonuçta, A Tipi davranış örüntüsünün, koroner kalp hastalarında en fazla olmakla beraber, esansiyel hipertansiyon ve peptik ülser gruplarında sağlıklı kişilere göre anlamlı düzeyde fazla olduğu görülmüştür. Araştırmacı ele alınan hastalıklarda özellikle koroner kalp hastalığında fizik etmenlerin yanısıra ruhsal yapının önemli olduğu sonucunu vurgulamıştır (Büyükberber, 1992)

#### **1.4.3.3. Kronik Stres ve Romatoid Artrit**

Romatoid artrit yaygın bir hastalık olduğu söylenebilir. Tüm dünyada görülme oranı %1 olarak kabul edilmiştir. Bu oran Amerika'da %5'e çıkarken, Çin'de %05'e düşmektedir. Hastalık, çoğunlukla 20-50 yaşları arasında ve sıklıkla kadınlarda görülmektedir. Romatoid artrit tanımlamak için ARA (American Rheumatism Association) tarafından 1988'de son haline getirilen kriterler; en az bir saat süren sabah sertliği, en az üç eklemden artrit (eklem iltihabı), el eklemlerinde artrit, simetrik eklem tutulumu ve şişliği, deri altı nodülleri, romatoid artrit için tipik radyolojik bulgular ve romatoid faktör pozitifliğinin bulunmasıdır. Romatoid artrit

tanısı için, bu kriterlerden ilk dördü en az 6 hafta süreyle bulunmalıdır (Tokgöz, 2000a).

Romatoid artrit, kendini eklemlerde gösteren bir hastalıktır. Eklemlerde, şişlik ve ağrı vardır. Özellikle, küçük eklemlerde simetrik tutulum söz konusudur. Çoğunlukla el parmakları, el bileği, omuz ve diz, ayak bileği eklemlerini tutar. Kalça ekleminde nadiren görülür. Tutulan eklemlerde hareket kısıtlaması bulunmaktadır. En önemli şikayetlerden biri, sabah sertliğidir. Sabah sertliği, bazı durumlarda, hastalığın ilk ve tek belirtisi olabilir. Hastalar sabah kalktıklarında tutulan eklemleri güçlkle hareket ettirebilirler. Birkaç saat içinde, bu durum gittikçe azalarak kaybolur. Eklem ağrıları ve sabah sertliğinin yanında, hastalar için sıkıntı yaratan şikayetlerden bir diğeri de şekil bozukluklarıdır. Eklemlerde oluşan hasar, kendisini, hafiften, ileri dereceye kadar varabilen şekil bozuklukları ile göstermektedir. Romatoid artritte, halsizlik, yorgunluk ve hafif ateş yükselmeleri gibi genel belirtiler de görülebilir (Tokgöz, 2000a).

Romatoid artrit, immün süreçlerin hakim olduğu, diğeri bir deyişle, bağışıklık sistemi temelli bir rahatsızlık olduğu bilinmektedir. Romatoid artriti olan insanlarda, bağışıklık sistemi elemanları, sağlıklı insanlarınkinden farklı bir biçimde, sıradışı ve hatalı bir işleyiş içindedir. Bilindiği gibi, bağışıklık sistemi, sağlıklı olma durumunun sağlanması ve devamı için esas olan sistemlerden bir tanesidir. Bağışıklık sisteminin görevi, en genel anlatımla, vücuda yabancı ve zararlı olan ajanların saptanması ve yok edilmesidir. Bağışıklık sistemi elemanları, yabancı ajanın yok edilmesi için, iş birliği içinde çalışır. Ancak, görevi bedenin bağışıklık işlevi, bazen, romatoid artrit

hastalığında olduğu gibi, vücudun aleyhine de olabilmektedir. Romatoid artritde, bağışıklık sistemi elemanları, özellikle eklem bölgelerinde bulunan ve vücudun kendisinden olan yapılara, yabancı ve zararlı ajanlara yaptıkları gibi, saldırmakta yani, öz yıkıcı bir eylem içinde bulunmaktadır. Diğer bir deyişle, vücudun kendi dokularına saldırmakta onlara zarar vermektedir (Tokgöz, 2000b).

Romatoid artrit hastalığında, bağışıklık sisteminin neden vücut dokularına saldırdığı hala tam olarak açıklanabilmiş değildir. Bu öz yıkım eyleminin nedenlerine yönelik açıklamalar, varsayımlardan ibarettir. Çeşitli genetik ve çevresel faktörlerin etiyojide rolü olduğu bilinmekle birlikte, hastalığı başlatan tetikleyici mekanizma net olarak açıklanabilmiş değildir. Genetik faktörler derken, özellikle immünogenetik faktörlere vurgu yapılmaktadır. Doğuştan getirilen immünolojik özelliklerin romatoid artrit gelişiminde önemli olduğu düşünülmektedir. Romatoid artrit gelişimi için etken olduğu düşünülen en önemli çevresel faktörlerden bir tanesi de strestir. Romatoid artrit hastalığının stres ile ilişkisi üzerine olan literatürün zenginliği, bu hastalığın stresle ilişkili olduğu fikrinin çok yaygın olduğuna işaret etmektedir. Stresin romatoid artrit gelişimindeki olası rolü, ilgi gören bir konudur ve özellikle yurt dışında romatologlar ve psikologlarca yapılmış pek çok araştırmaya konu olmuştur (Zautra ve ark, 2002; Zautra ve ark, 1994; Hawley ve ark, 1993; Rhee ve ark, 2000; Murphy ve ark, 1999; Frank ve ark, 1988; Brown ve ark, 1989).

Daha önce bahsedildiği gibi, stres tepkileri sempatik sinir sisteminin ve Hipotalamus-Pitüiter-Adrenal eksenin uyarılması ile başlamaktadır. Hipotalmus-Pitüiter-Adrenal eksenin uyarılmasının sonucunda ise, stres hormonları denilen

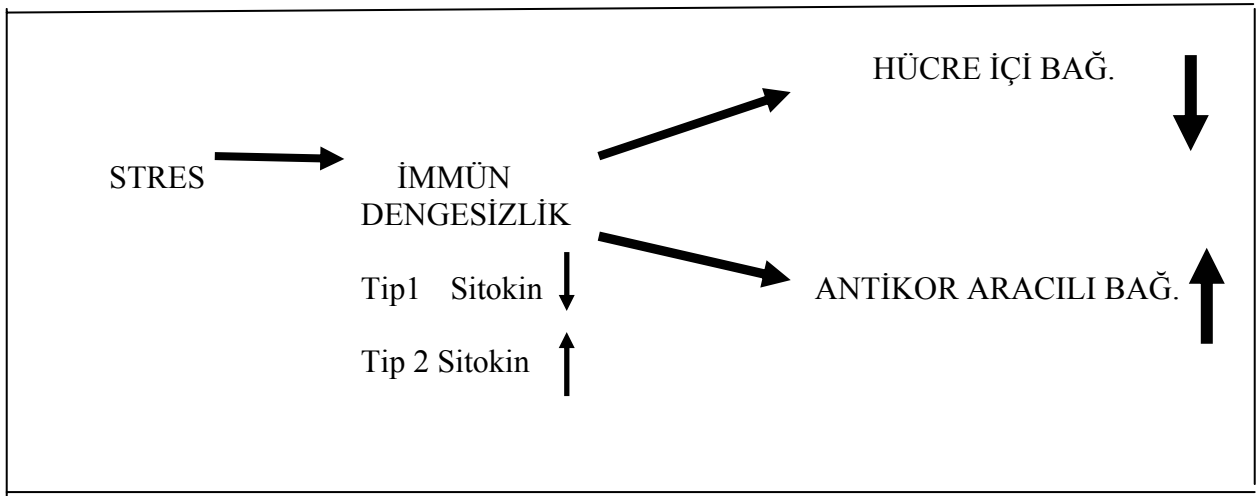
epinefrin, norepinefrin, kortizol ve prolaktin salınımında artış meydana gelmektedir. Bu stres hormonlarının, bağışıklık sistemi üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Bağışıklık sisteminin temel elemanları (T hücreleri, B hücreleri, doğal katil hücreler vs) stres hormonlarına duyarlı olan alıcılara (reseptör) sahiptirler ve bu nedenle stres durumunda işlevlerinde değişimler görülmektedir (Levinson ve Jawetz, 1999; Glaser ve Kiecolt-Glaser, 2005; Karren ve ark., 2006).

Bağışıklık sistemi, temel olarak iki başlık altında incelenmektedir: Hücresel bağışıklık ve humoral bağışıklık. Hücresel bağışıklık, temel olarak hücre içi bakterilerin ve virüsle enfekte olmuş hücrelerin öldürülmesinden sorumludur ve T hücreleri (Yardımcı T Hücreleri ve Sitotoksik T hücreleri) işlevleri üzerine kuruludur. Humoral bağışıklık ise, antikor aracılı bağışıklıktır, hücre dışı bakterilere karşı ana savunmadır, B hücreleri işlevi üzerine kuruludur (Levinson ve Jawetz, 1999; Glaser ve Kiecolt-Glaser, 2005; Karren ve ark., 2006).

Hücresel bağışıklığın temel elemanları olan T hücreleri iki çeşittir; Yardımcı T hücreleri (CD4) ve Sitotoksik T hücreleri (CD8). Bu iki çeşit T hücresi, hücre içi bakterileri ve virüsle enfekte olmuş hücreleri yok etme görevine sahiptirler. Fakat, Yardımcı T hücrelerinin önemli diğer bir işlevi de; ürettiği sitokinler ile (haberci görevi gören bir çeşit protein) bağışıklık sistemi elemanları arasında düzeni sağlamaktır. Yardımcı T hücreleri, Tip 1 (IL-2, İnterlökin-2, Gama İnterferon) ve Tip 2 (IL-4, IL5, IL6, IL10) olarak gruplandırılan sitokinlerin salınımından, dolayısıyla immün işlev düzenlenmesinden sorumludur. Yardımcı T hücrelerinin, Tip 1 sitokin salımı hücresel bağışıklığı şiddetlendirirken, Tip 2 sitokin salınımı ise, antikor

üretimini ve antikor aracılı bağışıklığı artırır. Kronik stres halinde, stres hormonları Tip 1 / Tip 2 sitokin dengesini değiştirmektedir. Tip 1 sitokin olan İFN  $\gamma$  (interferon gama) azalmakta ve Tip 2 sitokin olan IL-4 ve IL-10 (interlökon-10) artmaktadır. İşte, stres hallerinde, herpes (uçuk) veya grip virüsünün aktifleşmesine imkan veren durum, Tip 1 sitokinlerinin salınımının azalması ve dolayısıyla hücre içi bağışıklığın zayıflamasıdır. Stres durumunda, otoimmün hastalıkların tetiklenmesi veya şiddetlenmesini sağlayan durum ise, Tip 2 sitokin salınımının artması yani antikor aracılı (hümorale) bağışıklık işlevinin şiddetlenmesidir (Agarwal ve Marshall J.R., 2001; Levinson ve Jawetz, 1999; Glaser ve Kiecolt-Glaser, 2005; Karren ve ark., 2006). Stresin immün işlev üzerindeki etkisi Şekilde görülmektedir.

**Şekil – 8 :** *Stresin Bağışıklık Sistemi İşlevi Üzerindeki Etkileri*  
(Agarwal ve Marshall Jr, 2001)



Özetle, stres bağışıklık işlevi üzerinde iki yönlü etkide bulunmaktadır. Hücre içi bağışıklığı azaltarak çeşitli virütik hastalıklar veya kanser riskini artırırken

antikor aracılı bağıışıklığı güçlendirerek, allerjik durumların veya romatoid artrit gibi otoimmün hastalıkların tetiklenmesi veya şiddetlenmesine de zemin hazırlamaktadır (Agarwal ve Marshall J.R., 2001; Levinson ve Jawetz, 1999; Karren ve ark., 2006).

#### **1.4.3.4. Konu İle İlgili Araştırmalar**

Romatoid artrit hastalığının tetiklenmesi ve şiddetlenmesinde stresin rolü üzerine, yurt dışında yapılan çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu araştırmalar, desenleri ve ölçtükleri değişkenler açısından çeşitlilik göstermektedir. Konu ile ilgili araştırmalar içinde; boylamsal olanlara kıyasla kesitsel, deneysel olanlara kıyasla ilişkisel çalışmalar yaygındır. Aktarılabak ilişkisel ve kesitsel araştırmalarda, romatoid artrit hastalarının stres/depresyon ile ilişkili ölçümleri ile hastalık gidişini ve şiddetlenmesini yansıtan hastalık aktivitesi, işlev kaybı veya ağrı duyumları arasındaki olası ilişkiler incelenmiştir. Başka bazı çalışmalarda ise, romatoid artrit hastaları örnekleminde, depresyon yaşantısı prevalansı üzerinde açıklayıcı gücü olan hastalık ile ilişkili veya sosyodemografik faktörler araştırılmıştır.

Romatoid artrit hastaları ile yapılan ilişkisel çalışmalardan bir tanesi, Zautra ve arkadaşları (2002) tarafından yürütölmüştür. Araştırmada, romatoid artrit hastalığının şiddetlenmesinde, stresin ve stres ile ilişkili olan immün değişikliklerin etkisi sınanmıştır. Diğer bir deyişle, araştırmada, stresin bağıışıklık üzerindeki ve dolayısıyla romatoid artrit hastalığı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu amaçla, araştırmacılar, 53 romatoid artrit tanısı almış kadın hastanın, yüksek kişiler arası stres

ve düşük stres dönemlerinde, dolaşımdaki stres hormonlarını ve immün işlevlerini ölçmüşler, ayrıca depresyon ve hastalık aktivitesi ölçümelerini almışlardır. Sonuçta, romatoid artrit tanısı almış kadın hastalarda depresyonun, araştırmacıların deyişi ile ‘uzamış kişiler arası stresin’, hastalık şiddeti ile ilişkili olduğu görülmüştür. Diğer bir deyişle, araştırmacılara göre, depresyon yaşantısı söz konusu immün dengesizliğe ve hastalığın şiddetlenmesine neden oluyor gibi görünmektedir (Zautra ve ark., 2002).

Zautra ve arkadaşlarının (1994) benzer diğer bir çalışmasında, 37-78 yaşları arasındaki 33 romatoid artrit ve 47-91 yaşları arasındaki 37 osteoartrit tanısına sahip kadın hasta ile çalışılmıştır. Araştırmacılar, hastaların kişiler arası stres, depresyon, baş etme tarzları, stres hormonları ve hastalık aktiviteleri ölçümelerini almışlardır. Sonuçlardan bir tanesi, romatoid artrit ve osteoartrit hastalarının stres, depresyon ve stres hormonları (prolaktin ve kortizol) açısından farklılaşmadığına işaret etmiştir. Bu bulgu psikosomatik hastaların psikosomatik olmayan hastalık tanısı almış kişilerden stres ile ilişkili değişkenler açısından farklı olmadığını göstermektedir ve ilgili yazındaki psikosomatik-stres ilişkisi ile çelişkili bir sonuçtur. Fakat, diğer bulgular romatoid artritte stresin önemini gösterecek niteliktedir. Romatoid artrit tanısı almış kadın hastalarda, stres hormonları düzeyinin; kişiler arası stres, depresyon, etkisiz baş etme yöntemleri ve en önemlisi hastalık aktivitesi ölçümleri ile olumlu ve anlamlı ilişki içinde olduğu görülmüştür. Bu sonuç stres hormonlarının, stres ve depresyon yaşantısı ve hastalığın şiddetlenmesi ile bağlantılı olduğuna işaret etmektedir. Araştırmadan elde edilen diğer bir bulgu ise; romatoid artrit tanısı alan hastalarda, kişiler arası stresin açıkladığı depresyon varyansının, osteoartrit tanısı

almış hastalardakinin iki katından fazla olduğuna işaret etmektedir. Bu bulgu, romatoid artrit tanısı almış kadın hastaların, psikosomatik olmayan hastalıklara sahip olanlara göre, stresin ruhsal etkilerine daha fazla açık olduğuna işaret etmektedir (Zautra ve ark., 1994).

Wolfe ve Hawley (1993) tarafından yapılan bir çalışmada, romatoid artrit tanısı almış 713 hasta üzerinde, depresyon ve hastalığın gidişi arasındaki olası ilişki incelenmiştir. Sonuçta, depresyon düzeyleri ile ağrı şiddeti ve hastalık kaynaklı işlev kaybı arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulgu, olumsuz psikolojik durumun romatoid artrit hastalığı prognozu üzerinde olumsuz yönde etki edebileceğine işaret etmektedir (Wolfe ve Hawley, 1993).

Romatoid artrit hastalığında stresin rolü üzerine daha yeni bir araştırma Rhee ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır. Araştırmanın amacı, hastalara verilen stres yönetimi eğitiminin, dolayısıyla stres düzeyinin hastalık gidişi ve depresyon üzerine olan etkilerini incelemektir. Çalışmada, araştırmacılar, romatoid artrit tanısı almış 141 hastayı; stres yönetimi grubu, ilgi kontrol grubu veya standart bakım kontrol gruplarından bir tanesine atamışlardır. Stres yönetimi grubundaki hastalar, devam eden romatolojik tedavilerine ek olarak, stres yönetimi eğitimi almışlardır. İlgi kontrol grubuna atanan hastalar, devam eden romatolojik tedavilerine ek olarak, bir hasta eğitim programına katılmışlardır. Standart bakım kontrol grubunda yer alan hastalar ise, sadece romatolojik tedavi görmüşlerdir. Elde edilen sonuçlar, stres yönetimi grubundaki hastaların, diğer iki kontrol grubunda yer alan hastalara kıyasla, anlamlı derecede düşük depresyon ve hastalık kaynaklı ağrı

deneyimlediklerine işaret etmektedir. Araştırmacılara göre, stres yönetimi programının, depresyon ve hastalık kaynaklı ağrı üzerindeki etkisi bazı aracı değişkenler yoluyla sağlanmaktadır. Stres yönetimi programı ile hastaların stresle baş etme stratejilerinin gelişmesi, benlik-etkinliği (self-efficacy) duyumlarının artması ve çaresizliklerinin azalması hastalık kaynaklı ağrı ve depresyon düşüşünü sağlayan etkenler olmuşlardır (Rhee ve ark., 2000).

Romatoid artrit hastalarında stresin, stresle baş etmenin hastalık kaynaklı ağrı ve işlev kaybı üzerine etkisinin incelendiği bir çalışma Murphy ve arkadaşları (1999) tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar romatoid artrit tanısı almış ve ayakta tedavi gören 62 hastanın, depresyon, romatoid artrit ile başa çıkma tarzları ve işlev kaybı ölçümleri alınmıştır. Sonuçta elde edilen bulgulardan bir tanesi depresyon ve işlev kaybı arasında ilişki olduğu yönündedir. Fakat araştırmacılar bu bulgu hakkında bir uyarıda bulunmaktadır. İşlev kaybı ölçümü hastaların subjektif değerlendirmelerine dayanmaktadır ve bu nedenle hastalığın şiddeti ve gidişi hakkında objektif bilgi vermekten ziyade hastanın subjektif deneyimini yansıtmaktadır. Araştırma romatoid artrit hastalarının baş etme stilleri ile ilgili sonuçlar da vermiştir. Bu sonuçlara göre romatoid artrit hastaları içinde depresyon puanları yüksek olanlar düşük olanlara göre daha fazla olumsuz baş etme stratejisi kullanmaktadır (Murphy ve ark., 1999).

Romatoid artrit hastaları ile yapılan araştırmalar içinde depresyon yaşantısı ve hastalık şiddeti arasındaki söz konusu ilişkinin gözlenmediği çalışmalardan da bahsetmek mümkündür. Bu çalışmalardan bir tanesi Frank ve arkadaşları (1988)

tarafından yürütülmüştür. Romatoid artrit tanısı almış 137 hastanın depresyon, ağrı ve objektif hastalık aktivitesi (etkilenen eklem sayısı, yürüme süresi, tutulma kuvveti gibi) ölçümleri alınmış ve sonuçta depresyon ve ağrının anlamlı düzeyde ilişkili olduğu fakat depresyon ile hastalık aktivitesi arasında beklenen anlamlı ilişkinin görülmediği aktarılmıştır (Frank ve ark., 1988).

Yukarda aktarıldığı üzere, romatoid artrit tanısı almış hastalarla yapılan araştırmalar içinde, depresyon ve kronik stresi yordama gücü olan faktörleri inceleyen çalışmalar yaygındır. Bu grup araştırmalardan bir tanesi Brown ve arkadaşları (1989) tarafından yapılmıştır. Araştırma, 287 hastadan veri toplanarak yürütülmüştür. Bu hastalardan depresyon, ağrı ve ağrı ile başa çıkma tarzları ölçümleri almışlardır. Ağrı ile başa çıkma tarzlarının ölçülmesinde kullanılan Ağrı Yönetimi Envanteri (Pain Management Inventory) iki başa çıkma tarzı ölçümünü sağlamaktadır: pasif ve aktif başa çıkma. Pasif başa çıkma alt ölçeğinde, gündelik işlerde diğerlerine bağımlı olma, sosyal aktivitelerin kısıtlanması, öfke üzüntü veya engellenmişlik duygularının bastırılması üzerine 11 madde yer almaktadır. Aktif başa çıkma alt ölçeğinde ise, meşguliyet ve hareketli oluşa devam etme, ağrıyı görmezden gelme, dikkati ağrıdan uzaklaştırma gibi konularda 8 madde bulunmaktadır. Araştırmanın amacı, romatoid artrit hastalarında ağrı ve ağrıyla başa çıkma stillerinin depresyon üzerindeki belirleyici gücünün belirlenmesidir. Sonuçlar, ağrı ve ağrı ile başa çıkmanın depresyon üzerinde birlikte etkisi olduğunu göstermektedir. Daha açık bir ifadeyle, yüksek ağrı dönemlerinde pasif başa çıkma stilini kullananlar daha şiddetli depresyon belirtileri deneyimlemektedirler (Brown ve ark., 1989).

Buraya kadar aktarılan araştırmalar, stres ve depresyon yaşantısı ile hastalık aktivitesi, ağrı, işlev kaybı gibi hastalıkla ilişkili değişkenlerin ilişkisine işaret etmektedir. Fakat bahsedilen araştırmalarda gözlenen ilişkinin yönü, araştırmaların desenlerinden dolayı belirsizdir. Diğer bir deyişle; ‘Stres ve depresyon yaşantısı mı hastalığı, ağrıyı ve işlev kaybını şiddetlendirmektedir, yoksa hastalığın şiddetli olması mı stres ve depresyona neden olmaktadır?’ sorusuna cevap verilememektedir. Her iki olasılık da makul ve mümkündür.

Stresin sağlık üzerindeki rolü, yurt içinde de ilgi gören bir araştırma alanıdır. Kalp rahatsızlığı, migren, hiper tansiyon, kanser gibi çeşitli psikosomatik hasta grupları üzerinde yapılmış çalışmalardan bahsetmek mümkündür. Fakat romatoid artrit tanısı almış hastalar üzerinde stres ve duygu durumun etkisi ile ilgili araştırmaya rastlanmamıştır.

#### **1.4.4. KRONİK STRES VE CİNSİYET**

Stres, çeşitli açılardan ele alınarak incelenen ve çok sayıda sosyal ve demografik faktörlerle ilişkisi araştırılan bir konudur. Stres ile olası bağlantısı incelenen önemli demografik faktörlerden bir tanesi de cinsiyettir.

Cinsiyet ve stres konusunu araştırma girişiminin temelinde, en genel anlamıyla, şu düşüncenin yattığı söylenebilir: ‘Kadın ve erkeklerin stres ile ilişkili deneyimleri (stres belirtileri, strese yatkınlık ve stresle başa çıkmaları v.b.) farklı miktar, şiddet ve sıklıktadır.’ Kadın ve erkeklerin stres konusunda birbirlerinden

farklılaşacakları düşüncesi, diğer bir deyişle, cinsiyetin stres için belirleyici ve önemli bir değişken olduğu inancı makuldür. İlgili yazında, bu inancı sınavan araştırmalara rastlanmaktadır. Kadın ve erkeklerin stres konusundaki olası farklarını araştıran bu çalışmalarda, farklı stres ölçümlerinin alındığı görülmektedir. Strese neden olabilecek yaşam olayları yani stresörler, kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtileri, stresle başa çıkma tarzları gibi stres ölçümlerinin kullanımı yaygındır. Bu stres ölçümlerini kullanarak stres ve cinsiyet konusunu araştıran çalışmalarda, birbirlerinden farklı ve bazen birbirleriyle çelişkili bulgulara ulaşıldığı görülmektedir.

Kronik stresin fiziksel belirti ölçümlerinin kullanıldığı bir araştırma, ülkemizde yürütülmüştür. Şahin ve Durak Batıgün (1997) tarafından sağlık personeli örneklemini üzerinde yapılan bu araştırmada, kadınların, çeşitli beden sistemleri (kas, parasempatik, sempatik, endokrin ve bağışıklık sistemi) dahilinde olan fiziksel stres belirtilerine, erkeklerden anlamlı düzeyde daha fazla sahip oldukları bulgusu elde edilmiştir. Diğer bazı araştırmalarda ise, kronik stresin psikolojik belirtisi olan depresyon ölçümleri kullanılmakta ve stres-cinsiyet ilişkisi hakkında bilgi sağlanmaktadır. Bu şekildeki bazı çalışmalarda, kadınların erkeklere oranla daha yüksek yaygınlıkta depresyon belirtilerine sahip oldukları ifade edilmektedir (Kessler, 2003; Blehar ve Keita, 2003). Benzer şekilde kadınların daha yüksek olan anksiyete düzeylerine dair bulgulara rastlanmaktadır (Poltavski ve Ferraro, 2003). Ülkemizde yapılan araştırmalarda da, kadın ve erkekler arasında kronik stresin psikolojik belirtileri açısından anlamlı fark olduğu bulgusu elde edilmiştir. Örneğin,

559 ergenden oluşan örneklem üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda, Şahin ve arkadaşları (2002), kızların erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla depresyon belirtisine sahip olduklarını görmüşlerdir. 200 yetişkin ile yapılan başka bir çalışmada, benzer şekilde, kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olan depresyon, anksiyete ve hostilite belirtileri kaydedilmiştir (Uçman, 1990). Bu çalışmaların yanı sıra, ilgili yazında, kronik stresin psikolojik belirtileri açısından cinsiyetler arasında anlamlı farkın gözlenmediği çalışmalara rastlamak da mümkündür. Örneğin, Zeidner ve Hammer (1990) tarafından ergenlerle yapılan çalışmada, kız ve erkek ergenlerin toplam stres belirtileri ve tek tek fiziksel, duygusal ve davranışsal stres belirtileri alanlarında birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmadığına işaret edilmiştir. Ensminger ve Celentano (1990), Amerika’da toplum örneklem grubu (N=360) ile yaptıkları çalışma sonucunda, kadın ve erkeklerin psikolojik distress açısından farklılaşmadığını ileri sürmüşlerdir. Kadın ve erkekler arasında stres belirtileri açısından farkın gözlenmediği başka çalışmalardan da bahsetmek mümkündür. Lindquist ve arkadaşları (1997) ile Arulrajah ve Harun (2000) tarafından yapılan çalışmalarda iş ve aile kaynaklı stres belirtileri için, cinsiyetler arasında anlamlı fark olmadığı kaydedilmiştir.

Görüldüğü gibi, ilgili yazında, stres belirtileri açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı fark kaydeden çalışmalar mevcuttur. Hatırlanacağı üzere, akut ve kronik stres tepkileri çeşitli basamaklar dahilinde oluşmaktadır. Stres oluşumu için geçilen bu basamaklar göz önünde bulundurulduğunda, kadın ve erkeklerin stres konusunda neden farklı olabileceğine dair birkaç fikir yürütmek mümkündür. Bu

basamaklar kabaca; ilk olarak uyarıcı/olay (stresör) ile karşılaşma, sonrasında zihinsel değerlendirme ve duygusal uyarılma ve son olarak da fizyolojik değişimler olarak sıralanabilir. Bu aşamalar dahilinde, kadın ve erkeklerin birbirlerinden farklılaşması ve dolayısıyla farklı nitelikte stres deneyimlemeleri olası gibi görünmektedir. Örneğin, stresin tetiklenmesi ve devamı için ilk sırada yer alan uyarıcı/olay yani stresör ile karşılaşma aşamasında cinsiyet fark yaratan bir faktör haline gelebilir. Şöyle ki; sosyal, mesleki, ailevi, maddi v.b. alanlarda kadın ve erkekler farklı konumlara, rollere, statülere sahiptirler. Yaşamın çoğu alanında, cinsiyetleri nedeniyle farklı konum, rol ve statülere sahip olan kadın ve erkeklerin farklı nitelikte uyarıcı/olaylara maruz kalmaları beklenen bir sonuçtur. Özetle, kadın ve erkek stresin tetiklenmesi için geçilen bu ilk aşama için birbirlerinden farklılaşabileceklerdir. Sonrasında gelen diğer basamaklar için de cinsiyet belirleyici bir faktör olabilir. Örneğin olay/uyarıcının zihinsel değerlendirilmesi aşamasında, kadın ve erkeklerin farklı olabilecek değerlendirme eğilimleri, yaşayacakları stresin farklı nitelikte olmasına yol açabilir. Bu doğrultuda bir araştırma sonucu, Poltavski ve Ferraro (2003) tarafından elde edilmiştir. Amerikalı üniversite öğrencileri ile yapılan araştırmaya göre, kadın ve erkek öğrenciler, aynı olayların farklı değerlendirmelerine sahip olabilmektedir. Araştırmada kadınların, aynı yaşam olayları karşısında erkeklerden yüksek düzeyde stres deneyimledikleri sonucuna varılmıştır.

Stres için önemli aşamalardan bir diğerinin, fizyolojik değişimler olduğu bilinmektedir. Hatırlanacağı üzere stres tepkisi pek çok bedensel değişimi

içermektedir. Bu bedensel değişimlerin çoğu stres hormonlarının tetiklemesi ve etkisi ile gerçekleşmektedir. Stresin bu fizyolojik bileşeni, diğer bir deyişle hormonları içeren yapısı nedeniyle kadın ve erkeklerin farklı nitelikte stres deneyimledikleri iddia edilmektedir. Bazı araştırmacılar, kadın ve erkeğin farklı hormonal dengelerinden dolayı farklı şiddet ve sıklıkta stres yaşadıklarını ileri sürmektedirler. İlgili yazında, farklı hormonal yapıları nedeniyle kadınların bazı dönemlerde stres için daha yüksek risk altında olduğu düşüncesi dile getirilmektedir. Bu düşünce nedeniyle, araştırmacılar, hormon dengesinin değiştiği ergenlik, doğum sonrası veya menapoz gibi dönemlerde, kadınların fiziksel ve psikolojik stres belirtilerini incelemektedirler. Bu şekilde bir gözden geçirme çalışması Kessler (2003) tarafından yapılmıştır. Çok sayıda araştırmayı tarayan Kessler, kadınların ergenlik döneminde, erkeklerden daha yüksek olan depresyon riskine dikkat çekmekte ve bu durumda hormonal değişimlerin etkisi olabileceğini ifade etmektedir. Araştırmacıya göre, kadın ve erkek arasındaki depresyon yaygınlığı farkı, iki faktörün ortak etkisi sonucu doğmaktadır. Bu iki faktör; cinsiyet ile ilişkili biyolojik özellikler ve cinsiyet ile ilişkili çevresel deneyimlerdir.

Stres ve cinsiyet ilişkisi çalışmalarında, araştırılmaya değere bulunan bir diğer stres değişkeninin stresle başa çıkma olduğu görülmektedir. Stresle başa çıkma değişkeni için kadın ve erkeklerin farklı olabileceği beklentisinden yola çıkılarak yürütülen araştırmalarda, stres belirtileri çalışmalarında olduğu gibi, birbirlerinden farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Kadın ve erkeklerin, stresle başa çıkma değişkeni açısından farklı olduğunu kaydeden yurt içi ve yurt dışı araştırmalara

rastlamak mümkündür. Örneğin, ülkemizde, 255 üniversite öğrencisi ile yapılan araştırmada, kız öğrencilerin çaresiz başa çıkma tarzını erkek öğrencilerden, erkek öğrencilerin ise iyimser başa çıkma tarzını kız öğrencilerden anlamlı düzeyde daha fazla kullandıkları görülmüştür (Durmuş ve Tezer, 2001). Şahin ve Durak (1995) tarafından Türk üniversite öğrencileri örneklemi ile yapılan araştırmada da, kadın ve erkeklerin kendine güvenli, iyimser, çaresiz ve boyun eğici başa çıkma tarzı açısından benzer oldukları, fakat, kadınların sosyal destek arama yaklaşımını erkeklerden daha fazla kullandıkları görülmüştür. 108 ergen ile yapılan bir yurt dışı çalışma, benzer şekilde kadın ve erkek arasındaki başa çıkma tarzları farklılığına işaret etmektedir. Çalışmada, kız öğrencilerin toplam başa çıkma kaynakları ile sosyal ve duygusal başa çıkma kaynaklarına erkek öğrencilerden daha fazla sahip oldukları görülmüştür (Zeidner ve Hammer, 1990). Söz konusu değişken için cinsiyetler arası farkın gözlenmediği araştırmalara da rastlamak mümkündür. Örneğin, Ensminger ve Celentano (1990) tarafından yapılan toplum örneklemlili (N=360) çalışmada, kadın ve erkeklerin stresle başa çıkma tarzları açısından farklılaşmadığı görülmüştür.

## 1.5. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Görüldüğü üzere, yukarda stres ve bazı fiziksel/psikolojik hastalıkların stres ile ilişkisine dair bilgiler aktarılmıştır. Diğer bir deyişle, fiziksel ve psikolojik hastalık ve sağlık konusunda, kronik stresin rolü ile ilgili bilgiler verilmiştir.

Aktarılan bilgileri özetlemek gerekirse şunlar söylenebilir:

Zihin ve beden birbirinden bağımsız olmayan bir işleyiş içindedir. Zihin-beden etkileşiminin en açık göstergesi ‘psikosomatik hastalıklar’ dır. Bilindiği gibi psikosomatik hastalıklar; psikolojik faktörlerin yol açtığı, tetiklediği veya şiddetlendirdiği gerçek fiziksel hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Yani bu hastalıklar, psikolojik faktörlerin etkisi ile gelişmekte, tetiklenmekte veya şiddetlenmektedir. Zihinsel/ruhsal durumun bu hastalıklara nasıl bir mekanizma ile yol açabildiği sorusuna araştırmacıların verdiği cevap ‘stres’ dir. Çoğu araştırmacı, zihnin beden üzerindeki hastalık oluşturuucu gücünü, zihinsel süreçler ile başlayan ve fiziksel etkiler ile sonuçlanan stres tepkisi ile açıklamaktadırlar. Bu nedenle psikosomatik hastalıklara ‘Stres Hastalıkları’ da denmektedir. Sonuç olarak, araştırmada, stresin fiziksel hastalık oluşumundaki rolünün vurgulanması amaçlanmıştır. Dikkat çekilmek istenen diğer önemli konu ise stresin psikolojik hastalıklar için önemidir. Yukarda yaygın bir psikolojik hastalık olan depresyonun kronik stres ile olan ortaklıkları hakkında bilgi verilmiştir. Aktarılan bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda, kronik stres ve depresyon arasındaki olası ilişkinin incelemeye değer bir konu olduğu açıktır.

Özetle; çalışma ‘fiziksel/psikolojik sağlık’ için kronik stresin rolü ve önemi üzerinedir. Araştırmanın amaçlarının daha net görülebilmesi için, üzerinde çalışılan araştırma hipotezlerinin belirtilmesinde fayda vardır.

Araştırmada ilk olarak, psikosomatik ve psikolojik hastalığa sahip kişilerin, stres ile ilişkili değişkenler açısından incelenmesi söz konusudur. Bu incelemenin altında yatan hipotez şu şekilde ifade edilebilir: ‘Psikosomatik hastalığa sahip olan kişiler (koroner arter ve romatoid artrit hasta grupları) ve psikolojik hastalığa sahip olan kişiler (depresyon hasta grubu), **kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtileri, strese yatkınlaştırıcı yaşam biçimi ve stresle başa çıkma yaklaşımları** açısından sağlıklı kişilerden farklıdır’. Bu hipotezin sınanması amacı ile, üç hasta grubu, stres ile ilişkili yukarıda sayılan değişkenler açısından, sağlıklı kişilerden oluşan örneklem ile karşılaştırılmışlardır. Beklenen ve kestirilen sonuç, hasta gruplarının daha yüksek derecede kronik **stresin fiziksel/psikolojik belirtilerine** ve **strese yatkınlaştırıcı yaşam biçimine** sahip oldukları ve **stresle başa çıkmada** daha etkisiz stratejiler kullandıkları yönündedir.

Bu noktada, alınan stres ölçümlerine özellikle dikkat etmekte fayda bulunmaktadır. Stres üzerine yapılan çalışmalarda, araştırmacıların çok çeşitli stres değişkeni ölçümleri aldıkları görülmektedir. Bu çeşitliliğin nedeni, stresin çok faktörlü ve çok bileşenli olan yapısıdır. Bu çok faktörlü ve bileşenli yaşantının ölçülmesi de birbirlerinden farklı ve çok sayıda yollarla olabilmektedir. Örneğin, bazı çalışmalarda kişinin yaşamında karşılaştığı ve **stres tepkisi ile sonuçlanabilen olay/durumların**, yani **stresörlerin** ölçümü alınmaktadır. Burada stres tepkisinin

tetiklenmesine yol açan faktörün ölçümü söz konusudur. Diğer bir deyişle, stres tepkisinin kendisinin değil öncülünün belirlenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmalarda, kullanılabilen bir diğer yöntem, stresörün yerine stres tepkisinin kendisini, diğer bir deyişle stresin belirtilerini ölçmektir. Şöyle ki; stres çok bileşenli bir yapıya sahiptir; bilişsel, duygusal, fiziksel ve davranışsal bileşenleri içermektedir. Stres konusunu çalışan araştırmacılar, stresin bu bileşenlerine ait belirtileri ölçme ve araştırmalarını bu ölçümler doğrultusunda gerçekleştirme yolunu seçebilirler. Bizim araştırmamızda da, kronik stresin belirtilerinin ölçülmesi ve bu ölçümler yolu ile bilgi edinilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızda, kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirti ölçümleri kullanılmıştır. Kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtileri değişkenlerinin yanı sıra araştırmada ölçümleri alınan diğer stres değişkenleri; ‘strese yatkınlık’, yani strese neden olabilen yaşam alışkanlıkları ve davranışları ile ‘stresle başa çıkma tarzları’ yani stresle başa çıkmada kullanılan stratejilerdir. Stres ile ilişkili olan bütün bu değişkenlerin ölçümünde, kendini değerlendirme esasına dayanan kağıt-kalem ölçekleri kullanılmıştır.

Yukarda belirtildiği üzere, araştırmada ilk olarak, psikosomatik ve psikolojik hastalığa sahip kişilerin, stres ile ilişkili değişkenler açısından sağlıklı kişiler ile olan olası farklarının incelenmesi amaçlanmıştır. Beklenen sonuç, hasta gruplarının daha yüksek derecede kronik **stresin fiziksel/psikolojik belirtilerine** ve **strese yatkınlaştırıcı yaşam biçimine** sahip oldukları ve **stresle başa çıkmada** daha etkisiz stratejiler kullandıkları yönündedir.

Araştırmada ikinci olarak ise, kronik stresin psikolojik ve fiziksel

belirtilerini yordama gücüne sahip değişkenlerin saptanması amaçlanmıştır. Kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtilerini yordama gücüne sahip olduğu düşünülen değişkenlerin başında, stres ile ilişkili olanlar gelmektedir. Bu düşünce doğrultusunda, strese yatkınlık ve stresle başa çıkma değişkenlerinin fiziksel/psikolojik belirtileri yordama gücü saptanmaya çalışılmıştır. Bu girişimin altında yatan beklenti, stres ile ilişkili bu değişkenlerin kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtileri üzerinde açıklayıcı gücü olabileceğinin gösterilmesidir. Sonuçta, strese yatkınlaştırıcı yaşam biçimi ve stresle başa çıkma tarzlarının, yaşanan kronik stres belirtilerinin niteliğini belirleyebilecek olmaları makul bir düşünce gibi görünmektedir. Bunun yanı sıra, kronik stresin psikolojik belirtilerinin fiziksel belirtiler ve fiziksel belirtilerinin psikolojik belirtiler üzerindeki açıklayıcı ve yordayıcı güçleri de araştırılmıştır. Sonuçta, kronik stresin psikolojik belirtilerinin deneyimlenmesinde, fiziksel belirtilerin ve fiziksel belirtilerinin deneyimlenmesinde ise, yaşanan psikolojik belirtilerin payı olduğunun görülmesi beklenmektedir.

Burada, bir noktaya dikkat çekmekte fayda bulunmaktadır. Bilindiği üzere, araştırmada ağırlıklı olarak kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtilerinden bahsedilmiştir. Fakat, kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtilerine başka bir açıdan bakmakta fayda bulunmaktadır. Ölçülen ‘kronik stresin fiziksel belirtileri’ ve ‘kronik stresin psikolojik belirtileri’ aynı zamanda katılımcıların fiziksel ve psikolojik sağlıkları hakkında bilgi vericidir. Diğer bir deyişle, alınan fiziksel/psikolojik stres belirti ölçümlerinin, katılımcıların fiziksel ve psikolojik sağlık düzeylerini temsil ettiği düşünülmektedir. Bu nedenle yordayıcı gücü görülen

değişkenlerin, aslında fiziksel ve psikolojik sağlık için önemli değişkenler olduğu vurgulanmalıdır.

Araştırma, stresin fiziksel ve psikolojik sağlık ve hastalıklar konusundaki rolünün görülmesi açısından önemlidir. Araştırmada, vurgulanmak istenen, hem fiziksel hem de psikolojik hastalıklarda, kişilerin stres ile ilişkili durumlarının göz ardı edilmemesi gerekliliğidir. ‘Giriş’ bölümünde aktarıldığı üzere, stres hastalıkların tetiklenmesinin yanı sıra gidişi (prognozu) açısından önem taşıyan bir faktördür. Bu nedenle, hastaların stres ile ilişkili durumlarının yadsındığı, önemsenmediği bir tedavinin eksik kalacağı, tedaviden yüksek verim alınamayacağı düşünülmektedir.

## **2 . YÖNTEM**

### **2 . 1 . ÖRNEKLEM**

Araştırmaya, Ankara’da bulunan çeşitli hastanelere tedavi için başvurmuş olan koroner arter, romatoid artrit ve depresyon hastaları ile herhangi bir rahatsızlığı olmayan gönüllü kişiler katılmıştır. Koroner arter hastalığına sahip olan 42 hastaya, tedavi için başvurdukları Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Bölümünde ve İbn-i Sina Hastanesi Kardiyoloji Bölümünde ulaşılmıştır. Romatoid artritli olan ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniği ile Sağlık Bakanlığı Dışkapı Araştırma ve Eğitim Hastanesi Fizik Tedavi Ünitesine tedavi amaçlı başvuran 49 hasta çalışmada yer almıştır. Koroner arter ve romatoid artrit hastalığı olan toplam 91 kişi, psikosomatik hasta örneklemini oluşturmuştur. Çalışmaya katılan 48 depresyon hastasına ise, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde gördükleri tedavi sırasında ve Gazi Üniversitesi Psikiyatri polikliniğinde ulaşılmıştır. Bu şekilde oluşturulmuş üç hasta örneklemini toplam 139 kişiyi içermektedir.

Araştırmaya, hasta gruplarının yanı sıra, sağlıklı kişilerden oluşmuş bir örneklem dahil edilmiştir. Sağlıklı katılımcı örnekleminin araştırmada yer alması

‘kontrol’ amaçlıdır. Elde edilen verilerin karşılaştırması, sadece, hasta grupları arasında değil, sağlıklı grup ve hasta grupları arasında yapılmıştır. Sağlıklı katılımcı örneklemini herhangi bir tıbbi tanı almamış olan 66 kişiden oluşmaktadır.

Örnekleme gruplarının sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımları Tablo 1’de görülmektedir.

**Tablo 1** *Örnekleme Gruplarının Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Dağılımları*

|                            | <b>PSİKOSOMATİK</b> |          | <b>DEPRESYON</b> |          | <b>SAĞLIKLI</b> |          |
|----------------------------|---------------------|----------|------------------|----------|-----------------|----------|
|                            | <b>N=91</b>         | <b>%</b> | <b>N=48</b>      | <b>%</b> | <b>N=66</b>     | <b>%</b> |
| <b>YAŞ</b>                 |                     |          |                  |          |                 |          |
| 25 yaş ve altı             | 6                   | 6,6      | 5                | 10,6     | 7               | 10,6     |
| 25-40 yaş arası            | 10                  | 11,0     | 13               | 27,7     | 28              | 42,4     |
| 40-60 yaş arası            | 48                  | 52,7     | 25               | 53,2     | 29              | 44       |
| 60 yaş ve üstü             | 27                  | 29,7     | 4                | 8,5      | 2               | 3        |
| <b>CİNSİYET</b>            |                     |          |                  |          |                 |          |
| Kadın                      | 50                  | 54,9     | 34               | 70,8     | 31              | 47       |
| Erkek                      | 41                  | 45,1     | 14               | 29,2     | 35              | 53       |
| <b>EĞİTİM</b>              |                     |          |                  |          |                 |          |
| İlkokul ve altı            | 25                  | 27,8     | 8                | 16,7     | 7               | 10,6     |
| Ortaokul                   | 13                  | 14,4     | 1                | 2,1      | 7               | 10,6     |
| Lise                       | 25                  | 27,8     | 21               | 43,8     | 27              | 40,9     |
| Üniversite ve üstü         | 27                  | 30       | 18               | 37,5     | 25              | 37,9     |
| <b>AYLIK GELİR</b>         |                     |          |                  |          |                 |          |
| Düşük (1000 YTL ve altı)   | 61                  | 69,3     | 35               | 76,1     | 38              | 58,5     |
| Orta (1000-2000 YTL arası) | 18                  | 20,5     | 10               | 21,7     | 24              | 37       |
| Yüksek (2000 YTL ve üstü)  | 9                   | 10,2     | 1                | 2,2      | 3               | 4,5      |

Tablo 1’de görüldüğü üzere, psikosomatik hasta örneklemini, psikosomatik

hastalığa sahip 91 kişiden (49 romatoid artrit ve 42 koroner arter) oluşmaktadır. Örnekleme, 25 yaş ve altında 6 (%6,6), 25-40 yaş arası 10 (%11), 40-60 yaş arası 48 (%52,7), 60 yaş ve üstü olan 27 (%29,7) kişi bulunmaktadır. Örneklemin yaş ortalaması 53,75 (ss= 13,62) 'dir. Örneklemini oluşturan hastaların 50'si (%54,9) kadın, 41'i (%45,1) erkektir. Örnekleme, ilkokul veya altı 25 (%27,8), ortaokul 13 (%14,4), lise 25 (%27,8) ve üniversite veya üstü eğitim düzeyine sahip 27 (%30) kişi bulunmaktadır. Ayrıca, 61 (%69,3) hasta düşük, 18 (%20,5) hasta orta, 9 (%10,2) hasta yüksek gelir düzeyine sahiptir.

Depresyon hasta örnekleminin (N=48) demografik verileri incelendiğinde, örnekleme, 25 yaş ve altında 5 (%10,6), 25-40 yaş arası 13 (%27,7), 40-60 yaş arası 25 (%53,2), 60 yaş ve üstü olan 4 (%8,5) kişi olduğu görülmektedir. Örneklemin yaş ortalaması 43,9 (ss= 13,57) 'dur. Örneklemini oluşturan hastaların 34'ü (%70,8) kadın, 14'ü (%29,2) erkektir. Örnekleme, ilkokul veya altı 8 (%16,7), ortaokul 1 (%2,1), lise 21 (%43,8) ve üniversite veya üstü eğitim düzeyine sahip 18 (%37,5) kişi bulunmaktadır. Ayrıca, 35 (%76,1) hasta düşük, 10 (%21,7) hasta orta, 1 (%2,2) hasta yüksek gelir düzeyine sahiptir.

Sağlıklı kişilerden oluşan örnekleme (N=66), 25 yaş ve altında 7 (%10,6), 25-40 yaş arası 28 (%42,4), 40-60 yaş arası 29 (%44), 60 yaş ve üstü olan 2 (%3) katılımcı bulunmaktadır. Örneklemin yaş ortalaması 40,03 (ss= 12,22)'dür. Örneklemini oluşturan kişilerin 31'i (%47) kadın, 35'i (%53) erkektir. Örnekleme, ilkokul veya altı 7 (%10,6), ortaokul 7 (%10,6), lise 27 (%40,9) ve üniversite veya üstü eğitim düzeyine sahip 25 (%37,9) kişi bulunmaktadır. Ayrıca, 38 (%58,5) kişi

düşük, 24 (%37) kişi orta, 3 (%4,5) kişi yüksek gelir düzeyine sahiptir.

## **2 . 2 . BİLGİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmada kullanılan bilgi toplama araçları, kendini değerlendirme esasına dayanan, likert tipi kağıt-kalem ölçekleridir. Araştırmada kullanılan ölçekler sırasıyla; ‘Stres Belirtileri Ölçeği’, ‘Strese Yatkınlık Ölçeği’, ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ ve ‘Kısa Semptom Envanteri’dir. Bu ölçeklerin yanı sıra, araştırmada katılımcıların sosyo-demografik bilgilerinin edinilmesi amacıyla, araştırmacı tarafından hazırlanan ‘Katılımcı Bilgi Formu’ kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan bilgi formu ve ölçeklerin bir örneği EK- 1’de bulunmaktadır.

‘Stres Belirtileri Ölçeği’, katılımcıların fiziksel ve psikolojik stres belirtilerinin belirlenmesi amacı ile kullanılmıştır. ‘Stres Belirtileri Ölçeği’, stres belirtileri için bir tarama aracı olmasının yanı sıra, çeşitli sistemler dahilinde yer alan çok sayıda fiziksel belirtiyeye dair bilgi verici olma özelliğine sahiptir. Ölçek, tüm bedensel sistemler içinde yer alan çok sayıda fiziksel belirti maddesine sahiptir. Araştırmada ölçeğin bu özelliğinden de faydalanılmıştır. Katılımcıların fiziksel belirtilerinin taranması, ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ içinde yer alan fiziksel sistem alt ölçekleri (kas sistemi, parasempatik sinir sistemi, sempatik sinir sistemi, bağışıklık sistemi ve endokrin sistem belirtileri) ile sağlanmıştır. Diğer bir deyişle; ‘Stres Belirtileri Ölçeği’nin 7 alt ölçeğinden 5 tanesi fiziksel belirti ölçümü amacı ile kullanılmıştır.

Katılımcıların stres belirtileri ölçümlerinin alınmasında ‘Stres Belirtileri

Ölçeği'nin yanı sıra, 'Kısa Semptom Envanteri' kullanılmıştır. Araştırmada, psikolojik belirti tarama aracı olan 'Kısa Semptom Envanteri'nden, psikolojik stres belirtilerinin ölçülmesi yönünde faydalanılmıştır. Stres belirtileri ile ilgili olarak, 'Stres Belirtileri Ölçeği'nin yanında 'Kısa Semptom Envanteri'nin de kullanımı, katılımcıların stres belirtileri üzerine daha detaylı bilgiye ulaşılmasına imkan vermiştir. 'Kısa Semptom Envanteri' yolu ile toplanan veriler, aynı zamanda, katılımcıların psikolojik belirtilerinin ölçülmesi yönünde de yarar sağlamıştır. Envanterin 5 alt ölçeğinden (depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, hostilite, somatizasyon) 4'ü (depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, hostilite) psikolojik belirti ölçümü amacı ile kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan 'Strese Yatkınlık Ölçeği' ve 'Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği' ise, stresle ilişkili olan diğer önemli ölçümlerin alınabilmesine imkan vermiştir. Bu ölçekler ile, katılımcıların stres deneyimlerine etki edebilecek yaşam biçimleri ve alışkanlıkları ve stresle başa çıkmada kullandıkları stratejilerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

### **2 . 2 . 1 . Stres Belirtileri Ölçeği**

'Stres Belirtileri Ölçeği', Miller ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olan 'Stres Audit 4.2-OS Ölçeği'nin üç bölümünden bir tanesidir (Day, 1992). Diğer bir deyişle, aslında bir alt-ölçek niteliğindedir, fakat, araştırmalarda tek başına

kullanımı da söz konusu olabilmektedir.

‘Stres Belirtileri Ölçeği’, yedi fizyolojik sistem için düzenlenmiştir. Her fizyolojik sistem ile ilgili on belirti maddesi bulunmaktadır. Ölçeğin içinde başlık olarak da yer alan bu fizyolojik sistemler; (a) Kas Sistemi, (b) Parasempatik Sinir Sistemi, (c) Sempatik Sinir Sistemi, (d) Duygusal Sistem, (e) Bilişsel Sistem, (f) Endokrin Sistemi, (g) Bağışıklık Sistemi’ dir. Bu ölçekte katılımcılardan istenen, son altı ay içinde maddelerde yer alan stres belirtilerinin, kendilerini ne derece rahatsız ettiğini “Hiç (1)” ve “Çok (5)” arasında olan 5 seçenekli bir ölçek üzerinde derecelendirmeleridir.

‘Stres Audit 4.2-OS Ölçeği’nin Türk popülasyonundaki geçerlik ve güvenirliği Day (1992) tarafından yapılan bir araştırma ile incelenmiştir. Tıp fakültesinde okumakta olan 198 öğrencinin yer aldığı bu araştırmada, ‘Stres Belirtileri Ölçeği’nin güvenirlik çalışması, test - tekrar test güvenirliği ve iç tutarlık (Cronbach Alfa) hesaplamaları ile yapılmıştır. Bu hesaplamalara göre, ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ için bulunan iç tutarlık katsayısı (Cronbach Alfa değeri);  $\alpha = ,84$ ’dür. Araştırmada bu ölçeğin test-tekrar test güvenirliğine ilişkin yapılan hesaplamalar sonucunda, güvenirlik katsayılarının yeterli düzeyde yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ( $p < ,01$ ). ‘Stres Belirtileri Ölçeği’nin hesaplanan test –tekrar –test güvenirlik katsayısı  $r = ,72$ ’ dir. Ölçeğin içinde yer alan sistem bölümleri için ayrı ayrı hesaplanan korelasyon katsayılarının ise,  $r = ,64$  ile  $r = ,81$  arasında değişen değerlerde olduğu görülmüştür (Day, 1992).

Ölçeğin toplamı ve alt ölçekleri için bu araştırma verileri kullanılarak yapılan

iç tutarlık hesaplamaları da ölçeğin güvenirliğinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu hesaplamalara göre ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ için bulunan iç tutarlık katsayısı (Cronbach Alfa değeri);  $\alpha = ,96$ ’dır. Alt ölçekler için iç tutarlık katsayılarının ise  $\alpha = ,66$  ile  $\alpha = ,92$  arasında değişmekte olduğu görülmüştür (‘Kas Sistemi Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,83$ ; ‘Parasempatik Sinir Sistemi Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,79$ ; ‘Sempatik Sinir Sistemi Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,84$ ; ‘Duygusal Sistem Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,92$ ; ‘Bilişsel Sistem Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,86$ ; ‘Endokrin Sistem Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,66$ ; ‘Bağışıklık Sistemi Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,76$ ).

Day (1992) tarafından yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında, ‘Stres Audit Ölçeği’nin yapı geçerliğini saptamak amacıyla, ‘KAS’ ve ‘Katz Genel Uyum Skalası’ (KAS-S) ve ‘Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri’nden (STAI) yararlanılmıştır. Yapılan hesaplamalar sonucunda araştırmacı, ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ ile ‘Sürekli Kaygı Envanteri’ ve ‘Katz Genel Uyum Skalası’ arasında ,001 düzeyinde geçerliğin olduğu sonucuna varmıştır. Bulunan korelasyon katsayıları ‘Sürekli Kaygı Envanteri’ için  $r = ,24$  ve KAS-S için  $r = ,40$ ’ dır (Day, 1992).

Ölçek, Şahin ve Durak-Batıgün (1997) tarafından stres ve iş doyumu üzerine olan bir çalışmada uyarlanarak kullanılmıştır. Bu çalışmada da ölçeğin geçerlik ve güvenirlik hesaplamaları yapılmıştır. Bankacılık sektöründe çalışan kişiler üzerinde yapılan bu çalışma sonucunda stres belirtileri ölçeğinin içinde yer alan sistem bölümleri için elde edilen güvenirlik katsayılarının (Cronbach Alfa);  $\alpha = ,91$  ile  $\alpha =$

,96 arasında olduğu gör÷lmüştür (Şahin ve Durak-Batıgün, 1997).

### 2 . 2 . 2 . Strese Yatkinlık Ölçeği

‘Strese Yatkinlık Ölçeği’, ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ gibi, Miller ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen ‘Stres Audit 4.2-OS Ölçeği’nin üç bölümünden birisidir (Day, 1992). ‘Strese Yatkinlık Ölçeği’nde, katılımcıların strese yatkinlığını etkileyen belli davranış ve durumları ile ilgili bilgi toplamak amaçlanmaktadır. Katılımcılardan istenen, maddelerde yer alan strese yatkinlık ile ilgili davranış ve durumları ne sıklıkta yaşadıklarını belirtmeleridir. Yatkinlık maddeleri ‘bir’ ile ‘beş’ arasında (1 = Hemen her zaman, 5 = Hiçbir zaman) bir ölçekte derecelendirilmektedir. Maddeler; yeme, uyuma, fiziksel egzersiz ve eğlence alışkanlıkları; alkol, kafein ve tütün kullanımı; duyguları ifade etme yeteneği ile sosyal ve ruhsal kaynaklar ile ilgilidir (Day, 1992).

Day (1992) tarafından yapılan güvenirlik çalışmasında ‘Strese Yatkinlık Ölçeği’ için test- tekrar test güvenirlik katsayısının;  $r = ,73$  ( $p < ,01$ ) olduğu gör÷lmüştür (Day, 1992).

‘Strese Yatkinlık Ölçeği’ Şahin ve Durak-Batıgün (1997) ve Şahin ve arkadaşları (1993) tarafından iki ayrı çalışmada kullanılmış, bu çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık katsayıları  $\alpha = ,74$  ve  $\alpha = ,78$  olarak hesaplanmıştır (Şahin ve Durak-Batıgün, 1997; Şahin ve ark., 1993).

Ölçek için bu araştırma verileri kullanılarak yapılan iç tutarlık hesaplamaları

sonucunda iç tutarlık katsayısının (Cronbach Alfa değeri);  $\alpha = ,74$  olduğu görülmüştür.

İş stresi ve iş doyumu ile ilgili olarak, Kahya (2006) tarafından, 503 jandarma mensubundan oluşan örneklem üzerinde yapılan çalışmada ölçeğin iç tutarlığı için elde edilen Cronbach Alfa katsayısı  $\alpha = ,82$ ' dir. Bu çalışmada, ayrıca ölçeğin yapı geçerliği ile ilgili hesaplamalar yapılmıştır. Sonuçta, ölçeğin iş yeri stres faktörleri toplam puanı ile korelasyonunun  $r = ,39$  ( $p < ,01$ ), stres belirtileri toplam puanı ile korelasyonunun ise  $r = ,48$  ( $p < ,01$ ) olduğu görülmüştür (Kahya, 2006).

### **2 . 2 . 3 . Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği**

‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’, Lazarus ve Folkman (1984) tarafından geliştirilen ‘Başa Çıkma Yolları Envanteri’nden (Ways Of Coping) hareketle, üniversite öğrencileri için hazırlanmış olan bir ölçektir. Lazarus ve Folkman’ın geliştirdiği ‘Başa Çıkma Yolları Envanteri’nden daha kısadır, 30 maddeden oluşmaktadır. ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’, çeşitli stresli durumlarda kullanılabilen ve özellikle depresyon, yalnızlık, psikosomatik sorunlar gibi belirtilerle ilişkili olan başa çıkma mekanizmalarını saptama yönelimli bir ölçektir (Şahin ve Durak, 1995)

‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ faktör analizi, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Şahin ve Durak (1995) tarafından üç farklı örneklem kullanılarak

yapılmıştır. 575 üniversite öğrencisi örnekleme ile yapılan ilk çalışmada, ölçek, faktör analizine tabi tutulmuş ve sonucunda ölçeğin 5 faktörlü yapıya sahip olduğu görülmüştür. Bulunan faktörler; ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’, ‘Çaresiz Yaklaşım’, ‘Boyun Eğici Yaklaşım’, ‘İyimser Yaklaşım’ ve ‘Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı’ olarak adlandırılmıştır. Çeşitli özel ve kamu bankalarında çalışmakta olan 426 kişilik örneklem grubu ile yapılan ikinci bir çalışmada, araştırmacılar, 1. çalışmadaki örneklemden elde edilen yapıya benzer bir faktör yapısı ile karşılaşmışlardır. Bu ikinci çalışmada bulunan faktör sayısı 4’tür. İlk çalışmada ortaya çıkan ‘Çaresiz Yaklaşım’ ve ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ın, bu çalışmada tek bir faktör olarak görüldüğü aktarılmıştır. Ankara’da oturan 232 kişilik örneklem grubu üzerinden yapılan üçüncü çalışmada araştırmacılar, 1. çalışmada elde edilen faktör yapısının tekrarlandığını görmüşlerdir (Şahin ve Durak, 1995).

‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’nin güvenirlik ve geçerlik çalışmaları Şahin ve Durak (1995) tarafından yukarıda aktarılan 3 örneklem üzerinden yapılmıştır. Ölçeğin üç çalışmadaki faktör analizlerine bağlı olarak elde edilen alt ölçeklerinin, Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları; ‘İyimser Yaklaşım Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,49$  ile  $\alpha = ,69$  arasında, ‘Kendine Güvenli Yaklaşım Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,62$  ile  $\alpha = ,80$  arasında, ‘Çaresiz Yaklaşım Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,64$  ile  $\alpha = ,73$  arasında, ‘Boyun Eğici Yaklaşım Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,47$  ile  $\alpha = ,70$  arasında ve ‘Sosyal Desteğe Başvurma Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,45$  ile  $\alpha = ,47$  arasında olduğu görülmüştür. Geçerlik çalışmaları sonucunda ise araştırmacılar ölçeğin psikolojik

sorunlar, çeşitli kişilik boyutları ve durumsal değişkenler ile beklenen yönde ilişki gösteren, ayrıca stresle baş etme konusunda karşıt grupları ayırt edebilme gücüne sahip olan geçerli bir ölçek olduğunu aktarmışlardır (Şahin ve Durak, 1995).

‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ alt ölçekleri için bu araştırma verileri kullanılarak yapılan iç tutarlık hesaplamaları da alt ölçeklerin yeterli derecede güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Bu hesaplamalara göre, ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ alt ölçekleri iç tutarlık katsayıları; ‘Kendine Güvenli Yaklaşım Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,86$ , ‘İyimser Yaklaşım Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,75$ , ‘Çaresiz Yaklaşım Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,73$ , ‘Boyun Eğici Yaklaşım Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,56$  ve ‘Sosyal Desteğe Başvurma Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,45$ ’ dir.

#### **2 . 2 . 4 . Kısa Semptom Envanteri**

‘Kısa Semptom Envanteri’ (Brief Symptom Inventory- BSI), Derogatis (1992) tarafından çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla geliştirilmiştir. ‘SCL-90-R’ nin kısa formudur. ‘SCL-90-R’ nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış 53 maddeden oluşmaktadır. ‘Kısa Semptom Envanteri’ de ‘SCL-90-R’ gibi, 9 alt ölçekten ve global rahatsızlık belirleyicisi 3 ölçekten (global indeks) oluşmuştur. Alt ölçekler; ‘Somatizasyon’, ‘Obsesif-Kompulsif’, ‘Kişilerarası Duyarlılık’, ‘Depresyon’, ‘Anksiyete Bozukluğu’, ‘Hostilite’, ‘Fobik Anksiyete’, ‘Paranoid Düşünceler’ ve ‘Psikotizm’ dir. Global

indeksler ise; ‘Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi’, ‘Belirti Toplamı İndeksi’ ve ‘Semptom Rahatsızlık İndeksi’ dir. ‘Kısa Semptom Envanteri’, 5’li likert tipinde olan kendini değerlendirme ölçeğidir. Katılımcılardan istenen, ölçekte yer alan her madde için, ‘‘Hiç Yok’’, ‘‘Biraz Var’’, ‘‘Orta Derecede Var’’, ‘‘Epey Var’’ ve ‘‘Çok Fazla Var’’ seçeneklerinden kendilerine uygun olanı seçmeleri ve işaretlemeleridir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği, bireylerin ruhsal belirtilerinin sıklığını göstermektedir (Şahin ve Durak, 1994; Savaşır ve Şahin, 1997).

‘Kısa Semptom Envanteri’nin Türk gençleri için uyarlaması ve güvenirlik, geçerlik çalışmaları Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar ‘Kısa Semptom Envanteri’nin farklı amaçlarla kullanıldığı üç ayrı araştırmanın verilerini kullanarak envanterin psikometrik özelliklerini belirlemişlerdir. Bu çalışma dahilinde yapılan faktör analizi sonuçları, ölçeğin orijinal formundan farklı olarak 5 faktörlü yapıda olduğuna işaret etmiştir. Bu faktörler; ‘Anksiyete’, ‘Depresyon’, ‘Olumsuz Benlik’, ‘Somatizasyon’ ve ‘Hostilite’ dir. Şahin ve Durak tarafından, 3 farklı örneklem verileri kullanılarak yapılan güvenirlik çalışmalarında, iç tutarlık hesaplamaları sonucunda toplam ölçek için Cronbach Alfa katsayısının  $\alpha = ,95$  ile  $\alpha = ,96$  arasında alt ölçekler için ise  $\alpha = ,55$  ile  $\alpha = ,86$  arasında değiştiği görülmüştür. Geçerlik çalışmaları ise envanterin alt ölçeklerinin ve üç global indeks puanlarının ‘Sosyal Karşılaştırma Ölçeği’ ile;  $-,14$  ve  $-,34$  arasında, ‘Boyun Eğicilik Ölçeği’ ile;  $,16$  ve  $,42$  arasında, ‘Strese Yatkınlık Ölçeği’ ile;  $,24$  ve  $,36$  arasında, ‘UCLA Yalnızlık Ölçeği’ ile;  $,13$  ve  $,36$  arasında, ‘Offer Yalnızlık Ölçeği’ ile;  $-,34$  ve  $-,57$

arasında, ‘Beck Depresyon Envanteri’ ile ise; ,34 ve ,70 arasında değişen korelasyon gösterdiği belirlenmiştir (Şahin ve Durak, 1994, Savaşır ve Şahin, 1997). Bu sonuçların elde edildiği örneklem gruplarının ağırlıklı olarak üniversite öğrencileri olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Araştırmacılar, sonuç olarak, ‘Kısa Semptom Envanteri’nin Türk üniversite öğrencilerinin psikolojik sorunlarını güvenilir ve geçerli bir şekilde ölçebildiği ve kuramsal araştırmalarda kullanılabileceğini bildirmektedirler (Şahin ve Durak, 1994).

Ölçeğin toplamı ve alt ölçekleri için bu araştırma verileri kullanılarak yapılan iç tutarlık hesaplamaları da ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu hesaplamalara göre ‘Kısa Semptom Envanteri’ için bulunan iç tutarlık katsayısı (Cronbach Alfa değeri);  $\alpha = ,97$ ’dir. Alt ölçekler için iç tutarlık katsayılarının ise  $\alpha = ,77$  ile  $\alpha = ,91$  arasında değişmekte olduğu görülmüştür (‘Anksiyete Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,91$ ; ‘Depresyon Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,91$ ; ‘Olumsuz Benlik Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,88$ ; ‘Somatizasyon Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,79$ ; ‘Hostilite Alt Ölçeği’ için  $\alpha = ,77$ ).

### 2.3. İŞLEM

Araştırmada, katılımcılara ölçekler bir batarya halinde verilmiştir. Ölçek bataryasının ilk sırasında, ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ yer almaktadır. Diğer ölçeklerin batarya içindeki sıralaması ise; ‘Strese Yatkınlık Ölçeği’, ‘Stresle Başa Çıkma

Tarzları Ölçeği’ ve ‘Kısa Semptom Envanteri’ şeklindedir. Bataryada ölçeklerden önce demografik bilgiler ve hastalık/tedavi süresi gibi hastalık ile ilişkili soruları içeren ‘Katılımcı Bilgi Formu’ bulunmaktadır. Ölçek bataryası, katılımcılara araştırmacı tarafından ulaştırılmıştır. Ölçeklerin uygulanmasından önce, katılımcılara, kısaca araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmak için gönüllü olup olmadıkları sorulmuştur. Katılmaya gönüllü olan hasta ve sağlıklı kişilere ölçek bataryası doldurulmak üzere verilmiştir. Katılımcılardan, her bir ölçeği doldurmadan önce, o ölçeğe ilişkin yönergeyi dikkatle okumaları ve bu yönergeye uygun şekilde cevaplama yapmaları istenmiştir. Ölçeklere ait yönergeleri okudukları halde nasıl doldurulacağını anlamayan katılımcılara, yönerge bir kez de araştırmacı tarafından açıklanmıştır. Bu açıklamaya rağmen cevaplama hata yapan katılımcıların ölçekleri değerlendirmeye alınmamıştır. Uygulama sonunda ölçekler araştırmacı tarafından katılımcılardan geri alınmıştır.

Araştırma için, hasta örneklemini oluşturan katılımcılara çeşitli hastanelerden ulaşma gerekliliği söz konusudur. Bu nedenle, Ankara’da uygun bulunan çeşitli hastanelerin ilgili idari birimlerinden araştırmanın uygulanması için izin verilmesi talep edilmiştir. İdari yazışmalar sonucunda izin talebini kabul eden hastanelerin ilgili bölümlerinde uygulama yapılmıştır. Ayrıca, bu hastanelerde çalışan doktor, hemşire, psikolog gibi sağlık personeline çalışmanın genel amacı ve uygulama planı açıklanmış, ihtiyaç olduğunda onların yardımları alınmıştır. Uygulama yapılan hastane ve ilgili bölümleri şunlardır: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Bölümü, İbn-i Sina Hastanesi Kardiyoloji Bölümü, Gazi Üniversitesi Tıp

Fakóltesi Romatoloji Polikliniği, Sağlık Bakanlığı Dışkapı Araştırma ve Eğitim Hastanesi Fizik Tedavi Ünitesi, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Kliniđi. Bu uygulamalar tamamlandıktan sonra yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik değişkenler açısından hasta gurubu ile denk tutulmaya çalışılan, araştırmaya katılma yönünde gönüllü, sağlıklı kişilere aynı batarya uygulanmış ve sağlıklı örneklem oluşturulmuştur.

### 3 . BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amacı doğrultusunda, elde edilen verilere uygulanan istatistik analiz sonuçlarına yer verilmektedir. Bölümde yer alan tüm analizler, ‘SPSS 10.00 for Windows’ programı ile gerçekleştirilmiştir.

Elde edilen bulgular, sırasıyla, ‘Stres İle İlişkili Değişkenler İçin Tanı Grupları ve Cinsiyetler Arası Karşılaştırma’, ‘Regresyon Analizleri’ ve ‘Ölçeklerden Alınan Puanlar Arası İlişkiler’ başlıkları altında sunulmuştur.

#### 3.1 Stres İle İlişkili Değişkenler İçin Tanı Grupları ve Cinsiyetler Arası Karşılaştırma

‘Giriş’ bölümünde değinildiği üzere, fiziksel ve psikolojik hastalıklar üzerinde stres ile ilişkili değişkenlerin önemli rol oynadığı düşüncesi yaygındır. Fiziksel ve ruhsal sağlıkta kronik stresin rolünün görülmesi amacıyla, psikosomatik hastalık (romatoid artrit ve koroner arter) ve psikolojik hastalık tanısı (depresyon) almış kişilerden oluşan örneklem grupları, stres ile ilişkili değişkenler (kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtileri, strese yatkınlık ve stresle başa çıkma değişkenleri) açısından, sağlıklı örneklem ile karşılaştırılmıştır. Stres ile ilişkili değişkenlerin, tanı grupları (psikosomatik hastalar, depresyon hastaları ve sağlıklı grup) ve cinsiyet (kadın, erkek) için ne şekilde değiştiğine **Grup (3) x Cinsiyet (2)** ANOVA modeli

ile bakılmıştır.

### **3.1.1. Kronik Stresin Fiziksel/Psikolojik Belirti Puanları İçin Tanı Grupları ve Cinsiyetler Arası Karşılaştırma**

‘Giriş’ bölümünde değinildiği üzere, kronik stres ile ilişkili çeşitli değişkenlerin, fiziksel ve psikolojik hastalıklar ile ilişkili olduğu düşüncesi, ilgili literatürde sıklıkla dile getirilmektedir. Araştırmanın ilk hipotezi bu düşünce üzerine temellendirilmiştir. Kronik stresin fiziksel ve psikolojik hastalıklar için öneminin anlaşılması amacı ile, hasta gruplarından (psikosomatik ve depresyon hasta grupları) alınan kronik stresin fiziksel/psikolojik belirti ölçümleri, sağlıklı grubun ölçümleri ile karşılaştırılmıştır. Özetle; ‘Fiziksel ve psikolojik hastalığa sahip kişiler, sağlıklı kişilere göre daha fazla fiziksel/psikolojik kronik stres belirtisine sahiptirler’ şeklinde ifade edilebilecek hipotezin sınanması amaçlanmıştır.

Araştırmada, katılımcıların yaşadıkları fiziksel ve psikolojik kronik stres belirtileri hakkında detaylı bilgi edinilmesi amacı ile, ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ ve ‘Kısa Semptom Envanteri’ kullanılmıştır. Bilindiği üzere, ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ ağırlıklı olarak, kronik stresin fiziksel belirtileri hakkında bilgi vermektedir. ‘Stres Belirtileri Ölçeği’nin 7 alt ölçeğinden 5 tanesi (Kas Sistemi, Parasempatik Sinir Sistemi, Sempatik Sinir Sistemi, Endokrin Sistem, Bağışıklık Sistemi Alt Ölçekleri) ‘kronik stresin fiziksel belirtilerini’ ölçmektedir. ‘Stres Belirtileri Ölçeği’nde yer alan ‘Duygusal Sistem’ ve ‘Bilişsel Sistem’ alt ölçekleri ise, kronik stresin psikolojik

belirti düzeylerinin belirlenmesine hizmet etmektedir. Kronik stresin psikolojik/fiziksel belirtilerinin ölçülmesinde, ‘Stres Belirtileri Ölçeği’nin yanı sıra ‘Kısa Semptom Envanteri’nin kullanımı söz konusudur. Bu envanterin araştırmaya dahil edilmesindeki amaç, katılımcıların sahip olduğu kronik stresin psikolojik belirtileri hakkında daha detaylı bilgiye ulaşmaktır. ‘Kısa Semptom Envanteri’nin 5 alt ölçeğinden 4 tanesinin (Depresyon, Anksiyete, Olumsuz Benlik, Hostilite) kronik stresin psikolojik belirtilerini ölçmek için kullanılabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle ‘Kısa Semptom Envanteri’ araştırmaya dahil edilmiş ve bu sayede, katılımcıların psikolojik stres belirtileri ile ilgili olarak daha detaylı ve güvenilir bilgiye ulaşılabileceği düşünülmüştür.

Sonuç olarak, kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtilerini taramak amacı ile ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ ve ‘Kısa Semptom Envanteri’nin bazı alt ölçeklerinden faydalanılmıştır. Şöyle ki; katılımcıların kronik stresin fiziksel belirti düzeylerini belirlemek amacı ile; ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ nin ‘Kas Sistemi’, ‘Parasempatik Sinir Sistemi’, ‘Sempatik Sinir Sistemi’, ‘Endokrin Sistem’ ve ‘Bağışıklık Sistemi’ alt ölçekleri ve ‘Kısa Semptom Envanteri’nin ‘Somatizasyon’ alt ölçeği birlikte ele alınmıştır. Bu alt ölçeklerin toplamı için alınan puanların, katılımcıların fiziksel stres belirti düzeylerini yansıttığı varsayılmıştır. Benzer şekilde, ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ ve ‘Kısa Semptom Envanteri’nin psikolojik belirtiler üzerine olan alt ölçekleri toplamı, katılımcıların psikolojik stres belirti düzeylerinin belirlenmesi amacı ile kullanılmıştır. ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ içinde yer alan ‘Duygusal Sistem’ ve ‘Bilişsel Sistem’ alt ölçekleri ile ‘Kısa Semptom

Envanteri'nde yer alan 'Depresyon', 'Anksiyete', 'Olumsuz Benlik' ve 'Hostilite' alt ölçeklerinden alınan toplam puanların, katılımcıların sahip oldukları kronik stresin psikolojik belirti şiddetini temsil edeceği düşünülmüştür.

Tanı gruplarının yanı sıra, cinsiyetin de kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtileri konusunda önemli bir değişken olabileceği düşünülmüştür. İlgili yazında bu düşünce üzerine yapılan çalışmalara rastlanmaktadır. Sonuç olarak, kadın ve erkeklerin birbirlerinden farklı olabileceği düşünülen fiziksel/psikolojik stres belirti düzeyleri karşılaştırılmıştır.

Kronik stresin fiziksel belirtileri için alınan toplam ve alt ölçek puanlarının **Grup (3) x Cinsiyet (2)** değişkenleri açısından ne şekilde farklılaştığını gösteren varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 2'de verilmektedir.

Tablo 2' de görüldüğü gibi, toplam puan ve tüm alt ölçek puanlarında, **grup temel etkisi** mevcuttur. **Cinsiyet temel etkisi** ise, toplam puanlarda ve 'Parasempatik Sinir Sistemi' ile 'Somatizasyon' dışında kalan tüm alt ölçek puanlarında görülmektedir.

**Tablo 2** ‘Kronik Stresin Fiziksel Belirtileri’ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Grup x Cinsiyet Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

| <b>Kronik Stresin Fiziksel Belirtileri (Toplam Puan)</b>                  |                 |     |                  |         |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----|------------------|---------|
| Kaynak                                                                    | Kareler Toplamı | SD  | Ortalama Kareler | F       |
| Grup                                                                      | 26559,81        | 2   | 13279,91         | 12,87** |
| Cinsiyet                                                                  | 9458,68         | 1   | 9458,68          | 9,17**  |
| Grup x Cinsiyet                                                           | 2010,96         | 2   | 1005,48          | ,97     |
| Hata                                                                      | 205382,50       | 199 | 1032,07          |         |
| Toplam                                                                    | 2449678,00      | 205 |                  |         |
| <b>Kas Sistemi (‘Stres Belirtileri Ölçeği’ Alt Ölçeği)</b>                |                 |     |                  |         |
| Kaynak                                                                    | Kareler Toplamı | SD  | Ortalama Kareler | F       |
| Grup                                                                      | 1374,83         | 2   | 687,41           | 13,02** |
| Cinsiyet                                                                  | 421,96          | 1   | 421,96           | 7,99**  |
| Grup x Cinsiyet                                                           | 172,72          | 2   | 86,36            | 1,64    |
| Hata                                                                      | 10510,54        | 199 | 52,82            |         |
| Toplam                                                                    | 97502,00        | 205 |                  |         |
| <b>Parasempatik Sinir Sistemi (‘Stres Belirtileri Ölçeği’ Alt Ölçeği)</b> |                 |     |                  |         |
| Kaynak                                                                    | Kareler Toplamı | SD  | Ortalama Kareler | F       |
| Grup                                                                      | 869,17          | 2   | 434,58           | 8,30**  |
| Cinsiyet                                                                  | 77,36           | 1   | 77,36            | 1,48    |
| Grup x Cinsiyet                                                           | 115,23          | 2   | 57,62            | 1,10    |
| Hata                                                                      | 10425,01        | 199 | 52,39            |         |
| Toplam                                                                    | 96910,00        | 205 |                  |         |
| <b>Sempatik Sinir Sistemi (‘Stres Belirtileri Ölçeği’ Alt Ölçeği)</b>     |                 |     |                  |         |
| Kaynak                                                                    | Kareler Toplamı | SD  | Ortalama Kareler | F       |
| Grup                                                                      | 1755,10         | 2   | 877,55           | 15,48** |
| Cinsiyet                                                                  | 540,88          | 1   | 540,88           | 9,54**  |
| Grup x Cinsiyet                                                           | 104,26          | 2   | 52,13            | 0,92    |
| Hata                                                                      | 11278,27        | 199 | 56,68            |         |
| Toplam                                                                    | 101392,00       | 205 |                  |         |
| <b>Endokrin Sistem (‘Stres Belirtileri Ölçeği’ Alt Ölçeği)</b>            |                 |     |                  |         |
| Kaynak                                                                    | Kareler Toplamı | SD  | Ortalama Kareler | F       |
| Grup                                                                      | 597,04          | 2   | 298,52           | 10,14** |
| Cinsiyet                                                                  | 551,72          | 1   | 551,72           | 18,74** |
| Grup x Cinsiyet                                                           | 85,44           | 2   | 42,72            | 1,45    |
| Hata                                                                      | 5830,08         | 198 | 29,45            |         |
| Toplam                                                                    | 73937,00        | 204 |                  |         |

\*\*p<,01    \*p<,05

**Tablo 2** ‘Kronik Stresin Fiziksel Belirtileri’ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Grup x Cinsiyet Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması (Devam)

| <b>Bağıışıklık Sistemi (‘Stres Belirtileri Ölçeğı’ Alt Ölçeğı)</b> |                        |           |                         |          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|-------------------------|----------|
| <b>Kaynak</b>                                                      | <b>Kareler Toplamı</b> | <b>SD</b> | <b>Ortalama Kareler</b> | <b>F</b> |
| <b>Grup</b>                                                        | 206,29                 | 2         | 103,14                  | 3,21*    |
| <b>Cinsiyet</b>                                                    | 287,37                 | 1         | 287,37                  | 8,95**   |
| <b>Grup x Cinsiyet</b>                                             | 8,16                   | 2         | 4,08                    | 0,13     |
| <b>Hata</b>                                                        | 6325,29                | 197       | 32,11                   |          |
| <b>Toplam</b>                                                      | 63427,00               | 203       |                         |          |
| <b>Somatizasyon (‘Kısa Semptom Envanteri’ Alt Ölçeğı)</b>          |                        |           |                         |          |
| <b>Kaynak</b>                                                      | <b>Kareler Toplamı</b> | <b>SD</b> | <b>Ortalama Kareler</b> | <b>F</b> |
| <b>Grup</b>                                                        | 559,13                 | 2         | 279,56                  | 8,25**   |
| <b>Cinsiyet</b>                                                    | 98,90                  | 1         | 98,90                   | 2,92     |
| <b>Grup x Cinsiyet</b>                                             | 28,34                  | 2         | 14,17                   | ,42      |
| <b>Hata</b>                                                        | 6608,19                | 195       | 33,89                   |          |
| <b>Toplam</b>                                                      | 19856,00               | 201       |                         |          |

\*\*p< ,01    \*p< ,05

Toplam ve alt ölçek puanlarındaki grup temel etkilerinin, hangi gruplardan kaynaklandığının anlaşılması amacı ile yapılan Post Hoc Tukey analizinin sonuçları Tablo 3’de görölmektedir.

**Tablo 3** *Kronik Stresin Fiziksel Belirtileri Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Gruplar İçin Karşılaştırılması*

| Ölçekler                                                           | Psikosomatik Grup (N = 91) |       | Depresyon Grubu (N = 48) |       | Sağlıklı Grup (N = 66) |       | Tukey                                                                 | P                    |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|--------------------------|-------|------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                                                                    | x                          | ss    | x                        | ss    | x                      | ss    |                                                                       |                      |
| Kronik Stresin Fiziksel Belirtileri (Toplam Puan)                  | 106,14                     | 33,01 | 120,90                   | 38,81 | 87,18                  | 28,39 | Depresyon>Sağlıklı<br>Psikosomatik>Sağlıklı<br>Depresyon>Psikosomatik | ,000<br>,001<br>,027 |
| Kas Sistemi ('Stres Belirtileri Ölçeği' Alt Ölçeği)                | 19,77                      | 7,27  | 25,10                    | 9,01  | 17,55                  | 6,55  | Depresyon>Psikosomatik<br>Depresyon>Sağlıklı                          | ,000<br>,000         |
| Parasempatik Sinir Sistemi ('Stres Belirtileri Ölçeği' Alt Ölçeği) | 21,00                      | 7,94  | 23,29                    | 7,23  | 17,44                  | 6,24  | Psikosomatik>Sağlıklı<br>Depresyon>Sağlıklı                           | ,007<br>,000         |
| Sempatik Sinir Sistemi ('Stres Belirtileri Ölçeği' Alt Ölçeği)     | 21,74                      | 7,99  | 24,50                    | 9,25  | 16,24                  | 8,37  | Psikosomatik>Sağlıklı<br>Depresyon>Sağlıklı                           | ,000<br>,000         |
| Endokrin Sistem ('Stres Belirtileri Ölçeği' Alt Ölçeği)            | 19,22                      | 5,84  | 19,69                    | 5,99  | 15,27                  | 5,48  | Psikosomatik>Sağlıklı<br>Depresyon>Sağlıklı                           | ,000<br>,000         |
| Bağırsıklık Sistemi ('Stres Belirtileri Ölçeği' Alt Ölçeği)        | 16,58                      | 5,51  | 18,83                    | 6,85  | 15,25                  | 5,21  | Depresyon>Sağlıklı                                                    | ,003                 |
| Somatizasyon ('Kısa Semptom Envanteri' Alt Ölçeği)                 | 8,13                       | 5,65  | 10,53                    | 7,29  | 5,67                   | 4,98  | Psikosomatik>Sağlıklı<br>Depresyon>Sağlıklı                           | ,026<br>,000         |

Tablo 3’de görüldüğü gibi, depresyon tanısı alan grup, kronik stresin fiziksel belirti toplamı ve tüm alt ölçekleri için, sağlıklı gruptan anlamlı düzeyde daha fazla puan almıştır. Diğer bir deyişle, depresyon hastalarının, tek tek alt ölçekler dahilinde olan kronik stresin fiziksel belirtilerine ve toplam fiziksel stres belirtilerine, sağlıklı gruba göre daha yüksek düzeyde sahip oldukları görülmektedir. Psikosomatik hasta grubu da, toplam fiziksel stres belirtileri ölçümü için sağlıklı kişilerden anlamlı düzeyde daha fazla puana sahiptir. Psikosomatik hastalık tanısı almış kişilerin, sağlıklı kişilere oranla daha yüksek puanlar aldıkları alt ölçekler ise; ‘Parasempatik Sinir Sistemi’, ‘Sempatik Sinir Sistemi’, ‘Endokrin Sistem’ ve ‘Somatizasyon’ alt ölçekleridir. Ayrıca, kronik stresin fiziksel belirtileri toplam puanı ve ‘Kas Sistemi’ alt ölçek puanı için, depresyon ve psikosomatik hasta grupları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Depresyon hastaları, psikosomatik hastalara kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla toplam fiziksel stres belirtisine ve kas sistemi dahilinde olan stres belirtisine sahiptir.

Yukarıda aktarıldığı üzere, kronik stresin fiziksel belirtileri için tanı gruplarının yanı sıra, cinsiyetler arası karşılaştırma yapılmıştır. Yapılan ANOVA sonucunda, kronik stresin fiziksel belirti toplam puanları için ve ‘Parasempatik Sinir Sistemi’ ile ‘Somatizasyon’ dışında kalan tüm alt ölçek puanları için **cinsiyet temel etkisinin** olduğu görülmüştür. Diğer bir deyişle, kadınlar kronik stresin toplam fiziksel belirtilerini erkeklere göre daha yüksek düzeyde aktarmışlardır. Ayrıca, ‘Kas Sistemi’, ‘Sempatik Sinir Sistemi’, ‘Endokrin Sistem’ ve ‘Bağışıklık Sistemi’ alt ölçeklerinde kadınlar, erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla fiziksel stres

belirtisi aktarmıştır. Cinsiyet temel etkisinin görüldüğü alt ölçekler için kadın ve erkeklerin puan ortalamaları Tablo 4’de görülmektedir.

**Tablo 4** *Kronik Stresin Fiziksel Belirtileri Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Değişkeni Açısından Karşılaştırılması*

| Ölçekler                                                              | Kadın<br>(N=115) |       | Erkek<br>(N=90) |       |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------|-------|-----------------|-------|
|                                                                       | X                | ss    | x               | ss    |
| <b>Kronik Stresin Fiziksel Belirtileri (Toplam Puan)</b>              | 112,55           | 37,82 | 91,92           | 27,93 |
| <b>Kas Sistemi ('Stres Belirtileri Ölçeği' Alt Ölçeği)</b>            | 22,34            | 8,31  | 17,70           | 6,73  |
| <b>Sempatik Sinir Sistemi ('Stres Belirtileri Ölçeği' Alt Ölçeği)</b> | 22,78            | 8,69  | 17,84           | 7,06  |
| <b>Endokrin Sistem ('Stres Belirtileri Ölçeği' Alt Ölçeği)</b>        | 19,98            | 6,01  | 15,61           | 5,20  |
| <b>Bağışıklık Sistemi ('Stres Belirtileri Ölçeği' Alt Ölçeği)</b>     | 17,95            | 6,62  | 15,08           | 4,32  |

Yukarıda, kronik stresin fiziksel belirtileri değişkeni için yapılan ANOVA sonuçları aktarılmıştır. Hatırlanacağı üzere, fiziksel belirtilerin yanı sıra, kronik stresin psikolojik belirtileri açısından da gruplar ve cinsiyetler arası karşılaştırma yapılmıştır. Kronik stresin psikolojik belirtileri için alınan toplam ve alt ölçek puanlarının **Grup (3) x Cinsiyet (2)** değişkenleri açısından ne şekilde farklılaştığını gösteren varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 5’de verilmektedir.

**Tablo 5** ‘Kronik Stresin Psikolojik Belirtileri’ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Grup x Cinsiyet Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

| <b>Kronik Stresin Psikolojik Belirtileri (Toplam Puan)</b>  |                        |           |                         |          |
|-------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|-------------------------|----------|
| <b>Kaynak</b>                                               | <b>Kareler Toplamı</b> | <b>SD</b> | <b>Ortalama Kareler</b> | <b>F</b> |
| <b>Grup</b>                                                 | 87501,29               | 2         | 43750,64                | 24,86**  |
| <b>Cinsiyet</b>                                             | 4535,70                | 1         | 4535,70                 | 2,58     |
| <b>Grup x Cinsiyet</b>                                      | 9345,79                | 2         | 4672,90                 | 2,66     |
| <b>Hata</b>                                                 | 350213,60              | 199       | 1759,87                 |          |
| <b>Toplam</b>                                               | 2252960,00             | 205       |                         |          |
| <b>Depresyon (‘Kısa Semptom Envanteri’ Alt Ölçeği)</b>      |                        |           |                         |          |
| <b>Kaynak</b>                                               | <b>Kareler Toplamı</b> | <b>SD</b> | <b>Ortalama Kareler</b> | <b>F</b> |
| <b>Grup</b>                                                 | 4401,78                | 2         | 2200,89                 | 24,12**  |
| <b>Cinsiyet</b>                                             | 686,05                 | 1         | 686,05                  | 7,52**   |
| <b>Grup x Cinsiyet</b>                                      | 127,19                 | 2         | 63,59                   | ,70      |
| <b>Hata</b>                                                 | 17795,04               | 195       | 91,26                   |          |
| <b>Toplam</b>                                               | 72458,00               | 201       |                         |          |
| <b>Anksiyete (‘Kısa Semptom Envanteri’ Alt Ölçeği)</b>      |                        |           |                         |          |
| <b>Kaynak</b>                                               | <b>Kareler Toplamı</b> | <b>SD</b> | <b>Ortalama Kareler</b> | <b>F</b> |
| <b>Grup</b>                                                 | 2907,75                | 2         | 1453,88                 | 19,33**  |
| <b>Cinsiyet</b>                                             | 260,72                 | 1         | 260,72                  | 3,47     |
| <b>Grup x Cinsiyet</b>                                      | 14,76                  | 2         | 7,38                    | ,10      |
| <b>Hata</b>                                                 | 14670,38               | 195       | 75,23                   |          |
| <b>Toplam</b>                                               | 40923,00               | 201       |                         |          |
| <b>Olumsuz Benlik (‘Kısa Semptom Envanteri’ Alt Ölçeği)</b> |                        |           |                         |          |
| <b>Kaynak</b>                                               | <b>Kareler Toplamı</b> | <b>SD</b> | <b>Ortalama Kareler</b> | <b>F</b> |
| <b>Grup</b>                                                 | 2342,79                | 2         | 1171,39                 | 18,13**  |
| <b>Cinsiyet</b>                                             | 2,89                   | 1         | 2,89                    | ,05      |
| <b>Grup x Cinsiyet</b>                                      | 500,51                 | 2         | 250,25                  | 3,87*    |
| <b>Hata</b>                                                 | 12602,56               | 195       | 64,63                   |          |
| <b>Toplam</b>                                               | 35892,00               | 201       |                         |          |
| <b>Hostilite (‘Kısa Semptom Envanteri’ Alt Ölçeği)</b>      |                        |           |                         |          |
| <b>Kaynak</b>                                               | <b>Kareler Toplamı</b> | <b>SD</b> | <b>Ortalama Kareler</b> | <b>F</b> |
| <b>Grup</b>                                                 | 298,76                 | 2         | 149,38                  | 5,91**   |
| <b>Cinsiyet</b>                                             | 40,62                  | 1         | 40,62                   | 1,61     |
| <b>Grup x Cinsiyet</b>                                      | 23,28                  | 2         | 11,64                   | ,46      |
| <b>Hata</b>                                                 | 4929,75                | 195       | 25,28                   |          |
| <b>Toplam</b>                                               | 17267,00               | 201       |                         |          |

\*\*p< ,01    \*p< ,05

**Tablo 5** ‘Kronik Stresin Psikolojik Belirtileri’ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Grup x Cinsiyet Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması (Devam)

| <b>Bilişsel Sistem Belirtileri (‘Stres Belirtileri Ölçeği’ Alt Ölçeği)</b> |                        |           |                         |          |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|-------------------------|----------|
| <b>Kaynak</b>                                                              | <b>Kareler Toplamı</b> | <b>SD</b> | <b>Ortalama Kareler</b> | <b>F</b> |
| <b>Grup</b>                                                                | 2865,64                | 2         | 1432,82                 | 22,08**  |
| <b>Cinsiyet</b>                                                            | 197,72                 | 1         | 197,72                  | 3,05     |
| <b>Grup x Cinsiyet</b>                                                     | 421,90                 | 2         | 210,95                  | 3,25*    |
| <b>Hata</b>                                                                | 12914,64               | 199       | 64,90                   |          |
| <b>Toplam</b>                                                              | 151448,00              | 205       |                         |          |
| <b>Duygusal Sistem Belirtileri (‘Stres Belirtileri Ölçeği’ Alt Ölçeği)</b> |                        |           |                         |          |
| <b>Kaynak</b>                                                              | <b>Kareler Toplamı</b> | <b>SD</b> | <b>Ortalama Kareler</b> | <b>F</b> |
| <b>Grup</b>                                                                | 4970,66                | 2         | 2485,33                 | 28,65**  |
| <b>Cinsiyet</b>                                                            | 448,64                 | 1         | 448,64                  | 5,17*    |
| <b>Grup x Cinsiyet</b>                                                     | 491,67                 | 2         | 245,83                  | 2,83     |
| <b>Hata</b>                                                                | 17262,95               | 199       | 86,75                   |          |
| <b>Toplam</b>                                                              | 149948,00              | 205       |                         |          |

\*\*p<,01    \*p<,05

Tablo 5’de görüldüğü üzere, kronik stresin psikolojik belirtileri toplam ve tüm alt ölçek puanları için **grup temel etkisi** bulunmaktadır. ‘Depresyon’ ve ‘Duygusal Sistem Belirtileri’ alt ölçekleri için, **cinsiyet temel etkisinin** olduğu görülmektedir. Ayrıca, ‘Olumsuz Benlik’ ve ‘Bilişsel Sistem Belirtileri’ alt ölçekleri için **grup x cinsiyet etkileşim etkisi** mevcuttur.

Grup temel etkisinin hangi gruplar arasındaki farklardan kaynaklandığı Post Hoc Tukey testi ile belirlenmiştir. Sonuçlar, Tablo 6’da sunulmuştur.

**Tablo 6** 'Kronik Stresin Psikolojik Belirtileri' Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Gruplar İçin Karşılaştırılması

| Ölçekler                                                   | Psikosomatik Grup<br>(N = 90) |       | Depresyon Grubu<br>(N = 45) |       | Sağlıklı Grup<br>(N = 66) |       | Tukey                                                                 | P                    |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------|-----------------------------|-------|---------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                                                            | X                             | Ss    | X                           | Ss    | X                         | Ss    |                                                                       |                      |
| <b>Kronik Stresin Psikolojik Belirtileri (Toplam Puan)</b> | 87,42                         | 38,24 | 130,50                      | 55,29 | 74,83                     | 38,28 | Depresyon>Psikosomatik<br>Depresyon>Sağlıklı                          | ,000<br>,000         |
| <b>Depresyon</b>                                           | 14,37                         | 8,62  | 24,53                       | 12,64 | 10,92                     | 9,02  | Depresyon>Psikosomatik<br>Depresyon>Sağlıklı                          | ,000<br>,000         |
| <b>Anksiyete</b>                                           | 8,97                          | 7,27  | 18,22                       | 12,49 | 7,52                      | 7,29  | Depresyon>Psikosomatik<br>Depresyon>Sağlıklı                          | ,000<br>,000         |
| <b>Olumsuz Benlik</b>                                      | 9,23                          | 7,10  | 15,96                       | 11,05 | 7,41                      | 7,10  | Depresyon>Psikosomatik<br>Depresyon>Sağlıklı                          | ,000<br>,000         |
| <b>Hostilite</b>                                           | 7,24                          | 4,21  | 10,07                       | 6,61  | 6,70                      | 4,84  | Depresyon>Psikosomatik<br>Depresyon>Sağlıklı                          | ,007<br>,002         |
| <b>Duygusal Sistem Belirtileri</b>                         | 23,62                         | 9,96  | 33,69                       | 9,75  | 19,88                     | 8,99  | Psikosomatik>Sağlıklı<br>Depresyon>Sağlıklı<br>Depresyon>Psikosomatik | ,037<br>,000<br>,000 |
| <b>Bilişsel Sistem Belirtileri</b>                         | 24,43                         | 7,94  | 32,33                       | 9,04  | 22,41                     | 8,14  | Depresyon>Psikosomatik<br>Depresyon>Sağlıklı                          | ,000<br>,000         |

Tablo 6’da görüldüğü gibi, depresyon grubu, toplam psikolojik stres belirtileri değişkeni ve tüm alt ölçekleri için sağlıklı gruptan ve psikosomatik hastalardan anlamlı düzeyde yüksek puanlar almıştır. Psikosomatik hasta grubu ise, sadece, ‘Duygusal Sistem Belirtileri’ alt ölçeği için sağlıklı gruptan yüksek düzeyde belirti aktarmıştır. Diğer alt ölçek puanları ve toplam psikolojik stres belirti puanları için sağlıklı grup ile psikosomatik grup arasında anlamlı fark gözlenmemektedir.

Kronik stresin psikolojik belirtileri ile ilgili olarak yapılan ANOVA sonucunda, ‘Depresyon’ ve ‘Duygusal Sistem Belirtileri’ alt ölçekleri için **cinsiyet temel etkisinin** olduğu görülmüştür. Bu alt ölçeklerde, kadınlar, erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek puanlar almışlardır (Depresyon için ; Kadın:  $X=18,23$   $ss=11,29$ ; Erkek:  $x=12,17$   $ss=9,63$ ;  $p<,01$  ; Duygusal Sistem Belirtileri için ; Kadın:  $X=27,40$   $ss=10,88$ ; Erkek:  $x=21,41$   $ss=9,98$ ;  $p<,05$  ). Diğer bir deyişle, kadınlar, bu alt ölçeklerde erkeklere göre daha yüksek düzeyde kronik stresin psikolojik belirtisini aktarmaktadırlar.

### **3. 1. 2. ‘Strese Yatkinlik Ölçeği’ ve ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ Toplam Puan ve Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlar İçin Tanı Grupları ve Cinsiyetler Arası Karşılaştırma**

Hastalık-stres ilişkisi ile ilgilenilirken, kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtileri değişkeninin yanı sıra, diğer önemli stres değişkenlerinin de göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmüştür. Bu nedenle, ‘Strese Yatkinlik Ölçeği’ ve ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ kullanılarak, katılımcıların strese yatkinlik ve

stresle başa çıkma tarzları hakkında bilgi alınmıştır. Fiziksel/psikolojik hastalıklar üzerinde stresin etkisi çalışılırken, kişileri kronik strese yatkınlaştırıcı alışkanlık ve yaşam biçimleri ve aynı zamanda kişilerin kullandıkları stresle başa çıkma stratejilerinin göz ardı edilmemesi önemlidir. ‘Giriş’ bölümünde de aktarıldığı üzere, bu stres değişkenlerinin, kişinin yaşayacağı kronik stresin şiddeti ve uzunluğu üzerinde etkili olduğuna dair yaygın bir inanış bulunmaktadır. Bu nedenle, hasta grupları ve sağlıklı katılımcıların, strese yatkınlık ve stresle başa çıkma tarzları için karşılaştırılmaları faydalı olacaktır. Hasta gruplar ve sağlıklı grup arasında, bu değişkenler için görülecek fark, stres ve hastalık ilişkisi hakkında daha detaylı bilgiye ulaşılmasını sağlayacaktır. Beklenen sonuç ; hasta grupların sağlıklı kişilere göre daha fazla strese yatkınlık eğilimi göstermeleri ve daha etkisiz başa çıkma stratejileri kullanıyor olmalarıdır. Hasta ve sağlıklı gruplar arasında yapılan karşılaştırmanın yanı sıra, bu ölçek puanları için cinsiyetler arası karşılaştırmanın da yapılması gerektiği düşünülmüştür. Kadınlar ve erkeklerin strese yatkınlık ve stresle başa çıkma tarzları değişkenleri için farklılaşmaları beklenmektedir.

‘Strese Yatkınlık Ölçeği’ ve ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ alt ölçeklerinden alınan puanların **Grup (3) x Cinsiyet (2)** değişkenleri açısından ne şekilde farklılaştığını gösteren varyans analizi (ANOVA) sonuçları Tablo 7’de verilmektedir.

**Tablo 7** ‘Strese Yatkinlık Ölçeği’ Puanları ve ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ Alt Ölçek Puanlarının Grup x Cinsiyet Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

| <b>Strese Yatkinlık</b>                                |                        |           |                         |          |
|--------------------------------------------------------|------------------------|-----------|-------------------------|----------|
| <b>Kaynak</b>                                          | <b>Kareler Toplamı</b> | <b>SD</b> | <b>Ortalama Kareler</b> | <b>F</b> |
| Grup                                                   | 1758,26                | 2         | 879,13                  | 7,70**   |
| Cinsiyet                                               | 122,27                 | 1         | 122,27                  | 1,07     |
| Grup x Cinsiyet                                        | 666,23                 | 2         | 333,12                  | 2,92     |
| Hata                                                   | 22596,74               | 198       | 114,13                  |          |
| Toplam                                                 | 499108,00              | 204       |                         |          |
| <b>Kendine Güvenli Yaklaşım (SBCTÖ Alt Ölçeği)</b>     |                        |           |                         |          |
| <b>Kaynak</b>                                          | <b>Kareler Toplamı</b> | <b>SD</b> | <b>Ortalama Kareler</b> | <b>F</b> |
| Grup                                                   | 342,04                 | 2         | 171,02                  | 7,94**   |
| Cinsiyet                                               | 76,13                  | 1         | 76,13                   | 3,54     |
| Grup x Cinsiyet                                        | 32,00                  | 2         | 15,10                   | ,74      |
| Hata                                                   | 4263,72                | 198       | 21,53                   |          |
| Toplam                                                 | 43045,00               | 204       |                         |          |
| <b>İyimser Yaklaşım (SBCTÖ Alt Ölçeği)</b>             |                        |           |                         |          |
| <b>Kaynak</b>                                          | <b>Kareler Toplamı</b> | <b>SD</b> | <b>Ortalama Kareler</b> | <b>F</b> |
| Grup                                                   | 102,50                 | 2         | 51,25                   | 4,94**   |
| Cinsiyet                                               | 1,56                   | 1         | 1,56                    | ,15      |
| Grup x Cinsiyet                                        | 58,39                  | 2         | 29,20                   | 2,82     |
| Hata                                                   | 2042,33                | 197       | 10,37                   |          |
| Toplam                                                 | 17150,00               | 203       |                         |          |
| <b>Çaresiz Yaklaşım (SBCTÖ Alt Ölçeği)</b>             |                        |           |                         |          |
| <b>Kaynak</b>                                          | <b>Kareler Toplamı</b> | <b>SD</b> | <b>Ortalama Kareler</b> | <b>F</b> |
| Grup                                                   | 784,75                 | 2         | 392,38                  | 20,16**  |
| Cinsiyet                                               | 25,32                  | 1         | 25,32                   | 1,30     |
| Grup x Cinsiyet                                        | 88,55                  | 2         | 44,28                   | 2,28     |
| Hata                                                   | 3853,06                | 198       | 19,46                   |          |
| Toplam                                                 | 29718,00               | 204       |                         |          |
| <b>Boyun Eğici Yaklaşım (SBCTÖ Alt Ölçeği)</b>         |                        |           |                         |          |
| <b>Kaynak</b>                                          | <b>Kareler Toplamı</b> | <b>SD</b> | <b>Ortalama Kareler</b> | <b>F</b> |
| Grup                                                   | 99,72                  | 2         | 49,86                   | 4,64*    |
| Cinsiyet                                               | 98,59                  | 1         | 98,59                   | 9,18**   |
| Grup x Cinsiyet                                        | 1,33                   | 2         | ,66                     | ,06      |
| Hata                                                   | 2125,88                | 198       | 10,74                   |          |
| Toplam                                                 | 12409,00               | 204       |                         |          |
| <b>Sosyal Destek Arama Yaklaşım (SBCTÖ Alt Ölçeği)</b> |                        |           |                         |          |
| <b>Kaynak</b>                                          | <b>Kareler Toplamı</b> | <b>SD</b> | <b>Ortalama Kareler</b> | <b>F</b> |
| Grup                                                   | 21,13                  | 2         | 10,57                   | 1,99     |
| Cinsiyet                                               | 4,60                   | 1         | 4,60                    | ,87      |
| Grup x Cinsiyet                                        | 12,60                  | 2         | 6,30                    | 1,19     |
| Hata                                                   | 1051,48                | 198       | 5,31                    |          |
| Toplam                                                 | 11529,00               | 204       |                         |          |

Tablo 7’de görüldüğü gibi ‘Strese Yatkinlık Ölçeği’ ve ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ alt ölçeklerinde **grup temel etkisi** bulunmaktadır. Grup temel etkisinin bulunmadığı tek değişken; ‘Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı’dır. Diğer bir deyişle, gruplar, sosyal desteğe başvurma yaklaşım tarzı hariç diğer başa çıkma tarzları ve strese yatkinlık değişkeni için birbirlerinden farklılaşmışlardır. Strese yatkinlık ve stresle başa çıkma tarzları için **cinsiyet temel etkisine** bakıldığında ise, sadece ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ alt ölçeği için cinsiyetler arasında fark olduğu görülmektedir. Kadınlar, ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ alt ölçeğinde erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almışlardır (Kadın:  $x=7,76$ ,  $ss=3,38$ ; Erkek:  $x=6,07$ ,  $ss=3,25$ ;  $p<.01$ ).

‘Strese Yatkinlık Ölçeği’ ve ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ alt ölçekleri için saptanan temel etkinin hangi gruplar arasındaki farktan kaynaklandığını anlamak için yapılan Post Hoc Tukey testi sonuçları Tablo 8’de sunulmuştur.

| Tablo 8 ‘Strese Yatkınlık Ölçeği’ Puanları ve ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ Alt Ölçek Puanlarının Gruplar İçin Karşılaştırılması |                            |      |                          |       |                        |       |                                                                       |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------|--------------------------|-------|------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                                                                                                                                         | Psikosomatik Grup (N = 91) |      | Depresyon Grubu (N = 47) |       | Sağlıklı Grup (N = 66) |       | Tukey                                                                 | P                    |
|                                                                                                                                         | x                          | ss   | x                        | ss    | x                      | ss    |                                                                       |                      |
| Ölçekler                                                                                                                                |                            |      |                          |       |                        |       |                                                                       |                      |
| Strese Yatkınlık                                                                                                                        | 46,41                      | 9,06 | 54,47                    | 12,30 | 46,11                  | 11,80 | Depresyon>Psikosomatik<br>Depresyon>Sağlıklı                          | ,000<br>,000         |
| Kendine Güvenli Yaklaşım                                                                                                                | 14,25                      | 4,80 | 10,91                    | 4,95  | 14,86                  | 4,26  | Psikosomatik> Depresyon<br>Sağlıklı >Depresyon                        | ,000<br>,000         |
| İyimser Yaklaşım                                                                                                                        | 8,71                       | 3,46 | 7,19                     | 2,86  | 9,37                   | 3,18  | Psikosomatik> Depresyon<br>Sağlıklı >Depresyon                        | ,025<br>,001         |
| Çaresiz Yaklaşım                                                                                                                        | 11,03                      | 4,86 | 14,30                    | 4,52  | 8,73                   | 3,80  | Psikosomatik>Sağlıklı<br>Depresyon>Sağlıklı<br>Depresyon>Psikosomatik | ,004<br>,000<br>,000 |
| Boyun Eğici Yaklaşım                                                                                                                    | 7,58                       | 3,70 | 7,51                     | 2,96  | 5,88                   | 3,06  | Psikosomatik>Sağlıklı<br>Depresyon>Sağlıklı                           | ,004<br>,026         |

Tablo 8 incelendiğinde, tüm ölçek ve alt ölçekler için depresyon hasta grubunun, sağlıklı gruptan, bazı alt ölçekler için ise psikosomatik gruptan farklılaştığı görülmektedir. ‘Strese Yatkınlık Ölçeği’ ve ‘Çaresiz Yaklaşım’ ve ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ alt ölçeklerinde, depresyon grubu, sağlıklı gruba göre anlamlı düzeyde yüksek, ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’ ve ‘İyimser Yaklaşım’ alt ölçeklerinde ise sağlıklı gruptan anlamlı düzeyde düşük puanlar almışlardır. Psikosomatik hasta grubunun da, ‘Çaresiz Yaklaşım’ alt ölçeği ve ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ alt ölçeğinden sağlıklı gruba kıyasla anlamlı düzeyde yüksek puan almış oldukları görülmektedir. Hasta gruplarının sağlıklı grup ile olan farklılıklarının yanı sıra, birbirlerinden anlamlı derecede farklılaştığı değişkenler de mevcuttur. Strese yatkınlık ve çaresiz yaklaşım değişkenleri için depresyon hasta grubu, psikosomatik hastalardan, kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım değişkenleri için ise psikosomatik hasta grubu depresyon hasta grubundan anlamlı düzeyde daha fazla puan almışlardır.

### **3.2. Regresyon Analizleri**

#### **3.2.1. Hasta Gruplarında ve Sağlıklı Kişilerde Kronik Stresin Psikolojik Belirtilerini Yordayan Değişkenler**

Buraya kadar aktarılan bölümde, hasta ve sağlıklı grupların stres ile ilişkili değişkenler açısından karşılaştırılması yapılmıştır. Bu bölümde ise, her üç grup için, kronik stresin psikolojik ve fiziksel belirtilerini yordayan değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Psikosomatik ve psikolojik hastalığa sahip kişilerde ve aynı

zamanda sağlıklı kişilerde, kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtileri üzerinde rol oynayan değişkenlerin saptanmasının önemli olduğu düşünülmüştür. Stres ile ilişkili değişkenlerin (strese yatkınlık ve stresle başa çıkma tarzları), kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtileri üzerinde açıklayıcı güçlerinin olması beklenmektedir. Ayrıca, kronik stresin fiziksel belirtileri için psikolojik belirtilerin ve kronik stresin psikolojik belirtileri için ise fiziksel belirti değişkeninin anlamlı yordayıcılar olacağı beklenmektedir. Bu beklentinin altında yatan düşünce; fiziksel ve psikolojik oluşların birbirinden bağımsız olamayacağı ve bu nedenle birbirleri üzerinde yordayıcı güce sahip olabileceği yönündedir. Özetle; zihin-beden etkileşimi fikrinden yola çıkılmıştır. Son olarak, her 3 grup için de, kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtileri yordama gücüne sahip değişkenlerin benzer olacağı tahmin edilmektedir.

Sonuç olarak, bu bölümde kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtilerini yordayabilen değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Fakat, bir noktaya dikkat çekmekte fayda bulunmaktadır. Kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtileri taramasının, aynı zamanda, katılımcıların fiziksel ve psikolojik belirti düzeylerini yansıttığı, diğer bir deyişle, fiziksel ve psikolojik sağlık düzeylerini temsil ettiği düşünülmektedir. Bu nedenle, bu bölümde önemi görülen değişkenler, kronik stres belirtilerinin yanı sıra, aynı zamanda kişilerin fiziksel ve psikolojik sağlıkları üzerinde belirleyici olan değişkenlerdir.

Psikosomatik ve depresyon tanıları almış hasta grupları ile sağlıklı grupta, kronik stresin psikolojik belirtilerini yordayan değişkenlerin belirlenmesi amacı ile stepwise regresyon analizi uygulanmıştır. Yukarda aktarıldığı üzere katılımcıların

psikolojik stres belirtileri ölçümleri ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ içinde yer alan ‘Duygusal Sistem’ ve ‘Bilişsel Sistem’ alt ölçekleri ile ‘Kısa Semptom Envanteri’ içindeki ‘Depresyon’, ‘Anksiyete’, ‘Olumsuz Benlik’ ve ‘Hostilite’ alt ölçekleri toplamları ile elde edilmiştir. Cinsiyet, ‘Strese Yatkınlık Ölçeği’ puanları, ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ alt ölçek (kendine güvenli yaklaşım tarzı, iyimser yaklaşım tarzı, çaresiz yaklaşım tarzı, boyun eğici yaklaşım tarzı, sosyal destek arama yaklaşım tarzı başa çıkma) puanları ve kronik stresin fiziksel belirti ölçümleri ise bağımsız değişkenler olarak analize sokulmuştur. ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ nin fiziksel sistemler ile ilgili alt ölçekleri (kas sistemi, parasempatik ve sempatik sinir sistemi, endokrin sistem, bağışıklık sistemi belirtileri) stepwise regresyon analizine 4. bağımsız değişken olarak alınmıştır. Cinsiyet değişkeni birinci basamakta, strese yatkınlık değişkeni ikinci basamakta, stresle başa çıkma tarzları değişkeni üçüncü basamakta ve kronik stresin fiziksel belirtileri değişkeni son basamakta regresyon analizine sokulmuştur. Sonuçlar, Tablo 9’da görülmektedir.

**Tablo 9** Hasta ve Sağlıklı Gruplarda Kronik Stresin Psikolojik Belirti Puanlarını Yordayan Değişkenler (Stepwise Yöntemi)

| <b>Psikosomatik Grup</b>               | <b>R<sup>2</sup></b> | <b>Uyarlanmış R<sup>2</sup></b> | <b>Beta</b> | <b>t</b> | <b>F</b> |
|----------------------------------------|----------------------|---------------------------------|-------------|----------|----------|
| Cinsiyet                               | ,12                  | ,11                             | -,34        | -3,41*** | 11,59*** |
| Strese Yatkınlık                       | ,24                  | ,22                             | ,36         | 3,75***  | 13,68*** |
| Çaresiz Yaklaşım                       | ,37                  | ,35                             | ,40         | 4,29***  | 17,07*** |
| İyimser Yaklaşım                       | ,47                  | ,44                             | -,32        | -3,86*** | 18,59*** |
| Parasempatik Sinir Sistemi Belirtileri | ,63                  | ,61                             | ,46         | 6,07***  | 28,50*** |
| Endokrin Sistem Belirtileri            | ,65                  | ,62                             | ,19         | 2,10*    | 25,44*** |
| <b>Depresyon Grubu</b>                 | <b>R<sup>2</sup></b> | <b>Uyarlanmış R<sup>2</sup></b> | <b>Beta</b> | <b>t</b> | <b>F</b> |
| Strese Yatkınlık                       | ,31                  | ,29                             | ,55         | 4,45***  | 19,81*** |
| Çaresiz Yaklaşım                       | ,43                  | ,41                             | ,38         | 3,11**   | 16,64*** |
| İyimser Yaklaşım                       | ,51                  | ,48                             | -,31        | -2,63*   | 14,89*** |
| Kas Sistemi Belirtileri                | ,64                  | ,60                             | ,48         | 3,82***  | 18,34*** |
| <b>Sağlıklı Grup</b>                   | <b>R<sup>2</sup></b> | <b>Uyarlanmış R<sup>2</sup></b> | <b>Beta</b> | <b>t</b> | <b>F</b> |
| Çaresiz Yaklaşım                       | ,31                  | ,30                             | ,56         | 5,25***  | 27,59*** |
| Kendine Güvenli Yaklaşım               | ,42                  | ,40                             | -,34        | -3,45*** | 22,17*** |
| Kas Sistemi Belirtileri                | ,63                  | ,61                             | ,47         | 5,87***  | 34,40*** |
| Sempatik Sinir Sistemi Belirtileri     | ,68                  | ,66                             | ,31         | 3,02**   | 31,56*** |

\*\*\*p<,001 \*\*p<,01 \*p<,05

Tablo 9’da görüldüğü gibi, psikosomatik hastalık tanısı almış bireylerde, kronik stresin psikolojik belirtilerini yordayan ilk değişken, açıkladığı %12’lik varyans ile, cinsiyettir. Bunu varyansa %12’lik katkısı ile strese yatkınlık değişkeni izlemektedir. Denkleme üçüncü sırada giren çaresiz yaklaşım ise, kendisinden önceki iki değişken ile birlikte toplam varyansın %37’sini açıklamaktadır. Psikosomatik hastaların psikolojik belirti yaşantısını anlamlı düzeyde yordayabilen bir sonraki

değişkenin, varyansa yaptığı %10'luk katkı ile iyimser yaklaşım olduğu görülmektedir. Denklem beşinci sırada giren parasempatik sinir sistemi belirtileri değişkeni, kendisinden önceki dört değişken ile birlikte toplam varyansın %63'ünü açıklamaktadır. Son sırada ise, varyansa %2'lik bir katkı ile, endokrin sistem belirtileri değişkeni denklem girmekte ve kendisinden önceki beş değişken ile birlikte toplam varyansın %65'ini açıklamaktadır.

Tablo 9'dan anlaşılabacağı üzere, depresyon tanısı almış olan grupta, kronik stresin psikolojik belirtilerinin en güçlü yordayıcısı olarak strese yatkınlık değişkeni görülmektedir. Strese yatkınlık değişkeni, ruhsal belirti varyansının %31'ini yordamaktadır. Bu değişkeni varyansa %12'lik katkı ile çaresiz yaklaşım değişkeni ve %8'lik katkı ile iyimser yaklaşım değişkeni izlemektedir. Denklem son sırada giren değişken kas sistemi belirtileri'dir ve bu değişken kendisinden önceki üç değişken ile birlikte toplam psikolojik stres belirti varyansının %64'ünü açıklamaktadır.

Sağlıklı grupta ise, kronik stresin psikolojik belirtilerinin en güçlü yordayıcısı olarak çaresiz yaklaşım değişkeni görülmektedir. Çaresiz yaklaşım değişkeni, sağlıklı grubun psikolojik stres belirtileri varyansının %31'ini yordamaktadır. Bunu varyansa yaklaşık %11'lik bir katkı ile kendine güvenli yaklaşım tarzı başa çıkma değişkeni izlemektedir. Denklem üçüncü sırada giren kas sistemi belirtileri değişkeni ise, kendisinden önceki iki değişken ile birlikte toplam varyansın %63'ünü açıklamaktadır. Sağlıklı grubun psikolojik stres belirtilerini yordayabilen son değişken, varyansa yaptığı %5'lik katkı ile sempatik sinir sistemi

belirtileri değişkenidir. Sempatik sinir sistemi belirtileri değişkeni kendisinden önceki üç değişken ile birlikte toplam varyansın %68'lik bölümünü açıklamaktadır.

### **3. 2. 2. Hasta Gruplarında ve Sağlıklı Kişilerde Kronik Stresin Fiziksel Belirtilerini Yordayan Değişkenler**

Psikosomatik ve depresyon tanıları almış hasta grupları ile sağlıklı grupta, kronik stresin fiziksel belirtilerini yordama gücüne sahip değişkenlerin belirlenmesi amacıyla, ikinci bir stepwise regresyon analizi uygulanmıştır. Hasta ve sağlıklı grupların fiziksel stres belirtileri üzerinde etki eden değişkenlerin belirlenmesi amacı ile, 'Stres Belirtileri Ölçeği'nin 'Kas Sistemi', 'Parasempatik Sinir Sistemi', 'Sempatik Sinir Sistemi', 'Endokrin Sistem' ve 'Bağışıklık Sistemi' alt ölçekleri ile 'Kısa Semptom Envanteri' 'Somatizasyon' alt ölçeği birleşimi, fiziksel belirti tarama aracı olarak kabul edilmiş ve bu alt ölçekler birleşiminden alınan toplam puan bağımlı değişken olarak analize sokulmuştur. Cinsiyet, 'Strese Yatkınlık Ölçeği' puanları, 'Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği' alt ölçek (kendine güvenli yaklaşım tarzı, iyimser yaklaşım tarzı, çaresiz yaklaşım tarzı, boyun eğici yaklaşım tarzı, sosyal destek arama yaklaşım tarzı) puanları ve kronik stresin psikolojik belirtileri (depresyon, anksiyete, olumsuz benlik ve hostilite alt ölçekleri) puanları ise bağımsız değişkenler olarak analize alınmıştır. Regresyon analizi sonuçları, Tablo 10'da verilmiştir.

**Tablo 10** *Hasta ve Sağlıklı Gruplarda Kronik Stresin Fiziksel Belirtileri Puanlarını Yordayan Değişkenler (Stepwise Yöntemi)*

| <b>Psikosomatik Grup</b> | <b>R<sup>2</sup></b> | <b>Uyarlanmış R<sup>2</sup></b> | <b>Beta</b> | <b>t</b> | <b>F</b> |
|--------------------------|----------------------|---------------------------------|-------------|----------|----------|
| Cinsiyet                 | ,12                  | ,11                             | -,35        | -3,47*** | 12,04*** |
| Strese Yatkınlık         | ,16                  | ,14                             | ,21         | 2,10*    | 8,46***  |
| Çaresiz Yaklaşım         | ,24                  | ,22                             | ,30         | 3,04**   | 9,24***  |
| Anksiyete                | ,49                  | ,46                             | ,56         | 6,37***  | 20,27*** |
| Hostilite                | ,54                  | ,51                             | ,28         | 2,93**   | 19,38*** |
| <b>Depresyon Grubu</b>   | <b>R<sup>2</sup></b> | <b>Uyarlanmış R<sup>2</sup></b> | <b>Beta</b> | <b>t</b> | <b>F</b> |
| Strese Yatkınlık         | ,24                  | ,22                             | ,49         | 3,70***  | 13,72*** |
| İyimser Yaklaşım         | ,39                  | ,36                             | -,41        | -3,22**  | 13,52*** |
| Anksiyete                | ,59                  | ,53                             | ,53         | 3,93***  | 17,25*** |
| <b>Sağlıklı Grup</b>     | <b>R<sup>2</sup></b> | <b>Uyarlanmış R<sup>2</sup></b> | <b>Beta</b> | <b>t</b> | <b>F</b> |
| Çaresiz Yaklaşım         | ,12                  | ,10                             | ,34         | 2,87**   | 8,26**   |
| Anksiyete                | ,49                  | ,47                             | ,67         | 6,67***  | 29,18*** |

\*\*\*p< ,001    \*\*p< ,01    \*p <,05

Tablo 10’da görüldüğü gibi, psikosomatik hastalık tanısı almış bireylerde fiziksel stres belirtilerini yordayan ilk değişken, varyansın %12’sini açıklayan cinsiyettir. Bunu, varyansa %4’lük bir katkı ile, strese yatkınlık değişkeni izlemektedir. Denkleme üçüncü sırada giren çaresiz yaklaşım değişkeni ise, kendisinden önceki iki değişken ile birlikte toplam varyansın %24’ünü açıklamaktadır. Psikosomatik hasta grubunda, kronik stresin fiziksel belirtilerinin en güçlü yordayıcısı olarak, denkleme dördüncü sırada giren anksiyete değişkeni görülmektedir. Anksiyete değişkeni, kendisinden önceki üç değişkenle birlikte, toplam varyansın %49’unu açıklamaktadır. Denkleme son sırada giren hostilite değişkeni, varyansa %5’lik bir katkı sağlayarak kendisinden önceki dört değişken ile birlikte toplam varyansın %54’ünü açıklamaktadır.

Depresyon tanısı almış olan grupta ise, kronik stresin fiziksel belirtilerini yordayan ilk değişkenin, açıkladığı %24'lük varyans ile strese yatkınlık olduğu görülmektedir. Bunu, varyansa %15'lik bir katkı ile iyimser yaklaşım değişkeni izlemektedir. Denkleme son sırada giren anksiyete değişkeni varyansa %20'lik katkı sağlamakta ve kendisinden önceki iki değişken ile birlikte toplam varyansın %59'unu açıklamaktadır.

Sağlıklı grupta ise, kronik stresin fiziksel belirtilerini yordayan ilk değişkenin, açıkladığı %12'lik varyans ile çaresiz yaklaşım değişkeni olduğu görülmektedir. Denkleme ikinci ve son sırada giren anksiyete değişkeni ise, varyansa %37'lik bir katkı sağlayarak, kendisinden önceki üç değişken ile birlikte toplam varyansın %49'unu açıklamaktadır.

### **3.3. Ölçeklerden Alınan Puanlar Arası İlişkiler**

Bilindiği üzere, araştırma, kronik stresin fiziksel/psikolojik sağlık ile ilişkili olduğu düşüncesi üzerine kuruludur. Bu nedenle, stres ile ilişkili değişkenlerin (strese yatkınlık ve stresle başa çıkma tarzları) fiziksel/psikolojik belirtiler ile olası ilişkisinin araştırılması gerektiği düşünülmüştür. 'Strese Yatkınlık Ölçeği' ve 'Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği' puanlarının, fiziksel belirtileri ölçmede kullanılan 'Kısa Semptom Envanteri' ve 'Stres Belirtileri Ölçeği' alt ölçeklerinden alınan puanlar ile ilişkileri korelasyon analizi ile incelenmiştir. Sonuçlar Tablo 11'de verilmektedir. Aynı şekilde, strese yatkınlık ve stresle başa çıkma değişkenlerinin psikolojik belirti

değişkeni ile ilişki içinde olduğu düşünülmüştür. Bu düşünceden yola çıkılarak, stres ile ilişkili değişkenlerin psikolojik belirti değişkeni ile olan olası korelasyonları incelenmiştir. Stresle başa çıkma ve strese yatkınlık puanlarının, psikolojik belirtileri ölçmede kullanılan alt ölçeklerden alınan puanlar ile korelasyonları Tablo 12’de verilmektedir. Son olarak, fiziksel ve psikolojik belirtilerin birbirlerinden bağımsız olamayacağı düşünülmüştür. Fiziksel ve psikolojik belirtilerin birlikte var olacakları düşüncesi makul görünmektedir. Bu düşünceden yola çıkılarak yapılan korelasyon analizinin sonuçları Tablo 13’de sunulmuştur.

Tablo 11’de görüldüğü gibi, fiziksel belirtiler değişkeni toplam ve alt ölçek puanları, strese yatkınlık değişkeni puanları ile çok güçlü olmayan fakat anlamlı ilişki içindedir. Benzer şekilde, fiziksel belirtiler değişkeni, sosyal destek arama yaklaşımı dışında kalan stresle başa çıkma tarzları ile anlamlı ve çok yüksek olmayan korelasyon göstermektedir. Sonuç olarak, fiziksel belirti değişkeninin strese yatkınlık ve stresle başa çıkma tarzları değişkenleri ile anlamlı ilişki içinde olduğu söylenebilir.

**Tablo 11** ‘Sırses Yatınlık Öleği’ Puanları ve ‘Sırsesle Başa Çıkma Tarzları Öleği’ Alt Öleğek Puanlarının Fiziksel Belirtiler Değişkeni Toplam ve Alt Öleğek Puanları İle Olan Korelasyonları

|                                           | Strese Yatınlık (Toplam Puan) | Kendine Güvenli Yaklaşım (SBÇT Alt Öleğek) | İyimser Yaklaşım (SBÇT Alt Öleğek) | Çaresiz Yaklaşım (SBÇT Alt Öleğek) | BoyunEğici Yaklaşım (SBÇT Alt Öleğek) | Sosyal Destek Arama Yaklaşımı (SBÇT Alt Öleğek) |
|-------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Fiziksel Belirtiler</b> (Toplam Puan)  | ,36**                         | -,29**                                     | -,28**                             | ,47**                              | ,27**                                 | -,08                                            |
| <b>Kas Sistemi</b> (SBÖ Alt Öleğek)       | ,47**                         | -,27**                                     | -,30**                             | ,39**                              | ,17*                                  | -,11                                            |
| <b>Parasempatik S.S.</b> (SBÖ Alt Öleğek) | ,29**                         | -,30**                                     | -,26**                             | ,36**                              | ,19**                                 | -,09                                            |
| <b>Sempatik S.S.</b> (SBÖ Alt Öleğek)     | ,29**                         | -,27**                                     | -,24**                             | ,46**                              | ,28**                                 | -,04                                            |
| <b>Endokrin S.</b> (SBÖ Alt Öleğek)       | ,23**                         | -,21**                                     | -,25**                             | ,40**                              | ,24**                                 | -,04                                            |
| <b>Bağışıklık S.</b> (SBÖ Alt Öleğek)     | ,19**                         | -,19**                                     | -,16*                              | ,33**                              | ,18*                                  | -,03                                            |
| <b>Somatizasyon</b> (KSE Alt Öleğek)      | ,34**                         | -,25**                                     | -,23**                             | ,42**                              | ,29**                                 | -,12                                            |

\*\*p < ,01 düzeyde anlamlı

\* p < ,05 düzeyde anlamlı

**Tablo 12** 'Strese Yatkinlık Ölçeği' Puanları ve 'Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği' Alt Ölçek Puanlarının Psikolojik Belirtiler Değişkeni Toplam ve Alt Ölçek Puanları İle Olan Korelasyonları

|                                              | Strese Yatkinlık | Kendine Güvenli Yaklaşım (SBCT Alt Ölçeği) | İyimser Yaklaşım (SBCT Alt Ölçeği) | Çaresiz Yaklaşım (SBCT Alt Ölçeği) | Boyun Eğici Yaklaşım (SBCT Alt Ölçeği) | Sosyal Destek Arama Yaklaşım (SBCT Alt Ölçeği) |
|----------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Psikolojik Belirtier</b><br>(Toplam Puan) | ,47**            | -,43                                       | -,40**                             | ,60**                              | ,28**                                  | -,11                                           |
| <b>Depresyon</b><br>(KSE Alt Ölçek)          | ,51**            | -,42**                                     | -,34**                             | ,58**                              | ,26**                                  | -,19**                                         |
| <b>Anksiyete</b><br>(KSE Alt Ölçek)          | ,40**            | -,42**                                     | -,40**                             | ,48**                              | ,19**                                  | -,08                                           |
| <b>Olumsuz Benlik</b><br>(KSE Alt Ölçek)     | ,40**            | -,42**                                     | -,37**                             | ,57**                              | ,30**                                  | -,13                                           |
| <b>Hostilite</b><br>(KSE Alt Ölçek)          | ,33**            | -,27**                                     | -,29**                             | ,48**                              | ,23**                                  | -,15*                                          |
| <b>Duygusal Sistem</b><br>(SBÖ Alt Ölçek)    | ,39**            | -,40**                                     | -,38**                             | ,61**                              | ,26**                                  | -,07                                           |
| <b>Bilisel Sistem</b><br>(SBÖ Alt Ölçek)     | ,44**            | -,36**                                     | -,34**                             | ,56**                              | ,30**                                  | -,00                                           |

\*\*p < ,01 düzeyde anlamlı

\* p < ,05 düzeyde anlamlı

**Tablo 13** Psikolojik ve Fiziksel Belirtiler Değişkenleri Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Birbirleri İle Olan Korelasyonları

|                                               | <b>Fiziksel Belirtiler</b><br>(Toplam Puan) | <b>Kas S.</b><br>(SBÖ Alt Ölçek) | <b>Parasempatik S.S.</b><br>(SBÖ Alt Ölçek) | <b>Sempatik S.S.</b><br>(SBÖ Alt Ölçek) | <b>Endokrin S.</b><br>(SBÖ Alt Ölçek) | <b>Bağıışıklık S.</b><br>(SBÖ Alt Ölçek) | <b>Somatizasyon</b><br>(KSE Alt Ölçek) |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Psikolojik Belirtiler</b><br>(Toplam Puan) | ,77*                                        | ,68*                             | ,61*                                        | ,66*                                    | ,58*                                  | ,56*                                     | ,73*                                   |
| <b>Depresyon</b><br>(KSE Alt Ölçek)           | ,68*                                        | ,63*                             | ,49*                                        | ,59*                                    | ,53*                                  | ,51*                                     | ,69*                                   |
| <b>Anksiyete</b><br>(KSE Alt Ölçek)           | ,71*                                        | ,64*                             | ,55*                                        | ,62*                                    | ,50*                                  | ,51*                                     | ,74*                                   |
| <b>Olumsuz Benlik</b><br>(KSE Alt Ölçek)      | ,58*                                        | ,48*                             | ,48*                                        | ,49*                                    | ,45*                                  | ,40*                                     | ,63*                                   |
| <b>Hostilite</b><br>(KSE Alt Ölçek)           | ,60*                                        | ,56*                             | ,42*                                        | ,53*                                    | ,46*                                  | ,41*                                     | ,65*                                   |
| <b>Duygusal S.</b><br>(SBÖ Alt Ölçek)         | ,72*                                        | ,66*                             | ,62*                                        | ,66*                                    | ,56*                                  | ,53*                                     | ,56*                                   |
| <b>Bilişsel S.</b><br>(SBÖ Alt Ölçek)         | ,69*                                        | ,61*                             | ,60*                                        | ,60*                                    | ,53*                                  | ,55*                                     | ,59*                                   |

\*p < ,001 düzeyde anlamlı

Tablo 12’de ise, psikolojik belirti değişkeninin, strese yatkınlık ve stresle başa çıkma değişkenleri ile olan korelasyon katsayıları görülmektedir. Korelasyon analizi sonuçları, toplam ve alt ölçekler düzeyinde olan psikolojik belirti puanlarının, strese yatkınlık ve stresle başa çıkma değişkenleri ile anlamlı ve ılımlı ilişki içinde olduğuna işaret etmektedir.

Tablo 13’de görüldüğü üzere, fiziksel ve psikolojik belirti değişkenleri toplam ve alt ölçek puanları birbirleri ile anlamlı ve görece gl ilişki içindedir. Tablo’da sunulan korelasyon katsayıları, fiziksel ve psikolojik belirtilerin birlikte var oldukları fikrini desteklemektedir.

## 4 . TARTIşMA

Araştırmada, psikosomatik hastalık (romatoid artrit, koroner arter) ve psikolojik hastalık (depresyon) tanısı almış kişilerden ve bu hasta örneklemine, yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi demografik özellikler bakımından denk tutulmaya çalışılan sağlıklı kişilerden, kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtileri, strese yatkınlık ve stresle başa çıkma tarzları ile ilgili bilgi toplanmıştır. Bu bilgilerin toplanması ve kullanılması, en genel anlamıyla iki soruya cevap bulma girişiminden kaynaklanmaktadır. Bilgilerin analiz edilmesi ile ulaşılan sonuçlar da, yine bu iki soru çerçevesinde tartışılacaktır. Diğer bir deyişle, sonuçların tartışılması, genel olarak iki bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölüm, psikosomatik ve psikolojik rahatsızlığa sahip kişilerin stresle ilişkili değişkenler açısından incelenmesini içermektedir. Bu incelemenin ve tartışmanın amacı, psikosomatik (koroner arter ve romantoid artrit) ve psikolojik (depresyon) hastalıklarda kronik stresin yerinin ve öneminin görülmesi ve anlaşılmasıdır. Giriş bölümünde aktarıldığı üzere, her iki hastalık için de, kronik stres, rolü azımsanamayacak bir faktördür. Psikosomatik hastalık konusunda, kronik stresin hastalığı tetikleyici, başlatıcı veya şiddetlendirici faktör olduğu yönünde yaygın ifadeler yer almaktadır. İlgili yazında depresyon ve kronik stres ilişkisi üzerine olan yaygın inanış ise, kronik stresin depresyon hastalığının ayrılmaz parçası olduğu yönündedir. Bu düşünce ve ifadelerin sınanması amacıyla, araştırma grupları arasında

stres ile ilişkili değişkenler (kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtileri, strese yatkınlık ve stresle başa çıkma tarzları) açısından yapılan karşılaştırma sonuçları ve bu sonuçların tartışması sunulmuştur.

Tartışmanın ikinci bölümünde ise, hasta ve sağlıklı gruplar için kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtilerini yordama gücüne sahip değişkenler ile ilgili bilgi verilmiştir. Kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtilerini ölçmede kullanılan araçların, aynı zamanda bir sağlık taramasında yer alabilecek nitelikte belirtileri içerdiğine dikkat edilmelidir. Bu nedenle, kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtileri ölçümlerimizin aynı zamanda katılımcıların fiziksel ve psikolojik sağlık durumlarını yansıttığı düşünülmüştür. Analizler sonucunda önemi görülen değişkenler, kronik stres belirtilerinin yanı sıra, aynı zamanda kişilerin fiziksel ve psikolojik sağlıkları üzerinde belirleyici olan değişkenlerdir. Dolayısıyla regresyon analizleri sonuçları tartışılırken ‘kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtileri’ ifadesi yerine, ‘fiziksel/psikolojik belirtiler’ veya ‘fiziksel/psikolojik sağlık’ ifadeleri kullanılacaktır.

#### **4.1 Stres İle İlişkili Değişkenlerin Tanı Grupları ve Cinsiyet Değişkeni İçin Karşılaştırılması**

Araştırmada, katılımcıların yaşadıkları kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtileri hakkında bilgi edinilmesi amacı ile, ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ ve ‘Kısa Semptom Envanteri’nin kullanımı söz konusudur. Bu iki ölçeğin birlikte kullanımı ile, katılımcıların kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtilerinin daha detaylı bilgisine

ulaşılmıştır. Bilindiği üzere, ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ ağırlıklı olarak kronik stresin fiziksel belirtileri hakkında bilgi vermektedir. Bu nedenle, ‘Kısa Semptom Envanteri’ de araştırmaya dahil edilmiş ve bu sayede, katılımcıların kronik stresin psikolojik belirtileri ile ilgili olarak daha detaylı bilgiye ulaşılmıştır. İki ölçek yoluyla elde edilen bilgilerin analizi ile, hasta grupları kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtileri açısından sağlıklı katılımcılar ile karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma ile sınanmak istenen hipotez şu şekilde ifade edilebilir: ‘Psikosomatik ve psikolojik hastalığa sahip kişiler, kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtilerini sağlıklı katılımcılardan daha yüksek düzeyde deneyimlemektedirler’.

Bulgular bölümünde aktarıldığı üzere, yapılan analizler sonucunda, psikosomatik hastalık (romatoid artrit ve koroner arter) tanısı alan kişilerin, sağlıklı kişilere göre anlamlı düzeyde daha fazla kronik stresin fiziksel belirtilerine sahip oldukları görülmüştür. Psikosomatik hastalık tanısı alan grubun sağlıklı grup ile karşılaştırılması sonucunda, hastaların daha yüksek düzeyde toplam fiziksel stres belirtisine ve ‘parasempatik sinir sistemi’, ‘sempatik sinir sistemi’, ‘endokrin sistem’ ve ‘somatizasyon’ alt ölçekleri dahilindeki fiziksel stres belirtilerine sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Bkz; Tablo 2 ve 3). Ayrıca psikosomatik hasta grubu, fark anlamlı düzeye ulaşmamış olsa bile, kas ve bağışıklık sistemi dahilindeki kronik stresin fiziksel belirtilerine sağlıklı kişilerden daha fazla sahip olma eğilimindedirler (Bkz; Tablo 3). Örneklem gruplarının daha geniş olması halinde bu alt ölçekler için de gruplar arası puan farkının anlamlı düzeyde olabileceği düşünülmektedir.

Kronik stresin fiziksel belirtilerine ilişkin olan bu bulgu, strese yatkınlık ile ilgili

olan sonuçla birlikte düşünölmelidir. Şöyle ki; psikosomatik hastalık tanısı alan kişiler, strese yatkınlık puanları açısından sağlıklı kişilerden farklılaşmamışlardır (Bkz; Tablo 8). Diğer bir deyişle; strese yatkınlık sağlayan yaşam biçimi ve alışkanlıklar (sigara içme, alkol, çay ve kahve tüketimi, egzersiz eksikliği, sağlıklı beslenme ve sosyal destek yetersizliği gibi) açısından iki grup birbirinden farklılaşmazken, psikosomatik hastalık tanısı alan kişilerin daha fazla stres belirtisine sahip oldukları görölmüşür.

Psikosomatik hastalık tanısı alan kişilerin, sağlıklı kişilere kıyasla daha fazla kronik stresin fiziksel belirtilerine sahip olmaları, önceki çalışma sonuçları ile tutarlı bir bulgudur. Romatoid artrit ve koroner arter tanısı almış kişilerle yapılan çalışmalarda, bu hastalıklara sahip kişilerin, daha fazla kronik stres deneyimleme eğiliminde olduğuna dair bulgular elde edilmiştir (Balog ve ark., 2003; Şafak, 1996; Zautra ve ark, 1994; Zautra ve ark., 2002). İlgili yazında, kronik stres ve psikosomatik yakınmalar konusu ile ilgili hastalarla yapılan çalışmaların yanında, toplum örneklemleri çalışmaları da benzer sonuçlar aktarmaktadırlar. Bu çalışmalarda, örneğin, iş kaynaklı stres ile psikosomatik yakınmalar arasında anlamlı ilişki olduğü gözlenmiştir (Smith ve ark, 2005; van Vegchel ve ark, 2001; Maurier ve Northcott, 2000; Schmitt ve Dörfel, 1999; De Gucht ve ark, 2003; Karasek ve ark., 1988, Lee, 2003). Ayrıca, yine toplum örneklemleri çalışmalarda, olumsuz ve stres verici yaşam olaylarının deneyimlenmesi veya stres verici koşullar içinde bulunmak ile kötü fiziksel sağlık arasında ilişki olduğü görölmüşür (Güngör, 1996; Hill ve ark, 2005). Bazı çalışmalarda stresör olarak kabul edilen durumlar (tehlikeli çevrede yaşamak ve düşük sosyoekonomik düzey gibi) ve kötü sağlık arasındaki ilişkiye işaret edilmekte (Hill ve

ark.,2005; Sloan ve ark., 2005; Aromaa ve ark., 1994) ve bu ilişkiye kronik stres kaynaklı olan düzensiz otonom sinir sistemi aktivitesinin aracılık ettiği ileri sürülmektedir (Hill ve ark.,2005; Sloan ve ark., 2005). Sonuç olarak, psikosomatik hastaların, kronik stresin fiziksel belirtilerine daha fazla sahip olmaları, kronik stres-hastalık konusundaki bütün bu bahsedilen çalışma bulguları ile paraleldir. Psikosomatik hastalığa sahip kişilerin, strese yatkınlık bakımından sağlıklı kişilerle farklılaşmamasına rağmen, daha fazla kronik stresin fiziksel belirtilerine sahip olmaları, psikosomatik hastalık ve kronik stres ilişkisine işaret eden bir sonuçtur. Bu bulgu araştırmanın hipotezlerinden bir tanesini desteklemektedir.

Psikosomatik hastalık tanısı alan kişilerin, sağlıklı kişilere göre daha fazla kronik stresin fiziksel belirtilerine sahip olduğu bilgisi, psikosomatik hastalık ve kronik stres arasındaki ilişkiye işaret etmektedir. Fakat, araştırmanın deseni, bu ilişkideki nedenselliğin yönü hakkında doğru bilgiye ulaşılmasını engellemektedir. Araştırma ilişkiseldir ve dolayısıyla kronik stres ve hastalık ilişkisinde, neden ve sonuç kesin olarak kestirilememektedir. Bu ilişki, birkaç farklı şekilde yorumlanabilir. Bu kişilerin kronik strese daha uygun ve açık olmaları nedeni ile psikosomatik hastalık geliştirmiş olabilecekleri ihtimali akla gelmektedir. Aynı zamanda, bu kişilerin hastalıklarından kaynaklı fazladan kronik strese maruz kaldıkları düşünülebilir. Diğer bir deyişle, psikosomatik hastalık-kronik stres ilişkisinde, hastalığın neden, kronik stresin sonuç olduğu düşünülebilir ve tersinin de doğru olabileceği söylenebilir. Araştırmada, değişkenler arası ilişkiye işaret eden her bulgunun yorumlanmasında, nedenselliğin yönünün belirsiz olduğu akılda bulundurulmalıdır.

Hatırlanacağı üzere, grupların kronik stres belirtileri ile ilişkili daha detaylı bilgi edinilmesi amacı ile kronik stresin fiziksel belirtilerinin yanı sıra psikolojik belirtilerinin de ölçümleri alınmıştır. Kronik stresin psikolojik belirtileri, ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ ve ‘Kısa Semptom Envanteri’nin psikolojik stres belirtileri üzerine olan alt ölçekleri kullanılarak ölçülmüştür. ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ içinde yer alan ‘Duygusal Sistem’ ve ‘Bilişsel Sistem’ alt ölçekleri ile ‘Kısa Semptom Envanteri’nin ‘Depresyon’, ‘Anksiyete’, ‘Olumsuz Benlik’ ve ‘Hostilite’ alt ölçeklerinden alınan toplam puanların, katılımcıların sahip oldukları kronik stresin psikolojik belirti şiddetini temsil edeceği düşünülmüştür. Kronik stresin psikolojik belirtileri için psikosomatik ve sağlıklı gruplar arasında yapılan karşılaştırma, psikosomatik hasta örnekleminin toplam puan, diğer bir deyişle, toplam kronik stresin psikolojik belirtileri açısından, sağlıklı gruptan farklılaşmadığına işaret etmektedir. Alt ölçekler düzeyinde yapılan karşılaştırma sonucunda ise, psikosomatik hastalık tanısı almış hasta grubunun, depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, hostilite ve bilişsel sistem belirtileri açısından, sağlıklı örneklem ile farklılaşmadığı görülmüştür. Psikosomatik ve sağlıklı grupların birbirlerinden farklılaştığı tek alt ölçeğin ‘Duygusal Sistem’ olduğu gözlenmektedir. Psikosomatik hastalığa sahip kişilerin sağlıklı kişilere göre ‘Duygusal Sistem’ alt ölçeğinden daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür (Bkz; Tablo 6).

Psikosomatik hastaların, kronik stresin psikolojik belirtileri toplam puanı ve ‘Depresyon’, ‘Anksiyete’, ‘Olumsuz Benlik’, ‘Hostilite’ alt ölçek puanları açısından sağlıklı kişilerden farklılaşmaması ise, beklenen yönde bir bulgu değildir. İlgili yazında, koroner arter ve romatoid artrit hastalarının, sağlıklı kişilere göre daha yüksek

düzeyde psikolojik stres belirtisi deneyimlediklerine işaret eden bulgular bulunmaktadır. Örneğin bazı çalışmalarda, koroner arter ve romatoid artrit hastalarının, sağlıklı kişilere göre daha fazla depresyon belirtisine sahip oldukları belirtilmektedir (Balog ve ark., 2003; Aromaa ve ark, 1994). Psikosomatik hastalık tanısı almış kişiler ile yapılan pek çok araştırma sonucu, bu kişiler için psikolojik stres belirtilerine sahip olma yaygınlığının sağlıklı kişilerden daha fazla olduğunu göstermektedir. Örneğin, Carney ve arkadaşları (1988) tarafından yapılan çalışmada, kalp hastaları için majör depresyon yaygınlığının %17 olduğu görülmüştür. Aynı şekilde, kalp hastaları ile yapılan bir diğer çalışmada, şiddetli depresyon belirtileri olan kalp hastaları oranının %14,5 olduğu ve bu şiddetli depresyon yaygınlığının sağlıklı kişilerde olan %5-6'lık yaygınlıktan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Ladwig ve ark., 1991). Kalp hastaları içinde çok daha yaygın depresyon belirtilerine işaret eden bir diğer çalışma sonucuna göre, koroner arter hastalarının % 51,4'ü 'orta derece' den 'şiddetli' ye kadar olan depresyon belirtilerine sahiptir (Barefoot ve ark., 1996). Romatoid artrit tanısı almış hastaların yaşadıkları psikolojik stres belirtileri ile ilgili çalışmalar da benzer sonuçlar vermiştir. Örneğin, Murphy ve arkadaşları (1988) çalışmalarında, romatoid artrit tanısı almış hasta örnekleminin %21'inin, tedavi gerektirecek şiddette depresyon ve fobik anksiyeteye sahip olduğunu görmüşlerdir. Frank ve arkadaşları (1988), üzerinde çalıştıkları romatoid artrit örnekleminin %42,3'ünün, majör depresyon veya distimik bozukluk kriterlerini karşıladığını belirtmişlerdir. Murphy ve arkadaşları (1999), romatoid artrit örnekleminin %17'sinin depresyon tanısı için yeterli belirtilere sahip olduğunu

görmüşlerdir. Araştırmacılar, bu örneklem için olan depresyon yaygınlığının, toplum örneklemlerinden anlamlı düzeyde fazla olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Psikolojik stres belirtileri, psikosomatik hastalıkların yanı sıra, kronik hastalıklara sahip kişilerden oluşan örneklem üzerinde de çalışılan bir konudur. Konu ile ilgili bir çalışmada, kronik böbrek yetmezliği olan hastaların %12,4 oranda şiddetli depresyona, %4,2 oranda şiddetli anksiyeteye sahip oldukları görülmüştür (Takaki ve ark., 2003). Elal ve Krespi (1999) ise, kronik böbrek yetmezliği hastalarının %43'ünün klinik düzeyde depresyonu olduğunu belirtmektedir.

Görüldüğü üzere, geçmiş araştırma sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, psikosomatik rahatsızlığa sahip kişilerin depresyon veya anksiyete gibi kronik stresin psikolojik belirtilerine sağlıklı kişilerden daha fazla sahip olmaları beklenmektedir. Yukarda aktarıldığı üzere, çalışma bulgularımızdan bir tanesi, psikosomatik hastaların sağlıklı kişilere göre daha fazla kronik stresin fiziksel belirtisine sahip oldukları yönündedir. Ayrıca, iki grup, kronik stresin psikolojik belirtilerini ölçmede kullanılan alt ölçeklerden 'Duygusal Sistem Alt Ölçeği' puanları için de anlamlı düzeyde farklılaşmıştır. Bunlara ek olarak, ilgili yazında depresyon ile kronik stres belirtilerinin birlikteliğine işaret eden bulgu ve ifadelerin (Sapolsky, 1998; Carney ve ark, 2005; Musselman ve ark, 1996; Tsutsami ve ark, 2001; Pearlin ve ark, 1981; Balog ve ark, 2003; Phelan ve ark, 1991) yaygınlığı, daha fazla fiziksel stres belirtisi aktaran psikosomatik hastaların, daha yüksek düzeyde depresyon ve benzer psikolojik stres belirtileri gösterecekleri beklentisini desteklemektedirler. Bizim çalışmamızda da, tüm araştırma örneklemini için kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtileri alt ölçek ve

toplam puanları arasında anlamlı ve yüksek korelasyonlar kaydedilmiştir (Bkz; Tablo 13). Bütün bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda, kronik stresin fiziksel belirtileri için birbirlerinden farklılaşan iki grup arasında psikolojik stres belirtileri açısından da fark olması beklenmektedir. Psikosomatik hastaların, psikolojik stres belirtileri açısından sağlıklı kişilerden farklılaşmamış olmaları beklenmeyen yönde bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Psikosomatik hastalığa sahip kişilerin, psikolojik stres belirtileri açısından sağlıklı kişilerden farklılaşmamasının açıklaması olabilecek birkaç düşünceden bahsetmek faydalı olacaktır. İlk olarak, bu durum, psikolojik stres belirtilerini ölçmek amacıyla kullanılan aracın özellikleri ile ilişkili olabilir. Hatırlanacağı üzere ‘Stres Belirtileri Ölçeği’ içinde yer alan ‘Duygusal Sistem’ ve ‘Bilişsel Sistem’ alt ölçekleri ile ‘Kısa Semptom Envanteri’nin ‘Depresyon’, ‘Anksiyete’, ‘Olumsuz Benlik’ ve ‘Hostilite’ alt ölçeklerinden alınan toplam puanların, katılımcıların sahip oldukları kronik stresin psikolojik belirti şiddetini temsil edeceği düşünülmüştür. Diğer bir deyişle, katılımcıların psikolojik stres belirtilerinin ölçülmesinde ağırlıklı olarak ‘Kısa Semptom Envanteri’nin alt ölçeklerinden faydalanılmıştır. Bu noktada, ‘Kısa Semptom Envanteri’nin daha çok klinik düzey belirtileri ayırt edici özelliği olduğu ve bu nedenle, klinik örneklem olmayan psikosomatik ve sağlıklı gruplar arasında ayırt edici olmadığı ihtimali akla gelmektedir. İkinci olarak, psikosomatik grubun psikolojik stres belirtileri toplam ve alt ölçekler düzeyindeki puanlarının, anlamlı düzeye ulaşmamış olsa da, sağlıklı gruba göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Bkz; Tablo 6). Psikolojik stres belirtileri açısından iki grup arasındaki farkın, örneklem gruplarının

daha geniş olması halinde anlamlı düzeye ulaşabilecekleri düşüncesi makuldür. Diğer bir deyişle; psikosomatik ve sağlıklı grupların, psikolojik stres belirtileri açısından anlamlı düzeyde farklılaşmamaları örneklem gruplarının yeterli büyüklükte olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Son olarak, araştırmada yer alan psikosomatik hastalar, hastanede veya ayakta tedavi gören hastalardır ve tedavi kapsamında kullandıkları ilaçlar hakkında herhangi bir kontrol söz konusu değildir. Diğer bir deyişle, bu hastaların olası psikolojik stres belirtileri için rahatlatıcı, sakinleştirici özellikte ilaç kullanıp kullanmadıkları bilinmemektedir. Karıştırıcı değişken olabilecek ilaç kullanımı faktörünün, psikolojik stres belirtileri ile ilişkili sonuç üzerinde etki etmiş olabileceği ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır.

Stresle başa çıkma değişkenleri için, psikosomatik hastalık tanısı alan ve sağlıklı kişiler arasında yapılan karşılaştırma sonucunda, bu değişkenler için iki grubun birbirlerinden farklılaştıkları görülmüştür (Bkz; Tablo 7). Psikosomatik hastalık tanısı alan kişilerin; çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzı başa çıkmayı, sağlıklı kişilere göre anlamlı düzeyde daha fazla kullandıkları görülmüştür. Diğer başa çıkma tarzları için, psikosomatik hasta grubu ve sağlıklı grup arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (Bkz; Tablo 8). Görüldüğü gibi, psikosomatik hastalık tanısı alan kişiler, etkisiz denebilecek başa çıkma tarzları olan çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı, sağlıklı kişilere göre daha yaygın olarak kullanmaktadırlar. Ayrıca, psikosomatik hastalığa sahip kişilerin etkili başa çıkma tarzları olan kendine güvenli ve iyimser başa çıkma tarzları alt ölçekleri için sağlıklı kişilere göre daha düşük puanlar aldıkları görülmektedir (Bkz; Tablo 8). Fakat, iki grup arasında olan bu puan farkı anlamlı düzeye ulaşmamıştır.

Örneklemelerin daha geniş olması halinde psikosomatik hastalar ve sağlıklı kişilerin etkili başa çıkma tarzları için de farklılaşabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, psikosomatik hasta grubunun, sağlıklı gruba göre, etkisiz başa çıkma tarzlarını daha sıklıkla kullandıklarına dair bulgu elde edilmiştir. Bu bulgu, psikosomatik hastalık tanısı alan kişilerin, sağlıklı kişilere göre daha fazla fiziksel stres belirtisine sahip oldukları bulgusu ile tutarlıdır. Sonuçta, etkisiz başa çıkma tarzlarının daha sıklıkla kullanılıyor olması, stres belirtilerinin daha fazla deneyimlenmesine yol açıyor olabilir. Bu sonuç, stres belirtileri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki anlamlı ilişkiye işaret eden önceki toplum örneklemli çalışma bulguları ile tutarlıdır (Simons ve ark., 2002; Arulrajah ve Harun, 2000; Lewis ve ark., 1994; Lindquist ve ark., 1997). Bizim çalışmamızda da, tüm örneklem için, kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtileri toplam ve alt ölçek puanlarının, etkisiz başa çıkma tarzları puanları ile anlamlı ve pozitif ilişki içinde, etkili başa çıkma tarzları ile ise anlamlı ve negatif ilişki içinde olduğu görülmüştür (Bkz; Tablo 11 ve Tablo 12).

Özetle; psikosomatik hastalık tanısı almış kişiler, strese yatkınlık açısından sağlıklı kişilerden farklılaşmamış olmalarına rağmen, daha fazla fiziksel stres belirtisi aktarmışlar ve etkisiz başa çıkma tarzlarını daha yaygın olarak kullandıklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuç, psikosomatik hastalık ve kronik stres ilişkisini düşündürmektedir. Psikosomatik hastaların sağlıklı kişilere kıyasla, kronik strese ve olumsuz sonuçlarına daha açık oldukları düşüncesini akla getirmektedir.

Depresyon tanısı alan kişilerin, stres ile ilişkili değişkenler açısından, sağlıklı kişilerle karşılaştırılması sonucunda, depresyon hastalarının, kronik stresin hem

fiziksel hem de psikolojik belirtileri açısından sağlıklı kişilerden farklılaştığı görülmüştür. Depresyon tanısı alan hastalar, sağlıklı kişilerden anlamlı düzeyde daha fazla toplam fiziksel ve psikolojik stres belirtisine sahiptirler. Kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtileri toplam puanlarının yanı sıra, alt ölçek puanları için de analizler yapılmıştır. Bu analizler sonucunda, fiziksel ve psikolojik stres belirtileri ölçümünde kullanılan tüm alt ölçekler için, depresyon hastalarının sağlıklı kişilerden anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldıkları görülmüştür (Bkz; Tablo 3 ve Tablo 6). Bu bulgular, depresyon hastalarının fiziksel ve psikolojik stres belirtilerini sağlıklı kişilere göre daha yüksek düzeyde algıladıkları veya aktardıkları anlamına gelmektedir ve depresyon hastalığı ile kronik stres belirtileri arasında ilişkiye işaret etmektedir. Elde edilen sonuç, ilgili yazında yer alan, depresyon ve stres belirtilerinin birlikteliği ile ilgili araştırma sonuçları ile tutarlıdır. Örneğin, depresyon yaşantısının stres belirtilerini yoğun bir şekilde içerdiğine dair ifadeleri (Sapolsky, 1998; Carney ve ark, 2005; Musselman ve ark, 1996) destekler niteliktedir. Giriş bölümünde aktarılan konuyla ilgili araştırmalar, depresyon tanısı almış hasta örnekleminde ziyade, genellikle toplum örnekleminde kronik stres ve depresyon arasındaki ilişkiyi göstermişlerdir. Bu çalışmaların, iş kaynaklı (Tsutsami ve ark, 2001; Pearlin ve ark, 1981; Boudreaux ve ark., 1997), evlilik kaynaklı (Balog ve ark, 2003) veya hem evlilik hem iş kaynaklı stres belirtileri (Phelan ve ark, 1991) ile depresyon arasında anlamlı ilişki aktardıkları görülmektedir. Bu nedenle, depresyon tanısı alan kişilerin yaşadıkları fiziksel/psikolojik stres belirtileri için sağlıklı kişilerden farklılaşması beklendik ve önceki bilgilerle tutarlı bir sonuçtur. Fakat, bu bulgu değerlendirilirken

depresyon hastalarının sahip olabilecekleri düşünölen olumsuz bakış açısı göz önünde bulundurulmalıdır. Sahip oldukları bu bakış açısından dolayı, depresyon hastalarının fiziksel/psikolojik stres belirtilerini gerçekte olduğundan daha şiddetli algılama ve aktarma yanlılığı gösterebilecekleri ve bu yanlılığın sonuçlar üzerinde etki etmiş olabileceğı düşünölmektedir. Bu durum, araştırmada, subjektif aktarımlara dayalı ölçömler alınmış olmasının, yani araştırmanın en önemli sınırlılığının bir sonucudur.

Depresyon tanısı almış ve sağlıklı kişilerin, stres değışkenleri için karşılaştırılması sonucu elde edilen diğör bulgular; depresyon hastalarının, strese daha yatkınlık sağlayıcı yaşam biçimlerine sahip olduğuna işaret etmektedir (Bkz; Tablo 7 ve 8). ‘Strese Yatkınlık Ölçeğı’nde yer alan yaşam tarzı ve alışkanlıkları içindeki, sigara, kahve ve alkol tüketimi, egzersiz eksikliği ve sosyal destek eksikliğinin depresyon ile ilişkili olduğuna dair bulgular bulunmaktadır. Kalp hastalığı ve böbrek yetmezliği olan hastalar ile yapılan bazı araştırmalarda, hastalardaki, şiddetli depresyon belirtileri ile; sigara tüketimi (Carney ve ark., 1988; Balog ve ark., 2003), egzersiz ve hareket eksikliği (Ladwig ve ark., 1991) ve algılanan sosyal destek eksikliği (Frasure-Smith ve ark., 1999; Ladwig ve ark., 1991; Lesperance ve ark., 2002; Elal ve Krespi, 1999) arasında ilişki olduğu görölmüşür. sağlıklı yetişkinlerle yapılan bir başka araştırma sonucu da, hem kadın hem de erkekler için, sosyal destek yetersizliği ile psikolojik belirtiler arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir (Ensminger ve Celentano, 1990). Horsten ve arkadaşları (1997) tarafından yapılan çalışmada, toplum kadın örneklemi için, hareket eksikliği ve sosyal destek azlığının depresif belirtiler ile pozitif ilişki içinde olduğu görölmüşür. Fakat, aynı çalışmada,

yukarda aktarılan çalışmalarla çelişkili olarak, sigara içme ile depresyon belirtileri arasında anlamlı ilişki gözlenmemiş, alkol tüketimi ile depresyon belirtileri arasında ise negatif ilişki olduğu görülmüştür. Aromaa ve arkadaşları (1994) tarafından yapılan çalışmada ise, depresyon belirtileri ve sigara içme davranışı arasında pozitif ilişki olduğu görülmüştür. Birbiri ile çelişen bulgulara rastlansa da, genel olarak bakıldığında, depresyon ve strese yatkınlaştırıcı olan yaşam biçimi ve alışkanlıkları arasında anlamlı ve pozitif ilişki olduğuna dair inanış yaygındır. Bizim çalışma bulgularımıza göre de, tüm örneklem için strese yatkınlık puanları, depresyon puanları ile çok güçlü olmasa da anlamlı ve pozitif ilişki içindedir ( $r = ,51$   $p < ,01$ ) (Bkz; Tablo 12). Sonuç olarak, depresyon hastalarının, sağlıklı kişilere göre, strese yatkınlaştırıcı yaşam biçimine sahip olduğu görülmektedir. Depresyon hastalığının duygusal, düşünsel ve davranışsal belirtileri düşünüldüğünde de, bu hastaların strese yatkınlık sağlayan çeşitli alışkanlıklara (alkol, çay kahve sigara tüketimi, hareket eksikliği, zayıf beslenme, sosyal destek eksikliği v.b.) daha fazla sahip olması tahmin edilen ve doğal karşılanan bir sonuçtur.

Stresle başa çıkma değişkeni için, depresyon hasta grubu ve sağlıklı kişiler arasında yapılan karşılaştırma sonucunda, stres ile başa çıkma tarzları açısından bu iki grubun farklı olduğu görülmüştür. Depresyon tanısı alan kişiler, sosyal destek arama yaklaşımı haricindeki tüm başa çıkma tarzları açısından sağlıklı kişilerden farklıdırlar. Depresyon hastaları, kendine güvenli ve iyimser yaklaşım başa çıkma tarzlarını, sağlıklı kişilerden daha az, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım başa çıkma tarzlarını ise, daha fazla kullanmaktadırlar (Bkz; Tablo 8). Görüldüğü gibi,

depresyon hastaları, sağlıklı kişilere kıyasla, olumlu ve etkili başa çıkma tarzlarını daha az tercih etmekteyken, olumsuz denebilecek başa çıkma tarzlarını yaygın olarak kullandıklarını aktarmışlardır. Depresyon tanısı alan kişilerin daha etkisiz başa çıkma tarzları kullanıyor olması ve belki bu nedenle daha fazla kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtilerini aktarmış olmaları doğal ve akla yatkın bir bulgudur. Kronik stres ve depresyon birlikteliğine işaret eden yukarıdaki araştırma sonuçları ile tutarlıdır. Beklenmeyen bir sonuç, depresyon tanısı alan kişilerin sosyal destek arama başa çıkma tarzı açısından sağlıklı kişilerden farklılaşmamış olmasıdır. Hatırlanacağı üzere, sosyal destek ve depresif belirtilerin anlamlı ve olumsuz ilişkisine işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Horsten ve ark., 1997; Frasure-Smith ve ark., 1999; Ladwig ve ark., 1991; Lesperance ve ark., 2002; Elal ve Krespi, 1999). Bu çalışma sonuçlarından yola çıkılarak, depresyon hastalarının sosyal destek arama yaklaşımını sağlıklı kişilerden daha az tercih etmeleri beklenilebilir. Bu beklentinin doğrulanmamasının nedeninin, Türk toplumunun sosyal desteğe önem veren kültürel özellikleri ile ilişkili olabileceği ihtimali akla gelmektedir. Toplumumuzda, önem ve değer verilen sosyal destek mekanizması, hasta veya sağlıklı herkes tarafından baş vurulan bir kaynak durumunda olabilir.

Sonuç olarak, depresyon hastaları strese yatkınlaştırıcı yaşam biçimi ve alışkanlıklarına sağlıklı kişilerden daha fazla sahip olma eğilimindedirler ve stresle başa çıkma konusunda ise, sağlıklı kişilere göre daha etkisiz ve olumsuz başa çıkma stratejilerini kullanmaktadırlar. Bu durumla tutarlı olarak, kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtilerini sağlıklı kişilere göre daha yüksek derecede

aktarmaktadırlar. Depresyon hastalarının strese yatkın oluşları, olumsuz başa çıkma davranışları ve yüksek düzeyde olan fiziksel/psikolojik stres belirtileri, depresyon ve stres üzerine olan önceki bilgi ve bulgularla da büyük oranda tutarlıdır.

Araştırmada, tanı gruplarının (psikosomatik ve depresyon hastaları ve sağlıklı kişiler) stres ile ilişkili değişkenler açısından karşılaştırılmasının yanı sıra, cinsiyetler arasında da karşılaştırma yapılmıştır. Yapılan karşılaştırma sonucunda, strese yatkınlık puanları açısından kadınlar ve erkeklerin birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür (Bkz; Tablo 7). Stresle başa çıkma tarzları için yapılan karşılaştırmalar ise, boyun eğici yaklaşım tarzı dışında, kadın ve erkeklerin benzer başa çıkma tarzlarını kullandıklarını göstermiştir. İki cinsiyet arasındaki tek fark, kadınların boyun eğici yaklaşım tarzı başa çıkmayı erkeklere göre daha yaygın olarak kullanıyor olmasıdır (Bkz; Tablo 7). Boyun eğici başa çıkma tarzının kadınlar tarafından daha sıklıkla kullanılıyor olması bulgusunun, toplumsal ve kültürel özellikler ile ilişkili olabileceği ihtimali akla gelmektedir. Toplumumuzda, kadından beklenen davranış biçimleri ve kadınlara biçilen cinsiyet rolleri, kadın ve erkek arasında boyun eğici davranış ve başa çıkma açısından farklılığa katkıda bulunmuş olabilir. Stresle başa çıkma değişkeni açısından cinsiyetler arası farka dair elde edilen bulgunun, Şahin ve Durak (1995) tarafından Türk üniversite öğrencileri örneklemini ile yapılan araştırmanın sonuçları ile tutarlı olan yönleri vardır. Söz konusu araştırmada da, kadın ve erkeklerin kendine güvenli, iyimser ve çaresiz yaklaşım başa çıkma tarzı açısından farklılaşmadıkları ifade edilmektedir. Fakat, söz konusu araştırmanın bizim bulgularımızla uyuşmayan sonucu, kadın ve erkeklerin boyun eğici başa çıkma tarzı

açısından benzer olmalarıdır. Boyun eğici başa çıkma değişkeni üzerine olan iki araştırma sonucu arasındaki çelişkide, kullanılan örneklem gruplarının farklılığının payı olduğu akla gelmektedir. Örneğin, bizim araştırmamızda kullanılan örneklem grupları, görece daha düşük eğitime sahip kadınlardan oluşmaktadır. Eğitim düzeyinin, boyun eğici davranış ve başa çıkma için belirleyici bir değişken olabileceği düşünülmektedir. Şahin ve Durak (1995) tarafından elde edilen ve bizim araştırma sonuçlarımız ile uyuşmayan diğer bir bulgu ise, cinsiyetler arasında sosyal destek arama yaklaşımı açısından anlamlı farkın görülmüş olmasıdır. Sonuç olarak, söz konusu araştırmada da bizim araştırmamız ile aynı araç kullanılmış olmasına rağmen, sosyal destek arama yaklaşımı ile ilgili farklı bir bulguya ulaşılmıştır. İki araştırma bulgusu arasındaki farklılığın, birbirine benzemeyen örneklem gruplarının kullanılması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Bizim araştırmamızda, sosyal destek arama yaklaşımı için cinsiyetler arasında fark görülmemesi ile ilgili olarak bazı fikirler üretmek mümkündür. Örneğin, yukarıda belirtildiği üzere, toplumumuzda önem verilen sosyal destek mekanizmasının, hasta sağlıklı veya kadın erkek ayrımı olmaksızın yaygın olarak başvurulmuş bir kaynak olması, kadın ve erkek arasındaki bu benzerliğin açıklamalarından bir tanesi olabilir.

Strese yatkınlık ve stresle başa çıkma tarzları açısından önemli fark göstermeyen kadın ve erkekler, deneyimledikleri kronik stresin fiziksel belirtileri için birbirlerinden farklılaşmışlardır. Elde edilen bulgular, kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla kronik stresin fiziksel belirtilerine sahip olduklarına işaret etmektedir. Kas, sempatik, endokrin ve bağışıklık sistemleri dahilindeki kronik

stresin fiziksel belirtileri ve toplam fiziksel stres belirtileri için, kadınlar erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almışlardır (Bkz; Tablo 4). İlgili yazında, kadın ve erkeklerin, fiziksel stres belirtileri açısından olası farklarını inceleyen önceki araştırmaların benzer sonuçlar verdiği görülmektedir. Örneğin, bizim araştırmamızda olduğu gibi ‘Stres Belirtileri Ölçeği’nin kullanıldığı bir araştırmada hemen hemen aynı sonuçlara varıldığı görülmektedir. Şahin ve Durak Batıgün (1997) tarafından sağlık personeli örneklemini üzerinde yapılan bu araştırmada, kadınların kas, parasempatik, sempatik, endokrin ve bağışıklık sistemi dahilinde olan fiziksel stres belirtilerine erkeklerden anlamlı düzeyde daha fazla sahip oldukları bulgusu elde edilmiştir. Görüldüğü gibi, çalışma bulgumuz, bu araştırmada elde edilen bulgular ile -parasempatik sinir sistemi üzerine olan bulgu haricinde- örtüşmektedir. Strese yatkınlık açısından benzer olan ve boyun eğici yaklaşım başa çıkma tarzı dışında benzer başa çıkma stratejilerini kullanan bu iki grubun, farklı düzeylerde fiziksel stres belirtisi aktarmış olmaları dikkat çekici bir bulgudur. Kadınların daha fazla fiziksel stres belirtisi deneyimlemelerinin, cinsiyetler arasındaki tek farklı stres değişkeni olan boyun eğici yaklaşım başa çıkma tarzından kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir. Kronik stresin fiziksel belirtileri için cinsiyetler arası farkın diğer bir nedeninin ise, toplumsal cinsiyet rolleri ile ilişkili olabileceği akla gelmektedir. Şöyle ki; kadınlar ve erkeklerin, sosyal çevrelerinde, aile ve iş yaşamlarında, cinsiyetlerinden dolayı farklı stres kaynakları ile karşılaşmalarının, diğer bir deyişle, maruz kaldıkları stresörlerin farklı şiddetlerde ve sıklıkta olmasının, stres belirtileri konusundaki bu farka yol açabileceği düşünülmektedir.

Kronik stresin psikolojik belirtileri için cinsiyetler arası karşılaştırma sonuçları ise, toplam psikolojik stres belirti puanları açısından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmadığını göstermektedir. Alt ölçeklerden alınan puanlar için yapılan karşılaştırmada ise, kadın ve erkeklerin birbirlerinden farklı olduğu görülmüştür. ‘Depresyon’ ve ‘Duygusal Sistem Belirtileri’ alt ölçeklerinde, kadınlar, erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla belirti aktarmıştır. Diğer bir deyişle, bu alt ölçekler için kadınlar daha yüksek düzeyde kronik stresin psikolojik belirtisine sahip olduklarını ifade etmektedirler (Bkz; Tablo 5). Kadınların daha fazla depresyon belirtisine veya yaygınlığına sahip oldukları bulgusu, yurt içi ve yurt dışı yazında tekrarlı bir şekilde elde edilmiştir. Örneğin, ülkemizde ergen ve yetişkinlerle yapılan iki ayrı çalışma sonucunda, kadınların erkeklere oranla daha fazla depresyon belirtisine sahip olduklarını göstermiştir (Şahin ve ark., 2002; Uçman,1990). Yurt dışı kaynaklı yayınlarda da, kadınların erkeklere oranla daha yaygın şekilde depresyon belirtileri gösterdikleri dile getirilmektedir (Kessler, 2003; Blehar ve Keita, 2003). İlgili yazında, depresyon belirtilerinin yanı sıra, kadınların erkeklerden daha fazla anksiyete belirtisi aktardıklarına dair bulgulara rastlanmaktadır (Uçman, 1990; Poltavski ve Ferraro, 2003). Fakat, bizim çalışmamızda, anksiyete değişkeni için cinsiyetler arası fark kaydedilmemiştir.

#### **4.2. Tanı Grupları İçin Kronik Stresin Psikolojik/Fiziksel Belirtilerini Yordayan Değişkenler**

Görüldüğü gibi, hasta ve sağlıklı grupların stres ile ilişkili değişkenler açısından karşılaştırılması yapılmıştır. Bu bölümde ise, her üç grup için, kronik stresin psikolojik ve fiziksel belirtilerini yordayan değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Psikosomatik ve psikolojik hastalığa sahip kişilerde ve aynı zamanda sağlıklı kişilerde fiziksel ve psikolojik stres belirtileri üzerinde rol oynayan değişkenlerin saptanmasının önemli olduğu düşünülmüştür. Stres ile ilişkili değişkenlerden olan strese yatkınlık ve stresle başa çıkma tarzları değişkenlerinin fiziksel/psikolojik stres belirtiler varyansı üzerinde açıklayıcı güçlerinin olması beklenmektedir. Bu nedenle, psikolojik ve fiziksel stres belirtileri varyansı üzerinde, strese yatkınlık ve stresle başa çıkma tarzları değişkenlerinin yordayıcı gücü araştırılmıştır. Ayrıca, fiziksel stres belirtileri için psikolojik stres belirtilerinin ve psikolojik belirtiler için ise, fiziksel belirti değişkeninin anlamlı yordayıcılar olacağı düşünülmüştür. Son olarak, her 3 grup için de, kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtilerini yordama gücüne sahip değişkenlerin benzer olacağı tahmin edilmektedir.

Burada, bir noktaya dikkat çekmekte fayda bulunmaktadır. Bilindiği üzere, araştırmada ağırlıklı olarak kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtilerinden bahsedilmiştir. Fakat, kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtilerine başka bir açıdan bakmakta fayda bulunmaktadır. Ölçülen ‘kronik stresin fiziksel belirtileri’ ve ‘kronik stresin psikolojik belirtileri’ aynı zamanda katılımcıların fiziksel ve

psikolojik sağlıkları hakkında bilgi vericidir. Diğer bir deyişle, alınan fiziksel/psikolojik stres belirti ölçümlerinin, katılımcıların fiziksel ve psikolojik sağlık düzeylerini temsil ettiği düşünölmektedir. Bu nedenle regresyon analiz sonuçlarının tartışıldığı bu bölümde ‘kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtileri’ ifadesi yerine ‘fiziksel/psikolojik belirtiler’ ifadesi kullanılacaktır. İki ifadenin birbirlerinden farklı olmadığı akılda bulundurulmalıdır.

Psikolojik belirtileri anlamlı derecede yordayabileceği düşünölen ve analize sokulan değişkenler sırasıyla; cinsiyet, strese yatkınlık, stresle başa çıkma tarzları (kendine güvenli, iyimser, çaresiz, boyun eğici ve sosyal destek arama yaklaşım tarzları alt ölçek puanları) ve fiziksel belirti (kas sistemi, parasempatik sinir sistemi, sempatik sinir sistemi, endokrin sistem, bağışıklık sistemi belirtileri alt ölçek puanları) değişkenleridir. Analiz sonucunda, psikolojik belirtileri anlamlı düzeyde yordayan değişkenlerin, psikosomatik hasta grubu için; cinsiyet, strese yatkınlık, çaresiz ve iyimser başa çıkma tarzları, parasempatik sinir sistemi ve endokrin sistem belirtileri olduğu görölmüştür. Bu değişkenler birlikte, psikosomatik hastalardaki psikolojik belirti varyansının %65’ini açıklamaktadırlar. Depresyon hasta grubu için psikolojik belirtileri anlamlı düzeyde yordayan değişkenler; strese yatkınlık, çaresiz ve iyimser başa çıkma tarzları ile kas sistemi belirtileridir. Bu değişkenlerin birlikte, varyansın %64’ünü açıkladıkları görölmektedir. Sağlıklı grup için ise, çaresiz ve kendine güvenli başa çıkma tarzları ile kas ve sempatik sinir sistemi belirtileri, psikolojik belirti varyansı için anlamlı yordayıcılar olarak karşımıza çıkmıştır ve psikolojik belirti varyansının %68’lik bölümünü açıklamaktadırlar (Bkz; Tablo 9).

Görüldüğü gibi; her üç grup için de stres ile ilişkili bazı değişkenler, psikolojik belirti varyansının anlamlı yordayıcıları olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikosomatik ve depresyon hasta gruplarının psikolojik belirti varyansları için, strese yatkınlık ve stresle başa çıkma tarzlarından olan çaresiz ve iyimser yaklaşımların, sağlıklı kişilerde ise, çaresiz ve kendine güvenli yaklaşımların önemli değişkenler olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, stres ile ilişkili değişkenlerin psikolojik sağlık üzerinde etkili olduğu söylenebilir. Ayrıca, her üç grup için de benzer stres değişkenlerinin anlamlı yordayıcılar olarak karşımıza çıkmaları, bu değişkenlerin önemli olduğuna dair düşünceyi güçlendirmektedir. Özetle, strese yatkınlık ve stresle başa çıkma değişkenlerinin her üç grup için de psikolojik belirtilerin anlamlı yordayıcıları olmaları, stres ile ilişkili değişkenlerin hem hasta hem de sağlıklı kişilerin psikolojik belirti deneyimleri üzerinde etkili olduğuna işaret etmektedir.

Psikosomatik hastalık tanısı alan kişilerin psikolojik belirtileri üzerinde, stres ile ilişkili değişkenlerin rolü olduğunun görülmesi beklenen bir sonuçtur. Romatoid artrit hastaları ile yapılan bazı geçmiş çalışmalar, hastaların psikolojik belirti yaşantıları üzerinde stres faktörünün önemini göstermiştir. Örneğin, Murphy ve arkadaşları (1988) romatoid artrit hastaları ile yaptığı çalışmanın sonucunda, para, sosyal temaslar ve evlilik ile ilişkili stresin, depresyon yaşantısının anlamlı yordayıcıları olduğunu belirtmektedir. Bu araştırmada, hastalığın süresi, ağrılı eklem sayısı, sabah katılığıının şiddeti gibi hastalığın şiddetine işaret eden değişkenlerin de depresyon varyansı üzerindeki açıklayıcı gücü incelenmiş ve sonucunda, hastalığın şiddeti ile ilişkili değişkenlerin değil, stres ile ilişkili değişkenlerin depresyon

puanlarını yordadığı görülmüştür. Zautra ve arkadaşlarına (1994) göre ise, romatoid artrit hastalarında kişiler arası olaylarla ilişkili kronik stres, depresyonu anlamlı düzeyde yordamaktadır. Newman ve arkadaşları (1989), romatoid artrit hastaları ile yaptıkları çalışma sonucunda, sosyal ilişki azlığı ve ekonomik yoksunluk kaynaklı kronik stresin, depresyon varyansına anlamlı katkıda bulunduğunu görmüştür. Murphy ve arkadaşları (1988) ve Hawley ve Wolfe (1988) ise, romatoid artritte, depresyonun, hastalığın süresi veya klinik aktivitesi (şiddetlenmesi veya durulması) ile ilişkili olarak değil, sosyal stres ve sosyoekonomik faktörlerle bağlantılı olarak geliştiğini ileri sürmektedirler. Frank ve arkadaşlarına (1988) göre, romatoid artrit hastalarında şimdiki veya geçmiş depresyonun anlamlı yordayıcılarından bir tanesi de, hayat doyumu/memnuniyetidir. Görüldüğü gibi, önceki araştırmalarda da bizim çalışmamızda olduğu gibi, psikosomatik hasta grubu için, stres ile ilişkili değişkenlerin psikolojik belirtileri anlamlı düzeyde yordadığı sonucuna varılmıştır.

Toplum örneklemleri çalışmalarda, stres ve depresyon birlikteliğine işaret eden bulgular yukarıda aktarılmıştır. Bu araştırmalar gözden geçirildiğinde, bu çalışmaların iş kaynaklı (Tsutsumi ve ark, 2001; Pearlin ve ark, 1981, Boudreaux ve ark., 1997), evlilik kaynaklı (Balog ve ark, 2003) veya hem evlilik hem iş kaynaklı stres belirtilerinin (Phelan ve ark, 1991) depresyon ile anlamlı ilişkisini buldukları görülmektedir. Psikolojik belirtiler üzerinde stres ile ilişkili değişkenlerin rolünün görülmesi, kronik stres depresyon ilişkisine işaret eden bu çalışma sonuçları düşünüldüğünde de şaşırtıcı olmayan bir bulgudur.

Sonuç olarak, psikosomatik hasta grupları ve toplum örneklemleri ile yapılan

Çalışmalarda, kronik stresin psikolojik sağlık üzerinde belirleyici role sahip olduğuna dair bulgular elde edilmiştir. Bu çalışmada elde edilen bulgu, geçmiş araştırma sonuçları ile aynı doğrultudadır.

Bizim alışmamızda, her u grup için de psikolojik sağlık üzerinde stresle başa çıkma tarzları değişkeninin etkili olduğu görülmüştür. Stresle başa çıkma stratejilerinin, psikosomatik hastalarda psikolojik belirtileri kestirme gücüne sahip olduğu bulgusu geçmiş bazı çalışmalarda elde edilmiştir. Örneğin, Brown ve arkadaşları (1989), çalışmalarında romatoid artrit hastalarında depresyonu yordayan değişkenlerden bir tanesinin de, ağrı ile başa çıkma tarzı olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmacılara göre, hastalık kaynaklı ağrı ile pasif başa çıkma (gündelik işlerin yürütülmesinde başkalarına bağımlılık, sosyal aktivitelerin kısıtlanması, öfke ve diğer duyguların bastırılması gibi) hastaların depresyon belirtileri üzerinde açıklayıcı güce sahiptir. Romatoid artrit hastalarında, başa çıkma tarzı ve depresyon yaşantısı arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer bazı araştırmalarda ise, genel olarak, kaçınmacı, pasif, olumsuz veya yetersiz başa çıkma tarzlarına sahip hastaların, daha şiddetli depresyon belirtileri deneyimlediklerine işaret etmektedirler (Zautra ve ark., 1994; Rhee ve ark., 2000).

Çalışmamızda yapılan analizler, psikosomatik hastaların psikolojik belirti varyansı üzerinde anlamlı açıklayıcı gücü olan başa çıkma stratejilerinin; iyimser ve çaresiz başa çıkma tarzları olduğuna işaret etmektedir. Psikosomatik hastalarda psikolojik belirti yaşantısını yordayan değişkenlerin incelendiği önceki bazı çalışmalarda, bizim elde ettiğimiz bulgulara yakın sonuçlar olduğu görülmektedir.

Konu ile ilgili önceki çalışmalar içinde ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’nin kullanıldığı başka bir araştırmaya rastlanmamıştır ve dolayısıyla, doğrudan iyimser ve çaresiz başa çıkma yaklaşım tarzlarının önemine dair bulgu bulunmamaktadır. Fakat, çaresiz başa çıkma ile benzer ve aynı doğrultuda sayılabilecek çeşitli değişkenlerin psikosomatik hastalarda psikolojik problemleri yordayabildiğine işaret eden çalışmalardan bahsedilebilir. Örneğin, Murphy ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan araştırma, romatoid artrit hastaları içinde depresyon belirtileri yüksek ve düşük olan hastaların ‘hastalık üzerinde kontrol algısı’ açısından farklılaştıklarına işaret etmektedir. Bu çalışmaya göre, depresif romatoid artrit hastaları, hastalıkları üzerinde daha az kontrol sahibi oldukları inancına sahiptirler. Bu çalışmada, depresyon yaşantısı üzerinde belirleyici olduğu iddia edilen ‘kontrol algısı’ ile bizim sonuçlarımızda önemi görülen kendine güvenli ve çaresiz başa çıkma tarzları, paralel kavramlar gibi görünmektedir.

Çaresiz başa çıkma tarzı ile benzer olduğu düşünülen ve ilgili yazında sıklıkla dile getirilen diğer bir kavram ise ‘benlik – etkinliği’ (self-efficacy) dir. Benlik etkinliği, kişinin belli bir eylemi gerçekleştirebileceğine dair inancı olarak tanımlanmaktadır (Takaki ve ark, 2003; Rhee ve ark., 2000). Rhee ve arkadaşları (2000), romatoid artrit hastaları ile yaptıkları çalışma sonucunda, benlik etkinliğinin, anksiyete ve depresyon ile olumsuz ilişki içinde olduğunu ifade etmişlerdir. Diğer bir deyişle, kişinin bir eylemi gerçekleştirebileceğine, söz konusu eylem veya durum üzerinde kontrol sahibi olduğuna dair inancı ve algısı arttıkça depresyon yaşantısı azalacaktır. Murphy ve arkadaşları (1999) ile Rhee ve arkadaşlarının (2000),

depresyon yaşantısı üzerinde belirleyici gücü olduğunu ifade ettikleri benlik etkinliği ve kontrol algısı kavramlarının, bizim elde ettiğimiz çaresiz başa çıkma tarzı değişkeni ile aynı doğrultuda olduğu düşünülmüştür.

Psikosomatik hastalarda psikolojik belirtileri yordayan değişkenler ile ilgili olarak buraya kadar tartişılan bilgiler özetlenecek olursa; stres ile ilişkili değişkenlerin psikosomatik hastalardaki psikolojik belirti yaşantısında, diğer bir deyişle, zihin-beden bağlantısında etkili rolü olduğu söylenebilir. Strese yatkınlık ile iyimser ve çaresiz başa çıkma tarzları değişkenleri psikosomatik hastaların ruhsal sağlıkları üzerinde belirleyici güce sahiptir. Psikosomatik hastaların psikolojik sağlıkları üzerinde stres ile ilişkili değişkenlerin önemli olduğu yönündeki varsayımımız desteklenmiş gibi görünmektedir.

Yapılan analizler sonucunda, strese yatkınlık ve stresle iyimser ve çaresiz başa çıkma tarzları değişkenlerinin, psikosomatik hasta örneklemini için olduğu gibi depresyon grubu için de önemli olduğu görülmüştür. Depresyon tanısı almış kişiler için yapılan analizler, bu üç stres değişkeninin birlikte ruhsal belirti varyansının %56'sını yani yarısından fazlasını açıkladığını göstermiştir (Bkz; Tablo 9).

Sağlıklı rnekleme için psikolojik belirti varyansının anlamlı yordayıcıları olarak karşımıza çıkan stres değişkenleri, psikosomatik ve depresyon grubundakine benzer olarak, çaresiz yaklaşım ile kendine güvenli yaklaşım tarzı başa çıkmadır. Bu iki stresle başa çıkma değişkeni birlikte psikolojik belirti varyansının %42'sini yani yaklaşık yarısını aıklayabilmektedirler (Bkz; Tablo 9). Sağlıklı rnekleme stresle başa çıkma tarzlarının önemli yordayıcılar olduğu bulgusu, önceki bazı araştırma

sonuçları ile tutarlıdır. Sağlıklı örneklemde yapılan çalışmalarda, genel olarak, stresle başa çıkma tarzlarının ruhsal sağlık üzerindeki etkili olduğu bilgisi tekrarlı şekilde ifade edilmektedir. Toplum örneklemli bazı araştırmalar, etkisiz başa çıkmanın veya başa çıkma dağarcığı zayıflığının psikolojik belirtileri ile olan olumlu ilişkisine işaret etmektedir (Pearlin ve ark., 1981; Dağ, 1990). Ergenlerle yapılan bir çalışmada da başa çıkma kaynaklarının zenginliğinin, fiziksel ve psikolojik stres belirtilerinin anlamlı yordayıcıları olduğuna işaret etmektedir (Zeidner ve Hammer, 1990). Diğer bazı çalışmalarda, ruhsal belirti varyansı üzerinde en güçlü etkiye sahip başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi çabası söz konusudur. Bu araştırmalardan bir tanesinde, bizim araştırma bulgumuza benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ülkemizde, 200 yetişkinden oluşan örneklem ile yapılan çalışmada, psikolojik sağlığın anlamlı yordayıcılarından bir tanesinin stresle başa çıkma tarzlarından ‘Çaresizlik’ olduğu ileri sürülmüştür. Çaresizliğin, psikolojik belirti düzeyindeki artışla birlikte görüldüğü ifade edilmektedir (Uçman, 1990). Bazı araştırmalarda, ruhsal sağlık ile ilişkisi en çok dile getirilen başa çıkma tarzının, kaçma-kaçınma tarzı başa çıkma olduğu görülmektedir. Hemşireler veya üniversite öğrencileri gibi toplum örneklemli üzerinde yapılan çalışmalarda, kaçma-kaçınma tarzı başa çıkmanın depresyon (Maurier ve Northcott, 2000; Koh ve ark., 2006) ve anksiyete belirtilerini (Koh ve ark., 2006) anlamlı düzeyde yordayabildiği görülmüştür. İlgili yazında önemi ifade edilen kaçma-kaçınma tarzı başa çıkmanın, bizim analizlerimizde psikolojik belirtiler üzerindeki etkisi görülen çaresiz başa çıkma yaklaşımı ile paralel olabileceği düşünülmüştür.

Sağlıklı kişilerle yapılan başka bazı çalışmalarda, çaresiz başa çıkma tarzına paralel diğer kavram ve değişkenlerin önemine dair bulgular bulunmaktadır. Sağlıklı kişilerle yapılmış bu şekildeki çalışmalardan bir tanesi Pearlin ve arkadaşları (1981) tarafından yürütülmüştür. Çalışmada, bazı benlik bileşenlerinin stres sürecindeki önemi vurgulanmıştır. Bu benlik bileşenleri; ‘benlik-saygısı (self-esteem)’ ve ‘beceri duyumu (mastery)’ dur. Beceri duyumu, kişinin hayatındaki bazı durumlar üzerinde kontrol sahibi olma duyumunun derecesini ifade etmektedir. Bu bileşenler, kişinin kendi ve sahip olduğu kontrol hakkındaki değerlendirmelerini yansıtmaktadır. Araştırmacılara göre, bu benlik bileşenlerinin zarar görmesi depresyona giden nedensel yolda önemli bir adımdır. Benzer olarak, Phelan ve arkadaşları (1991) tarafından yapılan çalışmada, beceri duyumunun depresyon belirtilerini yordayabilme gücü olduğu görülmüştür. Araştırmalarda sözü geçen benlik-saygısı ve beceri duyumu bileşenlerinin, kendine güvenli ve çaresiz başa çıkmadan bağımsız kavramlar olmadığı düşünülmüştür. Bu nedenledir ki, söz konusu benlik bileşenleri ve başa çıkma tarzları, birbirlerine benzer olarak, kişilerin psikolojik belirtileri üzerinde etki etme gücüne sahiptirler.

Görüldüğü gibi, hem psikosomatik ve depresyon hasta gruplarında hem de sağlıklı örnekleme, benzer başa çıkma tarzları, psikolojik belirtiler için anlamlı yordayıcı değişkenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı değişkenlerin her üç grup için de karşımıza çıkması, bu değişkenlerin psikolojik sağlık konusunda önemli olduğu düşüncesini güçlendirmektedir.

Psikosomatik ve depresyon hasta grupları ve sağlıklı örneklemin psikolojik

sağlığı üzerinde, stres ile ilişkili değişkenlerin yanı sıra etkisi araştırılan diğer bir değişken ise, fiziksel belirti değişkenidir. Bu araştırmanın altında yatan düşünce, psikolojik sağlığın belirlenmesi üzerinde fiziksel yakınma ve belirtilerin de rolü olabileceği yönündedir. Diğer bir deyişle, kişilerin psikolojik sağlıkları üzerinde, fiziksel sağlıklarının etkili olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle, fiziksel belirti değişkenlerinin, psikolojik belirti varyansı üzerindeki yordayıcı gücü incelenmiştir.

Yapılan analizler, fiziksel belirti değişkenlerinin her üç grup için de psikolojik belirti varyansı üzerinde anlamlı yordayıcı güce sahip olduğunu göstermiştir. Sonuçta, psikosomatik hasta grubu için, parasempatik sinir sistemi ve endokrin sistem belirtilerinin; depresyon hasta grubu için, kas sistemi belirtilerinin ve sağlıklı grup için ise, sempatik sinir sistemi ve kas sistemi belirtilerinin, psikolojik belirti varyansı üzerinde anlamlı açıklayıcı güce sahip olduğu görülmüştür (Bkz; Tablo 9). Sonuçta, her üç grup için de psikolojik belirti varyansını anlamlı düzeyde açıklayan fiziksel belirti değişkenleri bulunmaktadır. Fiziksel belirti değişkenlerinin, psikolojik belirti varyansının anlamlı yordayıcıları olması, fiziksel ve psikolojik değişkenler arasındaki ilişki üzerine olan bulgumuz düşünüldüğünde beklendiktir. Hatırlanacağı üzere, psikolojik ve fiziksel değişkenler toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı ve görece güçlü ilişkiler saptanmıştır (Bkz; Tablo 13).

Özetle; sonuçlar, beklenen değişkenlerin, psikosomatik hastalık, depresyon ve sağlıklı grupların psikolojik sağlığı üzerinde rolü olduğunu göstermiştir. Tahmin edildiği üzere, stres ile ilişkili değişkenler ve fiziksel belirti değişkenlerinin psikolojik belirtilerin anlamlı yordayıcıları oldukları görülmüştür.

Çalışmamızda incelenen bir diğer konu ise, hasta ve sağlıklı örneklemeler için fiziksel belirtileri yordayan değişkenler ile ilgilidir. Psikosomatik ve depresyon tanıları almış hasta grupları ile sağlıklı grupta, fiziksel belirtileri yordama gücüne sahip değişkenlerin belirlenmesi amacıyla, ikinci bir stepwise regresyon analizi uygulanmıştır. Hasta ve sağlıklı grupların fiziksel sağlıkları üzerinde etki edeceği düşünülen değişkenler arasında, ilk olarak, psikolojik sağlık konusunda olduğu gibi stres değişkenleri bulunmaktadır. Fiziksel sağlık varyansı üzerinde etkisine bakılan ikinci grup ise, psikolojik belirti değişkenleridir. Sonuç olarak, sırasıyla Cinsiyet, ‘Strese Yatkınlık Ölçeği’ puanları, ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’ alt ölçek (Kendine Güvenli Yaklaşım Tarzı, İyimser Yaklaşım Tarzı, Çaresiz Yaklaşım Tarzı, Boyun Eğici Yaklaşım Tarzı, Sosyal Destek Arama Yaklaşım Tarzı alt ölçekleri) puanları ve psikolojik belirti (Depresyon, Anksiyete, Olumsuz Benlik ve Hostilite alt ölçekleri) puanları ise bağımsız değişkenler olarak analize alınmıştır.

Analiz sonuçları, psikolojik sağlık konusunda olduğu gibi, fiziksel sağlık alanında da stres ile ilişkili değişkenlerin etkili olduğuna işaret etmektedir. Psikosomatik hasta grubu için, strese yatkınlık ve çaresiz başa çıkma tarzı değişkenleri, depresyon hasta grubu için, strese yatkınlık ve iyimser başa çıkma tarzı değişkenleri, sağlıklı grup için ise, çaresiz başa çıkma tarzı değişkeni, fiziksel belirti varyansının anlamlı yordayıcıları olarak karşımıza çıkmaktadırlar (Bkz; Tablo 10).

Özetle, hasta ve sağlıklı grupların fiziksel sağlıkları üzerinde stres ile ilişkili değişkenlerin önemli olduğu söylenebilir. Diğer bir deyişle, stres fiziksel sağlık için önemli ve belirleyici bir faktördür. Bu bulgu ilgili yazında stres ve zayıf fiziksel

sağlık arasındaki ilişkiye işaret eden toplum örneklemli çalışma sonuçları ile tutarlıdır (Smith ve ark, 2005; Sloan ve ark., 2005; Hill ve ark, 2005; De Gucht ve ark, 2003; Lee, 2003; van Vegchel ve ark, 2001; Maurier ve Northcott, 2000; Schmitt ve Dörfel, 1999; Güngör, 1996; Aromaa ve ark., 1994; Karasek ve ark., 1988,)

Psikolojik ve fiziksel sağlık üzerinde yordayıcı güce sahip olan stres değişkenlerinin benzer olduğuna dikkat çekilmelidir. Örneklemelerin hem psikolojik hem de fiziksel belirti varyansları üzerinde açıklayıcı gücü olan stres değişkenlerinin, genellikle strese yatkınlık, çaresiz ve iyimser başa çıkma tarzları olduğu görülmektedir. Söz konusu stres değişkenlerinin, tekrarlı olarak fiziksel/psikolojik belirti varyansı üzerinde anlamlı yordayıcı gücünün görülmesi, genel anlamda stresin ve daha özel anlamda strese yatkınlık ve stresle başa çıkma tarzlarının sağlık üzerinde etkili olduğuna dair düşünciyi kuvvetlendirmektedir. Benzer değişkenlerin tekrarlı şekilde karşımıza çıkması, aynı zamanda, analizin ve sonucundaki bilginin güvenilirliğine olan inancı güçlendirmektedir.

Psikosomatik ve depresyon hasta grupları ve sağlıklı örneklemin fiziksel sağlığı üzerinde, stres ile ilişkili değişkenlerin yanı sıra etkisi araştırılan diğer bir değişken ise, psikolojik belirti değişkenidir. Bu araştırmanın altında yatan düşünce, fiziksel sağlığın belirlenmesi üzerinde psikolojik belirtilerin de rolü olabileceği yönündedir. Diğer bir deyişle, kişilerin fiziksel sağlıkları üzerinde, psikolojik sağlıklarının etkili olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle psikolojik belirti değişkenlerinin, fiziksel belirti varyansı üzerindeki yordayıcı gücü incelenmiştir.

Analiz sonuçları, fiziksel belirti varyansı üzerinde açıklayıcı gücü olan

psikolojik belirti değişkenlerinin; psikosomatik hasta grubu için anksiyete ve hostilite; depresyon hasta grubu ve sağlıklı grup için ise, anksiyete olduğuna işaret etmektedir (Bkz; Tablo 10). Her u grup için de anksiyete değişkeninin anlamlı yordayıcı olduğuna dikkat çekilmelidir. Anksiyetenin her u grup için de fiziksel sağlığı yordayan bir değişken olduğu bulgusu, konu ile ilgili geçmiş ifadelerle tutarlı gibi görünmektedir. Örneğin, ilgili yazında anksiyetenin depresyon ve benzer duygu durumlara göre daha fazla fizyolojik uyarılma içerdiğine dair ifadelere rastlanmaktadır (Marshall ve ark., 2003). Bu ifade ile tutarlı olarak, daha fazla fizyolojik uyarılmayı beraberinde getiren anksiyetenin fiziksel belirtileri yordama gücü olması anlaşılabilir bir bulgudur.

Anksiyetenin yanı sıra, hostilite de fiziksel sağlık üzerinde belirleyici olan psikolojik belirti değişkeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sonuçlara dayanarak, psikolojik değişkenlerin fiziksel sağlık üzerinde etken olduğu söylenebilir.

## 5 . SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada, önemli olduğu düşünülen iki noktaya temas edilmiştir. Bunlardan ilki, psikosomatik ve psikolojik hastalıklarda kronik stresin önemi ve rolü ile ilgilidir. İlgili yazında, fiziksel ve psikolojik sağlık için kronik stresin önemli olduğuna dair çok sayıda ifade ve çalışma sonucu bulunmaktadır. Bizim araştırmamızda da, bu bilgi ve bulgulardan yola çıkılmış ve hastalık-kronik stres ilişkisine dair varsayımlar sınanmıştır. Araştırmanın ikinci odağı ise, hasta ve sağlıklı kişilerde, kronik stresin fiziksel/psikolojik belirtileri için etkili olan değişkenler ile ilgilidir. Stres ile ilişkili diğer değişkenlerin (strese yatkınlık ve stresle başa çıkma tarzları) fiziksel/psikolojik stres belirtiler üzerinde belirleyici rolü olduğuna dair varsayım sınanmıştır. Ayrıca, kronik stresin psikolojik ve fiziksel belirtilerinin birbirleri üzerindeki olası etkisi incelenmiştir.

Yukarda aktarıldığı üzere, araştırmanın amaçlarından bir tanesi, psikosomatik ve psikolojik rahatsızlığa sahip kişilerin stres ile ilişkili değişkenler açısından incelenmesidir. Sonuçlar, genel olarak bu hastaların sağlıklı kişilere göre farklı düzeyde kronik stres belirtilerine, strese yatkınlaştırıcı alışanlık ve yaşam biçimlerine ve stresle başa çıkma tarzlarına sahip olduklarına işaret etmektedir. Bu bulgu, psikosomatik ve psikolojik hastalıklar konusunda stresin önemli ve ilgiyi hak eden bir faktör olduğu düşüncesini desteklemektedir.

Araştırmada ikinci olarak, hasta ve sağlıklı grupların, fiziksel/psikolojik stres

belirtileri üzerinde etkili olan değişkenlerin belirlenmesi hedeflenmiştir. Bu hedef doğrultusunda yapılan analizler, stres ile ilişkili bazı değişkenlerin (strese yatkınlık ve stresle başa çıkma tarzları), kronik stresin fiziksel/psikolojik belirti varyansı üzerinde anlamlı etkisi olduğuna işaret etmiştir. Ayrıca, fiziksel ve psikolojik stres belirti değişkenlerinin de birbirleri üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtilerini yordayan değişkenlerin, aslında kişilerin fiziksel ve psikolojik sağlıkları için belirleyici değişkenler olduğu unutulmamalıdır. Çünkü, kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtileri taraması, aynı zamanda katılımcıların fiziksel ve psikolojik sağlık durumunun ölçümüdür.

Yukarda özetlendiği üzere, araştırma sonuçları, kronik stresin psikosomatik ve psikolojik hastalıklar için önemli bir faktör olduğuna işaret etmektedir. Bulgular, hastaların, sağlıklı kişilere göre farklı nitelikte ve nicelikte kronik stres ölçümlerine sahip olduğu yönündedir. Psikosomatik ve psikolojik hastalığa sahip kişiler, sağlıklı kişilere göre, daha yüksek düzeyde kronik stresin fiziksel belirtilerini aktarmakta ve daha olumsuz, etkisiz başa çıkma stratejileri kullandıklarını ifade etmektedirler. Ayrıca psikolojik hastalığa sahip kişiler, sağlıklı kişilerden daha fazla kronik stresin psikolojik belirtilerine ve strese yatkınlaştırıcı yaşam biçimine sahiptir. Bu bulgular, genel olarak kronik stresin, psikosomatik ve psikolojik hastalıklar ile ilişkisini düşündürmektedir. Bu ilişki hakkında iki ihtimalden bahsetmek mümkündür. Birinci ihtimal, yüksek düzeyde kronik stres belirtisi yaşayan, stresle etkisiz başa çıkan, kısacası kronik strese eğilimli olan kişilerin hastalık geliştirmiş olabilecekleri yönündedir. İkincisi ise, yüksek kronik stresin hastalıktan kaynaklanıyor olma

ihhtimalidir. Araştırmanın deseni, bu konuda kesin bilgiye ulaşılmasına imkan vermemektedir. Araştırmanın deseninden dolayı kronik stres ve hastalık ilişkisinde nedenselliğın yönü belirsizse de, hastalar için kronik stresin önemli olduğu açıktır. Bu nedenle, hastalarla yapılan uygulamalarda ve tedavi sürecinde, stres ile ilişkili çalışmalara yer verilmesi önerilebilir. Örneğın, rutin tıbbi tedaviye ek olarak, hastalar stres yönetimi ve stresle sağılıklı başa çıkma stratejileri konusunda çeşitli eğitim programlarına katılmaya teşvik edilebilir. Stres ile ilgili müdahaleler, hastalara, tıbbi tedaviyi bütünleyici faydalar sağılayabilir ve hastalıklarının prognozunu olumlu yönde etkileyebilir. Stresle başa çıkma, hastalar için, gündelik stresi azaltmanın yanında, hastalık kaynaklı ek stresin de zararlı etkisini azaltacaktır. Tahmin edilebileceğı gibi, hastalar, her insanın yaşadığı gündelik strese ek olarak, hastalıklarından kaynaklanan fazladan stres deneyimleyebilmektedirler. Bu nedenle, stresle başa çıkma sağılıklı kişilere göre daha fazla stresörle karşı karşıya olan hastalar için çok daha fazla önem kazanmaktadır.

Araştırmanın sağıladığı bulgulardan bir diğeri ise, psikolojik ve fiziksel belirtileri yordayabilen değışkenler ile ilgilidir. Çalışmada, hasta ve sağılıklı kişilerin psikolojik ve fiziksel sağılıkları üzerinde etki edebilecek değışkenlerin belirlenmesi hedeflenmiştir ve çalışma sonucunda stres ile ilişkili değışkenlerin fiziksel/psikolojik sağılık üzerinde önemli rol oynadığı görülmüştür. Bu bulgu, yukarda da ifade edildiğı üzere kronik stresin hastalık ve sağılık için önemine işaret etmektedir. Araştırma, stres ile ilişkili değışkenlerin yanı sıra, psikolojik sağılık üzerinde fiziksel belirti değışkenlerinin, fiziksel sağılık üzerinde ise psikolojik belirti değışkenlerinin önemli

olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, psikolojik ve fiziksel belirtilerin, oluşların birbirleri üzerinde etkili olduğuna işaret etmektedir. Diğer bir deyişle; zihin-beden bağlantısını düşündürmektedir. Psikolojik/fiziksel hastalıkların tedavisi konusunda bu bilginin önemli olduğu düşünülmektedir. Şöyle ki; fiziksel ve psikolojik belirtiler birbirleri üzerinde etki ediyorsa, fiziksel hastalığa olan kişilerin tedavisinde psikolojik faktörler, psikolojik hastalığı olan kişilerin tedavisinde ise fiziksel faktörler göz ardı edilmemelidir. Fiziksel hastalıklar için, hastanın zihinsel/ruhsal durumunun yadsındığı, önemsenmediği bir tedavinin eksik kalacağı, tedaviden yüksek verim alınamayacağı düşünülmektedir. Fiziksel hastalıklar konusunda sadece bedene odaklanmak, hastalıkla etkili mücadeleyi engelleyebilecek bir tutum olabilir. Aynı şekilde, psikolojik hastalıklarda da bedensel yakınma yaşantısı sıklıkla ifade edilen bir durumdur. Ruhsal sıkıntılar kaynaklı bedensel yakınmaların görmezden gelinmesi de olumsuz bir yaklaşım olarak düşünülebilir. Psikolojik sıkıntıların yanında, bir de bedensel yakınmaları olan hastaların tedavi programlarının içinde bedensel sıkıntılara yönelik çeşitli tekniklere (gevşeme, biofeedback gibi) yer verilmesi ve bu şekilde hastaların ek yükten kurtarılması tedaviden daha olumlu sonuçlar elde edilmesine yol açabilir.

Son olarak, araştırmanın sınırlılıklarından bahsetmek gerekmektedir. Araştırmanın, en önemli sınırlılığı ilişkisel desende olmasıdır. Çalışmanın ilişkisel deseni, stres ile ilişkili değişkenler, fiziksel ve psikolojik belirti değişkenleri arasında gözlenen ilişkilerde neden-sonuç bağlantısının yönü hakkında belirsizliğe neden olmaktadır. Birbirleriyle ilişki içinde olduğu görülen araştırma değişkenlerinin

hangisinin neden, hangisinin sonuç olduğu hakkında net bir yargıya varılamamaktadır. İlişkisel çalışmalarda, nedenselliğin yönü hakkında bir dereceye kadar bilgi edinilmesi, çalışmanın boylamsal özellikte olması ile sağlanabilir. Fakat, bizim çalışmamız kesitsel niteliktedir. Sonuç olarak araştırmanın en önemli sınırlılıkları ilişkisel ve kesitsel özellikte olmasıdır.

Kişilerin psikolojik ve fiziksel belirtileri, stres ile ilgili yaşantıları zaman içinde değişebilmektedir. Bu nedenle, çalışma uygulandığı zaman dilimi ile sınırlıdır.

Araştırmada kullanılan ölçekler, geçerliği ve güvenirliği gösterilmiş ölçeklerdir. Fakat, kendini değerlendirme esasına dayalı araçlar olduğu unutulmamalıdır. Değişken ölçümleri, katılımcıların değerlendirmelerine dayanmaktadır. Diğer bir deyişle; alınan ölçümler subjektiftir. Bu nedenle araştırmada, örneğin, stres belirtileri ölçümü dendiğı zaman “algılanan stres belirtileri” ölçümü akla gelmelidir. Kendini değerlendirme tipi ölçekler yolu ile bilgiye ulaşılan bu çalışmada, katılımcıların belirtilerini ve özelliklerini gerçeğe en uygun şekilde aktardığı varsayılmaktadır. Araştırma, uygulanan bu veri toplama yöntemi ile sınırlıdır.

Araştırmada, şartların kısıtlı olması nedeniyle, hasta örneklem grupları yeterince genişletilememiştir. Bu tür çalışmalarda, sonuçların güvenilir olması için daha geniş örneklem grupları ile çalışılmalıdır. Ayrıca, psikosomatik hasta örneklemeleri, kendi içlerinde cinsiyet açısından homojen değildir. Bunun nedeni, koroner arter hastalığının büyük oranda erkeklerde, romatoid artritin ise büyük oranda kadınlarda görülüyor olmasıdır. Fakat, analiz aşamasında koroner arter ve

romatoid artrit hastalarından toplanan verilerin birlikte ele alınması ile cinsiyet dağılımı eşitsizliği sorunu çözümlenmiştir.

Araştırmada söz konusu olan diğer bir sınırlılık ise, ölçeklerin her katılımcıya aynı sıra ile verilmiş olmasıdır. Diğer bir deyişle; sonuçlar üzerinde etkili olabilecek ‘sıra etkisi’ kontrol altına alınmamıştır.

Sonuçlar değerlendirilirken yukarıda aktarılan sınırlılıkların göz önünde bulundurulması faydalı olacaktır.

## ÖZET

Çalışmanın amacı, kronik stresin psikosomatik (koroner arter ve romatoid artrit) ve psikolojik (depresyon) hastalıklar için öneminin araştırılmasıdır. Araştırmanın ikinci amacı ise, hasta ve sağlıklı kişilerin fiziksel/psikolojik kronik stres belirtileri üzerinde etkisi olan değişkenlerin belirlenmesidir. Araştırma sorularına cevap bulabilmek amacıyla, Ankara'nın çeşitli hastanelerinde tedavi görmekte olan 49 romatoid artrit, 42 koroner arter, 48 depresyon hastasına ulaşılmıştır. Bu hastalara ve 66 sağlıklı katılımcıya 'Stres Belirtileri Ölçeği', 'Strese Yatkınlık Ölçeği', 'Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği' ve 'Kısa Semptom Envanteri' uygulanmıştır.

Toplanan verilerin analizi sonrasında, kronik stres ile ilişkili olarak elde edilen sonuç, psikosomatik ve psikolojik (romatoid artrit ve depresyon) hasta gruplarının sağlıklı kişilere göre daha fazla fiziksel kronik stres belirtisi aktardıkları yönündedir. Kronik stresin psikolojik belirtileri için, psikosomatik hasta grubunun sağlıklı gruptan anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür. Depresyon hasta grubu ise, sağlıklı kişilere göre, daha yüksek düzeyde kronik stresin psikolojik belirtisine sahiptir. Strese yatkınlık değişkeni için elde edilen sonuç, depresyon hasta grubunun, sağlıklı kişilere göre daha yüksek düzeyde strese yatkınlaştırıcı alışkanlık ve yaşam biçimine sahip olduklarına işaret etmektedir. Psikosomatik hasta grubu ise, bu stres değişkeni için sağlıklı kişilerden farklılaşmamaktadır. Psikosomatik ve psikolojik hastalığa sahip kişilerin, sağlıklı kişilerden farklı stresle başa çıkma tarzlarını tercih

ettikleri görülmektedir.

Stres ile ilişkili değişkenlerin kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtileri üzerindeki etkisinin görülmesi amacıyla uygulanan analizler sonucunda, stres değişkenlerinin, hasta ve sağlıklı kişilerin fiziksel/psikolojik kronik stres belirti puanları için anlamlı yordayıcılar olduğu görülmüştür. Bunların yanı sıra, kronik stresin fiziksel ve psikolojik belirtilerinin birbirleri üzerindeki yordayıcı rolünün görülmüş olması da önemlidir.

## **ABSTRACT**

The purpose of the current study was to examine the importance of chronic stress in psychosomatic and psychological disease. Second aim was to determine the variables that have predictive power on physical/psychological symptoms of chronic stress. For the purpose of answering study questions, data were collected from a sample of public and hospitals located in Ankara. The sample consisted of 49 rheumatoid arthritis, 42 coronary artery and 48 depression patients who were treated in various hospitals in Ankara. These patient groups and 66 healthy participants were tested on four different scales.

The findings indicated that, psychosomatic and psychological patient groups reported more physical chronic stress symptoms than healthy group. Results in terms of psychological chronic stress symptoms showed that the difference between psychosomatic patient group and healthy participants was not significant. The comparisons among depression patient group with healthy group indicated that, this patient group reported significantly more psychological symptoms of chronic stress than healthy group. Results in terms of stress vulnerability revealed that, depression group had more habits which make them vulnerable to stress. The difference between psychosomatic and healthy groups was not significant. The results in terms of coping with stress indicated that, the participants with psychosomatic and psychological disease were using different coping styles.

The results of analyses that were conducted to investigate the impact of

stress related variables on pyhsical/ psychological chronic stress symptoms revealed that these variables were significant predictors of participants' chronic stress symptoms. As well as stress variables, physical and psychological stress symptoms have significant predictive power on each other.

## KAYNAKÇA

- Agarwal, S. K., Marshall JR., G. D., (2001). Stress effects immunity and its application to clinical immunology. *Clinical and Experimental Allergy*, Vol. 31: 25-31.
- Allen, R. J. (1984). *Human stress: It's nature and control*. MacMillan Publishing Company, New York.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition (DSM-IV), Washington, DC: Author.
- Anderson, K. O., Bradley, L. A., Young, L. D., McDaniel, L. K., Wise, C. M., (1985). Rheumatoid arthritis: Review of psychological factors related to etiology, effects and treatment. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 358-387.
- Aromaa, A., Raitasalo, R., Reunanen, A., Impivaara, O., Heliövaara, M., Knekt, P., Lehtinen, V., Joukamaa, M., Maatela, J., (1994). Depression and cardiovascular diseases. *Acta Psychiatr Scand*, Suppl 377: 72-82.
- Arulrajah, A. N., Harun, L. M. H., (2000). Relationship of psychological well-being with perceived stress, coping styles and social support amongst university

undergraduates. <http://eric.ed.gov>.

Arsakay, G., (2001). *Hipertansiyon; ruhsal etkenler, öfke ve kontrolü, problem-çözme yaklaşımları*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

Balog, P., Janszky I., Leineweber, C., Blom, M., Wamala, S. P., Orth-Gomer, K., (2003). Depressive symptoms in relation to marital and work stress in women with and without coronary heart disease. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 113-119.

Baltaş, Z., (1987), Stresin psikolojik özellikleri. *Stres Yönetimi Seminer Kitabı*. Türkiye Sanayi Sevk ve İdare Enstitüsü, Gebze.

Barefoot, J. C., Schroll, M., (1996). Symptoms of depression, acute myocardial infarction and total mortality in a community sample. *Circulation*, 93:1976-1980.

Barefoot, J. C., Helms, M. J., Mark, D. B., Blumenthal, J. A., Califf, R. M., Haney, T. L., O'Connor, C. M., Siegler, I. C., Williams, R. B., (1996). Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 78:613-617.

Blehar, M. C., Keita, G. P., (2003). Women and depression: a millennial perspective. *Journal of Affective Disorders*, 74:1-4.

Boudreaux, E., Mandry, C., Brantley, P. J., (1997). Stress, job satisfaction, coping and psychological distress among emergency medical technicians. *Prehospital and Disaster Medicine*, 12 (4): 242-249.

Brain, K., Williams, B., Iredale, R., France, L., Gray, J., (2006). Psychological distress in men with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24 (1): 95-101.

Brown, G. K., Nicassio, P. M., Wallston, K. A., (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 57, No. 5, 652-657.

Büyükberber E., (1992). *Koroner kalp rahatsızlığı ve tip A davranış özellikleri üzerine karşılaştırmalı bir alışma*. Yayınlanamamış Doktora Tezi, Seluk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Konya.

Cannon, W. B., (1939). *The wisdom of the body*. Revised ed., Norton & Company Inc, NY.

Cannon, W. B., (1970). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. 2nd ed.,  
McGrath Pub. Company, Maryland .

Cameron, R., Meichenbaum, D., (1982). The nature of effective coping  
and treatment of stress related problems: A cognitive- behavioral perspective.  
*Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. Ed: Goldberger, L.,  
Breznitz, S. (ss. 695-710).

Carney, R. M., Freeland, K. E., Veith, R. C., (2005). Depression, the autonomic  
nervous system and coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 67,  
Supplement 1 : 29 – 33.

Carney, M. R., Rich, M. W., Freeland, K. E., Saini, J., Tevelde, A., Simeone, C.,  
Clark, K., (1988). Major depressive disorder predicts cardiac events in patients  
with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine* 50:627-633.

Cloninger, C. R., (1988). Anxiety and theories of emotion. *Handbook of anxiety :*  
*Classification, etiological factors and associated disturbances*. Ed: Noyes, Jr.  
R., Roth, S. M., Burrows, G. D., (ss. 1-31).

Çelebi, A., Altunhalka, A. G., (1995). Ruhsal nedenli baş ağrıları. *Düşünen Adam*,  
8(2), 18-23.

Dager, S. R., Roy-Byrne, P. P., Dunner, D. L., (1988). Stress, anxiety and the cardiovascular system. *Handbook of stress : Classification, etiological factors and associated disturbances*. Ed : Noyes, Jr. R., Roth, S. M., Burrows, G. D., (ss. 399-431).

Dağ, İ., (1990). *Kontrol odağı, stresle başa çıkma stratejileri ve psikolojik belirti gösterme ilişkileri*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı, Ankara.

Davidson , K. W., Rieckmann, N., Rapp, M. A., (2005). Definitions and distinctions among depressive syndromes and symptoms: Implications for a better understanding of the depression – cardiovascular disease association. *Psychosomatic Medicine*, 67, Supplement 1 : 6 – 9.

Davison, G. C., Neale, J. M., (2004). *Anormal Psikolojisi*. Çev Ed: Dağ, İ, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 29, Ankara.

Day, A., (1992). *Üniversite öğrencilerinde stres algısı ve Stres Audit Ölçeği'nin geçerliği, güvenirliği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İzmir.

De Gucht, V., Fischler, B., Heiser, W., (2003) Job stress, personality and

psychological distress as determinants of somatization and functional somatic syndromes in a population of nurses. *Stress and Health*, 19: 195-204.

Durak, A., Yasak-Gültekin, Y., Şahin, N. H., (1993). İnsanları yaşama bağlayan nedenler nelerdir? Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri'nin geçerliği ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 8 (30): 7 -19.

Durmuş, Y., Tezer, E., (2001). Mizah duygusu ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Türk Psikoloji Dergisi*, 16 (47): 25-32.

Elal, G., Krespi, M., (1999). Life events, social support and depression in haemodialysis patients. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 9: 23-33.

Ensminger, M. E., Celentano, D. D., (1990). Gender differences in the effect of unemployment on psychological distress. *Social Science and Medicine*, 30: 469-477

Frank, R. G., Beck, N. C., Parker, J. C., Kashani, J. H., Elliott, T. R., Haut, A. E., Smith, E., Atwood, C., Brownlee-Duffeck, M., Kay, D. R., (1988). Depression in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 15: 6.

- Frasure-Smith, N., (1991). In-hospital symptoms of psychological stress as predictors of long-term outcome after acute myocardial infarction in men. *American Journal of Cardiology*, 67: 121-127
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Juneau, M., Talajic, M., Bourassa, M. G., (1999). Gender, depression and one-year prognosis after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 61: 26-37.
- Gillespie, C. F., Nemeroff, C. B., (2005). Hypercortisolemia and depression. *Psychosomatic Medicine*, 67, Supplement 1 : 26 – 28.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. K., (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Immunology*, Vol. 5, March, 243-251.
- Glassman, A. H., Shapiro, P. A., (1998). Depression and the course of coronary artery disease. *American Journal of Psychiatry*, 155:1, January.
- Guyton, A. C., Hall, J. E., (1996). *Tıbbi fizyoloji*. Çeviri Editörü : Çavuşoğlu, H., 1. baskı, Yüce Yayınları ve Nobel Yayınları, İstanbul.
- Güngör, A., (1996). *Üniversite öğrencilerinde, sosyal destek, negatif yaşam olayları, öfkenin ifade edilme biçimi ile kendini suçlamanın fiziksel sağlık ve*

*sosyal uyumla olan ilişkilerinin incelenmesi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı, Ankara.

Gramling, S. E., Auerbach, S. M. (1997). *Stress management workbook: Techniques and self-assessment procedures.* Prentice Hall, Upper Saddle River.

Hawley, D. J., Wolfe, F., (1988). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis: A prospective study of 400 patients. *The Journal of Rheumatology*; 15 : 6.

Hill, T. D., Ross, C. E., Angel, R. J., (2005). Neighborhood disorder, psychophysiological distress and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 46 (June) : 170 – 186.

Hinkle, L. E. Jr., (1987). Stress and disease : The concept after 50 years. *Social Science of Medicine*, 25 (6), 561 – 566.

Holroyd, A. K., Appel, M. A. & Andrasik, F. (1984). A cognitive-behavioral approach to psychophysiological disorders. *Stress reduction and prevention.* Ed: Meichenbaum. D., Jaremko, M. E., (ss. 219-251), Plenum Press, NY &

London.

Horsten, M., Wamala, S. P., Vingerhoets, A., Orth-Gomer, K., (1997). Depressive symptoms, social support and lipid profile in healthy middle-aged women. *Psychosomatic Medicine*, 59: 521-528.

Kahya, M., (2006). *Jandarma genel komutanlığında iş stresi ve iş doyumu*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü Güvenlik Bilimleri Ana Bilim Dalı, Ankara.

Kaplan J. R., Manuck, S. B., Clarkson, T. B., Lusso F. M., Taub, D. M., (1982). Social status, enviroment and atherosclerosis in cynomolgus monkeys. *Arteriosclerosis*, Vol 2, 359 – 368.

Karaman , T., (1990). *Psikosomatik hastalarda, aile algısı ve ruhsal yapılanma*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Antalya.

Karasek, R. A., Theorel, T., Schwartz, J. E., Schnall, P. L., Pieper, C. F., Michela, J. L., (1988). Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). *American Journal of Public Health*, 78:910-

Karren, J. K., Hafen, B. Q., Smith, N. L., Frandsen, K. J., (2006). *Mind/body health: the effects of attitudes, emotions and relationships*. 3rd ed., Benjamin Cummings, San Francisco, CA.

Kessler, R. C., (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74: 5-13.

Koh, K. B., Choe, E., Song, J. E., Lee, E. H., (2006). Effect of coping on endocrinoimmune functions in different stress situations. *Psychiatry Research*, 143: 223-234.

Kop, W. J., Gottdiener, J. S., (2005). The role of immune system parameters in the relationship between depression and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 67, Supplement 1 : 37 – 41.

Kubzansky L. D., Davidson, K. W. & Rozanski, A., (2005). The clinical impact of negative psychological states : Expanding the spectrum of risk for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 67, Supplement 1 : 10 – 14.

Ladwig, K. H., Kieser, M., König, J., Beithard, G., Borggreffe, M., (1991). Affective

disorders and survival after acute myocardial infarction. *European Heart Journal*; 12, 959-964.

Lazarus, R. S., Alfert, E., (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *Journal of Abnormal And Social Psychology*, 69(2), 195-205.

Lazarus, R. S., Folkman, S., Gruen, R. J., DeLongis, A., (1986a). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.

Lazarus, R. S., Folkman, S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen, R. J., (1986b). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.

Lee, J. K. L., (2003). Job stress, coping and health perceptions of Hong Kong primary care nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 9 (2): 86-94.

Leigh, H., (1982). Evaluation and management of stress in general medicine: The psychosomatic approach. *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. Ed: Goldberger, L., Breznitz, (ss. 733-744).

- Lesperance, F., Frasure-Smith, N., Talajic, M., Bourassa, M. G., (2002). Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation*; 105:1049-1053.
- Levinson, W., Jawetz, E., (1999). *Tıbbi mikrobiyoloji ve immünoloji*. Çev: Dündar, İ. H., Erken, E., Memişoğlu, H: R., Özgüven, T., Özcan, K., Kılıç, B:, Yarkin, F., 5. Baskı, Barış Kitapevleri, İstanbul.
- Lewis, S. L., Bonner, P. N., Campbell, M. A., Cooper, C. L., Willard, A., (1994). Personality, stress, coping and the sense of coherence among nephrology nurses in dialysis settings. *American Nephrology Nurses' Association Journal*, 21 (6): 325-335.
- Linquist, T. L., Beilin, L. J., Knuiman, M. W., (1997). Influence of lifestyle, coping and job stress on blood pressure in men and women. *Hypertension*, 29 (1): 1-9.
- Maurier, W. L., Northcott, H. C., (2000). Job uncertainty and health status for nurses during restructuring of health care in Alberta. *Western Journal of Nursing Research*, August, Vol. 22, No. 5.
- McKay, M., Davis, M., Fanning, P., (1981). *Thoughts and feelings: The art of cognitive stress intervention*. New Harbinger pub., Oakland.

Middendorp, V. H., Geenen, R., Sorbi, M. J., Doornen V., L. J. P., Bijlsma, J. W. J., (2005). Neuroendocrine – immune relationships between emotion regulation and health in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 44 : 907 – 911.

Mitchell, J. T., Everly, G. S. Jr, (1996). *Critical incident stress debriefing : An operation manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers*. 2. Edition, Revised, Chevron Publishing Corporation, Ellicot City.

Mutlu, G., (1995). *Uludağ üniversitesi öğrencilerinde dermatolojik psikosomatik hastalıkların görülme sıklığı ve bu vakaların kişilik özelliklerinin saptanması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Ana bilim Dalı, Bursa.

Murphy, J. M., Monson, R. R., Olivier, D. C., Sobol, A. M., Leighton, A. H., (1987). Affective disorders and mortality, a general population study. *Archives of General Psychiatry*, 44: 473-480.

Murphy, B. S., Creed, F., Jayson, M. I. V., (1988). Psychiatric disorder and illness behaviour in rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 27: 357-363.

- Murphy, H., Dickens, C., Creed, F., Bernstein, R., (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 46, No. 2 : 155-164.
- Musselman, D. L., Tomer, A., Manatunga, A. K., Knigh, B. T., Porter, M. R., Kasey, S., Marzec, U., Harker, L. A., Nemeroff, C. B., (1996). Exaggerated platelet reactivity in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 153: 10, October.
- Naqvi, T. Z., Naqvi, S. S. A., Merz, C. N. B., (2005). Gender differences in the link between depression and cardiovascular disease. *Psychosomatic Medicine*, 67, Supplement 1 : 15-18.
- Newman, S. P., Fitzpatrick, R., Lamb, R., Shipley, M., (1989). The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 16: 740-744.
- Orth-Gomer, K., Wamala, S. P., Horsten, M., Schenck-Gustafsson, K., Schneiderman, N., Mittleman, M. A., (2000). Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. *The Journal of the American Medical Association*, December 20, Vol 284, No. 23.

Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., Mullan, J. T., (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 22 (December): 337-356.

Phelan, J., Schwartz, J. E., Bromet, E. J., Dew, M. A., Parkinson, D. K., Schulberg, H. C., Dunn, L. O., Blane, H., Curtis, E. C., (1991). Work stress, family stress and depression in professional and managerial employees. *Psychological Medicine*; 21: 999-1012.

Poltavski, D., Ferraro, F. R., (2003). Stress and illness in American and Russian college students. *Personality and Individual Differences*, 34: 971-982.

Reeder, L. G., Schrama, P. G. M., Dirkens, J. M., (1973). Stress and cardiovascular health: An international cooperative study – 1. *Social Science and Medicine*, 7 : 573-584.

Rhee, S. H., Parker, J. C., Smarr, K. L., Petroski, G. F., Johnson, J. C., Hewett, J. E., Wright, G. E., Multon, K. D., Walker, S. E., (2000). Stress management in rheumatoid arthritis: What is the underlying mechanism? *Arthritis Care and Research*, Vol. 13, No. 6, December.

Rice, P. L., (1999). *Stress and health*. 3. edition, Brooks/Cole Publishing Company,

New York.

Rosenman, R. H., Friedman, M., Straus, R., Jenkins, C. D., Zyzanski S. J., Wurm, M., (1970). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study. A follow-up experience of 4 and one-half years. *Journal of Chronic Diseases*, 23 (3); 173-190.

Rosenman, R. H., Brand R. J., Jenkins, D., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M., (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study. Final follow-up experience of 8 1/2 years. *Journal of American Medical Association*, 233 (8); 872-877.

Rozanski, A., Kubzansky, L. D., (2005). Psychological functioning and physical health: A paradigm of flexibility. *Psychosomatic Medicine*, 67, Supplement 1 : 47-53.

Sapolsky, R. M., (1998). *Why zebras don't get ulcers : An updated guide to stress, stress-related diseases and coping*. 6th edition, Freeman and Company, New York.

Savaşır, I., Şahin, N. H., (1997), *Bilişsel- davranışçı terapilerde değerlendirme : Sık kullanılan ölçekler*. Ankara : Türk Psikologlar Derneği Yayınları No : 9.

- Schmitt, M., Dörfel, M., (1999). Procedural injustice at work, justice sensitivity, job satisfaction and psychosomatic well-being. *European Journal of Social Psychology*, 29: 443-453.
- Schwartz, A. R., Gerin, W., Davidson, K. W., Pickering, T. G., Brosschot, J. F., Thayer, J. F., Christenfeld, N., Linden, W., (2003). Toward a causal model of cardiovascular responses to stress and the development of cardiovascular disease. *Psychosomatic Medicine*, 65: 22 – 35.
- Selye, H., (1956). *The stress of life*. 5. edition, McGraw-Hill Book Comp. Inc., NY-Toronto-London.
- Selye H., (1975). *Stress without distress*. Penguin Books, USA.
- Shah, S. U., White, A., White, S., Littler, W. A., (2004). Heart and mind : (1) relationship between cardiovascular and psychiatric conditions. *Fellowship of Postgraduate Medical Journal*, 80 : 683 – 689.
- Sheps, D. S., Rozanski, A., (2005). From feeling blue to clinical depression : Exploring the pathogenicity of depressive symptoms and their management in cardiac practice. *Psychosomatic Medicine*, 67, Supplement 1 : 1 – 5.

- Siltanen, P., (1984). Psychosomatic factors in coronary heart disease. *Annals of Clinical Research*, 16: 142 – 155.
- Simons, C., Aysan, F., Thompson, D., Hamarat, E., Steele, D., (2002). Coping resource availability and level of perceived stress as predictors of life satisfaction in a cohort of Turkish college students. *College Student Journal*, March.
- Siva, N. A., (1991). *İnfertilitede stresle baş etme, öğrenilmiş güçlülük ve depresyonun incelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Nörolojik ve Psikiyatrik Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Sloan, R. P., Huang, M., Sidney, S., Liu, K., Williams, O. D., Seeman, T., (2005). Socioeconomic status and health: is parasympathetic nervous system activity an intervening mechanism?. *International Journal of Epidemiology*, 34: 309-315
- Smith, D. F., (2001). Negative emotions and coronary heart disease : Causally related or merely coexistent? A review. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42 : 57 -69.
- Smith, L. A., Roman, A., Dollard, M. F., Winefield, A. H., Siegrist, J., (2005). Effort-reward imbalance at work: the effects of work stress on anger and

cardiovascular disease symptoms in a community sample. *Stress and Health*, 21: 113-128.

Spielberger, C. D. & Krasner, S. S., (1988). The assessment of state and trait anxiety. *Handbook of stress : Classification, etiological factors and associated disturbances*. Ed: Noyes, Jr. R., Roth, S. M., Burrows, G. D. S. (31-53).

Steptoe, A., Wardle, J., Marmot, M., (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular and inflammatory processes. *PNAS*, 102 (18); 6508-6512.

Şafak C., (1996). *Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda A tipi davranış biçimi, stres verici yaşam olayları ve öfkenin araştırılması*. Yayınlamamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İzmir.

Şahin, N. H., Durak, A., (1994). Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9 (31) : 44 – 56.

Şahin, N. H., Durak, A., (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği : Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34) : 56 – 73.

Şahin, N. H., Durak Batıgün A., (1997). Bir özel hastane sağlık personelinde iş

doyumunu ve stres. *Türk Psikoloji Dergisi*, 12 (39) : 57 – 73.

Şahin, N. H., Durak Batıgün A., Uğurtaş, S., (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (2) : 125 – 135.

Şahin, N. H., (2004). Stres ve yönetimi uygulamalı psikoloji yüksek lisans programı yayımlanmamış ders notları.

Takaki, J., Nishi, T., Shimoyama, H., Inada, T., Matsuyama, N., Kumano, H., Kuboki, T., (2003). Interactions among a stressor, self-efficacy, coping with stress, depression and anxiety in maintenance hemodialysis patients. *Behavioral Medicine*, Vol. 29, Fall.

Tokgöz, G., (2000a). Romatoid artrit. *Romatoloji*, Editör: Tokgöz, G., 1. Baskı, Antip A.Ş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınları, No: 39, Ankara.

Tokgöz, G., (2000b). Romatizmal hastalıklarda iltihabın oluşumu. *Romatoloji*, Editör: Tokgöz, G., 1. Baskı, Antip A.Ş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınları, No: 39, Ankara.

Tsutsami, A., Kayaba, K., Theorell, T., Siegrist, J., (2001). Association between job

stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. *Scandinavian Journal of Environmental Health*, Vol. 27, No. 2.

Tuğcu, H., (1987). *Psikosomatik hastalarda psikolojik ihtiyaç örüntüsünün incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Uçman, P., (1990). Ülkemizde çalışan kadınlarda stresle başa çıkma ve psikolojik rahatsızlıklar. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7 (24): 58-75.

Vandervoort, D. J., (2006). Hostility and health: mediating effects of belief systems and coping styles. *Current Psychology: Development, Learning, Personality, Social* , (25) 1: 50-66.

Van Vegchel, N., de Jonge, J., Hamers, J. P. H., (2001). Different effort constructs and effort-reward imbalance: effects on employee well-being in ancillary health workers. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (1), 128-136.

Wolfe, F., Hawley, D. J., (1993). The relationship between clinical activity and depression in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 20(12) : 2032- 2037.

Zautra, A. J., Burleson, M. H., Matt, K. S., Roth, S., Burrows, L., (1994).

Interpersonal stress, depression and disease activity in rheumatoid arthritis and osteoarthritis patients. *Health Psychology*, Vol. 13, No. 2, 139-148.

Zautra, A. J., Smith, B. W., Yocum, D., (2002). Psychosocial influences on arthritis-related disease activity. *International Congress Series* 1241, 47-50.

Zeidner, M., Hammer, A., (1990). Life events and coping resources as predictors of stress symptoms in adolescents. *Personal and Individual Differences*, 11: 693-703

## EKLER

### EK-1

#### Katılımcı Bilgi Formu

1-Yaşınız: .....

2-Cinsiyetiniz:

☐ K ☐ E

3-Eğitim Durumunuz:

☐ İlkokul Mezunu ☐ Ortaokul Mezunu ☐ Lise Mezunu  
☐ Üniversite Öğrencisi ☐ Üniversite ve Üstü Mezunu

4-Aylık Geliriniz:

☐ 500 YTL (500 Milyon) ve altı  
☐ 500 YTL (500 Milyon)- 1000 YTL (1 Milyar)  
☐ 1000 YTL- 1500 YTL  
☐ 1500 YTL-2000 YTL  
☐ 2000 YTL ve üstü

5-Herhangi bir rahatsızlığa (ruhsal veya fiziksel) sahip misiniz?:

☐ Evet ☐ Hayır (Cevabınız hayırsa aşağıdaki soruları boş bırakınız)

6-Sahip olduğunuz rahatsızlık nedir?.....

7-Ne kadar zamandır bu rahatsızlığa sahipsiniz?.....

8-Tedaviniz ne kadar zamandır devam etmektedir?.....

9-Hastanede yatarak tedavi gördünüz mü?:

☐ Evet ☐ Hayır

10- Kaç kere hastanede yatarak tedavi gördünüz?.....

11- Son yatışınızda hastanede kalma süreniz ne kadardır?.....

SBÖ

Aşağıda, yaşamış olduğunuz strese bağlı bazı belirtiler (semptomlar) verilmiştir. Eğer bu stres belirtileri (semptomlar) size uyuyorsa, bu belirtinin sizi **SON 6 AYDIR** ne kadar rahatsız ettiğini 1-5 arası ölçek üzerinden değerlendirin.

**BÖLÜM A**  
**Kas Sistemi**

Aşağıdaki maddelerin her birinin sizi etkileme derecesini 1-5 arası ölçek üzerinden değerlendiriniz (Son 6 ayı düşünettünüz)

|                                                                                             | Sizi ne kadar etkiliyor |   |   |   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|-----|
|                                                                                             | Hiç                     |   |   |   | Çok |
| 1. Kaslarınızın gergin olması ya da kas ağrısı                                              | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |
| 2. Asabi tikler                                                                             | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |
| 3. Kekeleme, sesin titremesi ya da gerginliği                                               | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |
| 4. Çatılmış ve burulmuş bir alın                                                            | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |
| 5. Gerginlik baş ağrıları                                                                   | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |
| 6. Dişlerin gıcırdatılması, kasılması                                                       | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |
| 7. Çenede ağrı ya da sızı                                                                   | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |
| 8. Yerinde duramama/ parmakların ya da ayağın sürekli oynatılması/ aşağı yukarı gidip gelme | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |
| 9. Titreme ya da titreklik                                                                  | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |
| 10. Sırt ağrıları                                                                           | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |

**BÖLÜM B**  
**Parasempatik**  
**Sinir Sistemi**

Aşağıdaki maddelerin her birinin sizi etkileme derecesini 1-5 arası ölçek üzerinden değerlendiriniz. (Son 6 ayı düşünettünüz)

|                                | Sizi ne kadar etkiliyor |   |   |   |     |
|--------------------------------|-------------------------|---|---|---|-----|
|                                | Hiç                     |   |   |   | Çok |
| 1. İştahta değişimler          | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |
| 2. Bulantı                     | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |
| 3. Gaz ağrıları ya da kramplar | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |

|                                                         | Sizi ne kadar etkiliyor  |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                         | Hiç                      |                          |                          |                          | Cok                      |
|                                                         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| 4. Midenin asitlenmesi ve yanması                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. İdrara çıkma ile ilgili sorunlar                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kabızlık                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. İshal                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Frijidlik ya da empotans (cinsel işleyişte sorunlar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ağzın ya da boğazın kuruması                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Yutkunma güçlüğü                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### BÖLÜM C

#### Sempatik Sinir Sistemi

Aşağıdaki maddelerin her birinin sizi etkileme derecesini 1-5 arası ölçek üzerinden değerlendiriniz. (Son 6 ayı düşünettiniz)

|                                  | Sizi ne kadar etkiliyor  |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                  | Hiç                      |                          |                          |                          | Çok                      |
|                                  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| 1. Yüksek kan basıncı            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Baş dönmesi                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Çarpıntı                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ellerin terlemesi             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ellerin ve ayakların soğuması | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kalbin çok hızlı çarpması     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ani enerji patlamaları        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. İnatçı baş ağrıları           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Göğüs ağrıları                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Nefes daralması              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## BÖLÜM D Duygusal

Aşağıdaki maddelerin her birinin sizi etkileme derecesini 1-5 arası ölçek üzerinden değerlendiriniz. (Son 6 ayı düşününüz)

Size uymayan maddeler için “geçerli değil” seçeneğini işaretleyiniz.

|                                                                          | Sizi ne kadar etkiliyor |   |   |   |     | Geçerli değil |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|-----|---------------|
|                                                                          | Hiç                     |   |   |   | Çok |               |
| 1. Her şeyin kontrolden çıktığı duygusu                                  | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 2. Panik duyguları                                                       | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 3. Kendini engellenmiş gibi hissetmek                                    | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 4. Kızgınlık ve sinirlilik                                               | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 5. Umutsuzluk ve çaresizlik                                              | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 6. Kendini tuzağa düşürülmüş gibi hissetmek                              | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 7. Kendini kederli ve karamsar hissetmek                                 | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 8. Suçluluk                                                              | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 9. Yaptığınız her davranışın başkaları tarafından incelendiğini düşünmek | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 10. Tedirginlik ve huzursuzluk                                           | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |

## BÖLÜM E Bilişsel

Aşağıdaki maddelerin her birinin sizi etkileme derecesini 1-5 arası ölçek üzerinden değerlendiriniz. (Son 6 ayı düşününüz)

Size uymayan maddeler için “geçerli değil” seçeneğini işaretleyiniz.

|                                           | Sizi ne kadar etkiliyor |   |   |   |     | Geçerli değil |
|-------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|-----|---------------|
|                                           | Hiç                     |   |   |   | Çok |               |
| 1. Hafıza sorunları/ hatırlama güçlükleri | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 2. Hayal kurma                            | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 3. Kararsızlık                            | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 4. Zihinde bulamıklar                     | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 5. Düşüncelerin hızlanması                | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 6. Her şeyin en kötüye gittiğine inanma   | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 7. Uykuya dalmada güçlük                  | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 8. Hatalı kararlar verme                  | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |

Size uymayan maddeler için “geçerli değil” seçeneğini işaretleyiniz.

|                                               | Sizi ne kadar etkiliyor |   |   |   |     | Geçerli değil |
|-----------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|-----|---------------|
|                                               | Hiç                     |   |   |   | Çok |               |
| 9. Konsantrasyonda (dikkati toplamada) güçlük | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 10. Zihnin sürekli meşgul olması              | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |

### BÖLÜM F Endokrin Sistemi

Aşağıdaki maddelerin her birinin sizi etkileme derecesini 1-5 arası ölçek üzerinden değerlendiriniz. (Son 6 ayı düşününüz)

Size uymayan maddeler için “geçerli değil” seçeneğini işaretleyiniz.

|                                                    | Sizi ne kadar etkiliyor |   |   |   |     | Geçerli değil |
|----------------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|-----|---------------|
|                                                    | Hiç                     |   |   |   | Çok |               |
| 1. Eklem romatizması ağrıları                      | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 2. Ay hali (menstrasyon) zorlukları                | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 3. Vücut ısısında ani değişimler                   | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 4. Şeker hastalığı                                 | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 5. Deride döküntüler ya da sivilceler              | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 6. Yorgunluk, bitkinlik                            | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 7. Kısırlık                                        | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 8. Şişkinlik, aşırı su tutma                       | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 9. Aşırı susama                                    | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 10. Derinin renginde değişme (gri renk hakimiyeti) | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |

### BÖLÜM G Bağışıklık Sistemi

Aşağıdaki maddelerin her birinin sizi etkileme derecesini 1-5 arası ölçek üzerinden değerlendiriniz. (Son 6 ayı düşününüz)

Size uymayan maddeler için “geçerli değil” seçeneğini işaretleyiniz.

|                                                           | Sizi ne kadar etkiliyor |   |   |   |     | Geçerli değil |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|-----|---------------|
|                                                           | Hiç                     |   |   |   | Çok |               |
| 1. Soğuk algınlıklarının sıklaşması                       | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 2. Nezle olma sıklığında artış                            | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 3. Allerji                                                | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |
| 4. Sıklıkla ortaya çıkan hafif enfeksiyon rahatsızlıkları | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   | 0             |

Size uymayan maddeler için “geçerli değil” seçeneğini işaretleyiniz.

|                                                       | Sizi ne kadar etkiliyor |   |   |   |     |  | Geçerli değil |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|-----|--|---------------|
|                                                       | Hiç                     |   |   |   | Çok |  |               |
| rtiker/ kurdeşen (deride kırmızı döküntüler)          | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |  | 0             |
| endini genellikle hasta ya da rahatsız hissetmek      | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |  | 0             |
| ğızda yaralar                                         | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |  | 0             |
| arenjit (boğaz yanması, acıması)                      | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |  | 0             |
| lononucleosis (lenf bezleriyle ilişkili bir hastalık) | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |  | 0             |
| Uçuklar (ağızda ya da genital bölgede)                | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5   |  | 0             |

## SYÖ

Aşağıda, insanların strese yatkınlığını etkileyen bazı faktörlerden söz edilmektedir. Her maddeyi okuyun ve sizin için ne kadar geçerli olduğunu 1 (hemen her zaman) ve 5 (hiçbir zaman) arası dereceli ölçek üzerinde değerlendirin

|                                                                                                                                       | Hemen<br>Her zaman |   |   |   | Hiçbir<br>Zaman |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---|---|---|-----------------|
| 1. Hergün en azından 1 kez dengeli ve sıcak bir öğün yemek yerim                                                                      | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 2. Haftada en az 4 gece 7 yada 8 saat uyurum                                                                                          | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 3. Düzenli olarak bana ilgi ve şefkat gösterilir, ben de karşımdakilere gösteririm.                                                   | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 4. Bulunduğum yerden istersem kolaylıkla ulaşabileceğim, en azından 1 tane güvendiğim ve dayanabileceğim bir akrabam vardır.          | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 5. Haftada en az iki kez, terlevinceye kadar egzersiz yaparım                                                                         | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 6. İçtiğim sigara sayısı günde yarım paketi geçmez.<br>(Sigara içmiyorsanız 1'i işaretleyin). (Çok fazla içiyorsanız 5'i işaretleyin) | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 7. İçtiğim içki haftada 5 kadehi geçmez.<br>(Eğer içki içmiyorsanız 1'i işaretleyin). (Çok fazla içiyorsanız 5'i işaretleyin)         | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 8. Boyuma göre kilom uygundur                                                                                                         | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 9. Kazancımı temel ihtiyaçlarımı karşılamaya yeterlidir                                                                               | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 10. Dini yada diğer manevi inançlarımdan güç alırım                                                                                   | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 11. Sosyal aktivitelere yada kulüp/dernek etkinliklerine düzenli olarak katılırım                                                     | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 12. Kendime yakın bulduğum arkadaşlarımdan ve hoşlandığım tanıdıklardan oluşmuş bir grubum var.                                       | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 13. Haftada en az iki kez, terlevinceye kadar egzersiz yaparım                                                                        | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 14. Sağlığım iyidir (görme, işitme ve diş sağlığı dahil)                                                                              | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 15. Kızgın yada kaygılı olduğumda duygularımı açıkça sövleyebilirim.                                                                  | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 16. Birlikte yaşadığım insanlarla ev işleri, para, günlük yaşamla ilgili konularda düzenli olarak konuşabilirim.                      | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 17. Haftada en az bir kez eğlence için bir şeyler yaparım.                                                                            | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 18. Zamanımı etkili bir biçimde düzenleyebilirim.                                                                                     | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 19. Günde içtiğim kahve (çay yada kolalı içecekler) 3 bardağı geçmez<br>(Geçmiyorsa 1'i çok fazla geçiyorsa 5'i işaretleyin)          | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |
| 20. Gün içinde kendime sakin ve sessiz kalabileceğim bir süre ayırırım                                                                | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5               |

## SBÖ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse %0'ın altındaki kutu içine ☒ işareti koyun. Çok uygun ise %100'ün altını işaretleyin.

Sizi ne kadar tanımlıyor?/Size ne kadar uygun?

| BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA                                                       | %0                       | %30                      | %70                      | %100                     |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.Kimsenin bilmesini istemem                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.İyimser olmaya çalışırım.                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.Bir mucize olmasını beklerim.                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.Olayı/olayları büyümeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.Başa gelen çekilir diye düşünürüm.                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.İş olacağına varır diye düşünürüm.                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.Mutlaka bir yol bulabileceğime inanı, bunun için uğraşırım.               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.Problemin çözümü için adak adarım.                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.Elîmden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18.Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19.Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20.Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sizi ne kadar tanımıyor?/Size ne kadar uygun?

| BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA                                                | %0                       | %30                      | %70                      | %100                     |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Mücadeleden vazgeçerim                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23.Hakkımı savunabileceğime inanırım.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24.Olanlar karşısında 'kaderim buymuş' derim.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.'Keşke daha güçlü bir insan olsaydım' diye düşünürüm.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26.Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27.'Benim suçum ne' diye düşünürüm                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. 'Hep benim yüzümden oldu' diye düşünürüm.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29.Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### KSE

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtilerin sizi bugün dahil, son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiğini yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

| Aşağıdakiler sizi ne kadar rahatsız ediyor                               | Hiç | Biraz | Orta<br>Derecede | Epey | Çok<br>Fazla |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|-------|------------------|------|--------------|
| 1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali                                 |     |       |                  |      |              |
| 2. Baygınlık, baş dönmesi                                                |     |       |                  |      |              |
| 3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri         |     |       |                  |      |              |
| 4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu |     |       |                  |      |              |
| 5. Olayları hatırlamada güçlük                                           |     |       |                  |      |              |
| 6. Çok kolayca kızıp öfkelenme                                           |     |       |                  |      |              |
| 7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar                                       |     |       |                  |      |              |
| 8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu                             |     |       |                  |      |              |
| 9. Yaşamınıza son verme düşünceleri                                      |     |       |                  |      |              |
| 10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi                             |     |       |                  |      |              |
| 11. İştahta bozukluklar                                                  |     |       |                  |      |              |
| 12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular                                   |     |       |                  |      |              |
| 13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları                               |     |       |                  |      |              |
| 14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme                  |     |       |                  |      |              |
| 15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme                |     |       |                  |      |              |
| 16. Yalnızlık hissetme                                                   |     |       |                  |      |              |
| 17. Hüzünlü, kederli hissetme                                            |     |       |                  |      |              |
| 18. Hiçbirşeye ilgi duymama                                              |     |       |                  |      |              |
| 19. Ağlamaklı hissetme                                                   |     |       |                  |      |              |
| 20. Kolayca incinebilme, kırılma                                         |     |       |                  |      |              |
| 21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak               |     |       |                  |      |              |
| 22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme                               |     |       |                  |      |              |
| 23. Mide bozukluğu, bulantı                                              |     |       |                  |      |              |
| 24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu       |     |       |                  |      |              |
| 25. Uykuya dalmada güçlük                                                |     |       |                  |      |              |
| 26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme          |     |       |                  |      |              |
| 27. Karar vermede güçlükler                                              |     |       |                  |      |              |

| Aşağıdakiler sizi ne kadar rahatsız ediyor                                         | Hiç | Biraz | Orta<br>Derecede | Epey | Çok<br>Fazla |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|------------------|------|--------------|
| 28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma                |     |       |                  |      |              |
| 29. Nefes darlığı, nefessiz kalma                                                  |     |       |                  |      |              |
| 30. Sıcak, soğuk başmaları                                                         |     |       |                  |      |              |
| 31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışma |     |       |                  |      |              |
| 32. kafanızın "bomboş" kalması                                                     |     |       |                  |      |              |
| 33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar                       |     |       |                  |      |              |
| 34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği                                  |     |       |                  |      |              |
| 35. Gelecek ile ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak                           |     |       |                  |      |              |
| 36. Konsantrasyonda (dikkati birşey üzerine toplama) güçlük/zorlanma               |     |       |                  |      |              |
| 37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi                            |     |       |                  |      |              |
| 38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme                                            |     |       |                  |      |              |
| 39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler                                                |     |       |                  |      |              |
| 40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği                                 |     |       |                  |      |              |
| 41. Birşeyleri, kırma, dökme isteği                                                |     |       |                  |      |              |
| 42. Diğerlerinin yanında iken kendinin çok fazla farkında olmak                    |     |       |                  |      |              |
| 43. kalabalıklardan rahatsızlık duymak                                             |     |       |                  |      |              |
| 44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak                                         |     |       |                  |      |              |
| 45. Dehşet ve panik nöbetleri                                                      |     |       |                  |      |              |
| 46. Sık sık tartışmaya girme                                                       |     |       |                  |      |              |
| 47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme                         |     |       |                  |      |              |
| 48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmeme                      |     |       |                  |      |              |
| 49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme                                    |     |       |                  |      |              |
| 50. Kendini değersiz görme/değersizlik duyguları                                   |     |       |                  |      |              |
| 51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu                        |     |       |                  |      |              |
| 52. Suçluluk duyguları                                                             |     |       |                  |      |              |
| 53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri                                            |     |       |                  |      |              |