

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Psikoloji Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**İŞ STRESİNİN KLİNİK BELİRTİLER ÜZERİNDEKİ
ETKİSİNDE A-TİPİ DAVRANIŞ ÖRÜNTÜSÜNÜN
VE SAĞLIK İNANÇLARININ MEDYATÖR ETKİSİ**

Cihan ASAROĞLU

2501101078

Tez Danışmanı
Doç Dr. Özlem SERTEL BERK
İstanbul 2013



Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Cihan ASAROĞLU

Numarası : 2501101078

Anabilim/Bilim Dalı : Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman Öğretim Üyesi : Doç. Dr. Özlem SERTEL
BERK

Tez Savunma Tarihi : 19.07.2013

Tez Savunma Saati : 12:00

Tez Başlığı : İş Stresinin Klinik Belirtiler Üzerindeki Etkisinde A - Tipi Davranış Örüntüsünün
ve Sağlık İnançlarının Medyator Etkisi

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 36. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ'NE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- Prof. Dr. Ayşegül KETENCİ		Kabul
2- Doç. Dr. Pınar ÜNSAL		Kabul
3- Doç. Dr. Özlem SERTEL BERK		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- Prof. Dr. Başak YÜCEL		
2- Doç. Dr. İlknur ÖZALP TÜRETGEN		

İŞ STRESİNİN KLİNİK BELİRTİLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİNDE A-TİPİ DAVRANIŞ ÖRÜNTÜSÜNÜN VE SAĞLIK İNANÇLARININ MEDYATÖR ETKİSİ

Cihan ASAROĞLU

ÖZ

Bu araştırmanın amacı, iş stresinin, klinik sonuçlar üzerindeki etkisinde, A-Tipi davranış örüntüsünün (ATDÖ) biçimlendirici etkisini ve aynı ilişkide, sağlık inançlarının aracı etkisini sınamaktır. Bu çalışma kapsamında, İş Stresi Bataryası'nda yer alan İş Stresi Ölçeği ve A-Tipi Kişilik Ölçeği, bu çalışma dahilinde uyarlama çalışması yapılan ve sağlık inançlarını ölçmekte kullanılan Kalp ile İlgili Sağlık İnanç Ölçeği (KSİÖ) ve Kısa Semptom Envanteri kullanılmıştır. Çalışmada, koroner kalp hastalıkları (KKH) ile takip edilen, %76.4'ü erkek, %23.6'sı kadın ve yaş ortalaması 43.4 (SS=12.06) olan 55 katılımcı yer almıştır. *KKH grubu*, çeşitli sektörlerde, çeşitli görevlerde çalışan ve aynı zamanda herhangi bir kalp rahatsızlığına sahip olan katılımcılardan oluşmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, ATDÖ'nün, rol yükü (RY) ile kalp hastalığı arasındaki ilişkiyi anlamlı düzeyde biçimlendirdiği gözlenmiştir. Düşük düzeyde ATDÖ, iş ortamında RY ile ilgili algılanan rahatsızlığın, kalp hastalığı olasılığı üzerindeki olumsuz etkisini arttırmakta, yüksek ATDÖ gösterenlerde ise, bu ilişki ortadan kalkmaktadır. Bir başka deyişle, yüksek ATDÖ, RY ile kalp hastalığı arasındaki ilişkide tersine tampon etki göstermektedir. Bununla birlikte, KSİÖ faktörleri arasında yer alan algılanan duyarlılığın, RY ile obsesif kompulsif bozukluk (OKB), güvensiz ilişkiler (Gİ) ile somatizasyon, Gİ ile hostilite ilişkisinde tam aracı etkiye, Gİ ile anksiyete ilişkisinde ise, kısmi aracı etkiye sahip olduğu; KSİÖ-algılanan ciddiyetin ise, RY ile OKB ilişkisinde, kısmi aracı etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlar, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İş Stresi, A-Tipi Davranış Örüntüsü, Sağlık İnançları, Klinik Belirtiler

THE ROLE OF TYPE-A BEHAVIOR PATTERN AND HEALTH BELIEFS ON THE EFFECTS OF JOB STRESS ON CLINICAL SYMPTOMS

Cihan ASAROĞLU

ABSTRACT

The aim of this study is to investigate the moderator role of Type-A behavior pattern (TABP) and the mediator role of health beliefs (HB) on the relationship between job stress (JS) and clinical symptoms and JS and HB. Materials were the Job Stress Appraisal Scale and Type-A Personality Scale of Job Stress Battery, Coronary Heart Related Health Beliefs Scale (CHR-HBS) developed within this study to measure coronary heart disease (CHD) HB and Brief Symptom Checklist, besides the demographic/health information form. Participants were 55 employees in various sectors and positions (Mean age=43.4; sd=12.06; 76.4% males) diagnosed with CHD. According to results, TABP moderated the relationship between JS due to role overload (RO) and risk of CHD; low TABP seemed to increase the negative effects of RO on CHD, whereas for high TABP this relationship was insignificant, denoting a negative buffering effect of high TAPB. Besides, CHR-HBS-perceived vulnerability dimension fully mediated the relationship between RO and obsessive compulsive disorder symptoms (OCDS), insecure relationships (IR) and somatization, and IR and hostility; it was observed to partially mediate the relationship between IR and anxiety. CHR-HBS-perceived severity was also found to have a partial mediatory role on the effect of RO on OCDS. Results were discussed according to relevant literature.

Key Words: Job Stress, Type-A Behavior Pattern, Health Beliefs, Clinical Symptoms

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın başlangıcından sonuna değin, her aşamasında varlığıyla bana güven veren, her türlü zorluk karşısında inançlı bir şekilde devam etmem gerektiğini bana hatırlatan ve beni buna inandıran, fedakarlığın tanımına dair sahip olduğum ezberleri bozan, çalışma kapsamında her türlü talebime ‘ama’sız yanıt veren, sabrını, zamanını, enerjisini ve gücünü sonuna dek zorladığım anlarda dahi elinden gelenin en iyisini yapmaktan geri durmayan, özelde çalışma prensibiyle, genelde de insani duruş ve özellikleri ile hayatım boyunca kendisini örnek almaktan büyük onur ve gurur duyacağım, danışmanım Doç. Dr. Özlem SERTEL-BERK’e;

Bu çalışmanın en başında, hangi alanda ve hangi konuda bir tez çalışması yürüteceğime dair ilk kıvılcımların zihnimde oluştuğu zamanlarda, teşvik eden, beni yüreklendiren ayrıca, klinik sahada yer almamda, deneyim kazanmamda başrol oynayan hocalarım arasında yer alan Prof.Dr. Başak YÜCEL’e;

Klinik-Sağlık Psikolojisi alanında, yüksek lisans kapsamında edindiğim teorik bilgilerimi, klinik alanda pratiğe dönüştürebilmem noktasında, yoğun temposuna rağmen, derin klinik bilgi ve birikimini, büyük bir özveri ile benimle paylaşan Prof.Dr. Ayşegül KETENCİ’ye;

Çalışmamda kullandığım İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ve A-Tipi Kişilik Ölçeği’ni de içerisinde barındıran İş Stresi Bataryası’nın ortaya konulmasında büyük emekleri olan ve çalışmanın en iyi şekilde yürütülmesi adına, bu ölçekleri araştırmam dahilinde kullanmama sorgusuz sualsiz onay veren Doç.Dr. Pınar ÜNSAL ve Doç.Dr. İlknur ÖZALP-TÜRETGEN’e;

Araştırmaya katılan, sunduğum sorulara büyük bir sabır ve içtenlikle yanıtlar veren tüm katılımcılara;

Ve son olarak, bu zorlu süreçte, sıkıldığım, bunaldığım anlarda, her türlü desteğini benden esirgemeyen, hep yanımda olan, ilgi ve muhabbetleriyle bu süreci keyifli bir yolculuğa dönüştüren tüm dostlarıma, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
GİRİŞ	1
I. STRES ve İŞ STRESİ	3
A. STRES	3
B. İŞ STRESİ	10
1. İş Stresi Modelleri	11
2. İş Stresi Kaynakları	13
3. İş Stresi Sonuçları	17
a) İş Stresi ve Klinik Belirtiler Arasındaki İlişkiler	18
II. KORONER KALP HASTALIĞI	22
A. ANGINA PEKTORIS	23
B. MİYOKARD İNFARKTÜSÜ	26
C. KORONER KALP RAHATSIZLIKLARI (KKH) RİSK ETMENLERİ	27
III. İŞ STRESİ İLE KLİNİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	28
A. KİŞİLİK	28
1. A-Tipi Davranış Örüntüsü	28
a) A-Tipi Davranış Örüntüsü ve KKH	30
b) A-Tipi Davranış Örüntüsü ve İş Stresi	32
c) A-Tipi Davranış Örüntüsü ve Psikopatoloji Semptomları	33
d) İş Stresi ve Klinik Belirtiler Arasındaki İlişkide, A-Tipi Davranış Örüntüsünün Rolü	34
B. SAĞLIK VE SAĞLIK DAVRANIŞLARI	35
1. Sağlık ve Hastalık	35
a) Sağlık Psikolojisine Olan Gereksinim	38
(1) Sağlık Psikolojisi Alt Alanları	39

(2) Sağlık Psikolojisine İki Yaklaşım	39
2. Sağlık Davranışları	40
a) Sağlık Davranış Modelleri	42
(1) Sağlık İnanç Modeli (SİM)	43
b) Sağlık Davranışları/İnançları ve Klinik Belirtiler	46
c) Sağlık Davranışları/İnançları ve İş Stresi	47
d) İş Stresi ile Klinik Belirtiler Arasındaki İlişkide, Sağlık Davranışları/İnançlarının Rolü	48
IV. İŞ STRESİNİN KLİNİK BELİRTİLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİNDE, A-TİPİ DAVRANIŞ ÖRÜNTÜSÜNÜN BİÇİMLENDİRİCİ, SAĞLIK İNANÇLARININ ARACI ROLÜ	49
A. AMAÇ, ÖNEM ve PROBLEMLER	49
B. YÖNTEM	50
1. Katılımcılar	50
2. Ölçüm Araçları	52
a) Demografik Form	52
b) İş Stresini Değerlendirme Ölçeği	52
c) A-Tipi Kişilik Ölçeği	53
d) Kısa Semptom Envanteri (KSE)	54
e) Kalp ile ilgili Sağlık İnanç Ölçeği (KSİÖ)	54
3. Uygulama	59
C. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER	59
D. BULGULAR	61
SONUÇLAR	99
KAYNAKÇA	107
EKLER	123
Ek 1. Demografik Bilgi Formu	123

Ek 2. İş Stresini Değerlendirme Ölçeği	128
Ek 3. A-Tipi Kişilik Ölçeği	130
Ek 4. Kısa Semptom Envanteri	132
Ek 5. Kalp ile İlgili Sağlık İnanç Ölçeği	135

TABLoların LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	51
Tablo 2: KSIÖ Madde-Güvenirlilik ve Faktör Analizi Bulguları (N= 150).....	57
Tablo 3: KSIÖ'nün Her Bir Boyutu için Uygulanan Doğrulayıcı Faktör Analizinden Elde Edilen Uyum İyiliği Endeks Değerleri (N= 150).....	58
Tablo 4: KSIÖ Boyutlarının Birbirleri Ve Geçerlik Ölçeği İle Olan Korelasyonları (N= 150)	58
Tablo 5: Katılımcılara ait, KKH Risk Faktörlerini İçeren İstatistiki Bulgular.....	62
Tablo 6: Katılımcıların KKH ve Tedavi Modalitelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	64
Tablo 7: Katılımcıların KKH'ye Yönelik Sağlık İnanç Düzeylerini İçeren İstatistikler	65
Tablo 8: Katılımcıların Farklı İş Stresi ile A-Tipi Davranış Örüntüsü, Sağlık İnanç ve Klinik Sonuç Türleri Puanlarının Parametrik Ölçümlerine Dair İstatistikler	66
Tablo 9: İş Stresinin Yordayan, Riskli Sağlık Davranışlarının Yordanan Olduğu Model Açısından, Değişkenler Arası Korelasyonlar (N= 55).....	68
Tablo 10: İş Stresinin Yordanan, Tıbbi Risk Faktörlerinin ise, Yordanan Olduğu Model Açısından, Değişkenler Arası Korelasyonlar (N= 55).....	70
Tablo 11: İş Stresinin Yordayan, KKH ve Tedavi Modalitelerinin Yordanan Olduğu Model Açısından Değişkenler Arası Korelasyonlar (N= 55).....	72
Tablo 12: İş Stresinin Yordayan, Klinik Sonuçların İse Yordanan Olduğu Model Açısından, Değişkenler Arası Korelasyonlar (N= 55)	74
Tablo 13: İş Stresi Değerlendirme Ölçeği-Örgütsel Norm ve Uygulamalar Alt Test Puanlarının, KSE'nin Somatizasyon, OKB, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon Ve Anksiyete Alt Ölçek Puanları Üzerindeki Etkisinde, A-Tipi Davranış Örüntüsünün Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları	77
Tablo 14: İş Stresini Değerlendirme Ölçeği-Örgütsel Norm ve Uygulamalar Alt Test Puanlarının, KSE'nin Hostilite, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce Alt Ölçek Puanları Ve Rahatsızlık Endeks Puanları Üzerindeki Etkisinde, A-Tipi Davranış	

Örüntüsünün Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları	79
Tablo 15: İş Stresini Değerlendirme Ölçeği-Rol Yükü Alt Test Puanlarının, KSE- Obsesif Kompulsif Bozukluk, KSE-Hostilite alt Test puanları ve Kalp Hastalığı Varlığı üzerindeki etkisinde A Tipi Davranış Örüntüsünün Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları.....	81
Tablo 16: İş Stresi Değerlendirme Ölçeği-Güvensiz İlişkiler Alt Test Puanlarının KSE'nin, Somatizasyon, OKB, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon Ve Anksiyete Alt Ölçek Puanları Üzerindeki Etkisinde, A-Tipi Davranış Örüntüsünün Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları	83
Tablo 17: İş Stresi Değerlendirme Ölçeği-Güvensiz İlişkiler Alt Test Puanlarının KSE'nin, Hostilite, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce Alt Test Puanları, Rahatsızlık Endeksi Puanları Üzerindeki Etkisinde, A-Tipi Davranış Örüntüsünün Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları	84
Tablo 18: Rol Yükü Puanlarının, OKB Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları	86
Tablo 19: Rol Yükü Puanlarının OKB Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Ciddiyetin Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları	87
Tablo 20: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Somatizasyon Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları	88
Tablo 21: Güvensiz İlişkiler Puanlarının OKB Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları	89
Tablo 22: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Kişiler Arası Duyarlılık Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları	90
Tablo 23: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Depresyon Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları	91

Tablo 24: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Anksiyete Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları	92
Tablo 25: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Hostilite Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları	93
Tablo 26: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Fobik Anksiyete Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları	94
Tablo 27: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Paranoid Düşünce Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları	95
Tablo 28: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Rahatsızlık İndeksi Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları	96
Tablo 29: Güvensiz İlişkiler Puanlarının OKB Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Ciddiyetin Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları	97
Tablo 30: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Fobik Anksiyete Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Ciddiyetin Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları	98

GRAFİKLERİN LİSTESİ

Sayfa

Grafik 1: İş Stresini Değerlendirme Ölçeği-Rol Yüğü Alt Test Puanlarının Kalp Hastalığı Varlığı Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde, A-Tipi Davranış Örüntüsünün Biçimlendirici Rolüne Dair Ortak Etki Grafiğı	82
---	----

KISALTMALAR LİSTESİ

KKH:	Koroner Kalp Hastalıkları
KKMM:	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KSE:	Kısa Semptom Envanteri
KSE-RCE:	KSE-Rahatsızlık Ciddiyeti Endeksi
KSiÖ:	Kalp ile İlgili Sağlık İnanç Ölçeği
KVH:	Kardiyovasküler Hastalıklar
OKB:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
SİM:	Sağlık İnanç Modeli

GİRİŞ

Hayatın her anında bizimle beraber varlığını sürdüren kavramlardan biri de strestir. Geçmişte insanlar için yaşamlarını sürdürebilme noktasında çok önemli bir fonksiyona sahip olan bu kavramın günümüzde, bahsi geçen önemli fonksiyonundan ziyade daha çok olumsuz/yıkıcı özelliklerine vurgu yapılır olması şüphesiz anlaşılması zor bir durum değildir. Keza, hızla gelişen küreselleşmenin beraberinde getirdiği rekabetin en belirgin hedeflerinden biri, kısa zamanda çok sayıda üretimin inşasıdır. Tam da bu noktada, insanlık açısından hayati öneme sahip olan stres tepkisi, yine aynı insanlık için daha çok doğurduğu sorunlar ekseninde ele alınmaya başlanmıştır.

Politik belirsizlikler, sosyokültürel değişimler, teknolojik gelişmeler, ulaşım sorunları gibi çok sayıda stres kaynağı, birçok yaşam alanında mevcuttur. Bununla beraber sözü edilen küreselleşme-rekabet ilişkisinin oluşturduğu ortam, çalışan birey için ayrı bir anlama sahiptir. Hal böyle olunca, çalışan birey, zaten çeşitli yaşam alanlarında birçok stres kaynağı ile karşı karşıya iken, aynı zamanda iş yaşamında da iş stresi ya da mesleki stres adı verilen stres türünün getirdiği olumsuzlukları yaşantılama durumunda kalmaktadır.

Psikoloji alanında stresle ilgili çalışmalar, 1950'li yıllarda Amerikan Psikoloji Derneği'nin yıllık raporlarında yer almaya başlamıştır (Baltaş ve Baltaş, 2011: 306). Buna karşılık, iş stresine olan ilgi daha sonra ortaya çıkmıştır. Michigan Üniversitesi araştırma programının tüm katkılarına rağmen, iş yerindeki strese yönelik ilgi, 1960'lı yılların sonu ve 1970'li yılların başına kadar, örgütsel psikologlar arasında kayda değer seviyeye ulaşamamıştır (Jex, 2002: 181).

İş stresi, endüstri dünyasının genelinde önemli bir problemdir. İş stresinin yaygınlığı genişlemekte ve stresin, birey sağlığına ve iyi olma haline yönelik olumsuz sonuçları da artış göstermektedir (Fletcher, Gardner ve MacGowan, 2006).

Stres, yaratıcılığın azalmasına ve kişisel gelişimin sekteye uğramasına sebebiyet verebilmektedir. Bununla birlikte, iş motivasyonu, iş memnuniyeti ve iyi oluş üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Dahası, sosyal ilişkilerin kalitesini azaltarak çatışmalara ve izolasyona neden olmaktadır. Bunun bir sonucu olarak, bireysel etkililik büyük oranda azalmaktadır. Sonuçta stres, prematür (erken) ölümlere vesile olabilecek her türlü psikolojik ve fiziksel yakınmalara ve hastalıklara yol açabilmektedir (Schabracq, Cooper ve Winnubst, 2003: 2-3). Stranks'a (2005) göre

stres, psikolojik ve duygusal düzeyde (yorgunluk, anksiyete ve motivasyon kaybı), bilişsel düzeyde (hata yapmaya yönelik artan potansiyel ve bazı vakalarda hataya bağlı kazaların artışı) davranışsal düzeyde (iş arkadaşlarıyla zayıf ilişkiler, irritabilite, kararsızlık, devamsızlık, sigara kullanımı, aşırı yeme ve alkol tüketimi) ve fiziksel düzeyde (baş ağrısı, ağrı, acı ve baş dönmesi ile ilişkili sağlığın kötüye gidişi) temel olarak çok sayıda kompleks değişimlere ön ayak olmaktadır (Akt., Cicei, 2012: 1078).

İş stresinin, kronik hastalıkların gelişimi üzerinde de önemli bir rolü olabileceğini öne süren çalışmalar da mevcuttur. Bu hastalıkların başında ise, Koroner Kalp Hastalıkları (KKH) ön sıralarda yer almaktadır (Bosma, Marmot, Hemingway, Nicholson, Brunner ve Stansfeld, 1997; Kivimäki, LeinoArjas, Luukkonen, Riihimäki, Vahtera ve Kirjonen, 2002; Kuper ve Marmot, 2003).

KKH gelişiminde yalnızca iş stresinin değil aynı zamanda A-Tipi davranış örüntüsünün başı çektiği kişilik özellikleri gibi bireyden kaynaklanan faktörlerin önemi de vurgulanmaktadır (Chida ve Steptoe, 2009; Boyle ve ark., 2004). Kişilik özelliklerinin yanı sıra, yukarıda da bahsedilen ve artan iş stresi ile birlikte artış gösterdiği iddia edilen riskli sağlık davranışlarının da rolü giderek daha fazla önemsenmektedir (Kang, Koh, Cha, Park, Baik ve Chang, 2005).

Riskli sağlık davranışları ise, sağlık davranışlarını açıklayan sağlık psikolojisine yönelik kuramsal yaklaşımlarda, sağlık ile ilgili tutum ve inançların bir sonucu olarak değerlendirilmektedir.

Bahsi geçen bu değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkileri irdelendiğinde ise, iş stresi ve psikopatoloji arasındaki ilişkide, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisinin irdelendiği bir çalışmada, A tipi davranış örüntüsüne sahip bireylerin, iş stresinin olumsuz sonuçlarından daha fazla etkilendiği bulgulanmıştır (Jamal, 2005). Öte yandan, iş stresi ile KKH arasındaki ilişkide, sağlık inançlarının ne tür etkileri olduğuna dair yeteri kadar kapsamlı çalışma yoktur. Bununla birlikte, sağlık davranışları ve KKH arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmaların, çalışma durumu açısından örneklem özellikleri, iş stresi ile sağlık inançları arasında da ilişkiler olabileceğini düşündürmektedir (Bosma, Marmot, Hemingway, Nicholson, Brunner ve Stansfeld, 1997; Kang, Koh, Cha, Park, Baik ve Chang, 2005). Bununla birlikte, psikopatoloji ile KKH arasında da ilişkiler olduğu bilinmektedir (Nekouei ve ark., 2013). İş stresi açısından bakıldığında ise, iş stresi de yalnızca KKH gibi kronik hastalıklara ilişkin sonuçları doğurmamakta, aynı zamanda kişinin psikolojik işleyişi

üzerinde de olumsuz etkiler gösterebilmektedir (Wang ve Patten, 2001; Heinisch ve Jex, 1997; De Croon, Van Der Beek, Blonk ve Frings-Dresen, 2000; Godin, Kittel, Coppieters, ve Siegrist, 2005). Dolayısı ile iş stresi ile psikopatoloji semptomları içerisinde yer alan özellikle depresyon, anksiyete, somatizasyon gibi psikopatolojik görüngülerin ilişkisi pek çok çalışmada doğrulanmıştır. Bu ilişki de de aynı şekilde kişilik örüntüleri ve sağlık inançlarının rolü olabileceği literatüre dayanarak öngörülebilir.

Bahsi geçen tüm bu bilgiler ışığında, bu tez çalışmasının amacı, iş stresinin KKH ve psikopatoji semptomları olarak ele alınan klinik belirtiler üzerindeki etkisinde, A-tipi davranış örüntüsünün ve sağlık davranışlarının temel yordayıcılarından olan sağlık inançlarının rolünün sınanmasıdır.

Bu bağlamda, öncelikle genelde stres, özelde ise, iş stresi kavramından iş stresinin tanımı ve teorik modelleri irdelenerek bahsedilecektir. Ardından, iş stresinin kaynakları ve akabinde iş stresinin klinik sonuçları ele alınacaktır. Bunu takiben, iş stresi ile klinik sonuçlar üzerinde etkisi olabileceği öngörülen A-Tipi davranış örüntüsü ve sağlık inançlarına yönelik teorik yaklaşımlar özetlenecek ve bu değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerine yönelik araştırma bulguları ele alınacaktır.

I. STRES ve İŞ STRESİ

Bu bölümde, bu çalışma kapsamında bağımsız değişken olarak yer alan iş stresinin doğası ayrıntılı bir şekilde incelenmeden önce, stres kavramının genel manada nelere tekabül ettiği üzerinde durulacaktır. Bu amaçla, stresin tanımından, tarihi arka planından, benzer kavramlarla olan ilişkilerinden, stresi tanımlamada temel alınan çeşitli yaklaşımlardan ve son olarak stresin fizyolojik boyutundan bahsedilecektir.

A. STRES

Stres, Latince’de “Estrictia”, eski Fransızca’da “Estrece” kelimelerinden gelir. 17.yy’da felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılmış, 18. ve 19.yy’larda kavrama yüklenen anlam değişmiş ve güç, baskı, zor gibi anlamlarda objelere, kişiye, organa veya ruhsal yapıya yönelik kullanılmıştır. Buna bağlı olarak da stres, nesne ve kişinin bu tür güçlerin etkisi ile biçiminin bozulmasına, çarpıtılmasına karşı direnç anlamında kullanılmaya başlamıştır. Ayrıca kelime, “bütünlüğünü koruma” ve “esas durumuna dönmek için çaba harcama” halini de ifade eder (Baltaş ve Baltaş, 2011: 304).

Stres kavramı, fizik, mühendislik ve sosyoloji gibi farklı disiplin alanlarında kullanılmıştır. Kavram ilk kez fizik alanında, organizmaya uygulanan bir “dış güç” olarak ele alınmıştır. İlerleyen zamanlarda ise, stres kavramına, psikoloji ve davranışsal tıpta, stres süreçlerinin ve stresin oluşumunda rol oynayan aracı değişkenlerin tanımlanması ile farklı bakış açıları getirilmiştir (Ayers ve Steptoe, 2007: 215).

Stres, karmaşık ve çok yönlü yapılar barındıran bir kavram olması nedeniyle, bazı kavram ve yapıları ayrı ayrı tanımlamak gerekmektedir. Stresör, stres tepkisi ve zorlanma (strain) arasındaki ayrım, bu noktada çok önemlidir. ‘Stresör’, stres tepkilerine neden olan içsel ya da dışsal faktörler; ‘stres tepkileri’, fiziksel, davranışsal, bilişsel ya da duygusal tepkiler iken, ‘zorlanma’ ise, stres sürecinin kişi üzerindeki olumsuz etkisi olarak tanımlanabilmektedir. Strese yaklaşım açısından bugünkü stres tanımları, bireylerin stresi değerlendirme süreçlerinin, merkezi öneme sahip olduğunu vurgulamaktadır (Ayers ve Steptoe, 2007: 215).

Bahsi geçen üç kavramın- stresör, stres tepkisi ve zorlanma- ayrımının yapılması ve stres üzerine son zamanlarda ortaya konan çalışmaların ve modellerin ‘bireyin stresörü değerlendirme/yorumlama sürecine’ vurgu yaptığıının belirtilmesi, stres kavramını tanımlamada, literatürde yer alan modelleri anlama açısından son derece önemlidir. Çünkü karmaşık bir yapıya ve çoklu bileşenlere sahip stres kavramını tanımlamaya yönelik çalışmaların büyük kısmının, belirli yaklaşımlar altında kümелendiği görülmektedir. Literatüre bakıldığında, stresi bir “uyaran” olarak ele alan yaklaşıma yönelik tanımlarla karşılaşıldığı gibi, bazı tanımların da stresi, “uyaranlara gösterilen tepki” üzerinden açıklamaya çalıştığı görülmektedir. Bazı tanımlarda ise stres, kişi-çevre etkileşiminin bir ürünü olarak ele alınmaktadır.

Stresi, bir ‘tepki’ olarak ele alan yaklaşımlara zıt olarak, ‘uyaranların doğası’ olarak ele alan az sayıda detaylı inceleme vardır. Örneğin, Elliot ve Eisdorfer, 1992 yılında çalışma konusu olarak stresörlere, başka bir deyişle strese neden olan durumlara odaklanmıştır. Ana hatlarıyla 4 çeşit stresör ortaya koymuşlardır (Akt., Hobfoll, 1989: 514).

- a. *Akut, zaman sınırlı stresörler*: Örneğin, dişçiye gitmek, bir kadının meme biyopsisi için sıra beklemesi gibi.
- b. *Arka arkaya gelen stresörler*: Örneğin, boşanma, yakın birinin ölümü ya da iş kaybı.

- c. *Kronik, aralıklı stresörler*: Örneğin, öğrenciler için sınavlar, hoş gitmeyen bir patronla randevular.
- d. *Kronik stresörler*: Örneğin, kuvvetten düşüren hastalıklar, uzun süreli evlilik anlaşmazlıkları, işe ilişkin tehlikelere maruz kalma.

Stresi bir tepki olarak kavramlaştıran açıklamalar da vardır. Örneğin Selye, stresör (uyaran) ile stres (tepki) arasında bir ayrıma gitmiştir. Stresörlerin doğası ile ilgilenmek yerine, fizyolojik tepki ve hastalıkların gelişimi üzerine çalışmalarını sürdüren Selye, bir uyarana karşı geliştirilen tepkinin üç aşamalı bir süreci barındırdığını ve aynı zamanda bu üç aşamalı sürecin insanlarda ve hayvanlarda aynı şekilde ortaya çıktığını belirtmiştir. “Genel Adaptasyon Sendromu” adını verdiği bu süreçte, vücut, dışarıdan kendi dengesini bozabilecek koşullara sahip uyaranlara karşı savunma pozisyonuna geçip alarm tepkisi verir. Bu aşama *alarm aşaması*’dır. Bununla birlikte, stres çoğu zaman varlığını devam ettirmekte ve organizmanın, stresörlere karşı az ya da çok başarılı bir uyum performansı sergilediği *direnç aşaması*’na geçilmektedir. Kişi stres altında olduğuna dair bir izlenim vermese de organizma işlevselliğini yeterli düzeyde gösterememekte ve hastalanmaktadır. Selye’ye göre, böyle durumlarda bağışıklık sistemi eski gücünde değildir ve uzun süreli stres altında, ülser, kardiyovasküler hastalıklar gibi uyumun gerçekleştirilememesinden kaynaklı bazı tipik hastalıklar ortaya çıkmaktadır. *Tükenme aşaması*’nda, organizmanın uyumu sağlayıcı kaynakları azalmış ve tükenme belirmiştir. Bu durum, hastalığa, tükenmişliğe, depresyona, hatta ölüme öncülük edebilen parasempatik aktivasyon ile ilişkilidir (Akt., Schwarzer ve Schulz, 2003: 28).

Uyaran ve tepki merkezli açıklamalar yerine, stresi kişi ve çevresi arasındaki etkileşimin bir ürünü olarak kavramsallaştıran açıklamalar stresi, kişilerin bilişsel değerlendirmelerinin bir çıktısı olarak ele almaktadır. Bu bakış açısına göre, aynı tipteki olaylara karşı insanların gösterdikleri hassasiyet ve incinebilirlik dereceleri farklılaşabilmektedir. Örneğin, benzer koşullar altında bazı insanlar öfke ile tepki gösterirken, bazıları depresyona girer, bazıları ise, karşılaştıkları durumu bir rekabet aracı olarak görüp kendilerini motive edici bir durum olarak algılayabilir. Benzer koşullar altındaki insanların, birbirlerinden farklılaşan tepkiler ortaya koyma durumunu anlamamız için, uyaran ve tepki arasındaki ilişkinin doğasını etkileyen “bilişsel süreçler” üzerinde durmamız gerekir. İnsanların dışarıdan (çevre) algıladıkları uyaranları yorumlama biçimleri farklılaştıkça, gösterdikleri tepkiler de

farklılaşmaktadır. Kısaca; bir uyarının kişide stres yaratıp yaratmaması ve kişinin o uyarana göstereceği tepki türü, kişinin bilişsel süreçlerinde o uyarıyı nasıl yorumladığına bağlıdır (Lazarus ve Folkman, 1984: 22-23).

Stresin ne olduğuna dair farklı tanım ve kullanımlar olmasına karşın, üzerinde düşünülmesi gereken dört kavram vardır:

- a. *İçsel veya dışsal bir uyarı*: Hooke, bu uyarıyı yük (load), diğerleri ise stres veya stresör diye tanımlamıştır (Akt., Lazarus, 1993: 4). Bahsedildiği üzere Lazarus, bu noktada “kişi-çevre” etkileşimini vurgulayıp ilişkisel bir anlamın önemine dikkat çekmiştir.
- b. *Değerlendirme*: Zihin ya da fizyolojik sistem tarafından ortaya konan bu değerlendirme, neyin tehlikeli ya da zarar verici olduğunun ayırımına varmak amaçlı kullanılmaktadır.
- c. *Stres oluşturan taleplere yönelik baş etme mekanizmaları*.
- d. *Sıklıkla stres tepkisi olarak da bahsedilen, zihin ve beden üzerindeki karmaşık etkiler, örüntülerdir* (Lazarus, 1993: 4).

Stres ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında, Walter Cannon, stres kavramını insan üzerinde çalışan ilk modern araştırmacı olarak görülebilir. W. Cannon kendi çalışmaları doğrultusunda soğukun, oksijen yoksunluğunun ve diğer çevresel stresörlerin organizma üzerindeki etkileri üzerine odaklanmıştır. Düşük seviyede seyreden stresörlerin organizma üzerinde çok fazla etkili olamayabileceğini ancak uzun süreli ya da ciddi stresörlerin biyolojik sistemin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebileceğini vurgulamıştır (Akt., Hobfoll, 1989: 513).

Cannon’un öne sürdüğü “homeostasis” kavramı da stres ile ilgili çalışmalarda çok büyük bir öneme sahiptir. Çok sayıda fizyolojik değişkenin-kan şekeri, çekirdek sıcaklık gibi- en uygun düzeydeki sürekliliğini sürdürebilme ifadesini ortaya koyma adına homeostasis kavramını kullanmıştır. Bu denge ve düzen durumunu sürdürecekt mekanizmaların, hissedilen ve olması gereken arasındaki farklılıklara karşı duyarlı olması gerektiği ve bu farklılıkları azaltma yönünde çaba sarf etmesi gerektiğini vurgulamıştır (Goldstein ve Kopin, 2007: 109). “Örneğin, belirli türden maddeler kanda eksilip denge bozulursa, homeostasis düzeni acıktığımızı veya susadığımızı kandaki eksilen maddeler aracılığı ile bize bildirir” (Cüceloğlu, 2006) .

Daha sonra Cannon, homeostasis kavramını, içerisine psikososyal olayları da alacak şekilde genişletmiştir. 1900’lü yılların başında, böbrek üstü bezlerdeki akut

değişimleri ilk kez tanımladığında, “savaş ya da kaç tepkisi” adını verdiği durumdan bahsetmiştir. Cannon’a göre, homeostasisi tehdit eden durumlarla -soğuğa maruz kalma, travmatik ağrı, duygusal huzursuzluk gibi- karşılaşıldığında, iki stres sistemi harekete geçerek homeostasisi bozabilecek unsurlara karşı devreye girer (Akt., Goldstein ve Kopin, 2007: 109-110). Tehdit altında olan insan ya da hayvan, içinde bulunduğu durumla başa çıkabilme adına savaşma ya da kaçma seçeneklerinden birini kullanır. Az önce de bahsedildiği gibi, savaş ya da kaç tepkisi, birbiriyle ilişkili iki stres sistemi tarafından yönetilir: Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal ve Sempatik-Adrenal-Medullar Aks. Bu iki sistem, canlının tehlike anında savaşma ya da kaçma adına ihtiyaç duyduğu çabayı ortaya koyabilmesinde harekete geçirici özelliğe sahiptir (Taylor, 2006: 273). Bu sistemler, bu bölümün ilerleyen kısımlarında ele alınmıştır.

Ancak bu noktada bahsedilmesi gereken önemli bir kişi daha vardır: Claude Bernard. W.Cannon’un bahsettiği denge kavramına yakın bir anlayışı içeren “iç yapının dengeliliğinden”, Cannon’dan daha önce, 19.yy ikinci yarısında, bahsetmiştir. Bernard, dış çevrenin sürekli değişen koşullarına karşın, organizmanın iç çevresindeki devamlı bütünlüğü korumasının zorunlu olduğunu ileri sürmüştür (Baltaş ve Baltaş, 2011: 305).

Hans Selye, laboratuvarında yaptığı çalışmalarda, çeşitli kirli ve zehirli maddeler enjekte ettiği hayvanlarda, doku ve hormon farklılıklarına bakılmaksızın, aynı organ değişikliklerinin ortaya çıktığını gözlemlemiştir. Çalışmalarının ilerleyen yıllarında, 1936 yılında, çeşitli ajanlarla ortaya çıkan aynı belirtileri “aynı tipte sendromlar” (“stereo-type syndrome”) ve “uyarana bağlı olmayan stres sendromları” (non-specific stress syndrome) olarak tanımlamıştır (Akt., Baltaş ve Baltaş, 2011: 306).

Tıp ve biyoloji alanında stres ile ilgili çalışmalar genel hatlarıyla böyle iken, psikoloji alanında stres ile ilgili çalışmalar 1950’li yıllarda, Amerikan Psikoloji Derneği’nin yıllık raporlarında yer almaya başlamıştır (Baltaş ve Baltaş, 2011: 306). İkinci dünya savaşından sonra, günlük yaşantıdaki bir takım olayların da –örn. evlilik- tıpkı savaş esnasındaki sıra dışı yaşantılar gibi kişilerin huzurunu ve işlevselliğini etkilediği görülmüştür. 1950’li yıllara gelindiğinde, Lazarus ve arkadaşları, stresli koşulların kişiler üzerinde aynı etkilere sahip olmadığını gözlemlemişlerdir. Gözlemleri sonucunda; aynı koşulların bazı insanlarda büyük bir etki yaratırken, bazılarında küçük bir etki yarattığı; bazılarında olumsuz etkiler bırakırken, bazılarında olumlu etkiler bıraktığı görülmüştür. Bazı kişiler üzerinde ise, herhangi bir etkisinin olmadığı

gözlemlenmiştir. Bu gözlemler sonucunda, stresör ve tepki arasındaki süreçte bireysel farklılıkların, motivasyonel ve bilişsel değişkenlerin rolüne vurgu yapmışlardır. Bu sayede, psikoloji alanındaki araştırmalar uyarıcı-tepki modelinden, uyarıcı-organizma-tepki modeline doğru kaymaya başlamıştır (Lazarus, 1993: 2-3).

Stres ile ilgili bu noktaya kadar sunulan içeriğe bakıldığında, stresin, deneyimlenmemesi gereken, tümten olumsuz bir kavram olarak idrak edilmesi mümkündür ancak bunun böyle olmadığı ve olmaması gerektiği araştırmacılar tarafından sıklıkla vurgulanmaktadır.

Söz gelimi Selye, stres kavramını sağlık odaklı bir yaklaşımla ikiye ayırmıştır: eustress (olumlu stres) ve distress (olumsuz stres). Olumlu duygular ve sağlıklı beden durumuyla ilişkili olduğu için eustress, iyi bir stres türü iken; olumsuz duygular ve bozuk sağlık durumu ile ilişkili olan distress ise, kötü bir stres türüdür (Akt., Lazarus, 1993: 5). Bir yarış kazanma, evlilik, iş tayini, yeni arkadaşlar edinme gibi durumlar eustress için örnek oluşturabilmektedir (Colligan ve Higgins, 2005: 90).

Selye (1987), herhangi bir uyarının eustress ya da distress özelliğine sahip olmasının, kişilerin o uyarıyı nasıl yorumladığına ve seçtiği tepki türüne bağlı olarak değişebileceğini ileri sürmektedir. Ayrıca, stresörlere yönelik olumlu tepkiler (örn. minnettarlık, umut) verebilmeyi öğrenebildiğimiz takdirde, olumlu stresi (eustress) en yüksek seviyede, olumsuz stresi (distress) ise, en az seviyede tutabileceğimizi de belirtmektedir. Stresörlere yönelik tepkilerimiz olumsuz duygular (öfke, umutsuzluk) barındırırsa da aksi bir durumun söz konusu olacağını da ifade etmektedir (Akt., Fevre, Matheny ve Kol, 2003: 730).

Stres tanımında yaşanan sorunların önemli doğurgularından biri de stres ile zaman zaman aynı anlamda, zaman zaman ise yakın anlamda ele alınan bir takım kavramların yazarlar tarafından kullanımıdır. Literatüre bakıldığında, sıklıkla karşımıza çıkan bu kavramlar arasında, gerilim, zorlanma, rahatsızlık, sıkıntı, baskı benzeri kavramların, yoğun bir şekilde yer aldığını görmekteyiz. Var olan bu kavram karmaşasının, günlük hayatımıza da yansımalarına yine aynı şekilde tanıklık etmekteyiz.

Gerilim, stres durumunun sistem üzerindeki etkisidir. Gerilim nedeniyle sistem, stres durumunda olduğu bilgisini alır ve dengeye dönme sürecine girer. Zorlanma, dengeye dönme süreci içinde sistemin ödediği bedel ya da harcadığı enerjinin miktarıdır. Rahatsızlık/sıkıntı durumu ise, gerilimin öznel olarak yaşanma biçimidir

(Şahin, 2010: 5). “Baskı, davranışımızın hızını arttırmak, yoğunlaştırmak ya da yönünü değiştirmek veya daha yüksek standartta bir performans göstermek zorunluluğunu hissettiğimizde ortaya çıkar” (Akt., Morris, 2002: 496). Engellenme ise, bir şeyler ya da birileri kişinin amacına ulaşmasını önlediğinde ortaya çıkan bir duygudur. Stres ile benzer kavramlardan biri de çatışmadır. Çatışma, aynı anda ya da daha fazla uyuşmayan istek, fırsat, gereksinim ya da amaçla karşılaşıldığında ortaya çıkar (Morris, 2002: 496).

Yukarıdaki bölümde, savaş ya da kaç tepkisinin, iki sistem tarafından kontrol edildiğinden bahsedilmişti: Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal ve Sempat-Adreno-Medullar Aks. Bu bölümde son olarak, stresin fizyolojik boyutu ele alınarak, bahsedilen iki sistem kısaca özetlenecektir.

Psikonöroimmunoloji, psikolojik faktörlerin bağışıklık sistemini ve fiziksel sağlığı (nöral ve endokrinolojik yollar aracılığıyla) nasıl etkilediğini incelemektedir. Çalışma alanları; bağışıklık sisteminin aracılık ettiği iltihap hastalıkları, kanser, otoimmünite, yaraların iyileşmesi (wound healing), allerjik reaksiyonlardır. Stresin, bağışıklık sisteminin işlevini etkileyip aktive ettiği 2 majör yoldan bahsedebiliriz:

a) Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal Aks

b) Sempat-Adreno- Medullar Aks (Stowell, McGuire, Robles, Glaser ve Kiecolt-Glaser, 2003: 75-76).

Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal aksının, stres tarafından aktivasyonu sonucu insan fizyolojisinde bir sıra değişim meydana gelir. Hipotalamustaki nöronlar, CRH (corticotropin-releasing hormone) salınımını sağlayarak hipofiz bezinin ön kısmını (anterior pituitary), ACTH (adrenocorticotropin hormone) salınımını gerçekleştirmesi yönünde uyarır (Stowell, McGuire, Robles, Glaser ve Kiecolt-Glaser, 2003: 75).

Vücudun en temel stres hormonu olan ACTH'nin salgılanması, adrenal kortekste yer alan glikokortikoidlerin salgılanmasını sağlar. Bu nokta, stres tepkisini başlatan temel faktördür ve akabinde kortizol salınımını da beraberinde getirir (Baltaş, 2008: 135). Kortizol, antiinflamatuvar tepkilerin, karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmalarının ve glukoneogenezin düzenlenmesi gibi geniş bir fizyolojik süreçten sorumludur (Cohen, Janicki-Deverts ve Miller, 2007: 1685).

Bazı kortizolların etkileri, iltihap giderici ve bağışıklık sistemini baskılayıcı nitelikler gösterebilmektedir. Bu gibi etkiler, bağışıklık sistemini aşırı aktif tepkilerde bulunmasını sınırlandırması açısından uyum sağlayıcı özellikler olarak görülebilir.

Çünkü bağışıklık sisteminin aşırı aktif reaksiyonlarda bulunma hali, iltihap ve otoimmün sistemine bağlı hastalıkları beraberinde getirebilmektedir (Akt., Stowell, McGuire, Robles, Glaser ve Kiecolt-Glaser, 2003: 75).

Tıpkı Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal aksında olduğu gibi, otonom sinir sisteminin aktivasyonunda da hipotalamus, merkezi bir role sahiptir. Hipotalamustaki nöronlar, alt beyin sapı ve omurilikte yer alan otonom merkezlere gönderilir. “Savaş ya da kaç” tepkisi sırasında, sempatik sinir bağlantıları, içerisinde, kan akışına katekolamin, epinefrin ve norepinefrin salınımından sorumlu olan adrenal medullanın da yer aldığı çeşitli organlara, norepinefrin salınımını gerçekleştirir. Bu sebeple bu aks, Sempatik-Adrenal- Medullar Aks olarak adlandırılır (Stowell, McGuire, Robles, Glaser ve Kiecolt-Glaser, 2003: 76).

Bu kısma kadar, stres kavramının özellikleri üzerinde durulmuştur. Yine bu bölüm içerisinde, özelde ise, sağlık psikolojisi alanında sıklıkla ele alınan iş stresi kavramının doğası hakkında ayrıntılı bir takım açıklamalara yer verilecektir. Bu amaç doğrultusunda, iş stresinin tanımından, iş stresi çalışmalarına öncülük eden çeşitli modellerden, iş stresinin kaynaklarından ve sonuçlarından bahsedilecektir.

B. İŞ STRESİ

Stresi, yapılması gereken herhangi bir şeyin, kişinin kapasitesinin ya da yerine getirme motivasyonunun çok ötesinde olduğu zaman ortaya çıkan bir durum olarak referans alan Schabracq (2003), bu bakış açısını aynı şekilde iş stresi kavramını tanımlamada da kullanır; iş stresi, kişinin kendi iş performansı üzerindeki kontrol kaybına gösterdiği bir tepkidir. Bu perspektifle, iş, kişinin karşılayabileceğinden çok daha fazla bilgiyi, beceriyi ve yeteneği talep eder. Kişinin, görevini düzenli bir şekilde yerine getirebilme imkânı azalır ve kişi başarısız olur. Çalışan, üstlendiği görevi üzerinde kontrolünü kaybettiği için, bir şekilde göstermek zorunda olduğu performansı ona, ciddi düzeyde bir stres kaynağı olarak yansır (Schabracq, 2003: 27). Bu tip bir stresin, çalışanın iş memnuniyeti ve üretkenliği üzerinde etkilere sahip olduğu gibi, çalışanın ruhsal ve fiziksel sağlığı, işe devamlılığı ve daha geniş çapta ailevi fonksiyonlarını etkilediği de görülmektedir (Tennant, 2001: 697).

1. İş Stresi Modelleri

Yıllar içerisinde, stresin olumsuz yönlerini azaltmaya yönelik yapılan araştırmalara ve örgütsel çabalara öncülük etmek amacıyla çok sayıda teorik model ortaya konulmuştur. Mc Grath'ın (1976) Süreç Modeli, bu teorik modeller arasında önemli bir yere sahiptir. Model, temelinde, iş stresinin performansa ilişkin sonuçlarını barındırmakta ve kapalı bir devre içerisinde, dört aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada, çalışanların, bulundukları örgüt içerisinde karşılaştığı durumları temsil eden 'durumlar' vardır. Bahsi geçen durumlar, çalışanlar tarafından algılanır ve birinci süreç olan bilişsel değerlendirme süreci başlar. Bu ilk süreçte, kişiler algıladıkları durumu olumsuz yönde değerlendirirlerse, bu, stresör varlığına işaretler. İkinci aşamada kişi, algıladığı ve akabinde değerlendirdiği durum içerisinde yine karar veren merci olarak, ikinci süreç olan karar verme süreci içerisinde. Bu süreç sonucunda kişi, stresöre karşı nasıl tepki vereceğini kararlaştırmıştır ve dördüncü aşama olan 'davranış' aşamasına geçerken, performans sürecini yaşar. Kişi kararını verdiği zaman, aleni davranışlar içerisinde yer alır ve bu davranışlar çeşitlilik gösterebilir. Örneğin, kişi, performansını düşürebilecek olumsuz davranışlarda bulunabileceği gibi, stresör oluşturan kaynak ile (örn. patron) doğrudan problemini konuşarak da uyum sağlayıcı bir davranışta bulunabilir (Akt., Jex, 2002: 185-186).

Bir diğer önemli model olan Transaksiyonel Model (Lazarus ve Folkman, 1984) kişilerin stresli durumlarla başa çıkma süreçlerini değerlendirme üzerine inşa edilmiştir. Modele göre, stres verici deneyimler, kişi-çevre etkileşimleri (person-environment transactions) bağlamında ele alınmaktadır. Model temelde, dışsal bir stresörün/talebin doğasının, kişinin ilgili stresörü/talebi nasıl değerlendirdiğine bağlı olarak değişebileceğini ve kişinin o stresöre/talebe yönelik değerlendirmelerinin de içerisinde bulunduğu psikolojik, sosyal ve kültürel kaynaklar bağlamında şekillenebileceğini öne sürmektedir Kişi, stresli durumlarla karşılaştığında, olası tehdit ve zararları gözden geçirir (birinci aşama), daha sonrasında bu tehdit ve zararlara yönelik kendi imkan, beceri ve yeteneklerini değerlendirir ve stresli durumu lehine çevirebilmek adına olumsuz duygusal tepkilerini yönetmeyi amaçlar. Daha sonrasında, karşılaşılan sorunları ve olumsuz duyguları yönetebilme adına ortaya konan baş etme çabaları, iyilik hali, uyum gibi çeşitli sonuçlar doğurur (Akt., Glanz ve Schwartz, 2008).

Önemli teorik modeller arasında, Kişi-Çevre Uyum Modeli'ni de sıralayabiliriz. Kişi-Çevre Uyum Modeli'nin temel varsayımını daha iyi anlamak amacıyla, bu modelin kökenini de temsil eden, Kurt Lewin'in etkileşimsel psikoloji (interactional psychology) kavramını açıklamak gerekmektedir. Etkileşimsel psikolojide, insan davranışının içeriği, kişi ve çevre karakteristiklerinin etkileşimi ile şekillenir. Bu bakış açısıyla, iş stresi yaklaşımında, kişi ile içerisinde bulunduğu iş çevresi arasındaki uyum derecesi ön plandadır. Yaklaşımına göre, eğer ortada bir uyumsuzluk varsa, kişi, içerisinde bulunduğu çalışma ortamını stres verici olarak algılamaktadır (Akt., Jex, 2002: 188).

Uyum/uyumsuzluk durumunu ortaya çıkarabilecek çeşitli koşullar mevcuttur. Örneğin Kristoff'a (1996) göre, uyumun sağlanabilmesi için, kişinin yetenek ve becerilerinin, ondan talep edilen gereklilikleri karşılayabilecek nitelikte olması gerekir. Kişi, gerekli olan yetenek ve beceriden yoksun ise, işe yönelik yaşadığı duygular, karşı konulamazlık ve yetersizlik olacaktır. Bu durumun tam tersi de mümkündür: Eğer, işin gereklilikleri kişinin yetenek ve becerilerinin altındaysa, bu kez kişi, bıkkınlık, engellenmişlik ve tatminsizlik duygularını yaşayacaktır. Her iki durumda da uyumsuzluk söz konusudur ve kişi, içerisinde bulunduğu durumu, stres verici bir durum olarak algılamaktadır (Akt., Jex, 2002: 188).

Modelin bakış açısını daha geniş bir perspektiften de incelemek mümkündür. Modelin öne sürdüğü uyum/uyumsuzluk durumu, kişi ile çalıştığı örgüt arasında da söz konusu olabilmektedir. Yine aynı şekilde, kişinin sahip olduğu karakteristikler ile örgütün sahip olduğu karakteristikler farklılık gösterebilir ve uyumsuzluktan bahsedilebilir. Örneğin, bireysel başarıya endeksli bir birey ile takım çalışmasına önem veren bir örgüt arasında, yeterli uyumdan söz edilemeyeceği için, kişi, içerisinde bulunduğu örgütün gerektirdiği işleri, stres verici algılama eğiliminde olabilmektedir (Jex, 2002: 189).

İş örgütlerinin bireysel sağlık riskine ilişkin büyük çapta araştırmalara aracılık eden en önemli teorik modellerinden biri de Karasek'in (1979) talep-kontrol modelidir. Model, özünde, örgütlerin nasıl organize olduklarını ve bu yapıların, hastalıklar açısından ilişkisini ortaya koymayı hedeflemektedir (Akt., Theorell, 2003: 162). Karasek ve Theorell'e (1990) göre, iş talepleri ile çalışanın iş üzerindeki kontrolü farklı etkileşimlerle farklı kombinasyonlar oluşturmaktadır: Yüksek talep-yüksek kontrol, yüksek talep-düşük kontrol, düşük talep-düşük kontrol ve düşük talep-yüksek kontrol. Modele göre, bu eşleşmeler arasında, hastalık gelişimi ile ilişkisi en

yüksek boyut, yüksek talep-düşük kontrol boyutudur. Bu boyutun sürekli ve tekrarlayan hallerde devam etmesi, çeşitli sağlık problemlerini de beraberinde getirebilmektedir. Yüksek iş talebi ve yüksek iş kontrolü, aktif durum olarak nitelendirilmektedir. Çünkü örneğin, bu boyutta yer alan kişi, çalışma saatleri konusunda esnekliğe sahip olmakla birlikte, uyumlu baş etme becerilerini geliştirebileceği olanaklara da sahiptir. Bu sebeple, yüksek iş talebinin getirebileceği olası olumsuz sonuçlarla başa çıkabilmektedir. Düşük talep ve yüksek iş kontrolüne sahip bireyler ise, hastalık riski açısından en az riske sahip kişilerdir. Pasif grup olarak adlandırılan düşük iş talebi ve düşük iş kontrolüne sahip bireyler ise, potansiyel yetenek ve becerilerini ortaya koymaya yardımcı olabilecek fırsatlardan yoksun oldukları için, psikolojik körelme riski ile karşı karşıya kalabilmektedirler (Akt., Theorell, 2003: 162).

Son olarak Siegrist'in Çaba-Ödül Modeli'nden söz edebiliriz. Model, bedel ve kazançlar (örn. yüksek bedel, düşük kazanç) arasındaki tutarsızlığın, duygusal huzursuzluk ve zorlanma gibi problemlere yol açabileceğini öne sürmektedir. Başka bir deyişle, çalışanın ortaya koyduğu çabaya karşılık, ödüllendirilmemesi ya da yeterli ödüllendirme ile karşılığını alamaması durumunda, çeşitli olumsuz sonuçların ortaya çıkabileceği tahmin edilmektedir. Çaba, dışsal veya içsel gerekliliklere bir tepki olarak ortaya konulabilir. Dışsal gereklilikler içerisinde, yükümlülükler ve talepleri barındırırken, içsel gereklilikler, örneğin kontrol ihtiyacını karşılamaya yönelik baş etme yanıtını içerebilir. Ödüller ise, para, öz saygı ve durum kontrolünü içermektedir (Siegrist, 1996: 29-30).

Bu kısma kadar, iş stresi çalışmalarına öncülük eden çeşitli iş stresi modelleri özetlenmiştir. İlerleyen kısımda ise, iş stresinin oluşumunda hangi faktörlerin rol aldığına dair çeşitli görüşlere yer verilecektir.

2. İş Stresi Kaynakları

Stres kavramının, farklı yazarlar ve bakış açıları tarafından çok geniş bir perspektifle ele alınabileceğinden ve çok sayıda kavramsallaştırmadan bahsedilmiştir. Aynı şekilde, iş ortamına ilişkin stresörlerin de en az stres kavramının kendisi kadar geniş ve çeşitli bakış açıları ile tanımlandığı ve açıklandığı görülmektedir. Bu bölümde, iki farklı kaynağın, iş stresi kaynaklarını sınıflandırma ve açıklama tarzları incelenecektir:

Birinci Kaynak: Sonnentag ve Frese (2003: 455), iş stresi kaynaklarını, fiziksel stresörler, göreve ilişkin iş stresörleri, rol stresörleri, sosyal stresörler, iş programına ilişkin stresörler, kariyere ilişkin stresörler, travmatik olaylar ve stres verici değişim süreçleri şeklinde sınıflandırmaktadır.

Fiziksel stresörler: Çalışanlarda nahoş duygular uyandıran, çalışma ortamının fiziki koşullarıdır. Bunlar arasında, gürültü, kirlilik, sıcaklık, kimyasal veya zehirli maddeler gösterilebilir.

Göreve ilişkin iş stresörleri: Çalışanların, sorumlu oldukları görevleri yerine getirirken karşılaştığı zorluklardır. Yoğun zaman baskısı, aşırı iş yükü, işin karmaşıklık düzeyinin yüksek oluşu, tekdüze işler, çeşitli aksaklıklar (örn. bilgisayarın bozulması) bu zorluklara örnek olarak gösterilebilir.

Rol stresörleri: Çalışanın rol belirsizliği ve rol çatışması yaşamasıdır.

Sosyal stresörler: Müdür, çalışma arkadaşı ve diğerleriyle yaşanan zayıf ilişkiler sonucu ortaya çıkan, kişilerarası çatışmalar, taciz, bezdiri (mobbing) gibi olumsuz durumlardır.

İş programına ilişkin stresörler: Zaman yönetimi ile ilgili problemlerden kaynaklıdır. Özellikle gece ve vardiyalı sistemde çalışanlarda sıklıkla görülmektedir. Uzun çalışma saatleri ve fazla mesai yapmak gibi durumlar stresin oluşumuna katkı sağlamaktadır.

Kariyere ilişkin stresörler: Yetersiz iş güvenliği ve sınırlı kariyer imkânlarından kaynaklı stresörlerdir.

Travmatik olaylar: Özellikle askerler, polisler, itfaiyecilerin maruz kalabileceği afetler, büyük kazalar gibi durumlardır.

Stres verici değişim süreçleri: Şirketlerin gerek birleşmeleri gerekse küçülmeleri ve yeni teknolojik uygulamalara geçilmesi gibi süreçler, bu stresli süreci başlatan olaylara örnek olarak gösterilebilir.

İkinci Kaynak: Jex, iş yeri stresörlerini, iki farklı başlık altında incelemektedir. Birinci başlıkta, iş stresi literatüründe çok sayıda araştırmaya konu olmuş ve diğer stresörlere nazaran daha fazla ilgiyi üzerine çekmiş stresörler yer alırken, ikinci başlıkta ise, nispeten daha az ilgi görmüş ancak güncel çalışmalarda sıklıkla araştırılmaya başlanan bir takım stresörler yer almaktadır (Jex, 2002: 189).

Yaygın bir şekilde araştırmalara konu olan stresörler çeşitli başlıklarda ele alınmaktadır.

Rol Stresörleri, rol belirsizliğini, rol çatışmasını ve rol yükünü içerir. *Rol belirsizliği*, çalışanın, görevine ilişkin ne yapması gerektiğinden emin olamadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. *Rol çatışması*, çalışanın, tutarsız veya çatışır talepler arasında kaldığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. *Rol yükü* ise, Jones, Flynn, and Kelloway (1995)'e göre, çalışandan, belli bir zaman içerisinde yapabileceğinden daha fazla işin talep edildiğinde ortaya çıkan bir durumdur (Akt., Jex, 2002: 190).

İş yükü, çalışanın, belli bir zaman aralığında yapması gereken işler bütünü olarak tanımlanabilir. Kavramı biraz açtığımızda, objektif iş yükü ile sübjektif iş yükü arasında bir ayrım yapılması gerektiği ön plana çıkmaktadır. Çünkü aynı iş miktarı, bir çalışana 'aşırı' gelirken bir diğeri için 'normal' olarak karşılanabilmektedir (Jex, 2002: 191-192).

Kişilerarası çatışma, Her türden iş, çok az da olsa diğerleri (örn. çalışma arkadaşları, müdürler) ile etkileşimi gerekli kılmaktadır ve bu etkileşimlerin olumsuz ya da tatmin edici düzeyde olmaması, strese neden olabilmektedir (Jex, 2002: 192).

Örgütsel sınırlılıklar, Peter ve O'Connor (1988) tarafından, 11 kategori içerisinde ele alınmıştır. Bunlar; işe ilişkin bilgilendirme, bütçe desteği, gerekli destek, zaman ve malzeme, gerekli hizmetler ve diğerlerinden yardım, görev hazırlığı, zaman yönetimi, zaman uygunluğu, iş ortamı, aktivite programları, ulaşım, iş yetkisidir. (Akt., Jex, 2002: 194).

Algılanan Kontrol, Spector'a (1986) göre, örgütlerde iki kavram aracılığı ile belirir: iş yetkisi (job autonomy) ve katılımcı karar verme (participative decision making). Yüksek iş otonomisi, kişinin işini nasıl ortaya koyacağına kendisinin karar vermesi ve bunu yaparken de zamanı yönetme konusunda kendisinin söz sahibi olmasıdır. Lowin (1968) tarafından tanımlanan katılımcı karar verme ise, bir örgütsel biçimdir ve karara ilişkin uygulamalarda, sorumlu kişilerin kendi bakış açılarını karara yansıtabilmeleri ile mümkündür (Akt., Jex, 2002: 195).

Güncel stresörlere bakıldığında öne çıkan stresörler; iş aile çatışması, şirketlerin birleşimi (mergers, acquisition), işten çıkarılmalar ve iş güvenliği ve duygusal emektir (emotional labor).

İş-aile çatışması: Çoğu araştırmacı, iş-aile çatışmasının yanı sıra, aile-iş çatışmasına da vurgu yaparak, bir ayrıma gidilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. İş-

aile çatışmasında, iş taleplerinin, kişinin ailevi sorumluluklarını yerine getirmesini engellemesi vurgulanırken; aileye ilişkin bir talebin, işe yönelik sorumlulukları engellemesi ise, aile-iş çatışması olarak adlandırılmaktadır (Jex, 2002: 196).

Birleşmeler: İki ayrı şirketin, tek bir yapıda birleşmesi (merger) ve nispeten daha büyük bir şirketin nispeten daha küçük bir şirketi bünyesine katarak genişlemesi (acquisition) de çalışanlar açısından bir stres faktörü olarak algılanmaktadır (Jex, 2002: 197-198).

Geçici işten çıkarılmalar ve iş güvensizliği: İşten çıkarılmalar, diğer stresörler gibi örgütsel bağlamda meydana gelen bir iş stresörü olmakla birlikte, etkisini özellikle iş ortamının dışında göstermesi açısından farklılaşmaktadır. Zorlu süreci atlatıp işine geri dönen çalışanların, aynı iş yükünü çok daha yoğun bir şekilde algılamaları da sürecin ayrı bir zorluğu olarak ele alınabilmektedir. İş kaybına oranla, iş güvensizliğinin olası etkileri daha az bilinmektedir. Geçici işten çıkarılma ile karşı karşıya kaldıktan sonra çalışanlarda, işlerine karşı azalmış bir güven ve sorumluluk duygusu oluşabilmektedir (Akt., Jex, 2002: 198).

Duygusal emek (emotional labor), Hochschild (1979, 1983) tarafından ortaya konulan kavram ise, çalışanın duyguları üzerinde baskı oluşturan, çeşitli örgüt taleplerini ifade eder. Çok sayıda şekli mevcuttur ancak iş stresi açısından iki şekli ön plandadır: Çalışanlar, iş gereklilikleri doğrultusunda, bir takım olumsuz duygusal yaşantılara maruz kalmak durumundadır. Örnek olarak, bir doktorun görevi nedeniyle, yas tutan bir aile ile iletişime geçmek zorunda kalarak bir takım olumsuz duyguları yaşamak zorunda kalması verilebilir. İkincisi ise, örgütlerin temel amaçları/çıkarları doğrultusunda, çalışanlardan, yaşadıkları duyguları olduğu gibi ifade etmelerinin engellenmesidir. Bu örgütsel kurallar ekseninde, çalışan, baskıladığı ya da tam olarak ifade etmekten çekindiği duyguları sebebiyle, yoğun bir şekilde stres altında kalabilmektedir (Akt., Jex, 2002: 199).

Aşağıdaki kısımda, iş stresinin çeşitli sonuçlarından söz edilecek ve bu sonuçlar aynı zamanda, bu çalışma kapsamında yer alan bağımlı değişkenlerle ilişkilendirilmeye çalışılacaktır.

3. İş Stresi Sonuçları

1980 ila 1990'lı yıllardan günümüze, iş gücü yapısında, kayda değer bir değişim söz konusudur. Çalışanlar, iş güvenliğinde azalma ile birlikte, çok fazla iş talebi ile karşı karşıya kalmakta ve bunun sonucunda stresli bir yaşamın içine girmiş olup depresyon gibi çeşitli psikolojik rahatsızlıklar gösterebilmektedir (Tennant, 2001: 697). Paul E. Spector, Daniel, J. Dwyer ve Steve M. Jex'in 1998 yılında belirttiği gibi, iş stresi hem tartışma hem de araştırma ekseninde popüler hale gelmiştir. Örgütsel psikoloji ve mesleki sağlık psikolojisi alanındaki araştırmacılar, iş ortamı ve duygusal tepkiler (örn. iş memnuniyeti gibi), somatik semptomlar (örn. baş ağrısı) ve hastalıklardan (örn. koroner kalp hastalığı) oluşan sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya yönelmiştir (Spector, Dwyer, & Jex, 1988: 11).

Stresin çalışan bireyler üzerinde olumsuz etkileri olmakla birlikte, kurumlar üzerinde de bir takım etkileri mevcuttur. İlk olarak stres, her türlü üretim hataları ve karışıklıklarının yanı sıra, üretim miktarı ve kalitesinin düşmesine sebebiyet verebilmektedir. Bu durum örneğin, olası çözümlerin göz ardı edilmesine ve önemli iş olanaklarının yitirilmesine neden olabilmektedir. Stres ayrıca, içsel çatışmalara, etkin olmayan işbirliğine, rahatsız edici içsel ilişkilere ve arzu edilmeyen iş ortamlarının oluşmasına olanak sağlayabilmektedir. Bahsi geçen durumlar sadece içsel meselelerden ibaret değildir: şirketlerle ve devletle yaşanan problemlerin yanı sıra, aynı zamanda müşteriler ve firmalarla iletişim sorunlarının yaşanması ve kopma noktasına gelmesi de büyük tehdit unsurlarıdır (Schabracq, Cooper, Winnubst, 2003: 3). Ancak bu çalışma kapsamında incelenmesi hedeflenen iş stresi sonuçları, örgütsel ve kurumsal sonuçlardan ziyade klinik sonuçlardır. Bu doğrultuda, bu araştırma açısından iş stresinin klinik sonuçları, iki başlık altında ele alınmıştır. Bunlar; kronik fiziksel hastalıklar ve psikopatolojik semptomlardır.

Kronik fiziksel hastalıklar başlığı altında incelenmesi hedeflenen değişken, KKH'dir. KKH'yi de içerisinde barındıran kalp ve damar hastalıkları dünya genelinde, ölüm nedenlerinin en başında gelmektedir. (Dünya Sağlık Örgütü, 2011). Ölüm nedenleri arasında sahip olduğu bu büyük rol sayesinde KKH, "koroner kalp hastalığı" başlığı altında, ilerleyen bölümlerde ayrıntılı bir şekilde incelenecektir.

İş stresi ile *psikopatolojik semptomları* arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda araştırma söz konusudur ve ilerleyen bölümlerde de görüleceği üzere, bu konu ile ilgili bu zamana kadar çok sayıda araştırma ile şekillenmiş olan literatür, bu iki

değişken arasındaki ilişkinin çok güçlü bir yapıya sahip olduğunu vurgulamaktadır. Yine literatür bilgileri ışığında bakıldığında, iş stresi ile ilişkisi en sık araştırılan psikopatoloji semptomu depresyondur (Lamontagne ve Keegel, 2010).

İş stresinin klinik sonuçlarına kısaca değinildikten sonra, iş stresinin klinik sonuçlar ile olan ilişkisini ortaya koymaya çalışan, çeşitli araştırma bulguları devam edilecektir.

a) İş Stresi ve Klinik Belirtiler Arasındaki İlişkiler

İş stresi ile zihinsel sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi hem kesitsel hem de boylamsal bakış açısı ile ortaya koyan çok sayıda araştırma mevcuttur (Wang ve Patten, 2001; Heinisch ve Jex, 1997; De Croon, Van Der Beek, Blonk ve Frings-Dresen, 2000; Godin, Kittel, Coppieters ve Siegrist, 2005). İş stresi değişkenini ölçmek amacıyla farklı teorik modeller veya bakış açıları kullanılmaktadır ve genelde kullanılan modelin talep-kontrol modeli olduğu görülmektedir (Lamontagne ve Keegel, 2010). Klinik sonuçlar açısından araştırmaların depresyon, anksiyete, tükenmişlik, psikosomatik rahatsızlıklar, travma sonrası stres bozukluğu, olumsuz duygulanım ve uyku düzensizliklerine kadar uzanan geniş bir yelpazeye sahip olduğu görülmektedir (Laposa, Alden ve Fullerton, 2003; Akerstedt, Knutsson, Westerholm, Theorell, Alfredsson ve Kecklund, 2002; Wiesner, Windle ve Freeman, 2005; Frese, 1985; Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis ve Kaprinis, 2003; Heinisch ve Jex, 1997).

LaMontagne ve Keegel'in ortaya koyduğu inceleme bulgularına göre, iş stresi ile ilişkisi en çok araştırılan zihinsel sağlık durumu depresyondur. Yine bu yazarların ortaya koyduğu bulgular paralelinde bakıldığında, bazı kesitsel çalışmalarda depresyon ile iş stresi çok güçlü bir ilişki ortaya koyarken, boylamsal çalışmalarda bu güçlü ilişkinin zayıfladığı gözlenmektedir (Lamontagne ve Keegel, 2010). Ancak bu görüş ile çelişen bazı boylamsal araştırma sonuçları da mevcuttur. Örneğin, araştırma başlangıcı 1994-1995 yılları arası olan bir boylamsal çalışmada, herhangi bir majör depresyon bulgusu saptanmayan Kanadalı çalışanların majör depresyon durumları, 1996-1997 yılları arasında tekrar ölçülmüştür. Araştırmanın başlangıcında iş stresi düzeyleri dört gruba ayrılan çalışanlar arasında, araştırma sonucunda, ilk üç grupta daha az majör depresyon bulgusu saptanırken, iş stresi düzeyi en yüksek olan son grupta majör depresyon düzeyi yüksek seviyede tespit edilmiştir (Wang, 2005).

Yapılan bir diğ er boylamsal çalışmada, birikimli iş stresinin depresyon, anksiyete, somatizasyon, kronik yorgunluk ve psikotropik ilaç kullanımı gibi klinik sonuçlarla olan ilişkisi araştırılmıştır. 1986 çalışanı içeren ve 1 yıldan fazla s uren araştırma sonuçlarına göre, birikimli iş stresi ile belirlenen beş klinik sonuç arasındaki ilişkide, hem kadınlarda hem de erkeklerde, kademeli bir ilişki saptanmıştır. Erkekler arasında, başlangıç aşamasındaki stres etkisinin, kötü zihinsel sağlık durumu ile g   l  bir ilişki gösterdiği, bununla beraber en g   l  ilişkinin ise, kadınlarda, birikimli stres ile kötü sağlık durumu arasında olduğu tespit edilmiştir (Godin, Kittel, Coppieters ve Siegrist, 2005). 1985 ila 1993 yılları arasında, iki takip araştırmasını içeren çalışmada, Genel Sağlık Anketi ile ölçülen psikiyatrik bozukluklar ile iş karakteristikleri arasındaki ilişki çalışılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, düşük karar yetkisi (decision authority), yüksek iş talebi ve yüksek çaba-ödül dengesizliği, psikiyatrik bozukluk riskini  n görebilmektedir (Stansfeld, Fuhrer, Shipley ve Marmot, 1999).

Katılımcıların  ğretmenlerde oluştuğu kesitsel bir çalışmada, depresyon puanları ile yüksek iş stresi, düşük iş memnuniyeti, başkaları ( rn. Üstler, iş arkadaşları, öğrenciler, veliler) tarafından yeterince değer görmeme puanları arasında, yüksek düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır. Çalışma saati,  ğrenci sayısı ve okulla ilgili bir takım sorumluluklar almayı içeren iş yükü ile depresyon arasında ise bir ilişki saptanamamıştır (Jurado, Gurpegui, Moreno, Fern andez, Luna ve G lvez, 2005) Jex ve Heinisch, işe ilişkin stresörleri iş yükü, rol belirsizliği, rol  atışması ve kişilerarası çatışma olarak ele almışlardır. Her bir iş stresörü, depresyonla orta düzeyde pozitif bir anlamlılık göstermiştir (Heinisch ve Jex, 1997).

Travma sonrası stres bozukluğu ile iş stresi arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik ortaya konulan başka bir araştırmada, çoğunluğu acil serviste olmak üzere, 51 hastane çalışanı örneklem olarak yer almıştır. Örgütsel karakteristikler, hasta bakımı ve kişilerarası çatışma gibi iş stresi değişkenleri ile Travma sonrası stres bozukluğu arasındaki ilişkide yalnızca kişilerarası çatışma ile düşük düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Laposa, Alden ve Fullerton, 2003).

Başka bir araştırmada, uyku düzensizlikleri ve iş stresi arasındaki ilişki incelenmiştir. Yüksek iş talebi, düşük iş kontrolü, düşük işe bağlı sosyal destek, yüksek fiziksel y k, tek başına çalışmak (solitary work), iş hakkında düşünmeyi durduramama, kadın olma, evli olmama, 45 yaşından büyük olma, egzersiz yapmama, yüksek beden kitle indeksine sahip olma, ev işinin büyük kısmını üstlenmenin uyku

düzensizliklerinin güçlü yordayıcıları olduğu bulgulanmıştır (Akerstedt, Knutsson, Westerholm, Theorell, Alfredsson ve Kecklund, 2002).

Bu noktaya kadarki kısımda, klinik sonuçlar bağlamında, psikopatolojiler üzerindeki etkileri açısından iş stresi değişkenine analizlerinde yer veren çeşitli çalışma bulgularından bahsedilmiştir. İlerleyen kısımlarda ise, yine iş stresinin ama bu kez klinik sonuçlar bağlamında KKH ile ilişkisine yönelik yürütülen çalışma bulguları sunulacaktır.

İş stresi ve KKH arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda boylamsal çalışma vardır ve bu araştırmaların birbirleri ile çelişen sonuçlar ortaya koydukları görülmektedir. Yapılan boylamsal bir çalışmada, iş ortamındaki psikososyal faktörler ile KKH arasındaki ilişki incelenmiş ve hem kadınlarda hem de erkeklerde, düşük iş kontrolünün KKH açısından yüksek risk faktörü oluşturduğu tespit edilmiştir. İş talepleri ile iş ortamındaki sosyal desteğin ise, KKH için bir risk faktörü oluşturduğu saptanmamıştır (Bosma, Marmot, Hemingway, Nicholson, Brunner ve Stansfeld, 1997). Bir sene sonra, aynı çalışma içerisinde, bu kez hem çaba-ödül modeli hem de iş zorlanması modelinin KKH ile olan ilişkisi araştırılmıştır Bosma, Peter ve arkadaşları tarafından ortaya konulan bu çalışma aynı zamanda, her iki modelin KKH için bağımsız birer faktör olarak çalışıldığı alandaki ilk çalışmadır. Çalışma sonucunda, çaba ve ödül dengesizliği, KKH için yüksek derecede riskli bulunmuştur. İş zorlanması ve yüksek iş taleplerinin, KKH riski oluşturmadığı ancak düşük iş kontrolünün KKH riski ile güçlü bir ilişki ortaya koyduğu saptanmıştır (Bosma, Peter, Siegrist ve Marmot, 1998).

Bu bulguları destekleyen çeşitli çalışmalarda da iş zorlanması (düşük iş kontrolü ile yüksek iş talepleri) ile KKH arasında ilişki olduğu bulgulanmıştır (Kivimäki, Leino-Arjas, Luukkonen, Riihimäki, Vahtera ve Kirjonen, 2002; Kuper ve Marmot, 2003).

Çelişen sonuçlar ortaya koyan çalışmalar da söz konusudur. Erkekler ve kadınlar arasında, iş zorlanmasının KKH için bir risk faktörü olup olmadığını araştıran 10 yıllık takip çalışması sonucunda, hem erkek hem de kadınlar için, çalışanların yaşadığı yüksek iş gerginliğinin, KKH varlığı ve KKH' ye bağlı ölüm ile herhangi bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır (Eaker, Sullivan, Kelly-Hayes, D'Agostino ve Benjamin, 2004). Yine benzer bir çalışmada, 4 yıllık bir takip sonucunda, iş gerginliği ile KKH arasında bir ilişki tespit edilmemiştir (Lee, Colditz, Berkman ve Kawachi, 2002).

İş stresinin kardiyovasküler risk faktörleri ile olan ilişkisini araştıran bir çalışmada ise, iş stresi (iş talebi ve iş kontrolü) ile sigara içme, kan basıncı, lipit düzeyleri (total kolesterol, trigliserid, HDL kolesterol) ve homosistein arasındaki ilişki ele alınmıştır. Çıkan analiz sonuçlarına göre, iş kontrolü ile kolesterol, trigliserid, homosistein arasında, iş gerginliği modelini destekleyen bir ilişki söz konusudur. İş talebi ile sigara içme ve sistolik kan basıncı ilişkili bulunmuştur fakat iş talebi ile sistolik kan basıncı arasındaki ilişki beklenilenin aksine negatif yöndedir. Ayrıca, iş zorlanması (düşük iş kontrolü ve yüksek iş talebi) ile yüksek homosistein düzeyi arasında ilişki saptanmıştır (Kang, Koh, Cha, Park, Baik ve Chang, 2005).

Diğer bir çalışmada, psikososyal iş değişkenleri (psikolojik talepler, iş kontrolü ve sosyal destek) ile hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, aşırı kilo, sigara içme ve alkol tüketimi gibi kardiyovasküler risk faktörleri arasındaki ilişki araştırılmış ve diyabet dışında, psikososyal iş faktörleri ile diğer tüm risk faktörleri ilişkili bulunmuştur. Hem kadınlar hem de erkekler için, hipertansiyon düşük iş kontrolü ile ilişkili bulunurken, hiperlipideminin düşük iş kontrolü ile ilişkisi sadece kadınlar adına söz konusudur. Yine aynı şekilde, sigara içme ile yüksek psikolojik talepler, yüksek iş kontrolü ve yüksek sosyal destek sadece kadınlar için anlamlı ilişkilere sahiptir. Alkol kullanımının düşük iş kontrolü ile ilişkisi ise sadece erkekler arasında söz konusudur (Niedhammer, Goldberg, Leclerc, David, Bugel ve Landre, 1998). İş zorlanmasının risk faktörleri ile ilişkisinde de çelişkili bulgular söz konusudur. Örneğin, Alfredsson, Hammar ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları çalışmada, iş zorlanması (yüksek iş talepleri ve düşük iş kontrolü) ile serum total kolesterol ve plazma fibrinojen düzeyleri arasında bir ilişki bulgulanmamıştır (Alfredsson ve ark., 2002).

İş stresinin önemli bir sonucu olduğu bilinmesine rağmen iş memnuniyetini, bağımsız bir faktör olarak ele alan ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisini ortaya koymaya çalışan çok az sayıda araştırma vardır. İş memnuniyetinin kardiyovasküler risk faktörleri ya da kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm ile ilişkisini ortaya koymaya çalışan bu az sayıdaki çalışma, çoğunlukla kesitsel araştırma modeline dayanmaktadır ve çelişkili sonuçlar ortaya koymaktadır. Bu tablodan farklı olarak, İskoçya'da yapılan boylamsal bir araştırmanın sonuçlarına göre, erkekler için, iş memnuniyeti ve kardiyovasküler risk faktörleri (diyalostik kan basıncı, kolesterol, beden kitle indeksi, sigara içme, alkol tüketimi) arasında sınırlı bir ilişki söz konusu iken, kadınlar için herhangi bir ilişki söz konusu değildir. Ayrıca, işlerinden memnun

olmayan erkekler ve kadınların, düşük iş memnuniyeti durumları ile kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm riskleri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (Heslop, Smith, Metcalfe, Macleod ve Hart, 2002).

Birinci bölümde, genelde stres, özelde ise, iş stresi kapsamlı bir şekilde alınmıştır. Birinci bölümde vurgulandığı gibi, iş stresinin sonuçlarından biri olan kronik fiziksel hastalıkların bünyesinde en sık rastlanılan hastalıklardan biri KKH'dır. Bu çalışma bağlamında, bağımlı değişken olarak ele alınan KKH'nın, ikinci bölümde ayrıntılı bir şekilde ele alınması amaçlanmıştır.

II. KORONER KALP HASTALIĞI

"Kalp ve damar hastalıkları; KKH, serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon, periferik arter hastalığı, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve kardiyomiyopatileri kapsar" (Sağlık Bakanlığı, 2010: 5). Kalp ve damar hastalıkları, dünya genelinde, ölüm nedenlerinin en başında gelmektedir. 2008 yılında tahminen, 57 milyon kişi hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerin 7,3 milyonunu iskemik kalp rahatsızlıkları, 6,2 milyonunu ise, inme ya da diğer serebrovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2011). Türkiye'de ulusal düzeyde ölüm nedenleri arasında ilk sırayı, tüm ölüm nedenlerinin %47,73'ünü oluşturan kardiyovasküler hastalıklar almaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar grubunda, iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, romatizmal kalp hastalıkları, inflamatuvar ve hipertansif kalp hastalıkları yer almaktadır. İskemik kalp hastalığı, tüm ölümlerin %21,7'ini oluşturarak ilk sırada yer alırken, ikinci sırayı %15 ile serebrovasküler hastalıklar almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006: 5-8).

Kalp hastalıklarına ilişkin sınıflandırma ve tanımlamalarda çeşitli farklılıklar söz konusudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanımlamaya göre; kardiyovasküler hastalıklar, kalp ve kan damarlarında meydana gelen bozulmalardan kaynaklanan hastalık gruplarıdır. Bunlar; koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, periferik arter hastalığı, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, derin ven trombozu (kanın pıhtılaşarak, beyne iletilmemesi) ve pulmoner embolidir (Dünya Sağlık Örgütü, 2011).

Yukarıda da belirtildiği üzere, kalp rahatsızlıklarını sınıflandırma ve isimlendirme konusunda literatürde farklı bakış açıları görmek mümkündür. Söz gelimi, Türk Kardiyoloji Derneği'nin tanımlamasına göre, kronik koroner kalp rahatsızlığı, koroner

arter hastalığı adı altında yer almaktadır: Klinik koroner arter hastalığı 4 şekilde görülür:

1. Ani ölüm
2. Kronik koroner kalp hastalığı
3. Akut miyokard iskemisi sendromları
4. Konjestif kalp yetersizliği

Ani ölen koroner hastalarında, genellikle iki ya da üç damar hastalığı tespit edilir. Koroner kalp hastalığı ise, yukarıda tanımlanan sınıflandırmaya uygun şekilde, klinik olarak genellikle ilerleyen bölümlerde ayrıntılı bir şekilde ele alınacak olan angina pectoris eşliğinde görülmekle birlikte, sessiz miyokard iskemisi ile de görülebilmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği, 1999).

Daha genel bir sınıflandırma da Baltaş tarafından aşağıda görüldüğü üzere yapılmıştır.

Koroner kalp hastalığı klinik belirti olarak iki şekilde görülür:

1. Angina pectoris
2. (Akut) Miyokard infarktüsü (Baltaş ve Baltaş, 2011: 141).

A. ANGINA PEKTORIS

Tanım ve fizyopatoloji:

Koroner damarların bir ya da birkaçının daralması ve kalp kasının ihtiyacı olduğu oksijeni alamaması sonucu ortaya çıkan bir rahatsızlıktır (Baltaş ve Baltaş, 2011: 141).

Miyokard iskemisine bağlı semptomları tanımlamak için kullanılan angina pectoris, eğer haftalarca aynı sıklık ve şiddette devam ederse, stabil/kararlı angina pectoris tanımını alır. Başta yapılan tanıma paralel olarak, angina pectoris, özellikle kalp kasının oksijen tüketiminin arttığı durumlarda ortaya çıkar. Çevresel ve duygusal faktörlere bağlı olarak stabil angina da bazen semptomların içeriğinde değişiklikler gözlenebilir. Kalp kasının, egzersiz veya stresle artan oksijen gereksinimini karşılayamaz duruma geldiği zamanki koroner arterlerdeki daralmanın, en az %50-70 olması gerektiği kabul edilmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği, 1999).

Tanı:

Rahatsızlığın yeri, karakteri, süresi, egzersizle ilişkisi ve ortaya çıkarıcı - rahatlatıcı diğer faktörler çok önemlidir.

Rahatsızlığın yeri: Bedensel yansımaları açısından, genellikle göğüsten olmak üzere, epigastriumdan (karnın üst-orta bölgesi) alt çene veya dişlere kadar, omuzlar arasından, kollardan, el bileğinden, parmaklara kadar herhangi bir yerde hissedilebilir.

Karakteri: Yakınmalar arasında, baskı, ağırlık, boğulma sıkışma yanma yer alabilmektedir.

Süre: Genelde 10 dakikadan azdır ve kısa sürelidir.

Egzersizle ilişkisi: Yokuş yukarı çıkma gibi çaba gerektiren durumlarda, oksijen gereksinimi arttığı için problemler yaşanabilmektedir. Bunun yanında heyecan düzeyi yüksek önemli aktiviteler ve duygusal stres altında da risk yüksektir (Fox ve ark., 2006: 169-170).

Laboratuvar testleri ve özgül kardiyak testler tanı açısından önemlidir. Yalnızca kararlı angina pectoris hastalarda değil tüm iskemik hastalık durumunu düşündüren hastalarda, laboratuvar testlerine ilişkin aşağıda yer alan: açlık plazma glukozu ve total kolesterol, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL), düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) kolesterolünü içeren açlık lipid profili değerlendirilerek hastanın risk derecesi ve tedavinin gerekli olup olmadığı saptanmalıdır. Kardiyak testler içerisinde de istirahat EKG'si, EKG ile stres testi, görüntülemeyle kombine stres testi, istirahatta ekokardiyografi sıralanabilir (Fox ve ark., 2006: 171).

Tedavi:

Angina pectoris semptomlarının azaltılmasında ya da sona erdirilmesinde yaşam tarzı değişiklikleri, ilaçlar ve revaskülarizasyonun (yeni damarlar oluşturma) rolü bilinmektedir.

Genel Yaklaşım:

- a. Hastalar ve yakınlarına, tanıya ilişkin olası sonuçlar ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
- b. Çaba gerektiren aktivite sonrasında dinlenmeleri ve akut semptomları ortadan kaldırmak için dilaltı nitrat kullanımı önerilmelidir.

- c. Fiziksel aktivite, sigara, beslenme gibi alanları içeren yaşam tarzı gözden geçirilmelidir.
- d. Eş zamanlı ortaya çıkabilecek hipertansiyon, diyabet ve diğer hastalıklar tedavi edilmelidir

Farmakolojik tedavi:

- a. Düşük dozda aspirin
- b. Siklooksijenaz (COX)-2 inhibitörleri ve NSAID'ler
- c. Klopidoğrel
- d. Dipiridamol ve antikoagülanlar
- e. Lipid düşürücü ilaçlar (statin tedavisi)
- f. Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü tedavisi
- g. Hormon replasman tedavisi
- h. Beta-bloker tedavisi
- i. Kalsiyum kanal blokerleri

Miyokard revaskülarizasyonu:

Revaskülarizasyonun amacı, hayatta kalmayı, infarktüs olmadan hayatta kalmayı sağlamak veya semptomları azaltmak ya da kaldırmaktır. (Fox ve ark., 2006: 183-192).

Koroner Arter Bypass Cerrahisi:

Kalp kasının oksijen ihtiyacı ile bölgesel koroner kan akımı arasındaki uyumsuzluk tüm koroner arter hastalarında mevcuttur. Bu cerrahi yöntemde, revaskülarizasyon yoluyla, koroner kan akımı artırılarak ilgili dengesizlik giderilmeye çalışılır (Türk Kardiyoloji Derneği, 1999).

İskemiye engellemek, anginal semptomları geçirmek, yaşam ömrünü uzatmak, miyokard infarktüsüne engel olmak, sol ventrikül fonksiyonlarını korumak ve egzersiz toleransını geliştirmek, koroner arter bypass cerrahisinin hedefleri arasındadır (Türk Kardiyoloji Derneği, 1999).

Perkütan Koroner Girişim: Ameliyatsız, ciltten bir damar yoluyla girilerek koroner damarları açmada kullanılan girişimlerdir. Bunlar; balon anjiyoplasti işlemi ve koroner stenttir. *Balon anjiyoplasti işlemi*, koroner anjiyografi ile balon uygulaması uygun görülen durumlarda, daralmış veya tıkalı damarı açmak için yapılan tedavi girişimidir. Balon tedavisinde karşılaşılan bazı zorlukları gidermek ve açılan damarda daha iyi bir kan akımı sağlamak için *koroner stent*'ler geliştirilmiştir.

Diğer Perkutan Koroner Girişimler: Bunlar; darlığı yakarak açan *lazer*; çok yüksek devirle dönerek ucundaki küçük top üzerine yerleştirilmiş kristal çıkıntılarla darlığı açan rotablatör; darlıktaki pürüzlü yapıları keserek temizleyen aterektomi'dir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2012).

B. MİYOKARD İNFARKTÜSÜ

Tanım ve fizyopatoloji:

Miyokard İnfarktüsü, halk arasında kalp krizi olarak da bilinmektedir. Kalp kası dokusunun bir kısmının, uzun süre oksijensiz kalması sonucu ölmesidir. Damar sertleşmesi (aterosikleroz) sebebiyle, koroner damarlardan bir ya da ikisinde damarları yer yer daraltan plaklar vardır. Bu noktada tıkanma iki şekilde meydana gelir: Birincisi ve genelde görülen şekli, plaklar üzerinde pıhtı gelişimi ve damar boşluğunun aniden tıkanmasıdır. İkincisi ise, plak içinde kanama ile beraber, damar boşluğunun aniden tıkanmasıdır. Bu tıkanmalarla birlikte, kanda azalma ve bununla beraber yeterli kanı alamayan dokuda yıkım olmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2011: 141-142).

Tanı:

Tanı için ağrı, EKG, serum değerleri, koroner anjiyografi ve çeşitli klinik bulgular önemli göstergelerdir (Boydak, 2001: 379).

Ağrı: Ağrı da kendi içerisinde çeşitlidir. Klasik ağrı, angina pektoris'e göre daha şiddetli ve uzundur. Atipik ağrı ise, nokta şeklinde, bir şey batıyormuş hissi uyandıran, nadiren nefes kesici tipte nefes darlığı ve göğüs kemiğinin arkasında meydana gelen baskı hissi ile birlikte görülür. Bu iki tip dışında, bilinç kaybı, baygınlık gibi şikayetlerle başvuran hastalarda görülen ağrısız infarktüstten de bahsedilebilir.

Klinik bulgular: Şiddetli ağrı, bulantı, kusma, terleme, huzursuzluk, kalbin normal atım hızının altına inmesi ya da üzerine çıkması, aritmik nabız, şok durumu mevcutsa hipotansiyonu içermektedir (Boydak, 2001: 379).

Tedavi:

Akut miyokard infarktüsünün ideal tedavisi, müdahalelerin erken dönemde sağlanmasını gerektirir. Ağrının azaltılması, kalp durmasının önlenmesi ve tedavisi, hastane öncesi acilen yerine getirilmesi gereken müdahalelerdir. Acil servis aşamasında uygulanan tedavi yöntemleri ise; ağrıyı kontrol altına almak ve hastanın

rahatlamasını sağlamak, infarktüs alanını küçük tutmaya çalışmak, aritmiye bağlı ölümü önlemek, varsa komplikasyonları önlemektir (Türk Kardiyoloji Derneği, 1998).

Bu bölümün bu kısmına kadar, KKH'nın doğası ve klinik anlamda görülme şekillerinden bahsedilmiştir. Bu bölümün aşağıdaki son kısmında ise, KKH risk etmenleri özetlenecektir.

C. KORONER KALP RAHATSIZLIKLARI (KKH) RİSK ETMENLERİ

KKH risk faktörleri, kontrol edebildiğimiz faktörler ve kontrol edemediğimiz faktörler olarak iki grupta incelenebilir.

Kontrol edilebilir risk faktörleri:

Dislipidemi (Kandaki yağ miktarı bozuklukları)

Hipertansiyon

Diyabet ve prediyabet (Gizli şeker)

Fazla kilo ve obezite

Sigara kullanımı

Fiziksel aktivite yoksunluğu

Sağlıksız beslenme

Stres (Türk Kardiyoloji Derneği, 2002).

Kontrol edilemez risk faktörleri:

Yaş

Cinsiyet

Ailede koroner kalp hastalığı geçmişi (Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü, 2011).

İkinci bölümde, bu tez çalışması kapsamında, bağımlı değişken olarak yer alan KKH'nin ayrıntılı bir şekilde incelemesinin yapılması ile birlikte, araştırma dahilinde var olan bağımsız değişken (iş stresi) ve bağımlı değişkenlerin (klinik sonuçlar: KKH ve psikopatoloji semptomları) incelemelerine yer verilmiştir. Sırada yer alan üçüncü bölümde ise, iş stresi ile klinik sonuçlar arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörler incelemeye alınacaktır.

III. İŞ STRESİ ile KLİNİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Literatüre bakıldığında, iş stresi ile klinik sonuçlar arasındaki ilişkiyi etkilediği ön görülen çok sayıda değişken söz konusudur (Firth, 1989; Russell ve Frone, 1995; Frese, 1999). Bununla birlikte, literatürde, bu değişkenler arasında, kişilik yapılarının rolünü inceleyen araştırmalara da rastlanılmaktadır (Parkers, 1990; Jex ve Heinisch, 1997). Bu literatür bilgileri ışığında, bu bölümün ilk kısmında, kişilik kavramından kısaca bahsedilecek, özelde ise, bu araştırmada bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki rolü incelenen A-Tipi davranış örüntüsü ayrıntılı bir şekilde ele alınacaktır.

A. KİŞİLİK

Önceden de bahsedildiği gibi, iş stresi ile klinik sonuçlar arasındaki ilişkiyi etkileyen değişkenler arasında, kişiliğin önemli bir yeri vardır. Söz gelimi, iş stresi ve klinik sonuçlar arasında kişiliğin biçimlendirici etkisini araştıran iki çalışmada da negatif duygulanımın biçimlendirici etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir (Parkers, 1990; Jex ve Heinisch, 1997). Ancak, bu çalışma kapsamında, bağımlı değişken olarak yer alan KKH'nin genelde A-Tipi davranış örüntüsü ile ilişkilendirilmesi ve çalışmaların bu ekseninde oluşturulması nedeniyle, kişilik ve kişiliği temel alan araştırmalardan bahsetmek yerine, A-Tipi davranış örüntüsünün ayrıntılı bir şekilde ele alınması amaçlanmıştır.

1. A-Tipi Davranış Örüntüsü

1950'li yıllarda, Friedman ve Rosenman, belirli davranışsal kalıpların koroner arter rahatsızlıklarını arttırıcı etkisi olduğunu ileri süren ilk araştırmacılarıdır. Bu iki araştırmacı, A-Tipi davranış örüntüsünün miyokard infarktüsünün yordayıcısı olduğunu ortaya koymuşlardır (Kop ve Krantz, 2007: 119).

Friedman ve Rosenman, belirli davranışsal kalıpların koroner kalp rahatsızlığıyla olan olası ilişkisini, 1959'da önermelerine rağmen, A-Tipi davranış örüntüsünün kalp rahatsızlıkları üzerindeki rolü ancak 1980'li yıllara doğru tıbbi alanda kabul görmeye başlamıştır. 1978 yılında, 25 seçkin araştırmacı (kardiyolog, psikolog, epidemiyolog) bir panelde toplanarak A-Tipi davranış örüntüsünün literatürdeki yerini incelediklerinde çıkan sonuç, A-Tipi davranış örüntüsünün, koroner kalp rahatsızlıkları için ciddi bir risk faktörü olduğuydu (Friedman, 1980: 10).

A-Tipi davranış örüntüsü, kendi yeterliliklerini değerlendirmede sorun yaşayan ya da pek istekli olmayan kişilerin sergiledikleri eylem ve duyguların karışık örüntüsüdür. Bu tip kişiler, kendilerinden üstün olarak gördükleri kişilerin (örn. amirler) değerlendirmeleri ekseninde kendilerini yargılamaya eğilimindedirler, diğer insanların gözünde kendilerini yüceltmeye yönelik amaçları barındırırlar. Başarı olarak, nitelikten çok, nicelik önemlidir; öz saygı kavramları, sahip oldukları statüye endekslidir (Friedman, 1980: 10).

Friedman ve Rosenman'ın A-Tipi davranış örüntüsü kavramsallaştırması, öfke, hostilete, saldırganlık (aggressiveness), rekabet, zamanla yarış, sürekli tetikte olma, sabırsızlık, ses tonunun yüksek oluşu, başarı motivasyonu ve yüz kaslarında gerilme gibi fizyolojik, psikolojik ve davranışsal kavramları içermektedir (Rebollo ve Boomsma, 2006: 437).

A-Tipi kişilik ya da A-Tipi davranış gibi çeşitli tanımlamalar literatürde sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Bu çalışmada, A-Tipi olmaktan kasıt, bilindik kişilik özelliklerinden ziyade, daha çok belirli davranışsal özellikler grubuna vurgu yapmaktır. Bu nedenle ifade olarak, "A-Tipi davranış örüntüsü" kullanılmaktadır.

Literatüre bakıldığında, A-Tipi davranış örüntüsü ile birlikte B tipi davranış örüntüsünün sıklıkla anıldığını görmekteyiz. B tipi davranış örüntüsünün ve A-Tipi davranış örüntüsünün farklı birer davranış tipleri olarak algılanması, bu karşılaştırmaların yapılmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Ancak Burger, bu tip bir kategorik ayırmadan ziyade, boyutsal bir bakış açısına vurgu yapar; bir uçta aşırı A-Tipi insanların, diğer uçta ise aşırı B tipi insanların olması daha uygun bir anlayıştır (Burger, 2006: 300).

"A-Tipi kişisi, zorlukların üstesinden gelmek ve başarmak için güdülenmiştir. Rekabetten, iktidar ve tanınırlılık kazanmaktan hoşlanırlar, çabuk öfkelenip harekete geçerler. Zamanlarını boşa harcamaktan hoşlanmaz, işlerini bir an önce iyi bir şekilde yapmak isterler. A-Tipi insanlar, kendilerinden daha rahat insanları bir engellenme kaynağı olarak görürler. Öte yandan, B tipi insanlar daha rahat ve aceleci olmayan kişilerdir. Bazen çok çalıştıkları olur; ama A-Tipi insanlar kadar kendilerini baskı altına sokmazlar. Bu insanlar, A-Tipi kadar rekabetçi değildir, kolay öfkelenip harekete geçmezler. A-Tipi ve B tipi olarak sınıflandırılan insanların hepsi bu tanımlara birebir uymayabilir, insanların bazen A tipi bazen de B tipindeki gibi davranacağı durumlar da olabilir" (Burger, 2006: 300).

Bu noktaya kadar, A-Tipi davranış örüntüsü incelenmiştir. Bu bölümün ilerleyen kısımlarında ise, A-Tipi davranış örüntüsünün, araştırma dahilinde yer alan diğer tüm değişkenlerle ilişkisini ortaya koymaya yönelik yapılan çalışmalardan bahsedilecek ve son olarak, iş stresi ve klinik sonuçlar arasındaki ilişkide, A-Tipi davranış örüntüsünün rolünü inceleyen araştırma bulgularına yer verilecektir.

a) A-Tipi Davranış Örüntüsü ve KKH

A-Tipi davranış örüntüsü ile KKH arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar incelendiğinde, birbirleriyle çelişik bulguların olduğu görülmektedir.

2008 yılında yapılan bir meta analiz çalışmasında, öfke ve hostilitenin, KKH ile ilişkisini boylamsal yöntemle araştıran çalışmalar incelemeye alınmıştır. Başlangıçta sağlıklı olan katılımcılarla çalışan 25 boylamsal araştırma ve başlangıçta koroner kalp hastalığına sahip olan katılımcılarla çalışan 19 boylamsal araştırma tespit edilmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda, başlangıçta sağlıklı katılımcılarla çalışan araştırmalarda, öfke ve hostilite, artmış KKH ile ilişkili iken, hasta katılımcılarla çalışan araştırmalarda, öfke ve hostilitenin, koroner kalp hastalığının zayıf iyileşme göstergeleri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Başlangıçta sağlıklı olan katılımcılarla çalışan araştırmalarda, öfke ve hostilitenin KKH'ye yönelik zararlı etkileri, erkeklerde, kadınlarla karşılaştırıldığında daha güçlü etkiye sahiptir (Chida ve Steptoe, 2009).

936 koroner arter hastasının ortalama 15 yıllık takibi sonucunda, hayatta kalma ile hostilitenin negatif bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Hostilite puanları yüksek hastaların hayatta kalma ihtimallerinin, diğer hastalara göre daha zayıf olduğu bulgulanmıştır (Boyle, ve ark., 2004).

Gallacher ve arkadaşları tarafından yapılan bir boylamsal çalışmada ise, yazarlar sonuçları değerlendirdiğinde, A-Tipi davranış örüntüsünün, ilerleyen dönemlerde KKH'nin (ya da koroner bir durum) meydana gelip gelemeyeceğinden ziyade, ne zaman ortaya çıkabileceğini daha güçlü bir şekilde kestirebildiğini ileri sürmüşlerdir (Gallacher, Sweetnam, Yarnell, Elwood ve Stansfeld, 2003).

Yapılan başka bir araştırma sonucunda da içerisinde sinizmi, hostiliteyi ve bastırılmış öfkeyi barındıran A-Tipi davranış örüntüsünün, kardiyovasküler hastalıklar için tehlikeli bir davranış örüntüsü olduğu ortaya konulmuştur (Wielgosz ve Nolan, 2000).

Japon hastalar arasında, A-Tipi davranış örüntüsünün koroner arter spazmı ile ilişkisini incelemeye yönelik yapılan bir araştırmada, spazm geçiren erkeklerin, fokal spazm geçirmeyen erkeklere göre, A-Tipi davranış örüntüsü skorlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu tip bir ilişki ise, kadınlar arasında söz konusu değildir (Hori, Suzuki ve Hayano, 1996).

A-Tipi davranış örüntüsünün KKH ve risk faktörleri ile ilişkisini ele alan çok sayıda araştırma olduğu gibi, böyle bir ilişkinin olmadığını tespit eden çok sayıda araştırma da mevcuttur.

Japonya’da yapılan bir araştırmada, A-Tipi davranış örüntüsünün koroner arter hastalığı ile bir ilişkisinin olmadığı ortaya konulmuştur (Hayano, ve ark., 1997).

Yine aynı şekilde başka bir araştırmada, hostilitenin kardiyovasküler ölümlerle herhangi bir ilişkisinin olmadığı tespit edilmiştir (Surtees, Wainwright, Luben, Day ve Khaw, 2005).

2008 yılında, Asya örneklemini üzerinde yapılan bir çalışmada ise, beklenen aksine, erkekler arasında, düşük A-Tipi davranış örüntüsünün, artmış koroner kalp hastalığı riski ile ilişki olduğu bulunmuştur (Ikeda, Iso, Kawachi, Inoue ve Tsugane, 2008).

Önceki bölümlerde bahsedildiği gibi, sigara ve alkol kullanımı KKH için önemli risk etmenlerindendir. Bu iki risk faktörünün düşmanca düşünce (hostile thoughts) ve davranışla (hostile acts) ilişkisini araştıran bir çalışmada, kadınların ve erkeklerin sahip oldukları düşmanca düşüncelerin, alkol kullanımını tahmin etmede bağımsız bir faktör olarak rol oynadığı, erkeklerin sahip olduğu düşmanca davranışların ise, sigara kullanımını bağımsız bir şekilde öngörebildiği tespit edilmiştir. Kadınların sahip olduğu düşmanca düşüncelerin ise, sigara kullanımını bağımsız bir faktör olarak öngörebildiği bulgulanmıştır (Whiteman, Fowkes, Deary ve Lee, 1997).

Yapılan başka bir çalışmada, global A-Tipi davranış örüntüsü ve bileşenlerinin (zaman baskısı ve rekabetçilik), çeşitli psikosomatik hastalıklarla olan ilişkisi araştırılmıştır. Araştırma sonucunda, global A-Tipi davranış örüntüsü ve bileşenlerinin, çeşitli sağlık problemleri ile ilişkili oldukları tespit edilmiştir.

b) A-Tipi Davranış Örüntüsü ve İş Stresi

Singapur'da yapılan araştırma sonuçlarına göre, A-Tipi davranış örüntüsüne sahip kişiler, B tipi davranış örüntüsüne sahip kişilere göre daha fazla iş stresi algılamaktadır. A-Tipi davranış örüntüsüne sahip kişiler, hem rol belirsizliğini hem de iş ortamında rekabetin olmayışını, B tipi davranış örüntüsüne sahip kişilere göre daha fazla stres verici olarak ifade etmişlerdir. Ayrıca, davranış tiplerinden bağımsız olarak, tüm katılımcılar, aşırı iş yükünü en büyük iş stresi kaynağı olarak ifade etmişlerdir. A-Tipi bireyler, rol belirsizliğini ikinci büyük stres kaynağı olarak belirtirken, B tipi bireyler ise, çalışma arkadaşları ile aralarındaki zayıf ilişkileri, ikinci büyük stres kaynağı olarak bildirmişlerdir (Ho, 1995).

Yapılan başka bir çalışmada, A-Tipi davranış örüntüsüne ve dış kontrol odağına sahip bireylerin, B tipi davranış örüntüsüne ve iç kontrol odağına sahip bireylere göre, daha yüksek stres düzeyine (özellikle kişilerarası ilişkiler açısından) ve daha düşük iş memnuniyetine sahip oldukları tespit edilmiştir (Kirkcaldy, Shephard ve Furnham, 2002).

A-Tipi bireylerin daha düşük iş memnuniyeti gösterdikleri yukarıdaki çalışmada bahsedildiği gibi, araştırmacılar tarafından genellikle beklenen bir durumdur ancak literatürde bu hipotezle çelişen araştırmalar da söz konusudur.

A-Tipi davranış örüntüsü ile B tipi davranış örüntüsü arasındaki algılanan stres düzeyi farklılıklarını ortaya koymaya çalışan başka bir çalışmada, beklenildiği gibi A-Tipi davranış örüntüsüne sahip kişilerin, daha fazla işe katılım (job involvement) gösterdikleri, örgütsel bağlılıklarının daha güçlü olduğu (organizational commitment) tespit edilmiştir. Ancak beklenen aksine, iş memnuniyeti düzeylerinin B tipi davranış örüntüsüne sahip kişilere göre daha az değil, onlarla benzer olduğu bulgulanmıştır (Sager, 1991).

A-Tipi davranış örüntüsünün, başarı uğraşı (achievement striving) boyutu ile sabırsızlık/çabuk öfkelenme (impatience and irritability) boyutunu inceleyen bir çalışmada, sabırsızlık/çabuk öfkelenme boyutu ile iş stresörlerine ait örgütsel sınırlılıklar ve kişilerarası çatışma boyutu pozitif yönde ilişkili iken, otonomi, rol belirsizliği, rol çatışması ve aşırı iş yükü ile arasında herhangi bir ilişki söz konusu değildir. Başarı uğraşı boyutu ile iş stresörleri arasındaki ilişkiye baktığımızda ise, rol belirsizliği ve rol çatışması ile negatif yönde, aşırı iş yükü ile de pozitif yönde bir ilişkiden bahsedebiliriz. Başarı boyutunun, otonomi, örgütsel sınırlılıklar ve

kişilerarası çatışma ile de herhangi bir ilişkisi söz konusu değildir. Ayrıca, A-Tipi davranış örüntüsüne ait her iki boyutun da iş memnuniyeti ile aralarında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir (Spector ve O'Connell, 1994).

Berk ve Shalk'ın 1997 yılında yaptıkları çalışmada, A-Tipi davranış örüntüsünün aşırı iş yükü ile pozitif yönde ilişkiye sahip olduğu ancak role bağlı stres ile herhangi bir ilişkisinin olmadığı ortaya konulmuştur (Van den Berg ve Schalk, 1997).

255 Alman ve Britanyalı yönetici üzerinde yapılan başka bir araştırmada, kişilik özelliklerinin (A-Tipi davranış ve kontrol odağı), iş stresi, iş memnuniyeti ve genel sağlık üzerine olan etkileri incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, kişilik, iş memnuniyeti ve genel sağlık arasında herhangi bir anlamlı ilişki tespit edilememiştir. En çok iş memnuniyetine sahip kişiler, A-Tipi davranış örüntüsü ve iç kontrol odağına sahip bireyler olmakla beraber, bu kişiler aynı zamanda diğerlerine göre, fiziksel ve zihinsel sağlık açısından daha iyi durumdadırlar. Ancak bu durum sadece Britanyalı yöneticiler için geçerlidir. Tüm yöneticiler açısından bakıldığında, ortak özellikleri dış kontrol odağına sahip olmak olan A ve B tipi davranış örüntüsüne sahip kişilerin, zihinsel sağlık durumları diğerlerine göre daha iyidir. Bununla birlikte, yalnızca hem B tipi davranış örüntüsüne hem de dış kontrol odağına sahip kişilerin fiziksel semptomları diğerlerine göre daha iyidir. Son olarak ise, hem A-Tipi davranış örüntüsüne hem de iç kontrol odağına sahip kişiler, en iyi sağlık göstergelerine sahiptir (Kirkcaldy, Cooper ve Furnham, 1999).

c) A-Tipi Davranış Örüntüsü ve Psikopatoloji Semptomları

Yakın zamanda, lise öğrencilerinden oluşan bir örneklem üzerinden hareketle ortaya konulan çalışmada, yüksek düzeyde depresyona sahip çocukların mükemmeliyetçiliğe, A-Tipi davranış örüntüsüne, düşük benlik saygısına ve çeşitli sağlık semptomlarına sahip oldukları bulunmuştur. A-Tipi davranış örüntüsünü, rekabet, sabırsızlık, acelecilik, hostilite ve kontrol boyutları üzerinden ele alan araştırmada, ayrıca, A-Tipi davranış örüntüsü ile psikosomatik semptomlar (örn. baş ağrısı, karın ağrısı) arasında ise bir ilişki tespit edilememiştir (Flett, Panico ve Hewitt, 2011).

28 yıllık süreci içerisine alan bir boylamsal araştırma sonuçlarına göre de A-Tipi davranış örüntüsüne sahip kişiler, yüksek düzeyde psikolojik huzursuzluk yaşamaktadırlar. Bu tablo, hem 1972 yılı hem de 2000 yılı için geçerlidir, kısacası

hem kesitsel hem de boylamsal açıdan aynı sonuca ulaşılmıştır (Søgaard, Dalgard, Holme, Røysamb ve Haheim, 2008).

Olumsuz duygular ile A-Tipi davranış örüntüsü arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan başka bir araştırmada, olumsuz duyguları ölçmek amaçlı çeşitli ölçekler kullanılmıştır. Bu ölçeklerden elde edilen boyutlar; iş gerilimi, somatik gerilim, genel yorgunluk, tedirginlik (uneasiness), işle ilgili depresif duygudurum, durumluk kaygı (state anxiety) ve sürekli kaygıdır (trait anxiety). A-Tipi davranış örüntüsü ise, hız ve sabırsızlık, işe katılım ve rekabetçilik (hard-driving ve competitiveness) boyutlarından oluşurken, aynı zamanda A-Tipi ve B tipi davranış örüntülerini birbirlerinden ayırt edebilmek amacıyla, Global A-Tipi Ölçeği kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, A-Tipi davranış örüntüsünün, hız ve sabırsızlık boyutu, işle ilgili depresif duygu durum ile negatif yönde olmak üzere, tüm duygusal huzursuzluk boyutları ile pozitif yönde ilişkilidir. A-Tipi davranış örüntüsünün, işe katılım boyutu, işle ilgili depresif duygu durum ve iş gerilimi ile pozitif, durumluk-sürekli kaygı ölçeği puanları ile negatif yönde ilişkilidir. Rekabetçilik ise, duygusal huzursuzluğun hiçbir semptomu ile ilişkili değildir (Mellam ve Espnes, 2003).

Zaman baskısı, hostilite ve rekabetçilik bileşenlerinden oluşan A-Tipi davranış örüntüsünün, intiharla olan ilişkisi, bir grup üniversite öğrencisi üzerinde araştırılmıştır. A-Tipi davranış örüntüsüne sahip öğrencilerin, A-Tipi davranış örüntüsüne sahip olmayan öğrencilere göre daha fazla intiharı düşündükleri ya da daha fazla intihar eyleminin içerisinde bulundukları tespit edilmiştir (Innamorati ve ark., 2006).

d) İş Stresi ve Klinik Belirtiler Arasındaki İlişkide, A-Tipi Davranış Örüntüsünün Rolü

İş stresinin klinik sonuçlar ile ilişkisinde A-Tipi davranış örüntüsünün rolünü inceleyen çok az sayıda araştırma mevcuttur. 2005 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada, A-Tipi davranış örüntüsü iki kısımdan oluşmaktaydı. Bunlar; kişileri A-Tipi ve B tipi olmak üzere ayıran global A-Tipi davranış örüntüsü ile zaman baskısı ve rekabetçilik boyutlarıydı. Analiz sonuçlarına göre, iş stresinin, tükenmişlik ve çeşitli sağlık problemleri (örn. baş ağrısı, mide bulantısı, gerginlik gibi psikosomatik rahatsızlıklar) ile ilişkisinde, global A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, A-Tipi davranış örüntüsüne sahip

bireylerin, B tipi davranış örüntüsüne sahip bireylere göre, iş stresinin olumsuz sonuçlarından daha fazla etkilendiği bulgulanmıştır (Jamal, 2005).

Bulguları, yukarıdaki araştırma ile çelişen, 1985 yılında ortaya konulan başka bir araştırmada, iş stresinin psikolojik rahatsızlıklar ile olan ilişkisinde, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisi olduğuna dair herhangi bir kanıt ortaya konulamamıştır (Hurrell, 1985).

Başka bir araştırmada, A-Tipi davranış örüntüsü, aşırı iş yükü, role bağlı stres ve iyi olma (well being) arasındaki ilişki incelenmiştir. A-Tipi davranış örüntüsünün, iyi olma hali ile ilişkisinde, aşırı iş yükünün kısmen aracı role sahip olduğu ayrıca, yine aşırı iş yükünün bahsi geçen ilişkide biçimlendirici role sahip olmadığı bulgulanmıştır (van den Berg ve Schalk, 1997).

Bu kısma kadar, bu çalışma kapsamında yer alan bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki rolü incelenen değişkenlerden olan A-Tipi davranış örüntüsü ele alınmıştır. Yine bu bölümün, sıradaki ikinci kısmında ise, aynı ilişkide bu kez sağlık psikolojisi açısından, KKH'nin risk faktörlerinden riskli sağlık davranışlarının en önemli yordayıcıları arasında gösterilen sağlık inançlarına değinilecektir. Bu amaç doğrultusunda, sağlık davranışı kavramına geçmeden önce, sağlık ve hastalık kavramları açıklanacak, sağlık psikolojisi alanından kısaca bahsedilecektir. Sağlık davranışının öncülünü oluşturan temel noktalar aydınlatıldıktan sonra, sağlık davranışının doğasına dair açıklamalara yer verilecek, sağlık davranışlarının açıklanmasında temel alınan güncel sağlık davranış modellerine değinilecek ve sonra olarak ise, sağlık davranışları/inançları ile bu tez çalışması kapsamında ele alınan diğer değişkenlerin incelendiği araştırma bulgularından söz edilecektir.

B. SAĞLIK VE SAĞLIK DAVRANIŞLARI

Bu bölümde, doğrudan sağlık davranışlarına geçmeden önce, sağlık ve hastalık kavramları ele alınacaktır.

1. Sağlık ve Hastalık

Hastalığın, hücrelerin bozulmasından kaynaklandığı görüşünün hâkim olması ile birlikte, bu görüşün temsilcisi olan Biyomedikal Model ya da diğer adları ile Hastalık Modeli veya Mekanik Model, tahmin edileceği üzere hastalıkları, tamamen fizyolojik etkenlerin bir sonucu olarak kavramsallaştırır (Okuyuz, 1999: 3). Modele göre, dışarıdan gelen bir ajan vardır ve bu ajan fizyolojik faaliyetleri aksatır veya bozar;

bunun sonucunda hastalık meydana gelir (Baltaş, 2008: 32). Genel manada ve kısaca biyomedikal modeli tanımlayacak ve özetleyecek olursak; “bedenle ruhun (zihninin) ayrı ayrı çalıştığını ve hastalığın, bedende işlev kaybına yol açtığını savunan bir sağlık modelidir” (Budak, 2005: 151).

Sağlığın ve hastalığın tanımında meydana gelen zorunlu değişikliklerle birlikte, sağlığın sadece fizyolojik boyutuna vurgu yapan Biyomedikal Modeli de içine alarak Dünya Sağlık Örgütü, 1948 yılından bu yana, aynı sağlık tanımını sürdürmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre sağlık; “sadece sakatlığın veya hastalığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal, sosyal tam bir iyilik halidir” (Dünya Sağlık Örgütü, 2011). Böyle bir tanımsal evrimle, eski modelin kavramları ortadan kaldırılmamış, bakış açısı, biyolojik vurgu ile birlikte aynı zamanda psikolojik, sosyal ve kültürel etmenleri de içerisine alarak genişletilmiştir.

Özelde sağlığı ve hastalığı, genel çerçevede hastayı ve insanı daha geniş bir yelpazede anlamaya çalışma yönündeki eğilim, Engel’in 1977’de biyopsikososyal model anlayışını, bilimsel anlamda tanımlaması ile devam etmiştir. Bu tanımlamaya göre, biyolojik alt sistemler, kendi aralarında etkileşim halinde daha başarılı ve karmaşık yapılar oluştururken, aynı zamanda sosyal ve psikolojik etkenlerle de sürekli etkileşim halindedir. Engel’e göre, kişilerin içinde bulunduğu duygusal durum, hayata bakış açıları, hastalığa yönelik tutum ve davranışları ve etkileşim halinde oldukları sosyal bağlam, hastalığın biyolojik yönünde farklılıklara sebebiyet verebilmektedir (Akt., Akman ve Uncu, 2004: 75-76).

Biyolojik faktörler: Genetik ve davranışı kapsar.

Psikolojik faktörler: Bilişsel, davranışsal ve duygusal boyutlardır. Sağlığı ve hastalığı etkileyen biliş, davranış, duygu, kişilik, baş etme tarzları gibi düzeyleri kapsar.

Sosyal faktörler: Sosyal sistem, değer ve imkânları içerir (örn. devlet, iş, aile, bakım alabilme, bakımın kalitesi) (Akman ve Uncu, 2004: 76).

Sağlıkla ilgili tanımların, çeşitli bakış açıları ile değişimini, modeller üzerinden kısaca inceledikten sonra, günümüzde sağlık tanımlamalarının içerisinde yer alan kavramlara göz attığımızda, bu öğelerin fiziksel, ruhsal, toplumsal ve genel sağlık algısını içerdiğini görmekteyiz. Bloom’a göre, fiziksel sağlık, öznel bakım, egzersiz gibi yönleri içeren fiziksel aktivitelerin önem kazandığı bir durumken, ruhsal sağlık ise, sadece olumsuz bir ruh halinde olmama değil aynı zamanda iyi hissetme, iyi olma halidir ve düşünce ve duygu düzleminde iyi oluşu simgeler. Toplumsal

sağlıktan kasıt, kişilerarası etkileşimin, toplu yaşam tarzlarının (örn. aile, iş) niteliğidir. Sosyal etkinliklerin sıklığını, niteliğini kapsar; tüm bu etkinlik ve ilişkilerden alınan doyumla paralellik gösterir. Genel sağlık algısı ise, bireyin, hem genel anlamda hem de bireysel anlamda, sağlığa ve hastalığa olan bakış açısı ve ona yüklediği anlamdır (Akt., Okyayuz, 1999: 8).

İyilik halinin tanım ve doğasında yer alan bu bütüncül bakış açısını, Witmer ve Sweeney (1992) tarafından oluşturulan bütüncül bir model üzerinden incelemek mümkündür. Psikoloji, antropoloji, sosyoloji, din ve eğitim alanlarının teorik kavramlarıyla işbirliği içinde oluşturulan modelin, deney ve araştırma sonucu elde edilen verileri, kişilik, sosyal psikoloji, klinik psikoloji ve sağlık psikolojisi alanları ile birleştirilmiştir. Modele göre, iyilik hali, beş temel görev aracılığı ile açıklanabilir. Bunlar; tinsellik (spirituality), öz düzenleme (self-regulation), çalışma, sevgi ve arkadaşlıktır. Bu görevler, aile, toplum, din, eğitim, devlet, basın ve iş/endüstri dünyası ile etkileşim halindedir. Bütüncül modelin merkezinde tinsellik yer alır. Tek/bütün olmak, amaç sahibi olmak, iyimserlik ve değerler, tinselliğin içinde yer alan bir takım özelliklerdir. İkinci görev olan öz düzenleme, değerli olma duygusunu, kontrol duygusunu, gerçekçi inançları, kendiliğinden ve duygusal yanıt verebilmeyi, entelektüel uyarılma, problem çözme ve yaratıcılığı, espri anlayışını ve son olarak fiziksel zindelik ve beslenmeyi içerir. Üçüncü görev olan çalışma, sadece ekonomik işlevselliğe değil, psikolojik ve sosyal işlevselliğe de sahip olmalıdır. Arkadaşlık ise, kişiyi insan toplulukları ile buluşturmada önemli bir yere sahiptir. Sevgi, evlenme veya samimi arkadaşlıklar kurma işlevi sayesinde, kişiyi güven ve yardımseverlik gibi temel ihtiyaçlarla buluşturup iyilik halinin büyüüp gelişmesine olanak sağlar (Witmer ve Sweeney, 1992: 140-146).

Sağlık boyutlarının daha geniş bir çerçevede ele alınması ve sosyal alanla karşılıklı etkileşim halinde olacak şekilde ortaya konulması, hastalık kavramı için de aynı perspektifi gerektirmiştir. Tıpkı sağlık gibi hastalığın da biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutu vardır. Gerek literatürde gerekse konuşma dilinde, hastalık denilince çok farklı anlamların kastedildiğini görmekteyiz. Bu sebeple, hastalığın kendi içinde çeşitli bileşenleri olabileceğini öne süren çeşitli araştırmacılar vardır. Hastalık denildiğinde neyin kastedildiğini ya da neyin vurgulandığını daha iyi anlama adına Andrew Twaddle 1967 yılında, üçlü bir formül önermiştir. Twaddle'a göre disease (nesnel, tıbbi hastalık); "fiziksel yeterlilikte mevcut ya da potansiyel azalma ile sonuçlanan fizyolojik işlev bozukluğunu ve/veya azalmış yaşam beklentisini içeren

bir sağlık problemidir.” İlness (öznel hastalık) ise; “öznel bir şekilde arzu edilmeyen olarak yorumlanan bir sağlık problemidir. Öznel duygu durumları (örn. acı, güçsüzlük), bedensel işlevselliğin yeterliliğine yönelik öznel algıları ve/veya yetkinlik duygularını içerir.” Sickness (hastalığın sosyal yönü) ise; “bir sosyal kimliktir. Bu sosyal kimlik, bireyin sosyal aktivitelerine bağlı olarak başkaları tarafından tanımlanan kişinin sağlıksız oluşu ya da sağlık problemi/problemleridir.” Disease, öznel deneyimler ve sosyal bağlamdan bağımsız organik bir terimdir. Objektif unsurlarla ölçülebilir. İlness, genel olarak semptomlara yönelik atıfları içeren öznel bir duygu, yaşantıdır. Kişiyi doğrudan gözlemleyerek ya da ölçüm araçları ile dolaylı yoldan bilgi elde edinilebilir. Sickness ise, kurallar ve görevlerle örölmüş sosyal bağlama özgü bir terimdir. İçinde bulunulan sosyal çevrenin kural ve standartları temel alınarak kişinin performansını gözlemlemek, sickness hakkında bilgi verebilir (Akt., Hofmann, 2002: 652-653).

Sağlık ve hastalık kavramlarına değinildikten sonra, bu bölümün devamında, sağlık psikolojisi alanı ile ilgili açıklamalara yer verilecektir.

a) Sağlık Psikolojisine Olan Gereksinim

Sağlık ve hastalık tanımlamalarındaki değışimle beraber, üzerinde durulması gereken alanlar da genişlemiştir ve ilgi, tıbbi alanlara ek olarak diğer disiplinlere yönelmiştir. Birçok farklı alanı dikkate alma ve ortak çalışma zorunluluğu, son elli yılda psikolojinin en hızla gelişen alt alanını, sağlık psikolojisi alanını, ortaya çıkarmıştır (Okyayuz, 1999: 6).

Etiyolojide, davranışsal risk faktörlerinin açık bir şekilde yer alması ile birlikte, kronik kalp rahatsızlıkları, kanser, diyabet gibi hastalıklar, yaşam biçimi ile doğrudan ilişkili olarak görölmeye başlandı. Böylelikle dikkat, ajanlarla yakından ilişkili çevresel faktörlerden ziyade, sağlık davranışlarına yöneldi. Sağlık psikologlarının, artan bir ilgiyle, insanların, risk faktörleri ile karşılıklı etkileşimlerini tanımlamaya çalışmaları, sağlığı koruma çalışmalarının, çevresel araştırmalardan ziyade bireysel davranışlara yönelmesini gerekli kılmıştır. Sağlık psikolojisi araştırmaları doğrultusunda, sağlık davranışları, sağlık hizmetinden yararlanma, sosyal faktörler (örn. sosyal destek) ve psikolojik faktörler (örn. hostilite, depresyon), kronik hastalıkları öngören kavramlar olarak tanımlanmaya başlamıştır. Bu araştırmalarla beraber, bu öncöl faktörlerin, kişinin içinde bulunduğu coğrafya, gelişimsel süreç, mesleki ve sosyal çevre ile

ayrılmaz bir bütünlük içinde olduğu açık bir şekilde tespit edilmiştir (Taylor ve Repetti, 1997: 412-413).

(1) Sağlık Psikolojisi Alt Alanları

Sağlık psikolojisi, diğer uzmanlık alanları (örn. tıp, hemşirelik, sosyal hizmetler) ile gerek teorik gerek pratik düzlemde yakından ilişkili olan disiplinler arası bir alandır. Psikoloji biliminin çok sayıda alt alanları (örn. klinik psikoloji) ve mesleki aktiviteleri ile örtüşen (örn. psikoterapi) bir oluşumdur. Her bir alt alan ve mesleki aktivitenin, birbirlerinden bağımsız prensip ve uygulamaları olmasına rağmen, sağlık psikolojisi ile ortak paydada olmalarını sağlayan çeşitli amaçlar söz konusudur. Bu amaçlar:

- a. Yaşam kalitesini ve sağlıklı yaşamı iyileştirme ve sürdürme
- b. Psikolojik müdahaleler aracılığıyla, sağlık, hastalık, maluliyet, engel ve bozulmaya sebebiyet verebilecek koşullara yönelik koruma ve geliştirme
- c. Ulusal çevrelerce ortaya konmuş etik yönergelere uyum (Marks, Sykes ve McKinley, 2003: 8).

Sağlık psikolojisi içerisinde, zihinsel süreçler ile fiziksel sağlık arasındaki ayrılmaz bütünlük söz konusu ise de sağlık psikolojisinin ilgilendiği öncelikli alanlar, fiziksel sağlık, semptomlara yönelik öznel yaşantılar (illness) ve sağlık hizmetleridir. Bilişsel, duygusal ve davranışsal bozukluk ve maluliyetleri değerlendirme, ön görme, önleme ve hafifletme, klinik sağlık psikolojisi alanının birincil amaçları arasındadır. Psikoterapinin öncelikli amacı ise, psikolojik ya da psikolojik boyutun etkisinin olduğu bozuklukları tedavi etmektir (Marks, Sykes ve McKinley, 2003: 8).

(2) Sağlık Psikolojisine İki Yaklaşım

Sağlık psikolojisine yönelik iki farklı yaklaşımdan söz edebiliriz. Birincisi, klinik temelde iken, ikincisi, toplum temelindedir. Bunlar:

- a) Sağlık Hizmeti Tedarik Modeli (Klinik sağlık psikolojisi)
- b) Toplumsal Eylem Modeli'dir.

Mesleki sağlık psikolojisi alanında yer alan ilk yaklaşımdaki çalışmalar, klinik alanda, hastanelerde ve ayaktan tedavi sistemlerinde sürdürülmektedir. Diğer adı klinik sağlık psikolojisi olan bu yaklaşımın temeli, biyopsikososyal modele dayanır ve sağlık hizmet sistemleri içerisinde işleyişini sürdürür. İkinci yaklaşım ise, toplumsal araştırmaları ve eylemleri içerir. İnsanı, içinde bulunduğu topluluk ve grubun bir parçası olarak görür, sağlığın toplum nezdinde geliştirilmesine, hastalıkların

önlenmesine katkıda bulunmayı hedefler. Bu hedef doğrultusunda, sağlık davranışını bireysel bir anlayıştan ziyade toplumsal, ekonomik ve politik bir perspektifle inceler. Sağlık Hizmeti Tedarik Modeli'nin odak noktası, fiziksel hastalık ve işlevsizliklerdir ve ulaşmaya çalıştığı grup, hastanelerde ve kliniklerde yer alan hastalardır. Toplumsal Eylem Modeli'nin odak noktası ise, fiziksel ve ruhsal sağlığı geliştirmektir. Hedef grubu ise, sağlıklı ancak korunmasız ya da istismara açık kişilerdir (Marks, Sykes ve McKinley, 2003: 8-9)

Bu noktaya kadar, bu tez çalışması kapsamında bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki rolü incelenen sağlık davranışları ile yakından ilişkili temel noktalar açıklanmaya çalışılmıştır. Bu kısımdan itibaren ise, sağlık davranışları ve sağlık davranış modelleri kapsamlı bir şekilde ele alınacaktır.

2. Sağlık Davranışları

Sağlığa bakış açısında geline nokta, bireylerin düşüncelerinin, duygularının ve davranışlarının, sağlık durumları üzerinde çok büyük etkisi olduğu artık bilinen bir gerçektir. Kişilerin sahip olduğu inanç ve tutumların, hastalık ve sağlık açısından ne gibi davranışsal sonuçları olacağı, düzenli kontrol veya tedavi gerektiren durumlarda ne gibi çözümler üreteceği önceden kestirilmeye çalışılmaktadır. Kısacası kişiler, zihinsel ve ona bağlı olarak davranışsal süreçleri doğrultusunda, sağlıklı yolları seçebilecekleri gibi, hastalığa sürükleyen yolları da seçebilmektedir.

Son 20 yılda, toplumsal, kişisel ve mesleki boyutta, yaşam tarzı değişikliklerini ve tarama programlarına katılmayı hedefleyerek sakatlıkları, bulaşıcı ve kronik hastalıklara bağlı ölümleri önleme amacıyla yapılan çalışmalarda büyük bir artış söz konusudur. Bu tip çalışmalar, hastalıkları önleyerek, önceden kestirip gerekli müdahalelerin yapılabilmesini sağlayarak ölümlerin önüne geçmeyi planlarken, aynı zamanda sağlık harcamalarını da asgari düzeyde tutmayı hedeflemektedir. Amaç, hastalık ve ölüm oranlarını arttırabilecek risk içeren sağlık davranışlarını kontrol altında tutmaktır (Glanz, Rimer ve Viswanath, 2008: 6).

1970-80 yılları ile birlikte, Sağlık Psikolojisi alanının önem kazanması, bu alanın önemli kavramlarından birini oluşturan sağlık davranışı üzerinde bakış açısını, sosyal belirleyiciliğe doğru yönlendirmiştir. Söz gelimi, Parkerson ve arkadaşlarına göre (1993), sağlık davranışı denildiğinde, içerisinde sosyal değişimi, politik gelişim ve uygulamaları, gelişmiş baş etme becerilerini, artmış yaşam kalitesini içeren birey, grup ve örgütlerin eylemlerine işaret edilmektedir (Akt., Glanz, Rimer ve Viswanath,

2008: 12). Bir diğer tanımda ise Gochman, bireysel bir vurgu ile sağlık davranışını tanımlamaya gitmiştir. Gochman'a göre (1982, 1997) sağlık davranışı; inanç, beklenti, güdü, değer, algı gibi bilişsel öğeleri ve kişilik özelliklerini içerir. Ayrıca, sağlığı sürdürme, onarma ve geliştirmeye yönelik gözlemlenebilir davranışsal eylemleri ve alışkanlıkları da içermektedir (Akt., Glanz, Rimer ve Viswanath, 2008: 12).

Gochman'ın açık ve gözlemlenebilir davranışsal eylemlere yaptığı vurgu, Kasl ve Cobb tarafından da ele alınmıştır. Kasl ve Cobb sağlık davranışı için üç kategori önermiştir

1. *Önleyici Sağlık Davranışı*: Bu kategorideki kişi, kendisinin sağlıklı olduğuna inanır ve o yönde davranışlar sergiler. Amaç; sağlığı korumak ve sağlığı tehdit edici herhangi bir duruma karşı sağlıklı iken önlem almaktır.
2. *Hastalık Davranışı* (Illness behavior) : Kişi, kendisini hasta olarak algılar ve o yönde davranışlar sergiler. Amaç, sağlık durumunu tanımlamak ve çare bulmaktır.
3. *Hastalık Rolü Davranışı* (Sick-role behavior): Hasta olduğunu düşünen kişi artık iyi olmayı amaçlamaktadır. Tıbbi tedavi arayışlarını içerir, genellikle bağımsız davranışlar söz konusudur. Bu rol, kişiyi belli derecedeki kişisel sorumluluklarından muaf tutar (Akt., Glanz, Rimer ve Viswanath, 2008: 12).

Sağlık ve hastalığa yönelik çalışmaları sınıflandırmada bir takım farklılıklar söz konusudur. Gochman'ın bireyi temel aldığı yukarıdaki sınıflandırmaya paralel olarak, sağlık davranışlarına yönelik sağlık hizmetleri basamaklarını bir araya getiren aşağıdaki sınıflandırma, yaygın şekilde kullanılmaktadır (Baltaş, 2008: 36).

1. Birinci basamak sağlık hizmetleri: Korunma, birincil hedeftir. Sağlığı en iyi şekilde geliştirmeyi ve hastalıklara karşı korunmayı içerir. Uygun beslenme, aşılama, stresle baş edebilme stratejileri, sağlık eğitimi gibi hizmetler bu basamakta yer almaktadır.
2. İkinci basamak sağlık hizmetleri: Korunma ve etkin tedavi hedeflenir, erken teşhis ve hastalığın tedavisinin devamına yönelik hizmetler söz konusudur. İçerisinde, kalıtsal, akut, kronik, travmatik v.b bütün sağlık sorunlarının tanı ve tedavisini barındırır. Örneğin, erken teşhis için klinik testler uygulamak, olumsuz durum ve olayları tespit edip gereken tedaviyi uygulamak, bu aşamadaki hizmetler arasındadır.

3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri: Tedavi sonrası, hastalık veya sakatlıkla ilgili rehabilitasyon sürecini içerir. Taburcu olunduktan sonra, süre giden hayata uyum adına yeni davranış biçimlerinin öğretilmesi gibi hizmetleri içerir.

Aşağıda, sağlık davranışlarını açıklamada kullanılan güncel modellerden bahsedilecektir.

a) Sağlık Davranış Modelleri

Sağlık davranışına ilişkin model ve teorilerden söz edildiğinde, Sağlık İnanç Modeli (SIM), Gerekçelendirilmiş Eylem Kuramı (Theory of Reasoned Action), Sosyal Bilişsel Model (Social Cognitive Model) ve Kuramlar Üstü Model (Transtheoretical Model) gibi model ve teorilerden oluşan uzunca bir liste yapılabilir. Bununla birlikte, bu model ve teorilerin içerdiği çok sayıda önemli başlıktan da söz edilebilir: Toplumsal organizasyon (community organization), iletişim, yeniliğin yayılması (diffusion of innovations), sosyal pazarlama (social marketing), bilgi işlem, stres ve baş etme, nüksü önleme ve güçlendirme (empowerment). Teorik modeller, araştırma ve müdahale programlarına sağladıkları büyük katkı ile sağlık davranışına hem bugün hem de gelecek açısından nasıl bakılacağı hususunda, önemli bir yol gösterici konumundadırlar. Her bir modelin ya da teorinin kendine has kavramları mevcuttur ve aydınlatmaya veya ön görmeye çalıştığı noktalar söz konusudur. Ancak bu durum, teorilerin veya modellerin, aynı amacı farklı yollardan elde edebileceği gerçeği ile çelişmez, aynı sonuca farklı yaklaşımlarla veyahut kavramlarla ulaşmak mümkündür ve genelde de olan budur. Çeşitli teori veya modeller zaman içerisinde karşılaştırılır, tartışılır ve böylece daha kesin sonuçlara ulaşma şansı elde edilir. Sonuç olarak, sağlık davranışlarına ilişkin nihai ve kesin bir açıklama, teori veya model söz konusu değildir, sadece şu anki ihtiyacımızı en iyi şekilde karşılayabilen açıklamalar mevcuttur (Redding, Rossi, Rossi, Velicer ve Prochaska, 2000: 181).

Glanz, Lewis ve Rimer, en sık kullanılan teorileri saptamak amacıyla çeşitli çalışmalar ortaya koymuşlardır. 1986 ila 1988 yılları arasında, iki büyük sağlık eğitimi dergisinde yayınlanan, 116 adet teori temelli makaleleri incelediklerinde, birbirlerinden farklı 51 adet teorik formülasyon bulgulamışlardır. Makaleler arasında en sık adı geçen üç teori şunlardır: Sosyal Öğrenme Teorisi (Social Learning Theory), Gerekçelendirilmiş Eylem Kuramı ve Sağlık İnanç Modeli (SIM)'dir. Yine

aynı yazarlar, bu kez 1992 yılı ortaları ile 1994 yılı ortaları arasında geçen sürede, 24 farklı sağlık eğitimi, tıp ve davranış bilimleri dergilerinde yayınlanan, toplam 526 makaleyi incelemişlerdir. Makalelerde, birbirlerinden farklı 66 adet teori ve modele rastlamışlardır. Bunlar arasında en sık adı geçen sekiz teori ise şunlardır: SIM, Sosyal Bilişsel Teori, Öz Etkinlik, Gerekçelendirilmiş Eylem Kuramı, Planlı Davranış Teorisi, Toplumsal Organizasyon (Community Organization), Kuramlar Üstü Model / Değişim Aşamaları, Sosyal Pazarlama (Social Marketing) ve Sosyal Destek / Sosyal Ağlar'dır. Benzer çalışmayı, 1999 ve 2000 yılları için de yapan araştırmacılar, 20 adet sağlık eğitimi, sağlık davranışı ve koruyucu tıp dergisinde yayınlanan makaleleri incelediklerinde, 10 adet teori ve modelin sıklıkla kullanıldığını tespit etmişlerdir. Bu modellerin ilk ikisi özellikle göze çarpmaktadır: Sosyal Bilişsel Teori ve Kuramlar Üstü Model / Değişim Aşamaları. Kalan sekizi ise; SIM, Sosyal Destek / Sosyal Ağlar, Hasta / Bakım Veren İletişimi, Nedenli Davranış Kuramı / Planlı Davranış Teorisi, Stres ve Baş Etme, Toplumsal Organizasyon, Ekolojik Modeller / Sosyal Ekoloji, Yeniliğin Yayılması Modeli (Diffusion of Innovations)'dir. Son olarak, Painter ve arkadaşları (yakında yayınlanacak), 2000-2005 yılları arasındaki yayınları incelemişlerdir. Sonuç olarak en sık kullanılan teoriler şunlardır: Kuramlar Üstü Model, Sosyal Bilişsel Teori ve SIM (Glanz, Rimer ve Viswanath, 2008: 31-32).

Bu kısımda, isminden de anlaşılacağı üzere sağlıkla en yakından ilişkilendirilmesi, sağlık inançlarını ayrıntılı bir şekilde ele alması ve en sık kullanılan teoriler arasında yer alması nedeniyle, Sağlık İnanç Modeli'nden detayı bir şekilde bahsedilecektir.

(1) Sağlık İnanç Modeli (SİM)

SİM, 1950'li yıllardan bu yana, sağlık davranışı araştırmalarında geniş çaplı kullanılan kavramsal çerçeveler arasında önemli bir yere sahiptir. Sunduğu kavramsal çerçeve ile sağlığa ilişkin davranışların değişimi ve sürdürülmesi konularına açıklamalar getirerek sağlık davranış müdahalelerine ön ayak olmaktadır. Son yirmi yılı aşkın bir süredir, diğer kavramsal çerçevelerle karşılaştırıldığında, SİM'in içeriğinin genişletildiği ve kullanım amacının sağlık davranışlarının değişimi olduğu söylenebilir (Champion ve Skinner, 2008: 45).

İlk olarak 1950'li yıllarda, Amerikan halk sağlığı hizmetlerinde, sosyal psikologlar tarafından geliştirilen SİM'in uygulanma amacı, olası hastalıkları önlemeye ve tespit etmeye yönlendirme amaçlı programlara katılımdaki başarısızlığın nedenlerini bulmaktır. Model daha sonra, kişilerin semptomlara, teşhis edilmiş hastalıklara ve

tıbbi prosedürlere olan tepkilerini çalışmak amacıyla genişletildi (Champion ve Skinner, 2008: 46).

SİM, içerisinde birçok temel kavramsal yapı barındırır. Bunlar; duyarlılık, ciddiye, yararlar ve engeller, harekete geçiren ipuçları ve model içinde daha güncel bir yapı olan öz etkinliktir. Bu kavramsal yapılar, insanların hastalık durumlarını önleme, tarama ve kontrol altına almaya yönelik eylemlerinin ardında yatan nedenleri kestirebilmek amacıyla oluşturulmuştur. Modele göre, eğer bir kişi bir duruma karşı şüphe duyduğunu hissediyorsa yani hassasiyet gösteriyorsa, bunun tahmin edilebilir sonuçları vardır. Örneğin kişi, şüphe duyduğu durumun ciddi sonuçları olabileceğine, tehlikeden kurtulma adına ortaya koyabileceği bir takım eylemlerin olduğuna, sergileyeceği eylemin maliyetinin (örn. kontrol testi), karşı karşıya olduğu tehlikenin (örn. kanser olma) maliyetinden daha az olduğuna inanabilir ve sahip olduğu bu inançları paralelinde, repertuarından ilgili sağlık davranışlarını seçip uygulayabilir. Böylece kişi, hem başta duyduğu hassasiyeti hem de karşı karşıya olduğu durumun ciddiyetini azaltabilir veya ortadan kaldırabilir (Champion ve Skinner, 2008: 46-47).

Modelin içerisinde barındırdığı bileşenler aşağıda özetlenmiştir.

Algılanan Duyarlılık: Herhangi bir hastalığa ya da duruma yakalanma ihtimali karşısında, kişinin sahip olduğu inançlardır. Örneğin, kişinin mamografi çekirme yönelimi içerisinde olabilmesi için, göğüs kanseri olma ihtimaline inanması gerekir.

Algılanan Ciddiyet: Bir hastalığın veya hastalığın tedavisinin mümkün olmadığı durumların ciddiyetine yönelik yaşanan hissiyattır. Bu hissiyatla beraber kişi, karşı karşıya olduğu durumun, tıbbi/klinik sonuçlarını (örn. ölüm, sakat kalma, ağrı) ve beraberinde getireceği olası sosyal sonuçlarını (örn. işe, aileye, arkadaş ilişkilerine yansımaları) değerlendirir. Algılanan duyarlılığın ve algılanan ciddiyetin bileşimi algılanan tehdidi meydana getirir.

Algılanan Yararlar: Ortada, kişinin hassasiyetini uyaran (algılanan duyarlılık) ve ciddi bir tehdit algısını meydana getiren (algılanan tehdit) bir sağlık durumu olduğunu varsaydığımızda, direkt bir davranış değişimi olacağını ön görmek bizi yanılgıya düşürebilir. Burada kritik olan husus, kişinin ortaya koyacağı eylemlerin, var olan tehdidi azaltacağı ya da ortadan kaldıracağına dair algıladığı yarara yönelik inancıdır.

Sigara bırakma davranışı ile birlikte elde edilen maddi kazanç veya mamografi çekirme ile aile üyelerini memnun etme gibi sağlıkla doğrudan ilişkili olmayan algıların da bu döngüyü etkileyebileceği düşünülebilir.

Algılanan Engel: Belirli bir sağlık eyleminin olası olumsuz yönleri, algılanan engeller olarak ifade edilir. Algılanan engel veya engeller, bireyden beklenen sağlık davranışı değişimini engelleyebilir. Kişiler, uygulayacakları sağlık davranışları öncesinde, yararları ve engelleri hesaplayarak, bir nevi ‘maliyet-zarar analizi’ yaparlar: Örn. “Yararlı ama pahalı”, “İşe yarar ama çok zaman alır, kötü duygular uyandırır” gibi (Champion ve Skinner, 2008: 47).

Harekete Geçirici İpuçları: Önceden de bahsedildiği gibi, SIM, günümüze dek değişmiş ve genişletilmiştir. SIM’in erken dönem çeşitli formülasyonlarına baktığımızda, eylemleri tetiklediği düşünülen ipuçları (cues) kavramını da içerisinde barındırdığını görmekteyiz. Örneğin Hochbaum (1958) algılanan hassasiyet ve algılanan yarar yapılarının bileşimine işaret eden eyleme geçme hazırlığının oluşumunda, sadece başka etkenlerin rol oynadığını düşünmekteydi. Bu etkenler, örneğin, bedensel durumlar (öksürük, hapşıрма) gibi harekete geçiren ipuçları olabileceği gibi medya gibi çevresel faktörler de olabilmektedir. Öne sürülen bu yaklaşım, eylem ipuçlarını (örn. hapşıрма gibi çok kısa ve geçici olabilir) deneysel manada incelemek oldukça güç olduğu için (Akt., Champion ve Skinner, 2008: 49) yeterince araştırılmamıştır.

Öz etkinlik: Bandura, öz etkinliği, “kişinin gereken sonuçları ortaya koyabilmesi için ilgili davranışı yerine getirebileceğine dair inancı” olarak tanımlamıştır. Bandura, ‘öz etkinlik beklentileri’ni tanımlarken bu beklentileri ‘sonuç beklentileri’nden ayırmıştır ve kişinin belirli davranışların, belirli sonuçları doğuracağına dair tahminleri olarak ifade etmiştir. Burada dikkat edilmesi gereken bir husus da ‘sonuç beklentileri’nin, ‘algılanan yararlar’dan farklı bir kavram olmasıdır. 1988’de ise, Rosenstock, Strecher ve Becker, öz etkinliğin, temel yapılardan farklı bir noktada olmak kaydıyla, SIM’e eklenmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir. Bununla beraber öz etkinlik kavramı, modelin erken dönem formülasyonlarına hiçbir zaman açık bir şekilde dâhil edilmemiştir (Akt., Champion ve Skinner, 2008: 49).

Diğer Değişkenler: Çeşitli demografik, sosyopsikolojik ve yapılandırılmış değişkenler, kişilerin sahip oldukları algıları etkileyebilmektedir. Örneğin, kişinin sahip olduğu eğitim düzeyi, kişilik yapısı, algıları üzerinde büyük bir role sahip olabilmektedir (Champion & Skinner, 2008: 50). Ayrıca, Becker ve Maiman

'motivasyon' kavramını modele eklemişlerdir (Redding, Rossi, Rossi, Velicer ve Prochaska, 2000: 183).

Her ne kadar sağlık inançları, sağlık davranışlarının önemli yordayıcıları olarak ifade edilse de aşağıda özetlenen araştırmalarda, ilgili değişkenler arasındaki ilişkilerde hem sağlık davranışı hem de sağlık inançlarının değerlendirildiği çalışmalar bir arada özetlenmiştir.

b) Sağlık Davranışları/İnançları ve Klinik Belirtiler

Bu tez çalışması dâhilinde ele alınan değişkenler ile SİM'i oluşturan kavramlar arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az sayıda araştırmaya ulaşılabilmektedir.

Araştırma temelinin SİM ve SİM bileşenleri olduğu bir çalışmada, anksiyolitik ve antidepresan ilaçlar kullanan hastaların tedaviyi bırakma durumları incelenmiştir. "İlaçlarımı uygun şekilde kullanmazsam, ortaya çıkacak problemler kalıcı olabilir" (duyarlılık) ve "ilaçlarımı uygun şekilde kullanmazsam nelerle karşılaşabileceğimi biliyorum" (öz etkilik) şeklinde düşünme ile tedaviyi bırakma durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Diğer dört değişken ile tedaviyi bırakma arasında herhangi bir ilişki söz konusu değildir (Meriç ve Oflaz, 2010).

2005 yılında ortaya konulan başka bir çalışmada ise, duyarlılık, ciddiye, yarar, engel ve motivasyon bileşenleri, depresyonda olan ve olmayan kişilerin karşılaştırılması ile sınanmıştır. Araştırma bulgularına göre, depresyonlu hastaların, kronik tıbbi durumlara karşı daha duyarlı ve bu koşulların ciddiyetini daha yoğun olarak algıladıkları ortaya konulmuştur. Ancak, depresyonlu hastaların algılanan duyarlılık ve ciddiye düzeyleri diğer gruba göre yüksek olsa da sağlık hizmetlerinden yararlanmaya yönelik motivasyonlarının düşük seyrinde bir eğilim gösterdiği tespit edilmiştir (Levinson ve Druss, 2005).

KKH'yi önleyici davranışlar ile SİM bileşenleri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, KKH'ye duyarlılığın, KKH'na yönelik algılanan ciddiyetin, KKH risk faktörlerini bilmenin ve genel sağlık motivasyonunun, önleyici davranışların (örn. alkol tüketimini sınırlama, fiziksel aktiviteye katılım, sigarayı bırakma) değişiminin %76'sını açıkladığı bulunmuştur (Ali, 2002).

Koroner tarama ve müdahale merkezine başvuran danışanlar üzerinde yapılan bir araştırmada, egzersize uyum ile SİM bileşenleri incelenmiştir. Modelin ön gördüğü gibi, genel sağlık motivasyonu ve koroner kalp hastalığına yönelik ciddiye algısının

yüksek oluşu, egzersize uyum ile pozitif yönde ilişki iken, modelin öngördüğünden farklı olarak, hastaların, egzersizi yararlı görseler de egzersize uyum konusunda istenilen seviyede olmadıkları görülmüştür (Mirotznik, Feldman ve Stein, 1995).

Benzer bir araştırmada, miyokard infarktüsü hastaları arasında, egzersize katılımı açıklamada, SİM'nin etkisini inceleyen başka bir araştırmada, hastaların algılanan ciddiyet puanlarının yüksek, algılanan engel puanlarının düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. Hastaların motivasyonları arttıkça, egzersize katılımları da artarken, egzersiz ve egzersize katılım ile algılanan engel puanları negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Algılanan ciddiyet, duyarlılık ve yararın ise, egzersize katılım ile bir ilişkisi söz konusu değildir (Al-Ali ve Haddad, 2004).

Kardiyak rehabilitasyona başlamayı SİM açısından değerlendiren bir araştırmada, miyokard infarktüsü ya da koroner arter bypass ameliyatı geçiren yatan hastalar değerlendirilmeye alınmıştır. Tanıları alındıktan sonra takibe alınan hastalarda, rehabilitasyona başlama ile algılanan duyarlılık, ciddiyet ve tehdit arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir (Shanks, 2009).

c) Sağlık Davranışları/İnançları ve İş Stresi

Literatürde, doğrudan, sağlık inançları ile iş stresi arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanılmamaktadır ancak sigara ve alkol kullanımı gibi riskli sağlık davranışlarını, kardiyovasküler risk faktörü olarak ele alan birtakım çalışmalarda, iş stresi ile ilgili sağlık davranışları arasında, pozitif yönde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (Niedhammer, Goldberg, Leclerc, David, Bugel ve Landre, 1998; Kang, Koh, Cha, Park, Baik ve Chang, 2005). Bununla birlikte, Albertsen ve arkadaşlarının, 2006 yılında yaptıkları sistematik incelemede, iş yaşamı ile sigara içme davranışı arasındaki ilişkiyi araştıran, 22 prospektif çalışma yer almıştır. İnceleme sonuçları kabaca özetlenecek olursa, yüksek iş taleplerinin, yüksek oranda sigara içme davranışı ile ilişkili olduğu söylenebilir (Albertsen, Borg & Oldenburg, 2006). Bu çalışma dahilinde yer alan diğer iki sağlık davranış değişkeni olan alkol kullanımı ve fiziksel aktivitenin (spor), iş stresi ile ilişkisini, pozitif yönde ortaya koyan çok sayıda araştırma söz konusudur (Roxburgh, 1998; Kouvonen, Kivimäki, Elovainio, Virtanen, Linna ve Vahtera, 2005; Moore, Sikora, Grunberg ve Greenberg, 2007; Lallukka ve ark., 2008).

d) İş Stresi ile Klinik Belirtiler Arasındaki İlişkide, Sağlık Davranışları/İnançlarının Rolü

Literatürde, iş stresi ile klinik belirtiler arasındaki ilişkide, sağlık davranışları/inançlarının rolünü araştıran yeteri kadar kapsamlı araştırma yer almamakla birlikte, yapılan az sayıda araştırma arasında da çelişkili bulgular söz konusudur. Sağlık davranışları arasında yer alan fiziksel aktivitenin, iş stresi ile psikopatoloji semptomları arasındaki ilişkide, biçimlendirici etkisini araştıran iki çalışmanın ilkinde, biçimlendirici etki söz konusu iken (Gerber, Kellmann, Hartmann ve Pühse, 2010), ikinci araştırmada bu etki tespit edilememiştir (Hurwitz, 2003).

Bu kısma kadar, iş stresi ile psikopatolojik semptomlar ve KKH arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen araştırma örneklerine yer verilmiştir. Bununla birlikte yine iş stresi ve klinik belirtiler arasındaki ilişkiyi etkilediği düşünülen A-Tipi davranış örüntüsü ve sigara, alkol tüketimi ve fiziksel aktiviteyi içeren sağlık davranışlarının bu ilişkide oynadıkları rolleri araştıran çeşitli araştırma bulgularına yer verilmiştir. Araştırmalara bakıldığında, A-Tipi davranış örüntüsünün genel olarak biçimlendirici etki pozisyonunda ele alındığını ancak sağlık davranışlarının rolüne dair çok araştırma olmadığını, az sayıda yapılan araştırmaların da sağlık davranışlarının biçimlendirici etki rolünde olabileceğini ön gördüğü ancak bu ön görülerin de birbirleri arasında çelişkili sonuçları barındırdığı anlaşılmaktadır. Özellikle, iş stresi ve klinik belirtiler arasındaki ilişkide, sağlık inançlarından ziyade, az sayıda da olsa sağlık davranışlarının rolüne dair araştırmaların yer alması, bu konudaki literatür açısından önemli bir eksiklik olarak görülmektedir. Nitekim, bu çalışma kapsamında da sağlık psikolojisi alanında, sağlık davranışlarının önemli yordayıcıları olarak görülen sağlık inançlarının, iş stresi ve klinik belirtiler arasındaki ilişkideki etkileri araştırılmaktadır. Bu bağlamda, sıradaki bölümde, çalışmanın amacından, öneminden ve çalışma amacı kapsamında incelenmesi hedeflenen çeşitli problemlerinden bahsedilecektir.

IV. İŞ STRESİNİN KLİNİK BELİRTİLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİNDE, A-TİPİ DAVRANIŞ ÖRÜNTÜSÜNÜN BİÇİMLENDİRİCİ, SAĞLIK İNANÇLARININ ARACI ROLÜ

A. AMAÇ, ÖNEM ve PROBLEMLER

Bu çalışmanın amacı, iş stresinin klinik sonuçlar ile ilişkisinde, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici ve sağlık inançlarının aracı rolünü incelemektir. İlgili literatür bilgileri sunulurken de görüldüğü üzere, iş stresinin klinik sonuçlar ile özellikle KKH ile olan ilişkisinde, A-Tipi davranış örüntüsü ve sağlık inançlarının rolünü inceleyen çok az sayıda araştırma mevcuttur. Ancak, belirtildiği gibi, sağlık inançları, sağlık davranışlarının önemli yordayıcılarıdır ve bu çalışma kapsamında ele alınan, iş stresi, psikopatoloji, KKH gibi değişkenler ile sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda araştırmanın mevcut olması, bu tez çalışması kapsamında, iş stresi ve klinik sonuçlar arasındaki ilişkide sağlık inançlarının rolünü incelemenin literatür ile tutarlı olduğunun önemli bir kanıtıdır.

İş Stresi ile klinik sonuçlar arasındaki ilişkide, A-Tipi Davranış Örüntüsünün biçimlendirici etkisine dair araştırma soruları şu şekilde oluşturulmuştur:

Problem 1: İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilen iş stresi ile KSE ile ölçülen klinik semptom sıklığı arasındaki ilişkide, İş Stresi Bataryası'na ait olan A Tipi Kişilik Ölçeği ile ölçülen A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisi var mıdır?

Problem 2: İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilen iş stresi ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkide, İş Stresi Bataryası'na ait olan A-Tipi Kişilik Ölçeği ile ölçülen A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisi var mıdır?

Problem 3: İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilen iş stresi ile tıbbi risk faktörleri arasındaki ilişkide, İş Stresi Bataryası'na ait olan A-Tipi Kişilik Ölçeği ile ölçülen A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisi var mıdır?

Problem 4: İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilen iş stresi ile KKH ve tedavi modaliteleri arasındaki ilişkide, İş Stresi Bataryası'na ait olan A-Tipi Kişilik Ölçeği ile ölçülen A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisi var mıdır?

İş Stresi ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkide sağlık inançlarının aracı etkisine dair araştırma soruları ise şu şekilde oluşturulmuştur:

Problem 5: İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilen iş stresi ile KSE ile ölçülen klinik semptom sıklığı arasındaki ilişkide, SİM bileşenlerinden algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, sağlık motivasyonu, algılanan yarar, algılanan engel ve öz etkinlik inançlarının aracı etkisi var mıdır?

Problem 6: İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilen iş stresi ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkide, SİM bileşenlerinden algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, sağlık motivasyonu, algılanan yarar, algılanan engel ve öz etkinlik inançlarının aracı etkisi var mıdır?

Problem 7: İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilen iş stresi ile tıbbi risk faktörleri arasındaki ilişkide, SİM bileşenlerinden algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, sağlık motivasyonu, algılanan yarar, algılanan engel ve öz etkinlik inançlarının aracı etkisi var mıdır?

Problem 8: İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilen iş stresi ile KKH ve tedavi modaliteleri arasındaki ilişkide, SİM bileşenlerinden algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, sağlık motivasyonu, algılanan yarar, algılanan engel ve öz etkinlik inançlarının aracı etkisi var mıdır?

B. YÖNTEM

1. Katılımcılar

Araştırmada, çalışmanın amacı doğrultusunda, KKH ile takip edilen bir grup katılımcı yer almıştır. Katılımcılar, herhangi bir iş kolunda çalışan (çeşitli sektörlerde, çeşitli görevlerde çalışan) ve aynı zamanda herhangi bir kalp rahatsızlığına sahip olan 55 kişiden oluşmaktadır. 55 kişinin %23.6'sı kadın, %76.4'ü erkek olup yaş ortalaması 43.4'tür (SS= 12.06). Ayrıca, 55 kişinin 19'u, çeşitli hastanelerde yatan hastalardan oluşurken, kalan 36 katılımcı ise, gündelik yaşamlarına devam eden kişilerden oluşmaktadır.

Katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

		<i>N</i>	%
Cinsiyet	Kadın	13	%23.6
	Erkek	42	%76.4
Medeni Durum	Evli	40	%72.7
	Bekar	10	%18.2
	Diğer	5	%9.1
Eğitim	İlkokul	17	%30.9
	Lise	19	%34.5
	Lisans	16	%29.1
	Lisansüstü	3	%5.5
Kurumdaki Çalışma Süresi	0-5 Yıl	23	%41.8
	6-10 Yıl	7	%12.7
	11-15 Yıl	3	%5.5
	16 Yıl Ve Üzeri	22	%40
İş Deneyimi	0-5 Yıl	6	%10.9
	6-10 Yıl	6	%10.9
	11-15 Yıl	6	%10.9
	16 Yıl Ve Üzeri	37	%67.3
Şimdi Psikiyatrik/Psikolojik Yardım	Hayır	48	%87.3
	Evet	7	%12.7
Geçmişte Psikiyatrik/Psikolojik Yardım	Hayır	44	%80
	Evet	11	%20

2. Ölçüm Araçları

a) Demografik Form

Bu formda, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ilgili kurumdaki çalışma süresi, iş deneyimi, gelir düzeyi, kurumsal görevi veya unvanı, bulunduğu sektör haftalık çalışma süresi, son bir yıl içerisinde işe gelemediği gün sayısı, iş kazası gibi konu alanlarına yönelik sorular yer almaktadır. Ayrıca; kilo, boy, sigara ve alkol kullanımı, ne tür bir kalp rahatsızlığına sahip olduğu, kolesterol, yağ düzeyi, tansiyon, kalp sağlığına ilişkin kontrol sıklığı, kalp operasyonu geçmişi, spor, psikolojik destek gibi konu alanlarının sorgusunu içeren maddeler de yer almaktadır (Ek 1).

b) İş Stresini Değerlendirme Ölçeği

Bu ölçek, İş Stresi Batarya'sının bir parçasıdır (Özalp Türetgen, 2008, 2009; Ünsal, Sertel Berk, Özalp Türetgen ve Başbuğ, 2010). Ölçek 77 maddeden oluşmaktadır, maddelerin 4'ü sadece astı olan kişiler tarafından cevaplandırılmaktadır. Ölçeğin her bir maddesi iki yanıt kategorisini içermektedir: İlki, ilgili maddenin kişi tarafından “ne sıklıkla yaşandığı” ile ikinci kategori ise, yaşanan durumun kişiyi “ne kadar rahatsız ettiği” ile ilgilidir. Katılımcılar öncelikle, her bir iş stresörü için sunulan maddenin açıkladığı durumu ne kadar yaşadıklarını, “hiçbir zaman”dan “her zaman”a uzanan 5'li bir skalada cevaplamakta, ardından, yaşanan bu durumun kendilerini “ne kadar rahatsız ettiğini”, 1'den 10'a kadar uzanan skalada cevaplamaktadırlar. Eğer katılımcılar, ilgili iş stresörü maddesinin belirttiği durumu yaşamıyorlarsa, yani cevapları “hiçbir zaman” ise, katılımcıların ikinci kategori olan “rahatsızlık” kategorisini cevaplamamaları/boş bırakmaları gerektiği yönerge kısmında vurgulanmıştır. Ölçeğin sıklıkla ilgili kategorisinin içerdiği maddeler 0 ila 4 arasında, rahatsızlıkla ilgili kategorisinin içerdiği maddeler ise 0 ila 9 arasında puanlanmaktadır. Her bir iş stresi maddesinin sıklık ve rahatsızlık puanları çarpılarak ilgili madde adına toplam stres puanı elde edilmektedir (Ek 2).

Çeşitli sektörlerde ve görevlerde yer alan 1,069 çalışan ile yürütülen çalışmada ölçeğin 5 faktörlü bir yapıya sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu faktörler; Örgütsel Norm ve Uygulamalar, Rol Yüku, Güvensiz İlişkiler, Rol Yetersizliği ve Fiziksel İş Talepleri'dir. Ayrıca, astlarla olan ilişkileri içeren maddeler de ayrı bir şekilde Astlarla

İlişkiler adı altında yer almıştır (Özalp Türetgen, Sertel Berk, Başbuğ ve Ünsal, 2012).

Bu faktörlerin Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları sırasıyla; .90, .83, .81, .75, .66'dır. Ölçeğin toplamı için ise, .93'dür. Ek olarak, ast ilişkileri stres boyutu için aynı değer, .83'dür.

Ölçeğin yakınsak geçerliğine dair sonuçlar, genel anlamıyla, beklentileri doğrular niteliktedir. Bu doğrultuda, ölçeğin, Özalp Türetgen (2006) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış olan "İş Memnuniyeti Ölçeği", Wasti (2003) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış olan "Afektif Sorumluluk Ölçeği", Özbenli (1999) tarafından geliştirilen "Ayrılma Niyeti Ölçeği" ve Şahin ve Durak Batıgün (1997) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış olan "Stres Audit" Ölçeği ile ilişkisi incelenmiştir. Ölçeğin, bahsi geçen ölçeklerle arasındaki Pearson Momentler çarpımı korelasyon değişmezlik katsayıları sırasıyla; .46, -.39, -.32, .41'dir.

Bu çalışmada ise ölçeğin faktörleri için Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları Örgütsel Norm ve Uygulamalar için .87, Rol Yükü için .82, Güvensiz İlişkiler için .76, Rol Yetersizliği için .53 ve Fiziksel İş Talepleri için .27'dir. Ölçeğin bütünü için ise, .93'tür.

c) A-Tipi Kişilik Ölçeği

Altı maddeden oluşan bu ölçek, İş Stresi Batarya'sının bir parçasıdır (Ünsal, Sertel Berk, Özalp Türetgen ve Başbuğ, 2010). Katılımcılar, "Bana hiç uymuyor"dan (1) "bana her zaman uyuyor"a (5) uzanan 5'li bir skalada yanıtlarını vermektedirler. Puanlama ise, 1'den 5'e kadar uzanan bir aralıkta oluşturulur. Alınan puan arttıkça ölçülen yapı özelliği de artış göstermektedir (Ek 3).

Çeşitli sektörlerde ve görevlerde yer alan 495 çalışan ile yürütülen çalışmada ölçeğin tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu faktör, zamana karşı yarış, düşmanlık, rekabet, başarı/iş odaklılık boyutlarını kapsamaktadır. Tek faktörlü ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .73'tür. Yapısal geçerlik için, ölçeğin, İş Stresörü Değerlendirme Ölçeği ile arasındaki Pearson Momentler çarpımı korelasyon değişmezlik katsayı hesaplanmış ve .19 olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .70'dir.

d) Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla kullanılan KSE, bu çalışma kapsamında, bağımlı değişken olan klinik sonuçları belirlemek amacıyla kullanılmıştır. KSE, SCL- 90 olarak bilinen Semptom Belirleme Listesi'nin kısaltılmış formudur ve 53 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte, belirtiler 0 "hiç" ile 4 "çok fazla" değerleri arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, katılımcının semptom şiddetini göstermektedir. Ölçeğin orijinali "somatizasyon", "OKB", "kişilerarası duyarlılık", "depresyon", "anksiyete", "hostilite", "fobik anksiyete", "paranoid düşünceler", "psikotizm" olmak üzere dokuz alt ölçekten, ek maddeler ve "rahatsızlık ciddiyet indeksi", "belirti toplamı indeksi" ve "semptom rahatsızlık indeksi" olmak üzere üç global indeksten oluşur (Ek 4). 1994 yılında Şahin ve Durak (2002) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılan ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık kat sayısı .96 ve .95 olarak bulunmuştur. Ölçüt bağıntılı geçerliliği çalışmasında ise KSE' nin, Sosyal Karşılaştırma Ölçeği ile -.14 ve -.34 arasında, Boyun Eğicilik Ölçeği ile .16 ile .42 arasında, Strese Yatkınlık Ölçeği ile .24 ile .36 arasında, Ucla Yalnızlık Ölçeği ile .34 ile .70 arasında değişen korelasyonlar bulunmuştur. Bununla birlikte yapılan faktör analizinde anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite olmak üzere 5 faktör bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları, somatizasyon için .82, OKB için .74, kişilerarası duyarlılık için .69, depresyon için .78, anksiyete için .80, hostilite için .77, fobik anksiyete için .57, paranoid düşünce için .72, psikotizm için .65, ek maddeler için .37'dir.

e) Kalp ile ilgili Sağlık İnanç Ölçeği (KSiÖ)

Bu ölçek, bu araştırma kapsamında, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nden uyarlanarak geliştirilmiştir. Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Victoria Champion tarafından 1984 yılında geliştirilmiş ve daha sonraki çalışmalarında (1993, 1997, 1999) yeniden düzenlenmiştir. Ölçek, SİM'nin bütün bileşenlerini içermekte ve 43 maddeden oluşmakta olup 1'den 5'e kadar değişen değerler alan likert tipi bir ölçektir. 1, "Kesinlikle katılmıyorum"u, 2, "Katılmıyorum"u, 3, "Kararsızım"ı, 4, "Katılıyorum"u ve

son olarak 5 “Tamamen katılıyorum”u temsil etmektedir (Ek 5). Ölçeğin, sağlık inanç bileşenleri ve her birinin içerdiği madde sayısı şu şekildedir:

- Meme kanseri ile ilgili algılanan duyarlılık (perceived susceptibility): 3 madde,
- Meme kanseri ile ilgili algılanan ciddiyet (perceived seriousness): 7 madde,
- Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulaması ile ilgili algılanan yarar (perceived benefits): 5 madde,
- KKMM uygulaması ile ilgili algılanan engeller (perceived barriers): 11 madde,
- KKMM uygulamasına ilişkin öz yeterlilik (self-efficacy): 10 madde,
- Sağlık motivasyonu (health motivation): 7 madde.

Champion’un yukarıda belirtilen sağlık inanç bileşenleri dâhilinde araştırmamızda maddeler, kardiyovasküler hastalıklara ilişkin tıbbi literatür taranarak ve yine özellikle sağlık psikolojisi alanında kardiyovasküler hastalıklarla (KVH) ilişkili riskli sağlık davranışları göz önünde bulundurularak KVH’ye özel oluşturulmuştur. Bu bağlamda, Champion’un ölçeği gibi 5’li Likert skalasında yukarıda belirtilen aynı seçeneklerin kullanıldığı KVH’ye yönelik oluşturulan sağlık inançları boyutları ve içerdikleri madde sayıları şu şekildedir:

- KVH ile ilgili algılanan duyarlılık (perceived susceptibility): 3 madde,
- KVH ile ilgili algılanan ciddiyet (perceived seriousness): 6 madde,
- KVH ile ilgili sağlık motivasyonu (health motivation): 5 madde,
- KVH ile ilgili algılanan yarar (perceived benefits): 4 madde,
- KVH ile ilgili algılanan engel (perceived barriers): 6 madde,
- KVH’ye ilişkin öz etkinlik (self-efficacy): 4 madde.

Toplam puan alınamayan ve her bir boyutun kendi içinde değerlendirildiği Kalp ile ilgili Sağlık İnanç Ölçeği’nin (KSIÖ) her bir boyutunda yer alan maddelerin son hali gözden geçirildikten sonra, geçerlik-güvenirlik çalışması amacıyla ölçek, yaş ortalaması 36,54 olan (SS: 11,98, Min-Max: 18-63), % 43.3’ü (N=65) kadın, %56’sı (N=84) erkek 150 kişiye uygulanmıştır.

Ölçeğin her bir boyutunun maddelerinin ayırt ediciliğini tespit etmek amacıyla, madde analizi yapılmıştır. Daha sonra, yapı geçerliğini test etmek için, Ana Bileşenler Yöntemi ve Varimaks Döndürmesi ile faktör analizi uygulanmış olup boyutların uyum iyilikleri aynı zamanda doğrulayıcı faktör analizi ile de sınanmıştır. Maddelerin iç tutarlılığı ise Cronbach Alfa Kat Sayısı hesaplanarak incelenmiştir. Son olarak, ölçeğin boyutlarının, KSE-Rahatsızlık Ciddiyeti Endeksi (KSE-RCE) ile

olan korelasyonları ve ölçek içi korelasyonları, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik Kat Sayısı kullanılarak test edilmiştir.

İlk olarak her bir boyut için ayrı ayrı yürütülen madde analizi ölçeğin hiçbir boyutunda madde-toplam puan korelasyonu .20'nin altında olan madde bulunmadığını göstermiştir. Ardından yine her bir boyut için uygulanan faktör analizi sonucunda ise tüm boyutlardaki tüm maddelerin ortak varyans değerlerinin ve birinci faktöre olan faktör yüklerinin .30'un üstünde çıkmış olduğu gözlenmiş ve tüm boyutlar tek faktörlü bir yapı göstermiştir. Tablo 2'de ölçeğin her bir boyutu için madde-toplam puan korelasyonları, Cronbach alfa değerleri, Faktör Analizi sonucunda elde edilen KMO, Bartlett testi, açıklanan varyans ortak varyans ve faktör yükü değerleri, özdeğerleri ile her bir boyuta ait ortalama ve standart sapma istatistikleri özetlenmiştir.

Tablo 2: KSIÖ Madde-Güvenirlilik ve Faktör Analizi Bulguları (N= 150)

Boyutlar/Maddeler		MTPK*	FY	OV
Algılanan Duyarlılık. 3 madde. Özdeğer:2.25 , KMO:.72, Bartlett::170.9 (p<.001), Varyans:% 75, α=.84, Ort.:2.83, SS:.97				
1	Kalp krizi geçirme olasılığım çok yüksektir.	.71	.88	.77
2	Önümüzdeki birkaç yıl içerisinde kalp krizi geçirme olasılığım çok yüksektir.	.70	.87	.76
3	Yaşamımın bir döneminde kalp krizi geçireceğimi hissediyorum.	.67	.85	.73
Algılanan Ciddiyet. 6 madde. Özdeğer:3.04 , KMO:.73, Bartlett::321.4 (p<.001), Varyans:% 51, α=.80, Ort.:2.76, SS:.91				
4	Kalp krizini düşünmek beni korkutur.	.59	.76	.80
5	Kalp krizini düşündüğümde heyecanlanırım.	.65	.80	.75
6	Kalp krizini düşünmekten korkarım.	.70	.83	.76
7	Kalp kriziyle beraber yaşayacağım problemler çok uzun süre devam edecektir.	.38	.52	.30
8	Bir kalp krizi geçirmiş olmak, sevgilimle veya eşimle olan ilişkimi tehdit eder.	.52	.66	.74
9	Eğer bir kalp krizi geçirirsem, bütün hayatım değişir.	.51	.65	.76
Sağlık Motivasyonu. 5 madde. Özdeğer:2.59 , KMO:.68, Bartlett::270.7 (p<.001), Varyans:% 57, α=.74, Ort.:3.90, SS:.75				
10	Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmeyi isterim.	.51	.78	.84
11	Sağlığımı sürdürmek, benim için son derece önemlidir.	.61	.85	.85
12	Sağlığımı geliştirmek adına yeni bilgiler araştırırım.	.63	.76	.73
13	Sağlığımı geliştirici aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu düşünürüm.	.58	.76	.59
14	Dengeli beslenirim.	.25	.35	.80
Algılanan Yarar. 4 madde. Özdeğer:2.54 , KMO:.72, Bartlett:218.5 (p<.001), Varyans:% 64, α=.80, Ort.:4.24, SS:.77				
15	Dengeli beslenirsem kalp sağlığım için iyi bir şey yapmış olurum.	.47	.67	.45
16	Düzenli doktor kontrolü, kalp sağlığımla ilgili problemin erken teşhis edilmesine yardımcı olabilir.	.69	.85	.72
17	Düzenli egzersiz yapmak, kalp problemi nedeniyle ölme olasılığımı azaltabilir.	.58	.78	.61
18	Doktor kontrolü sayesinde bir problem erkenden tespit edilirse, tedavim olumlu olabilir.	.73	.87	.76
Algılanan Engel. 6 madde. Özdeğer:2.25 , KMO:.69, Bartlett:214.6 (p<.001), Varyans:% 75, α=.72 Ort.:2.44, SS:.79				
19	Düzenli egzersiz yapmaktan sıkılırım.	.46	.69	.72
20	Egzersiz yapmak çok fazla zaman alır.	.64	.82	.77
21	Dengeli bir beslenme düzenini devam ettirmek çok zaman alır.	.48	.68	.56
22	Düzenli doktor kontrolüne gidiyorsam, egzersiz yapmama gerek yoktur.	.37	.55	.71
23	Düzenli besleniyorsam, egzersiz yapmama gerek yoktur.	.44	.62	.71
24	Doktor kontrolüne gitmekten çok daha önemli problemlerim var.	.33	.50	.30
Özetkinlik. 34madde. Özdeğer:2.10 , KMO:.66, Bartlett:110.4 (p<.001), Varyans:% 52, α=.70 Ort.:3.68, SS:.82				
25	Dengeli beslenmeyi başarabilirim.	.57	.80	.64
26	Düzenli egzersiz yapabileceğime inanıyorum.	.54	.79	.62
27	Doktor kontrollerini düzenli bir şekilde takip edebilirim.	.41	.65	.42
28	Kalp krizi geçirme riskimi artıracak olumsuz alışkanlıklarımı bırakabilirim.	.40	.65	.42

*MTPK: Madde-Toplam Puan Korelasyonu; FY: Faktör Yüğü; OV: Ortak Varyans

Faktör analizleri sonucunda elde edilen tek faktörlü yapıların uyum iyiliği endeks değerleri ise LISREL 8.51 versiyonunda yapısal eşitlik modelinde doğrulayıcı faktör analizi ile ayrıca değerlendirilmiştir. Söz konusu analize ilişkin her bir boyutun uyum iyiliği endeks değerleri de Tablo 3’de görülebilir.

Tablo 3: KSIÖ’nün Her Bir Boyutu için Uygulanan Doğrulayıcı Faktör Analizinden Elde Edilen Uyum İyiliği Endeks Değerleri (N= 150)

	χ^2/df^*	RMSEA	sRMR	GFI	CFI
Algılanan Duyarlılık (AD)	-	-	-	-	-
Algılanan Ciddiyet (AC)	14.26/7	0.08	0.045	.97	.98
Sağlık Motivasyonu (SM)	2.7/2	0.049	0.02	.99	.99
Algılanan Yarar (AY)	0.16/2	0.001	0.005	.99	.99
Algılanan Engel (AE)	13.29/8	0.08	0.058	.97	.97
Özetkinlik (ÖE)	6.97/2	0.12	0.045	.98	.95

*Uyum iyiliği endeks değerlerine ait kriterler (Jöreskog, 1993; akt., Şimşek, 2007): $\chi^2/df < 5$ ise kabul edilebilir, $\chi^2/df < 2$ ise iyi; RMSEA ve sRMR $< .08$ ise kabul edilebilir, RMSEA ve sRMR $< .05$ ise iyi; GFI ve CFI $> .90$ ise kabul edilebilir, GFI ve CFI $> .95$ ise iyi.

KSIÖ’nün yapı geçerliği kapsamında ölçeğin boyutlarının birbirleri ve KSE-RCE ile olan korelasyonları da ayrıca incelenmiş olup bu bulgular da Tablo 4’de sunulmuştur. Boyutların birbirleri ile olan korelasyon katsayılarının beklenen düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Lee, Kim ve Song, 2002).

Tablo 4: KSIÖ Boyutlarının Birbirleri Ve Geçerlik Ölçeği İle Olan Korelasyonları (N= 150)

	AC	SM	AY	AE	ÖE	KSE-RCE ¹
Algılanan Duyarlılık (AD)	,214**	-,217**	-,053	,112	-,094	,374***
Algılanan Ciddiyet (AC)		,097	-,002	,039	,252**	,241*
Sağlık Motivasyonu (SM)			,353	-,135	,434***	-,171*
Algılanan Yarar (AY)				-,237**	,444***	,029
Algılanan Engel (AE)					-,342***	,175*
Özetkinlik (ÖE)						-,053

¹N=55. ²Geçerlik ölçekleridir.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Ölçeğin gerek iç tutarlığına, gerek yapı geçerliğine, gerekse uyum iyiliği endeksine dair elde edilen tüm analiz sonuçlarının KSİÖ'nün güvenilirlik ve geçerliğine ilişkin kabul edilebilir kanıtlar sunduğu düşünülmektedir. Bu verilerden yola çıkarak bu çalışmada kullanılan KSİÖ'nün bu araştırmadaki Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları ise AD için, AC için, SM için, AY için, AE için ve son olarak da ÖE için sırasıyla .88, .81, .72, .88, .72 ve .65 olarak bulgulanmıştır.

3. Uygulama

Ölçek formunun katılımcılara uygulanmasında, araştırmacı tarafından iki farklı yol izlenmiştir: Birinci yol, Katılımcılar kısmında bahsi geçen yatan hastalarla (19) birebir görüşme tekniği ile cevapların elde edilmesi iken ikinci yol, gündelik hayatlarına devam eden katılımcıların (36) ölçek formlarını bireysel olarak doldurmalarıdır. Ayrıca, ölçek formunu bireysel olarak cevaplandıran 36 katılımcının 15'ine mail aracılığı ile ulaşılmıştır ve bu grup formu, elektronik ortamda doldurmuştur. Ölçek formunun ön yüzünde yer alan yönergede, araştırmanın bilimsel bir amaçla yapıldığı ve katılımcı gizliliğinin esas tutulduğu vurgusu yapılmış ayrıca, güvenli ve içtenlikli bir katılım için, katılımcılardan imzaları dışında kişisel bilgi talep edilmemiştir.

C. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

İş Stresi Ölçeği faktör puanları, A-Tipi Kişilik Ölçeği puanları, Kalp ile İlgili Sağlık İnanç Modeli Ölçeği faktör puanları ve KSE faktör puanları arasındaki ilişkiler, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik Katsayı testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

A-Tipi Kişilik Ölçeği faktörlerinin biçimlendirici etkisini test etmek üzere, Baron ve Kenny'nin (1986) önerdiği yöntemler dikkate alınarak Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici (Moderatör) Regresyon Analizi uygulanmıştır.

Biçimlendirici regresyon analizi için Baron ve Kenny'nin (1986) öngörülleri doğrultusunda, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki korelasyon anlamlı olmalıdır. Bağımsız değişken ile biçimlendirici değişken ve biçimlendirici değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin anlamlılığı konusunda ise, herhangi bir ön koşul bildirilmemiştir. Bu doğrultuda, bağımsız değişken olarak ele alınan İş Stresi Ölçeği değişkenleri arasında, bağımlı değişken olarak ele alınan KSE değişkenleri, riskli sağlık davranışları değişkenleri, tıbbi risk faktörleri

değişkenleri ve KKH ve tedavi modaliteleri değişkenleri ile anlamlı ilişkisi bulunmayan bağımsız değişkenler, biçimlendirici regresyon analizine sokulmamıştır.

Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici (Moderatör) Regresyon Analizine dahil edilecek olan tüm ölçek puanları öncelikle standart (Z) skollara dönüştürülmüştür. Her bir biçimlendirici regresyon analizi için, regresyon denklemine birinci adımda tek bir bağımsız değişken, ikinci adımda biçimlendirici değişkenlerin tümü ve son adımda da biçimlendirici değişkenler ile bağımsız değişkenin standart skollara çevrilmiş puanlarının çarpımı ile elde edilen “bağımsız değişken X biçimlendirici değişken” ortak etkileri girilmiştir. Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici (Moderatör) Regresyon Analizi sonucunda, üçüncü adımda anlamlı çıkan ortak etkiler biçimlendirici değişken etkilerinin de anlamlı olduğuna işaret etmektedir.

Sağlık inançlarının aracı (medyator) etkisini test etmek üzere ise, Baron ve Kenny'nin (1986) önerdiği yöntemler dikkate alınarak Hiyerarşik Doğrusal Aracı (Medyator) Regresyon Analizi uygulanmıştır. Aracı regresyon analizi için Baron ve Kenny'nin (1986) öngörülleri doğrultusunda, bağımsız değişken ile bağımlı değişken, bağımsız değişken ile aracı değişken ve aracı değişken ile bağımlı değişken arasındaki korelasyon anlamlı olmalıdır. Bu doğrultuda, bağımsız değişken olarak ele alınan İş Stresi Ölçeği değişkenleri, bağımlı değişken olarak ele alınan KSE değişkenleri, riskli sağlık davranışları değişkenleri, tıbbi risk faktörleri değişkenleri ve KKH ve tedavi modaliteleri değişkenleri ve aracı değişken olarak ele alınan Kalp ile İlgili Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (KSİÖ) değişkenleri arasında, anlamlı ilişkilere sahip olmayan değişkenler, analiz dışında tutulmuştur.

Her bir aracı regresyon analizi için, regresyon denklemine birinci adımda tek bir bağımsız değişken, ikinci adımda aracı değişken ve son adımda da aracı değişken ile bağımsız değişkenin puanlarının çarpımı ile elde edilen “bağımsız değişken X aracı değişken” ortak etkileri girilmiştir. Hiyerarşik Doğrusal Aracı (Medyator) Regresyon Analizi sonucunda, üçüncü adımda anlamlı çıkan ortak etkiler, aracı değişken etkilerinin de anlamlı olduğuna işaret etmektedir (Aiken ve West, 1991; Cohen ve Cohen, 1983).

D. BULGULAR

Bu çalışmada, iş stresinin klinik sonuçlar üzerindeki etkisinde, hem A-Tipi davranış örüntüsünün hem de sağlık inançlarının rolünün incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, iş stresinin klinik belirtiler üzerindeki etkisinde, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici ve iş stresinin klinik belirtiler üzerindeki etkisinde, sağlık inançlarının aracı etkileri sınanmıştır. Ancak bulgular bölümünde bu analiz sonuçlarına geçmeden önce, bu bölümde, katılımcıların, KKH risk faktörleri (riskli sağlık davranışları ve tıbbi risk faktörleri) ve KKH' ye yönelik sağlık inanç düzeylerini içeren istatistiksel bilgiler verilecektir. Ardından araştırma problemlerine ilişkin analiz bulguları sırası ile sunulacaktır.

Katılımcıların, KKH Risk Faktörleri (Riskli Sağlık Davranışları Ve Tıbbi Risk Faktörleri) Ve KKH' Ye Yönelik Sağlık İnanç Düzeylerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcılara ait KKH risk faktörlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler, Tablo 5'de yer almaktadır. Tablo 5'de sunulan bulgular incelendiğinde, katılımcıların, 'sigarayı düzenli kullanıp bırakma' oranının %25.5, sigarayı 'hiç içmeyenlerin' oranının %21.8 olduğu görülmektedir. Katılımcıların yarısından fazlası alkol kullanmakta iken ayrıca, yaklaşık üçte birinin yüksek tansiyona sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 5: Katılımcılara ait, KKH Risk Faktörlerini İçeren İstatistikî Bulgular

		<i>N</i>	%
Beden Kitle İndeksi	Zayıf	2	%3.6
	Normal	15	%27.2
	Fazla Kilolu	25	%45.4
	Obez	13	%23.6
Sigara	Düzenli Kullanıyorum	25	%45.5
	Ara Sıra Kullanıyorum	3	%5.5
	Düzenli Kullan. Bıraktım	14	%25.5
	Hiç İçmedim	12	%21.8
Alkol	Kullanmıyorum	23	%41.8
	Nadiren, Özel Günlerde	17	%30.9
	Ayda Bir Kadeh	2	%3.6
	Haftada Bir İki Kadeh	5	%9
	Haftada En Az İki Üç Kadeh	5	%9
	Her Gün En Az Bir Kadeh	3	%5.4
Total Kolesterol Düzeyi	Bilmiyorum	13	%23.6
	Normal Sınırlarda	23	%41.8
	Normalin Biraz Üstünde	16	%29.1
	Normalin Çok Üstünde	3	%5.5
HDL Düzeyi	Bilmiyorum	14	%25.5
	Normal Sınırlarda	31	%56.4
	Normalin Biraz Üstünde	7	%12.7
	Normalin Çok Üstünde	2	%3.6
LDL Düzeyi	Bilmiyorum	17	%30.9
	Normal Sınırlarda	19	%34.5
	Normalin Biraz Üstünde	15	%27.3
	Normalin Çok Üstünde	2	%3.6

Kandaki Yağ Düzeyi	Bilmiyorum	20	%36.4
	Normal Sınırlarda	18	%32.7
	Normalin Biraz Üstünde	12	%21.8
	Normalin Çok Üstünde	3	%5.5
Tansiyon Düzeyi	Bilmiyorum	1	%1.8
	Normalin Altında	6	%10.9
	Normal Sınırlarda	40	%72.7
	Normalin Biraz Üstünde	5	%9.1
	Normalin Çok Üstünde	1	%1.8
Diyabet	Hayır	45	%81.8
	Evet	10	%18.2
Yüksek tansiyon	Hayır	38	%69.1
	Evet	16	%29.1
Spor	Hayır	31	%56.4
	Evet	24	%43.6

Katılımcılara ait KKH ve tedavi modalitelerini –kalp kontrolü ve kalp ameliyatları- içeren istatistiksel bilgiler ise, Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6: Katılımcıların KKH ve Tedavi Modalitelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

		<i>N</i>	%
KKH	Kalp Hastalığı	33	%60
	Kalp Krizi	24	%43.6
	Darlık Veya Tıkanıklık	26	%47.3
	Anjiyo	28	%50.9
	Balon Veya Stent	18	%32.7
	Bypass	6	%10.9
	Kalp Kapak Ameliyatı	1	%1.8
	Kalp Kapak Hastalığı	7	%12.7
	Ritim Bozukluğu	20	%36.4
Kalp Kontrol	Gitmiyorum	22	%40
	Ayda Bir	4	%7.3
	Üç Ayda Bir	8	%14.5
	Yılda Bir	15	%27.3
	Diğer	6	%10.9
Kalp Operasyonu	Hayır	29	%52.7
	Evet	26	%47.3

Katılımcıların, KKH' ye yönelik sağlık inançları düzeylerine ilişkin istatistiki bilgiler ise Tablo 7'de sunulmuştur. Tablo 7'ye bakıldığında, katılımcıların KKH'ye yönelik sağlık motivasyonlarının diğer değişkenlere göre daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Bununla birlikte katılımcıların, algılanan engel ve algılanan ciddiyet düzeylerinde, diğer sağlık inanç düzeyi değişkenlerine göre daha düşük puana sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 7: Katılımcıların KKH'ye Yönelik Sağlık İnanç Düzeylerini İçeren İstatistikler

	N	$\bar{X}$	SS
Algılanan duyarlılık	55	3.33	3.08
Algılanan ciddiyet	55	2.76	5.86
Sağlık motivasyonu	55	4.71	4.14
Algılanan yarar	55	3.40	3.82
Algılanan engel	55	2.37	5.03
Öz etkinlik	55	3.76	3.33

Bu bölümde, şimdiye kadar, katılımcıların, KKH risk faktörleri, KKH ve tedavi modaliteleri ve KKH' ye yönelik sağlık inanç düzeylerini içeren tanımsal istatistiki bilgiler sunulmuştur. Bu bilgilere ek olarak, ayrıca, katılımcıların tüm değişkenlere ilişkin ölçümlerinden elde edilen tanımsal istatistiki bulgulara yer verilecektir.

Katılımcıların farklı iş stresi ile A-Tipi davranış örüntüsü, sağlık inanç ve klinik sonuç türleri puanlarının parametrik ölçümleri Tablo 8'de özetlenmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların Farklı İş Stresi ile A-Tipi Davranış Örüntüsü, Sağlık İnanç ve Klinik Sonuç Türleri Puanlarının Parametrik Ölçümlerine Dair İstatistikler

	<i>N</i>	$\bar{X}$	<i>SS</i>	<i>Medyan</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Örgütsel Norm ve Uygulamalar	55	101.96	96.65	67	0	372
Rol Yüğü	55	58.01	61.97	44	0	279
Güvensiz İlişkiler	55	26.99	40.56	9	0	152
Rol Yetersizliğı	55	18.6	23.05	11	0	108
Fiziksel İş Talepleri	55	23.81	23.44	16	0	75
A-Tipi Davranış Örüntüsü	55	22.18	4.57	23	10	30
Algılanan Duyarlılık	55	10.01	3.08	10	3	15
Algılanan Ciddiyet	55	16.57	5.86	15	6	29
Sağlık Motivasyonu	55	18.87	4.14	20	6	25
Algılanan Yarar	55	17.02	3.82	18	4	20
Algılanan Engel	55	14.23	5.03	15	6	26
Öz Etkinlik	55	15.06	3.33	16	6	20
Somatizasyon	55	6.74	6.23	4	0	24
OKB	55	5.01	4.75	4	0	18
Kişilerarası Duyarlılık	55	3.20	3.34	2	0	15
Depresyon	55	5.63	4.93	5	0	20
Anksiyete Bozukluğu	55	5.82	5.38	4	0	20
Hostilite	55	4.96	4.75	4	0	18
Fobik Anksiyete	55	2.56	3.18	1	0	16
Paranoid Düşünce	55	4.61	4.32	4	0	15
Psikotizm	55	3.22	3.57	2	0	14

Bu aşamadan itibaren, çalışmanın incelemeyi amaçladığı problemlere dair bulgular sunulacaktır.

Bu çalışmada, oluşturulan temel araştırma soruları doğrultusunda, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisini değerlendirmek amacıyla, Baron ve Kenny'nin (1986) önerdikleri yöntemler dikkate alınarak Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici (Moderatör) Regresyon Analizi, sağlık inançlarının aracı etkisini değerlendirmek amacıyla ise, Baron ve Kenny'nin (1986) önerdikleri yöntemler dikkate alınarak Hiyerarşik Doğrusal Aracı (Medyatör) Regresyon Analizi uygulanmıştır.

Biçimlendirici Regresyon Analizi için, Baron ve Kenny'nin (1986) öngörülerini doğrultusunda, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişki anlamlı olmalıdır. Bağımsız değişken ile biçimlendirici değişken arasında ve biçimlendirici ile bağımlı değişken arasındaki ilişkilerin anlamlılıklarına dair herhangi bir koşul öne sürülmemektedir.

Aracı Regresyon Analizi için ise, Baron ve Kenny'nin ön görüşleri doğrultusunda aşağıdaki koşulların sağlanması gerekmektedir:

- Bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişki anlamlı olmalıdır.
- Bağımsız değişken ile aracı değişken arasındaki ilişki anlamlı olmalıdır.
- Aracı değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişki anlamlı olmalıdır.

Yine Baron ve Kenny'nin (1986) öngörülerini doğrultusunda, analiz sonucunda, aracı değişken, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkiyi ortadan kaldırmalı (tam aracı etki) veya aynı ilişkinin gücünü azaltmalı ve bu azalma anlamlı düzeyde olmalıdır (kısmi aracı etki). Bu koşullar dışında herhangi bir aracı etkiden söz edilememektedir.

Dolayısı ile bu çalışma dahilinde, biçimlendirici ve aracı etki analizlerine geçmeden evvel, iş stresi, A-Tipi davranış örüntüsü, riskli sağlık davranışları, tıbbi risk faktörleri, klinik belirtiler, sağlık inançları ve KKH ve tedavi modaliteleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

İş Stresi, A-Tipi Davranış Örüntüsü, Sağlık İnançları ve Riskli Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkiler

Tablo 9'da riskli sağlık davranışlarının yordanan olarak ele alındığı korelasyon bulgularına yer verilmiştir. Bu tabloda da görüldüğü üzere, bağımsız değişken olan örgütsel norm ve uygulamaların aracı değişkenler, biçimlendirici değişken ve riskli sağlık davranışları ile arasında anlamlı bir ilişki söz konusu değildir. Diğer bağımsız değişkenler olan rol yükü ve güvensiz ilişkilerin ise, sadece, algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet aracı değişkenleri ile anlamlı ilişkileri vardır. Bağımlı değişken olan riskli sağlık davranış değişkenlerinin ise, hiçbir değişken ile anlamlı bir ilişkisi söz konusu değildir.

Tablo 9: İş Stresinin Yordayan, Riskli Sağlık Davranışlarının Yordanan Olduğu Model Açısından, Değişkenler Arası Korelasyonlar (N= 55)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1-Örgütsel Norm ve Uygulamalar	-	.18	.62***	.21	.24	.12	.06	.10	.05	.22	-.12	-.15	0
2-Rol Yüğü			.37**	.25	.29*	.30*	-.07	-.02	.05	-.19	.12	0	.23
3-Güvensiz İlişkiler				.28*	.49***	.32*	.16	.15	.22	.05	-.02	-.10	-.11
4- A-Tipi Davranış Örüntüsü					.24	-.12	.18	.49***	-.22	.23	-.04	-.04	.06
5-Algılanan Duyarlılık						.15	-.15	.14	.24	-.17	-.42	.08	-.24
6-Algılanan Ciddiyet							.02	-.06	.14	.02	.23	-.04	-.05
7- Sağlık Motivasyonu								.33*	-.12	.56***	.06	-.03	.10
8-Algılanan Yarar									-.39**	.39	.05	-.17	-.05
9-Algılanan Engel										-.23	-.01	.11	-.05
10-Öz Etkinlik											-.01	-.006	.06
11-Sigara												-.18	.27*
12-Alkol													-.07
13-Spor													-

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

İş Stresi, A-Tipi Davranış Örüntüsü, Sağlık İnançları ve Tıbbi Risk Faktörleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 10'da da görüldüğü gibi, bağımsız değişkenler olan örgütsel norm ve uygulamalar, rol yükü ve güvensiz ilişkiler değişkenlerinin hiçbirinin, bağımlı değişken olan tıbbi risk faktörleri değişkenleri ile anlamlı ilişkisi yoktur. Bununla birlikte, aracı değişkenler ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişkilere bakıldığında ise, yalnızca algılanan duyarlılık ile LDL, algılanan engel ile diyabet ve sağlık motivasyonu ile HDL arasında anlamlı ilişkiler söz konusudur.

Tablo 10: İş Stresinin Yordanan, Tıbbi Risk Faktörlerinin ise, Yordanan Olduğu Model Açısından, Değişkenler Arası Korelasyonlar (N= 55)

	11	12	13	14	15	16	17	18
1-Örgütsel Norm Ve Uygulamalar	-.07	-.10	.17	-.07	.05	0	-.11	.15
2-Rol Yüğü	-.07	.14	.19	.23	.21	.11	0	-.01
3-Güvensiz İlişkiler	-.11	-.03	.07	-.15	0	.23	-.01	.17
4- A-Tipi Davranış Örüntüsü	.11	-.04	-.17	-.08	.11	.07	.05	.16
5-Algılanan Duyarlılık	-.10	-.14	-.09	-.28*	-.23	.18	.12	.04
6-Algılanan Ciddiyet	-.08	-.01	.15	-.04	.05	.01	-.11	.01
7-Sağlık Motivasyonu	.09	.05	.27*	.01	.24	.01	.12	.21
8-Algılanan Yarar	-.03	-.20	-.16	-.18	-.10	-.13	0	.08
9-Algılanan Engel	.12	.22	.16	.03	.19	.11	.28*	-.03
10-Öz Etkinlik	-.10	-.09	.12	-.07	.06	0	-.01	.06
11-Beden Kitle İndeksi		.27*	.03	.11	.15	.07	.15	.27*
12-Total Kolesterol			.63**	.76***	.56***	.01	.30*	-.12
13-HDL				.60***	.60***	0	.07	-.16
14-LDL					.52***	.19	.23	-.15
15-Kandaki Yağ D.						.04	-.02	-.12
16-Tansiyon D.							.12	.18
17-Diyabet								.14
18-Yüksek Tansiyon								-

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

İş Stresi, A-Tipi Davranış Örüntüsü, Sağlık İnançları ve KKH ve Tedavi Modaliteleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 11'den yola çıkarak, bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenler olan KKH ve tedavi modaliteleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, yalnızca, rol yükünün kalp hastalığı ile anlamlı ilişkiye sahip olduğu görülmektedir. Aracı değişkenler ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişkilerde ise, algılanan duyarlılık ile darlık veya tıkanıklık, algılanan ciddiyet ile kalp kapak hastalığı, sağlık motivasyonu ile anjiyo, algılanan yarar ile ritim bozukluğu ve kalp kontrol, algılanan engel ile de bypass ve ritim bozukluğu anlamlı ilişkilere sahiptir.

Tablo 11: İş Stresinin Yordayan, KKH ve Tedavi Modalitelerinin Yordanan Olduğu Model Açısından Değişkenler Arası Korelasyonlar (N= 55)

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1-Örgütsel Norm Ve Uygulamalar	.08	.13	.05	0	.14	-.04	-.13	.11	.20	-.04	.01
2-Rol Yüğü	.26*	.21	.07	.08	.20	.09	-.04	.02	.06	.25	.20
3-Güvensiz İlişkiler	.16	.11	.09	.03	.04	.04	-.02	-.07	.07	-.11	.12
4-A-Tipi Davranış Örüntüsü	.14	.02	.13	.08	.12	-.09	-.08	.17	-.19	-.21	.20
5-Algılanan Duyarlılık	.21	.20	.32*	.16	.15	.12	.10	0	-.02	-.21	.24
6-Algılanan Ciddiyet	.09	-.04	.15	-.03	.04	.09	-.13	-.31*	.07	.10	.02
7-Sağlık Motivasyonu	.22	-.06	.02	.28*	.01	.07	.01	-.04	-.13	.11	-.01
8-Algılanan Yarar	0	-.03	.18	.10	-.07	-.21	-.10	-.02	-.29*	-.32*	.12
9-Algılanan Engel	0	.01	0	-.11	.01	.29*	.05	0	.27*	.08	-.01
10-Öz etkinlik	-.02	.04	.14	.21	.05	-.04	.05	.01	-.07	-.14	.18
11-Kalp hastalığı		.28*	.17	.08	.26	.29*	-.16	-.13	-.07	.01	.17
12-Kalp krizi			.59***	.52***	.63***	.27*	-.12	-.31*	-.26*	.09	.40**
13-Darlık veya tıkanıklık				.56***	.52***	.26	-.12	-.25	-.18	-.13	.41**
14-Anjiyo					.47***	.23	.13	-.06	-.24	.16	.34**
15-Balon ve/veya stent						.12	-.09	-.12	-.27*	.08	.49***
16-Bypass							-.04	-.12	-.01	.10	.36**
17-Kapak ameliyatı								.38**	-.10	.01	.14
18-Kalp kapak hastalığı									.16	.06	-.14
19-Ritim bozukluğu										.03	-.26
20-Kalp kontrol											.09
21-Kalp operasyonu											-

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

İş Stresi, A-Tipi Davranış Örüntüsü, Sağlık İnançları ve KSE ile Ölçülen Klinik Sonuçlar Arasındaki İlişkiler

Tablo 12’de de görüldüğü üzere, bağımsız değişken olan iş stresinin örgütsel norm ve uygulamalar ve güvensiz ilişkiler faktörleri, bağımlı değişken olan klinik sonuçların psikotizm faktörü dışında, diğer tüm faktörleri ile anlamlı ilişkiye sahipken, rol yükü faktörü ise, sadece okb ve hostilete faktörleri ile anlamlı ilişkiye sahiptir. Aracı değişkenler ile bağımlı değişken olan klinik belirtiler arasındaki ilişkilere bakıldığında, duyarlılık faktörünün tüm bağımlı değişken faktörleri ile anlamlı ilişkisi varken, ciddiye faktörünün somatizasyon, okb ve fobik anksiyete ile anlamlı ilişkisi söz konusudur. Motivasyon faktörünün, somatizasyon ve paranoid düşünce ile anlamlı ilişkisi varken, yarar faktörünün ise sadece anksiyete bozukluğu ile anlamlı ilişkisi vardır. Engel ve öz etkinlik faktörlerinin ise, bağımlı değişken faktörleri ile anlamlı ilişkisi söz konusu değildir.

Tablo 12: İş Stresinin Yordayan, Klinik Sonuçların İse Yordanan Olduğu Model Açısından, Değişkenler Arası Korelasyonlar (N= 55)

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1-Örgütsel Norm Ve Uygulamalar	.30*	.43***	.29*	.44***	.44***	.42***	.39**	.53***	.23	.48***
2-Rol Yüğü	.14	.32*	.21	.12	.14	.28*	.02	.19	.01	.21
3-Güvensiz İlişkiler	.29*	.58***	.37**	.38**	.42***	.50***	.35**	.38**	.26	.46***
4-A-Tipi Davranış Örüntüsü	.23	.22	.18	.17	.29*	.36**	.02	.12	.05	.30*
5-Algılanan Duyarlılık	.52***	.46***	.45***	.46***	.46***	.50***	.30*	.56***	.30*	.55***
6-Algılanan Ciddiyet	.28*	.42***	.25	.18	.22	.18	.27*	.22	.23	.25
7-Sağlık Motivasyonu	-.33*	-.02	-.25	-.25	-.24	-.24	-.15	-.31*	-.08	-.24
8-Algılanan Yarar	.15	.11	.18	.14	.32*	.22	.10	.12	.18	.25
9-Algılanan Engel	-.09	.15	.05	.13	-.03	.10	.08	.09	.13	.05
10-Öz Etkinlik	-.07	-.11	-.10	-.10	-.04	-.11	-.10	0	-.07	-.07
11-Somatizasyon		.51***	.50***	.52***	.68***	.59***	.49***	.60***	.34**	.72***
12-Okb			.59***	.65***	.63***	.61***	.63***	.60***	.60***	.77***
13-Kişiler Arası Duyarlılık				.75***	.66***	.64***	.59***	.71***	.68***	.80***
14-Depresyon					.81***	.75***	.74***	.75***	.77***	.88***
15-Anksiyete Bozukluğu						.83***	.75***	.69***	.69***	.93***
16-Hostilite							.59***	.59***	.61***	.85***
17-Fobik Anksiyete								.64***	.68***	.76***
18-Paranoid Düşünce									.55***	.80***
19-Psikotizm										.76***
20-Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi										-

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Bu kısma kadar, çalışma kapsamında yer alan bağımsız, bağımlı, biçimlendirici ve aracı değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

A-Tipi Davranış Örüntüsünün Biçimlendirici Etkisine Dair Bulgular

Aşağıda, uygulanacak biçimlendirici analizlere dair, analiz öncesi bilgilere yer verilmektedir.

“İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ile ölçülen iş stresi ile KSE ile ölçülen klinik semptom sıklığı arasındaki ilişkide, İş Stresi Bataryası’na ait olan A-Tipi Kişilik Ölçeği ile ölçülen A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisi var mıdır?” şeklinde oluşturulan problem 1’i test etmek amacıyla, bağımsız değişkenlerin tüm faktörleri, bağımlı değişken olarak, psikotizm dışındaki tüm faktörler ve biçimlendirici değişken olarak A-Tipi davranış örüntüsü analiz dâhilinde yer almıştır. Sonuç olarak, bu problem dâhilinde, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisini test etmek amacıyla, 20 farklı Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi yürütülmüştür.

“İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ile ölçülen iş stresi ile tıbbi risk faktörleri arasındaki ilişkide, İş Stresi Bataryası’na ait olan A-Tipi Kişilik Ölçeği ile ölçülen A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisi var mıdır?” şeklinde oluşturulan problem 2 ve *“İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ile ölçülen iş stresi ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkide, İş Stresi Bataryası’na ait olan A-Tipi Kişilik Ölçeği ile ölçülen A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisi var mıdır?”* şeklinde oluşturulan problem 3, biçimlendirici regresyon analizi için Baron ve Kenny’nin (1986) değişkenler arasındaki ilişkilere yönelik öne sürdükleri koşulları sağlayamadıkları için test edilememiştir.

“İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ile ölçülen iş stresi ile KKH ve tedavi modaliteleri arasındaki ilişkide, İş Stresi Bataryası’na ait olan A-Tipi Kişilik Ölçeği ile ölçülen A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisi var mıdır?” şeklinde oluşturulan problem 4’ü test etmek amacıyla, bağımsız değişken olarak yalnızca rol yükü, bağımlı değişken olarak yalnızca kalp hastalığı değişkeni analize dahil edilmiştir. Sonuç olarak, bu problem dâhilinde, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisini sınamak amacıyla 1 adet Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi yürütülmüştür.

İş Stresi ile Klinik Belirtiler Arasındaki İlişkide, A-Tipi Davranış Örüntüsünün Biçimlendirici Rolü

A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisini test etmek amacıyla, öncelikli olarak, analizlere dahil edilmiş olan tüm ölçek puanları, standart puanlara dönüştürülmüştür. Analiz aşamasında, regresyon denklemine 1.adımda, bağımsız değişkenin standart puanı, 2.adımda, biçimlendirici değişkenin standart puanı ve 3.adımda ise, yordayıcı ve biçimlendirici değişkenin standart puanlarının çarpımı olan ortak etki değişkeni girilmiştir.

Tablo 13’de İş Stresi Değerlendirme Ölçeği-örgütsel norm ve uygulamalar alt test puanlarının, KSE’nin somatizasyon, OKB, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve anksiyete alt ölçek puanları üzerindeki etkisinde, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici rolüne dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi sonuçları özetlenmiştir. Buna göre, örgütsel norm ve uygulamalar KSE’nin OKB alt test puanlarındaki değişimin %18’ini, kişilerarası duyarlılık alt test puanlarındaki değişimin %15’ini, depresyon alt test puanlarındaki değişimin %22’sini ve anksiyete alt test puanlarındaki değişimin ise %20’sini anlamlı derecede yordamakta iken, somatizasyon puanları üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Öte yandan, A-Tipi davranış örüntüsünün, somatizasyon üzerindeki marjinal düzeyde anlamlı yordayıcılığı dışında (açıklanan varyans % 6), söz konusu yordanan diğer değişkenlerin hiçbirisi üzerinde ne ana etkisi ne de biçimlendirici etkisi anlamlı değildir.

Tablo 13: İş Stresi Değerlendirme Ölçeği-Örgütsel Norm ve Uygulamalar Alt Test Puanlarının, KSE'nin Somatizasyon, OKB, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon Ve Anksiyete Alt Ölçek Puanları Üzerindeki Etkisinde, A-Tipi Davranış Örüntüsünün Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

	β	R^2
Yordanan Değişken: KSE-Somatizasyon		
1.Adım: Örgütsel Norm Ve Uygulamalar (a)	.16	.06
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.28**	.12*
3.Adım: a X b	.19	.15
Yordanan Değişken: KSE- OKB		
1.Adım: Örgütsel Norm Ve Uygulamalar (a)	.40***	.18****
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.12	.19
3.Adım: a X b	-.06	.20
Yordanan Değişken: KSE-Kişilerarası Duyarlılık		
1.Adım: Örgütsel Norm Ve Uygulamalar (a)	.36***	.15***
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.16	.18
3.Adım: a X b	-.04	.18
Yordanan Değişken: KSE-Depresyon		
1.Adım: Örgütsel Norm Ve Uygulamalar (a)	.47****	.22****
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.06	.23
3.Adım: a X b	-.12	.25
Yordanan Değişken: KSE-Anksiyete		
1.Adım: Örgütsel Norm Ve Uygulamalar (a)	.40***	.20****
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.20	.24
3.Adım: a X b	-.05	.24

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılarıdır.

*Marjinal düzeyde anlamlılık ($p=0.072$), ** $p<0.05$, *** $p<0.01$, **** $p<0.001$

İş Stresini Değerlendirme Ölçeği-örgütsel norm ve uygulamalar alt test puanlarının, KSE'nin bu defa hostilete, fobik anksiyete, paranoid düşünce alt test puanları ile rahatsızlık endeksi puanları üzerindeki yordayıcı etkisinde, yine A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisinin sorgulandığı analiz bulguları Tablo 14'de görülebilir. Benzer şekilde, hiçbir yordanan değişken üzerinde, A-Tipi davranış örüntüsünün ne ana ne de biçimlendirici etkisi gözlenmiştir. Fakat örgütsel norm ve uygulamalar, hostilete, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve rahatsızlık endeksi puanlarındaki değişimin sırasıyla, % 7, % 12, % 30 ve % 19'unu anlamlı düzeyde açıklamaktadır.

Tablo 14: İş Stresini Değerlendirme Ölçeği-Örgütsel Norm ve Uygulamalar Alt Test Puanlarının, KSE'nin Hostilite, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce Alt Ölçek Puanları Ve Rahatsızlık Endeks Puanları Üzerindeki Etkisinde, A-Tipi Davranış Örüntüsünün Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

	β	R^2
<i>Yordanan Değişken: KSE-Hostilite</i>		
1.Adım: Örgütsel Norm Ve Uygulamalar (a)	.23	.07*
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.22	.13
3.Adım: a X b	-.04	.14
<i>Yordanan Değişken: KSE-Fobik Anksiyete</i>		
1.Adım: Örgütsel Norm Ve Uygulamalar (a)	.33*	.12**
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.06	.12
3.Adım: a X b	-.01	.12
<i>Yordanan Değişken: KSE-Paranoid Düşünce</i>		
1.Adım: Örgütsel Norm Ve Uygulamalar (a)	.52***	.30***
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.09	.31
3.Adım: a X b	.01	.31
<i>Yordanan Değişken: KSE-Rahatsızlık Endeksi</i>		
1.Adım: Örgütsel Norm Ve Uygulamalar (a)	.40**	.19***
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.19	.23
3.Adım: a X b	-.03	.23

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılarıdır.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

İş Stresi Değerlendirme Ölçeği-rol yükü alt test puanlarının, KSE-OKB ve KSE-hostilite alt test puanları üzerindeki etkisinde, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici rolü incelendiğinde ise, A-Tipi davranış örüntüsünün yine ana ve biçimlendirici etkilerinin olmadığı görülmüştür. Rol yükü ise, yalnızca OKB puanlarındaki değişimin %12'sini anlamlı düzeyde yordamaktadır. Bununla birlikte, A-Tipi davranış örüntüsünün rol yükü ile bu defa kalp hastalığı varlığı arasındaki ilişkide, biçimlendirici etkiye sahip olduğu, A-Tipi davranış örüntüsü ile rol yükünün ortak etkisinin, kalp hastalığı olasılığındaki değişimin %11'ini açıkladığı görülmüştür (Tablo 15). A-Tipi davranış örüntüsünün bu ilişkideki biçimlendirici etkisi Grafik 1'de sunulmuştur.

Tablo 15: İş Stresini Değerlendirme Ölçeği-Rol Yüğü Alt Test Puanlarının, KSE- Obsesif Kompulsif Bozukluk, KSE-Hostilite alt Test puanları ve Kalp Hastalığı Varlığı üzerindeki etkisinde A Tipi Davranış Örüntüsünün Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

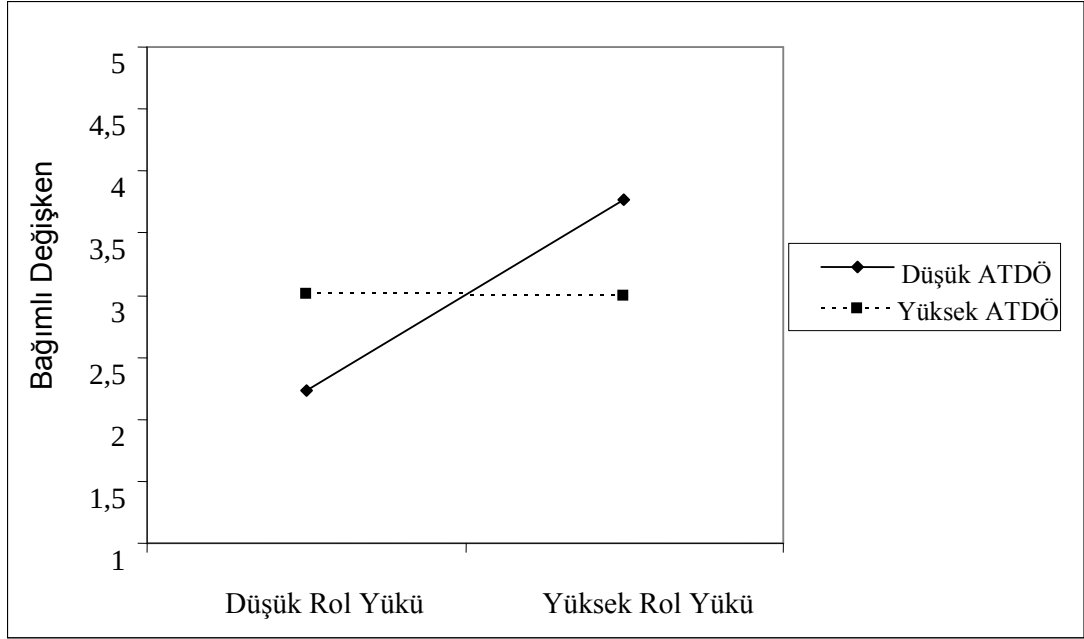
	β	R^2
Yordanan Değişken: KSE- OKB		
1.Adım: Rol Yüğü (a)	.32*	.12**
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.12	.14
3.Adım: a X b	-.03	.14
Yordanan Değişken: KSE-Hostilite		
1.Adım: Rol Yüğü (a)	.24	.06
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.20	.12
3.Adım: a X b	-.12	.13
Yordanan Değişken: Kalp Hastalığı Varlığı		
1.Adım: Rol Yüğü (a)	.37**	.05*
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.00	.06
3.Adım: a X b	-.36**	.16**

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılarıdır.

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Rol yükünün, kalp hastalığı varlığı üzerindeki yordayıcı etkisinde, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici rolünün sunulduğu Grafik 1'de de görülebileceği gibi düşük düzeyde A-Tipi davranış örüntüsü, iş ortamında rol yükü ile ilgili algılanan rahatsızlığın, kalp hastalığı olasılığı üzerindeki olumsuz etkisini artırmakta, öte yandan, yüksek A-Tipi davranış örüntüsü gösterenlerde ise, bu ilişki ortadan kalkmaktadır. Bir başka deyişle, yüksek A-Tipi davranış örüntüsü, rol yükü ile kalp hastalığı arasındaki ilişkide tersine tampon etkisi göstermektedir.

Grafik 1: İş Stresini Değerlendirme Ölçeği-Rol Yüğü Alt Test Puanlarının Kalp Hastalığı Varlığı Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde, A-Tipi Davranış Örüntüsünün Biçimlendirici Rolüne Dair Ortak Etki Grafiğı



Bu kez, İş Stresi Değerlendirme Ölçeği-güvensiz ilişkiler alt test puanlarının, KSE'nin, somatizasyon, OKB, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve anksiyete alt ölçek puanları üzerindeki etkisinde, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici rolüne dair bulgular ise, Tablo 16'da yer almaktadır. Görülebileceğı gibi, güvensiz ilişkiler, somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve anksiyete puanlarındaki değışimin sırasıyla %10, %33, %38, % 39 ve %24'ünü tek başına anlamlı düzeyde açıklarken, A-Tipi davranış örüntüsü ise somatizasyon puanlarındaki değışimin %7'sini marjinal düzeyde ve anksiyete puanlarındaki değışimin ise, %6'sını düşük düzeyde yordamaktadır. Ancak A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisinin hiçbir söz konusu ilişki için anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 16: İş Stresi Değerlendirme Ölçeği-Güvensiz İlişkiler Alt Test Puanlarının KSE'nin, Somatizasyon, OKB, Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon Ve Anksiyete Alt Ölçek Puanları Üzerindeki Etkisinde, A-Tipi Davranış Örüntüsünün Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

	β	R^2
Yordanan Değişken: KSE-Somatizasyon		
1.Adım: Güvensiz İlişkiler (a)	.26**	.10**
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.30**	.17*
3.Adım: a X b	.20	.21
Yordanan Değişken: KSE- OKB		
1.Adım: Güvensiz İlişkiler (a)	.53***	.33***
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.19	.36
3.Adım: a X b	.17	.39
Yordanan Değişken: KSE-Kişilerarası Duyarlılık		
1.Adım: Güvensiz İlişkiler (a)	.57***	.39***
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.21	.42
3.Adım: a X b	.16	.44
Yordanan Değişken: KSE-Depresyon		
1.Adım: Güvensiz İlişkiler (a)	.59***	.38***
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.13	.39
3.Adım: a X b	.05	.39
Yordanan Değişken: KSE-Anksiyete		
1.Adım: Güvensiz İlişkiler (a)	.45***	.24***
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.25**	.30**
3.Adım: a X b	.05	.30

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılarıdır.

*Marjinal düzeyde anlamlılık ($p=0.052$), ** $p<0.05$, *** $p<0.001$

Yine güvensiz ilişkiler alt test puanlarının bu defa hostilete, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve rahatsızlık endeksi puanları üzerindeki yordayıcı etkisinde A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisine dair analizler dikkate alındığında ise, güvensiz ilişkilerin bu analizlerdeki tüm yordanan değişkenler üzerindeki ana

etkisinin anlamlı olduğu görölmüştür. A-Tipi Davranış örüntüsünün ise hem hostilite hem de rahatsızlık endeksi puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı görölmüştür (Tablo 17).

Tablo 17: İş Stresi Değerlendirme Ölçeği-Güvensiz İlişkiler Alt Test Puanlarının KSE'nin, Hostilite, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce Alt Test Puanları, Rahatsızlık Endeksi Puanları Üzerindeki Etkisinde, A-Tipi Davranış Örüntüsünün Biçimlendirici Rolüne Dair Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

	β	R^2
<i>Yordanan Değişken: KSE-Hostilite</i>		
1.Adım: Güvensiz İlişkiler (a)	.32**	.12***
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.25*	.19**
3.Adım: a X b	.00	.19
<i>Yordanan Değişken: KSE-Fobik Anksiyete</i>		
1.Adım: Güvensiz İlişkiler (a)	.47****	.25****
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.12	.26
3.Adım: a X b	.16	.29
<i>Yordanan Değişken: KSE-Paranoid Düşünce</i>		
1.Adım: Güvensiz İlişkiler (a)	.55****	.33****
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.15	.35
3.Adım: a X b	.06	.35
<i>Yordanan Değişken: KSE-Rahatsızlık Endeksi</i>		
1.Adım: Güvensiz İlişkiler (a)	.52****	.32****
2.Adım: A-Tipi Davranış Örüntüsü (b)	.24**	.37*
3.Adım: a X b	.12	.38

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılardır.

*Marjinal düzeyde anlamlılık, ** $p<0.05$, *** $p<0.01$, **** $p<0.001$

Sağlık İnançlarının Aracı Etkisine Dair Bulgular

A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisine dair analiz sonuçlarından sonra, sırada, aracı etkiye dair uygulanan analiz sonuçları ve sonuçlara ilişkin istatistiki tablolar sunulmaktadır.

Aşağıda, uygulanacak aracı etki analizlerine dair analiz öncesi bilgiler sunulacaktır.

“İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilen iş stresi ile KSE ile ölçülen klinik sonuçlar arasındaki ilişkide, SİM bileşenlerinden algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, sağlık motivasyonu, algılanan yarar, algılanan engel ve öz etkinlik inançlarının aracı etkisi var mıdır?” şeklinde oluşturulan problem 5’i test etmek amacıyla, Baron ve Kenny’nin aracı etki koşulları dahilinde, bağımsız değişkenler olarak, yalnızca rol yükü ve güvensiz ilişkiler faktörleri, bağımlı değişken olarak, psikotizm dışındaki tüm faktörler ve aracı değişken olarak, sadece algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet faktörleri analiz dâhilinde yer almıştır. Sonuç olarak, bu problem dahilinde, sağlık inançlarına ait algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet değişkenlerinin, aracı etkisini test etmek amacıyla, 13 farklı Doğrusal Aracı Regresyon Analizi yürütülmüştür.

“İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ile ölçülen iş stresi ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkide, SİM bileşenlerinden algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, sağlık motivasyonu, algılanan yarar, algılanan engel ve öz etkinlik inançlarının aracı etkisi var mıdır?” şeklinde oluşturulan problem 6, *“İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilen iş stresi ile tıbbi risk faktörleri arasındaki ilişkide, SİM bileşenlerinden algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, sağlık motivasyonu, algılanan yarar, algılanan engel ve öz etkinlik inançlarının aracı etkisi var mıdır?”* şeklinde oluşturulan problem 7 ve *“İş Stresi Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilen iş stresi ile KKH ve tedavi modaliteleri arasındaki ilişkide, SİM bileşenlerinden algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, sağlık motivasyonu, algılanan yarar, algılanan engel ve öz etkinlik inançlarının aracı etkisi var mıdır?”* şeklinde oluşturulan problem 8, aracı regresyon analizi için Baron ve Kenny’nin (1986) değişkenler arasındaki ilişkilere yönelik öne sürdükleri koşulları sağlayamadıkları için test edilememiştir.

İş Stresi ile Klinik Sonuçlar Arasındaki İlişkide, Sağlık İnançlarının Aracı Rolü

İlk Doğrusal Aracı Regresyon Analizi'nde, OKB puanının bağımlı değişken olarak ele alındığı birinci adımda, regresyon denkleminde, bağımsız değişken olarak rol yükü puanı girilmiştir. Aracı değişken olarak ele alınan duyarlılık puanının bağımlı değişken olarak girildiği ikinci adımda ise, bağımsız değişken olarak rol yükü puanı girilmiştir. Yine OKB puanının bağımlı değişken olarak girildiği üçüncü adımda, bağımsız değişken olarak duyarlılık puanı girilmiştir. OKB puanının bağımlı değişken olarak girildiği dördüncü ve son adımda ise, sırasıyla rol yükü ve duyarlılık puanları, birlikte, bağımsız değişken olarak girilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 18'de görülebilir.

Tablo 18: Rol Yükü Puanlarının, OKB Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları

MODEL	R ²	B	Std. Hata	Beta	t	p
1.Adım	,123**	,027**	,010	,351	2,725**	,009
Rol yükü						
4.Adım						
Rol yükü	,226***	,018	,010	,233	1,789	,079
Duyarlılık		,527*	,200	,342	2,634	,011

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tablo 18'e bakıldığında, birinci adımda, rol yükü puanlarının OKB puanlarındaki değişimin %12,3'ünü orta derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Dördüncü ve son adımda ise, regresyona bağımsız değişken olarak birlikte girilen rol yükü ve duyarlılık puanlarının, bağımlı değişken olarak girilen OKB puanlarındaki değişimin %22,6'sını yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Duyarlılık faktörünün aracı etkisi değerlendirildiğinde, birinci adımdaki bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin, aracı değişkenin kontrol edildiği durumda ortadan kalktığı görülmektedir. Bu sonuçla birlikte, rol yükünün, OKB üzerindeki etkisinde, algılanan duyarlılığın, tam aracı etkiye sahip olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle, rol yükü ile ilgili algılanan stresin, OKB üzerinde doğrudan değil, KKH'ya ilişkin algılanan duyarlılık aracılığıyla ilişkisi vardır. Kısaca, rol yükü ile ilgili algılanan stres arttıkça, KKH'ya ilişkin algılanan duyarlılık artmakta, algılanan duyarlılık arttıkça da OKB artmaktadır.

Bir sonraki Doğrusal Aracı Regresyon Analizi'nde, OKB puanının bağımlı değişken olarak ele alındığı birinci adımda, regresyon denkleminde, bağımsız değişken olarak rol yükü puanı girilmiştir. Aracı değişken olarak ele alınan ciddiye puanının bağımlı değişken olarak girildiği ikinci adımda ise, bağımsız değişken olarak rol yükü puanı girilmiştir. Yine OKB puanının bağımlı değişken olarak girildiği üçüncü adımda, bağımsız değişken olarak ciddiye puanı girilmiştir. OKB puanının bağımlı değişken olarak girildiği dördüncü ve son adımda ise, sırasıyla rol yükü ve ciddiye puanları, birlikte, bağımsız değişken olarak girilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 19'da görülebilir.

Tablo 19: Rol Yükü Puanlarının OKB Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Ciddiyetin Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları

MODEL	R ²	B	Std. Hata	Beta	t	p
1.Adım Rol yükü	,123**	,027**	,010	,351	2,725**	,009
4.Adım Rol yükü	,285***	,019*	,009	,250	2,064*	,044
Ciddiyet		,337***	,098	,415	3,436***	,001

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tablo 19'a bakıldığında, birinci adımda, rol yükü puanlarının OKB puanlarındaki değişimin %12,3'ünü orta derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Dördüncü ve son adımda ise, regresyona bağımsız değişken olarak birlikte girilen rol yükü ve ciddiye puanlarının, bağımlı değişken olarak girilen OKB puanlarındaki değişimin %28,5'ini yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Ciddiyet faktörünün aracı etkisi değerlendirildiğinde, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin, aracı değişkenin kontrol edildiği durumda, birinci adımdaki anlamlılık derecesine kıyasla, orta derecede anlamlılık düzeyinden, düşük derecede anlamlılık düzeyine düştüğü görülmektedir. Bu düşüşün, anlamlı olup olmadığını test etmek amacıyla, Sobel'in Z testi uygulanmıştır ($Z = 1,57$, $p < 0,05$). Sobel testi, yordayıcı değişkenin regresyon katsayısındaki azalmanın anlamlı bir azalma olduğunu göstermiş olup bu durum, algılanan ciddiye kısmi aracı etkiye sahip olduğuna işaret etmektedir. Başka bir deyişle, rol yükü ile ilgili algılanan stresin, OKB üzerindeki etkisinin bir kısmı, KKH'ye ilişkin algılanan ciddiye aracılığı ile gerçekleşiyor görülmektedir. Kısaca, rol yükü arttıkça, OKB katsayısı da

artarken, diğer yandan, rol yükü arttıkça aynı zamanda algılanan ciddiyet artmakta ve OKB düzeyi bu yolla şiddetlenebilmektedir.

Sıradaki Doğrusal Aracı Regresyon Analizi'nde, somatizasyon puanının bağımlı değişken olarak ele alındığı birinci adımda, regresyon denkleminde, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Aracı değişken olarak ele alınan duyarlılık puanının bağımlı değişken olarak girildiği ikinci adımda ise, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Yine somatizasyon puanının bağımlı değişken olarak girildiği üçüncü adımda, bağımsız değişken olarak duyarlılık puanı girilmiştir. Somatizasyon puanının bağımlı değişken olarak girildiği dördüncü ve son adımda ise, sırasıyla güvensiz ilişkiler ve duyarlılık puanları, birlikte, bağımsız değişken olarak girilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 20'de görülebilir.

Tablo 20: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Somatizasyon Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyator (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyator Regresyon Analizi Sonuçları

MODEL	R ²	B	Std.Error	Beta	t	p
1.Adım Güvensiz İ.	,108*	,051*	,020	,329	2,534*	,014
4.Adım Güvensiz İ.	,266***	,019	,021	,121	,900	,372
Duyarlılık		,905**	,271	,448	3,339**	,002

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Tablo 20'ye bakıldığında, birinci adımda, güvensiz ilişkiler puanlarının somatizasyon puanlarındaki değişimin %10,8'ini düşük derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Dördüncü ve son adımda ise, regresyona bağımsız değişken olarak birlikte girilen güvensiz ilişkiler ve algılanan duyarlılık puanlarının, bağımlı değişken olarak girilen somatizasyon puanlarındaki değişimin %26,6'sını yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Duyarlılık faktörünün aracı etkisi değerlendirildiğinde, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin, aracı değişkenin kontrol edildiği durumda ortadan kalktığı görülmektedir. Bu sonuçla birlikte, güvensiz ilişkilerin, somatizasyon üzerindeki etkisinde, duyarlılığın tam aracı etkiye sahip olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle, güvensiz ilişkiler ile ilgili algılanan stresin, somatizasyon üzerinde doğrudan değil, KKH'ya ilişkin algılanan duyarlılık aracılığıyla ilişkisi vardır. Kısaca güvensiz ilişkiler ile ilgili algılanan stres

arttıkça, KKH'ya ilişkin algılanan duyarlılık artmakta, algılanan duyarlılık arttıkça da somatizasyon artmaktadır.

Bir diğer Doğrusal Aracı Regresyon Analizi'nde, OKB puanının bağımlı değişken olarak ele alındığı birinci adımda, regresyon denkleminde, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Aracı değişken olarak ele alınan duyarlılık puanının bağımlı değişken olarak girildiği ikinci adımda ise, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Yine OKB puanının bağımlı değişken olarak girildiği üçüncü adımda, bağımsız değişken olarak duyarlılık puanı girilmiştir. OKB puanının bağımlı değişken olarak girildiği dördüncü ve son adımda ise, sırasıyla güvensiz ilişkiler ve duyarlılık puanları, birlikte, bağımsız değişken olarak girilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 21'de görülebilir.

Tablo 21: Güvensiz İlişkiler Puanlarının OKB Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları

MODEL	R ²	B	Std.Error	Beta	t	P
1.Adım Güvensiz İ.	,339***	,068***	,013	,582	5,215***	,000
4.Adım Güvensiz İ. Duyarlılık	,369***	,058*** ,299	,015 ,192	,492 ,194	3,957*** 1,560	,000 ,125

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tablo 21'e bakıldığında, birinci adımda, güvensiz ilişkiler puanlarının OKB puanlarındaki değişimin %33,9'unu yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Dördüncü ve son adımda ise, regresyona bağımsız değişken olarak birlikte girilen güvensiz ilişkiler ve algılanan duyarlılık puanlarının, bağımlı değişken olarak girilen OKB puanlarındaki değişimin %36,9'unu yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Algılanan duyarlılık faktörünün aracı etkisi değerlendirildiğinde, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkide, aracı değişkenin kontrol edildiği durumda, anlamlılık derecesinde bir değişim söz konusu değildir. Bu sonuçla birlikte, güvensiz ilişkilerin, OKB üzerindeki etkisinde, duyarlılığın, aracı etkiye sahip olmadığı görülmektedir.

Bir diğer Doğrusal Aracı Regresyon Analizi'nde, kişilerarası duyarlılık puanının bağımlı değişken olarak ele alındığı birinci adımda, regresyon denkleminde, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Aracı değişken olarak ele alınan

duyarlılık puanının bağımlı değişken olarak girildiği ikinci adımda ise, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Yine kişilerarası duyarlılık puanının bağımlı değişken olarak girildiği üçüncü adımda, bağımsız değişken olarak duyarlılık puanı girilmiştir. Kişilerarası duyarlılık puanının bağımlı değişken olarak girildiği dördüncü ve son adımda ise, sırasıyla güvensiz ilişkiler ve duyarlılık puanları, birlikte, bağımsız değişken olarak girilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 22’de görülebilir.

Tablo 22: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Kişiler Arası Duyarlılık Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları

MODEL	R ²	B	Std.Error	Beta	t	p
1.Adım						
Güvensiz İ.	,393***	,052***	,009	,627	5,854***	,000
4.Adım						
Güvensiz İ.	,415***	,045***	,010	,548	4,576***	,000
Duyarlılık		,184	,130	,170	1,422	,161

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tablo 22’ye bakıldığında, birinci adımda, güvensiz ilişkiler puanlarının kişilerarası duyarlılık puanlarındaki değişimin %39,3’ünü yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Dördüncü ve son adımda ise, regresyona bağımsız değişken olarak birlikte girilen güvensiz ilişkiler ve duyarlılık puanlarının, bağımlı değişken olarak girilen kişilerarası duyarlılık puanlarındaki değişimin %41,5’ini yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Duyarlılık faktörünün aracı etkisi değerlendirildiğinde, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkide, aracı değişkenin kontrol edildiği durumda, birinci adımdaki anlamlılık derecesine kıyasla bir değişim söz konusu değildir. Bu sonuçla birlikte, güvensiz ilişkilerin, kişilerarası duyarlılık üzerindeki etkisinde, duyarlılığın, aracı etkiye sahip olmadığı görülmektedir.

Bir başka Doğrusal Aracı Regresyon Analizi’nde, depresyon puanının bağımlı değişken olarak ele alındığı birinci adımda, regresyon denkleminde, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Aracı değişken olarak ele alınan duyarlılık puanının bağımlı değişken olarak girildiği ikinci adımda ise, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Yine depresyon puanının bağımlı

değişken olarak girildiği üçüncü adımda, bağımsız değişken olarak duyarlılık puanı girilmiştir. Depresyon puanının bağımlı değişken olarak girildiği dördüncü ve son adımda ise, sırasıyla güvensiz ilişkiler ve duyarlılık puanları, birlikte, bağımsız değişken olarak girilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 23'de görülebilir.

Tablo 23: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Depresyon Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları

MODEL	R ²	B	Std.Error	Beta	t	p
1.Adım						
Güvensiz İ.	,381***	,075***	,013	,617	5,713***	,000
4.Adım						
Güvensiz İ.	,412***	,064***	,015	,525	4,374***	,000
Duyarlılık		,318	,192	,199	1,660	,103

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tablo 23'e bakıldığında, birinci adımda, güvensiz ilişkiler puanlarının depresyon puanlarındaki değişimin %38,1'ini yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Dördüncü ve son adımda ise, regresyona bağımsız değişken olarak birlikte girilen güvensiz ilişkiler ve duyarlılık puanlarının, bağımlı değişken olarak girilen depresyon puanlarındaki değişimin %41,2'sini yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Duyarlılık faktörünün aracı etkisi değerlendirildiğinde, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkide, aracı değişkenin kontrol edildiği durumda, birinci adımdaki anlamlılık derecesine kıyasla bir değişim söz konusu değildir. Bu sonuçla birlikte, güvensiz ilişkilerin, depresyon üzerindeki etkisinde, duyarlılığın, aracı etkiye sahip olmadığı görülmektedir.

Sıradaki Doğrusal Aracı Regresyon Analizi'nde, anksiyete puanının bağımlı değişken olarak ele alındığı birinci adımda, regresyon denklemine, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Aracı değişken olarak ele alınan algılanan duyarlılık puanının bağımlı değişken olarak girildiği ikinci adımda ise, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Yine anksiyete puanının bağımlı değişken olarak girildiği üçüncü adımda, bağımsız değişken olarak duyarlılık puanı girilmiştir. Anksiyete puanının bağımlı değişken olarak girildiği

dördüncü ve son adımda ise, sırasıyla güvensiz ilişkiler ve duyarlılık puanları, birlikte, bağımsız değişken olarak girilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 24’de görülebilir.

Tablo 24: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Anksiyete Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları

MODEL	R ²	B	Std.Error	Beta	t	p
1.Adım						
Güvensiz İ.	,243***	,065***	,016	,493	4,124***	,000
4.Adım						
Güvensiz İ.	,309***	,048**	,017	,358	2,753**	,008
Duyarlılık		,506*	,227	,290	2,230*	,030

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tablo 24’e bakıldığında, birinci adımda, güvensiz ilişkiler puanlarının anksiyete puanlarındaki değişimin %24,3’ünü yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Dördüncü ve son adımda ise, regresyona bağımsız değişken olarak birlikte girilen güvensiz ilişkiler ve duyarlılık puanlarının, bağımlı değişken olarak girilen anksiyete puanlarındaki değişimin %30,9’unu yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Duyarlılık faktörünün aracı etkisi değerlendirildiğinde, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin, aracı değişkenin kontrol edildiği durumda, birinci adımdaki anlamlılık derecesine kıyasla, yüksek derecede anlamlılık düzeyinden orta derecede anlamlılık düzeyine düştüğü görülmektedir. Bu düşüşün, anlamlı olup olmadığını test etmek amacıyla, Sobel’in Z testi uygulanmıştır ($Z = 1,93$, $p < 0,05$). Sobel testi, yordayıcı değişkenin regresyon katsayısındaki azalmanın anlamlı bir azalma olduğunu göstermiş olup bu durum, algılanan duyarlılığın kısmi aracı etkisinin olduğuna işaret etmektedir. Başka bir deyişle, güvensiz ilişkiler ile ilgili algılanan stresin, anksiyete üzerindeki etkisinin bir kısmı, KKH’ye ilişkin algılanan duyarlılık aracılığı ile gerçekleşiyor gözükmemektedir. Kısaca, güvensiz ilişkiler arttıkça, anksiyete katsayısı da artarken, diğer yandan, güvensiz ilişkiler arttıkça aynı zamanda algılanan duyarlılık artmakta ve anksiyete düzeyi bu yolla şiddetlenebilmektedir.

Bir diğer Doğrusal Aracı Regresyon Analizi’nde, hostilete puanının bağımlı değişken olarak ele alındığı birinci adımda, regresyon denklemine, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Aracı değişken olarak ele alınan duyarlılık

puanının bağımlı değişken olarak girildiği ikinci adımda ise, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Yine hostilete puanının bağımlı değişken olarak girildiği üçüncü adımda, bağımsız değişken olarak duyarlılık puanı girilmiştir. Hostilite puanının bağımlı değişken olarak girildiği dördüncü ve son adımda ise, sırasıyla güvensiz ilişkiler ve duyarlılık puanları, birlikte, bağımsız değişken olarak girilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 25’de görülebilir.

Tablo 25: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Hostilite Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları

MODEL	R ²	B	Std.Error	Beta	t	p
1.Adım						
Güvensiz İ.	,128**	,042**	,015	,358	2,793**	,007
4.Adım						
Güvensiz İ.	,241***	,021	,016	,182	1,336	,187
Duyarlılık		,584**	,210	,379	2,782**	,008

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tablo 25’e bakıldığında, birinci adımda, güvensiz ilişkiler puanlarının hostilete puanlarındaki değişimin %12,8’ini orta derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Dördüncü ve son adımda ise, regresyona bağımsız değişken olarak birlikte girilen güvensiz ilişkiler ve duyarlılık puanlarının, bağımlı değişken olarak girilen hostilete puanlarındaki değişimin %24,1’ini yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Duyarlılığının aracı etkisi değerlendirildiğinde, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin, aracı değişkenin kontrol edildiği durumda ortadan kalktığı görülmektedir. Bu sonuçla birlikte, güvensiz ilişkilerin, hostilete üzerindeki etkisinde, duyarlılığın, tam aracı etkiye sahip olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle, güvensiz ilişkiler ile ilgili algılanan stresin, hostilete üzerinde doğrudan değil, KKH’ya ilişkin algılanan duyarlılık aracılığıyla ilişkisi vardır. Kısaca, güvensiz ilişkiler ile ilgili algılanan stres arttıkça, KKH’ya ilişkin algılanan duyarlılık artmakta, algılanan duyarlılık arttıkça da hostilete artmaktadır.

Bir başka Doğrusal Aracı Regresyon Analizi’nde, fobik anksiyete puanının bağımlı değişken olarak ele alındığı birinci adımda, regresyon denkleminde, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Aracı değişken olarak ele alınan duyarlılık puanının bağımlı değişken olarak girildiği ikinci adımda ise, bağımsız

değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Yine fobik anksiyete puanının bağımlı değişken olarak girildiği üçüncü adımda, bağımsız değişken olarak duyarlılık puanı girilmiştir. Fobik anksiyete puanının bağımlı değişken olarak girildiği dördüncü ve son adımda ise, sırasıyla güvensiz ilişkiler ve duyarlılık puanları, birlikte, bağımsız değişken olarak girilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 26'da görülebilir.

Tablo 26: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Fobik Anksiyete Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları

MODEL	R ²	B	Std.Error	Beta	t	p
1.Adım						
Güvensiz İ.	,258***	,040***	,009	,508	4,290***	,000
4.Adım						
Güvensiz İ.	,260***	,038***	,011	,482	3,577***	,001
Duyarlılık		,058	,139	,056	,416	,679

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Tablo 26'ya bakıldığında, birinci adımda, güvensiz ilişkiler puanlarının fobik anksiyete puanlarındaki değişimin %25,8'ini yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Dördüncü ve son adımda ise, regresyona bağımsız değişken olarak birlikte girilen güvensiz ilişkiler ve duyarlılık puanlarının, bağımlı değişken olarak girilen fobik anksiyete puanlarındaki değişimin %26'sını yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Duyarlılık faktörünün aracı etkisi değerlendirildiğinde, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkide, aracı değişkenin kontrol edildiği durumda, birinci adımdaki anlamlılık derecesine kıyasla bir değişim söz konusu değildir. Bu sonuçla birlikte, güvensiz ilişkilerin, fobik anksiyete üzerindeki etkisinde, duyarlılığın, aracı etkiye sahip olmadığı görülmektedir.

İşleme sokulan başka bir Doğrusal Aracı Regresyon Analizi'nde, paranoid düşünce puanının bağımlı değişken olarak ele alındığı birinci adımda, regresyon denklemine, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Aracı değişken olarak ele alınan duyarlılık puanının bağımlı değişken olarak girildiği ikinci adımda ise, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Yine paranoid düşünce puanının bağımlı değişken olarak girildiği üçüncü adımda, bağımsız değişken olarak duyarlılık puanı girilmiştir. Paranoid düşünce puanının bağımlı değişken

olarak girildiği dördüncü ve son adımda ise, sırasıyla güvensiz ilişkiler ve duyarlılık puanları, birlikte, bağımsız değişken olarak girilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 27’de görülebilir.

Tablo 27: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Paranoid Düşünce Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları

MODEL	R ²	B	Std.Error	Beta	t	p
1.Adım						
Güvensiz İ.	,337***	,062***	,012	,580	5,187***	,000
4.Adım						
Güvensiz İ.	,387***	,049***	,013	,463	3,777***	,000
Duyarlılık		,354*	,172	,253	2,063*	,044

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Tablo 27’ye bakıldığında, birinci adımda, güvensiz ilişkiler puanlarının paranoid düşünce puanlarındaki değişimin %33,7’sini yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Dördüncü ve son adımda ise, regresyona bağımsız değişken olarak birlikte girilen güvensiz ilişkiler ve duyarlılık puanlarının, bağımlı değişken olarak girilen paranoid düşünce puanlarındaki değişimin %38,7’sini yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Duyarlılığın aracı etkisi değerlendirildiğinde, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkide, aracı değişkenin kontrol edildiği durumda, birinci adımdaki anlamlılık derecesine kıyasla bir değişim söz konusu değildir. Bu sonuçla birlikte, güvensiz ilişkilerin, paranoid düşünce üzerindeki etkisinde, duyarlılığın, aracı etkiye sahip olmadığı görülmektedir.

Sıradaki Doğrusal Aracı Regresyon Analizi’nde, rahatsızlık indeksi puanının bağımlı değişken olarak ele alındığı birinci adımda, regresyon denkleminde, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Aracı değişken olarak ele alınan duyarlılık puanının bağımlı değişken olarak girildiği ikinci adımda ise, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Yine rahatsızlık indeksi puanının bağımlı değişken olarak girildiği üçüncü adımda, bağımsız değişken olarak duyarlılık puanı girilmiştir. Rahatsızlık indeksi puanının bağımlı değişken olarak girildiği dördüncü ve son adımda ise, sırasıyla güvensiz ilişkiler ve duyarlılık

puanları, birlikte, bağımsız değişken olarak girilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 28’de görülebilir.

Tablo 28: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Rahatsızlık İndeksi Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Duyarlılığın Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları

MODEL	R ²	B	Std.Error	Beta	t	p
1.Adım						
Güvensiz İ.	,327***	,010***	,002	,571	5,069***	,000
4.Adım						
Güvensiz İ.	,399***	,007***	,002	,431	3,547***	,001
Duyarlılık		,068*	,027	,304	2,502*	,016

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tablo 28’e bakıldığında, birinci adımda, güvensiz ilişkiler puanlarının rahatsızlık indeksi puanlarındaki değişimin %32,7’sini yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Dördüncü ve son adımda ise, regresyona bağımsız değişken olarak birlikte girilen güvensiz ilişkiler ve duyarlılık puanlarının, bağımlı değişken olarak girilen rahatsızlık indeksi puanlarındaki değişimin %39,9’unu yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Duyarlılığın aracı etkisi değerlendirildiğinde, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkide, aracı değişkenin kontrol edildiği durumda, birinci adımdaki anlamlılık derecesine kıyasla bir değişim söz konusu değildir. Bu sonuçla birlikte, güvensiz ilişkilerin, rahatsızlık indeksi üzerindeki etkisinde, duyarlılığın, aracı etkiye sahip olmadığı görülmektedir.

Bir diğer Doğrusal Aracı Regresyon Analizi’nde, OKB puanının bağımlı değişken olarak ele alındığı birinci adımda, regresyon denklemine, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Aracı değişken olarak ele alınan ciddiye puanının bağımlı değişken olarak girildiği ikinci adımda ise, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Yine OKB puanının bağımlı değişken olarak girildiği üçüncü adımda, bağımsız değişken olarak algılanan ciddiye puanı girilmiştir. OKB puanının bağımlı değişken olarak girildiği dördüncü ve son adımda ise, sırasıyla güvensiz ilişkiler ve ciddiye puanları, birlikte, bağımsız değişken olarak girilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 29’da görülebilir.

Tablo 29: Güvensiz İlişkiler Puanlarının OKB Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Ciddiyetin Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları

MODEL	R ²	B	Std.Error	Beta	t	p
1.Adım						
Güvensiz İ.	,339***	,068***	,013	,582	5,215***	,000
4.Adım						
Güvensiz İ.	,428***	,056***	,013	,476	4,279***	,000
Ciddiyet		,256**	,090	,316	2,842**	,006

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tablo 29'a bakıldığında, birinci adımda, güvensiz ilişkiler puanlarının OKB puanlarındaki değişimin %33,9'unu yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Dördüncü ve son adımda ise, regresyona bağımsız değişken olarak birlikte girilen güvensiz ilişkiler ve ciddiyet puanlarının, bağımlı değişken olarak girilen OKB puanlarındaki değişimin %42,8'ini yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Algılanan ciddiyetin aracı etkisi değerlendirildiğinde, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkide, aracı değişkenin kontrol edildiği durumda, birinci adımdaki anlamlılık derecesine kıyasla bir değişim söz konusu değildir. Bu sonuçla birlikte, güvensiz ilişkilerin, OKB üzerindeki etkisinde, ciddiyetin, aracı etkiye sahip olmadığı görülmektedir.

Sonuncu Doğrusal Aracı Regresyon Analizi'nde, fobik anksiyete puanının bağımlı değişken olarak ele alındığı birinci adımda, regresyon denkleminde, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Aracı değişken olarak ele alınan ciddiyet puanının bağımlı değişken olarak girildiği ikinci adımda ise, bağımsız değişken olarak güvensiz ilişkiler puanı girilmiştir. Yine fobik anksiyete puanının bağımlı değişken olarak girildiği üçüncü adımda, bağımsız değişken olarak ciddiyet puanı girilmiştir. Fobik anksiyete puanının bağımlı değişken olarak girildiği dördüncü ve son adımda ise, sırasıyla güvensiz ilişkiler ve ciddiyet puanları, birlikte, bağımsız değişken olarak girilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 30'da görülebilir.

Tablo 30: Güvensiz İlişkiler Puanlarının Fobik Anksiyete Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Algılanan Ciddiyetin Medyatör (Aracı) Etkisine Dair Doğrusal Medyatör Regresyon Analizi Sonuçları

MODEL	R ²	B	Std.Error	Beta	t	p
1.Adım						
Güvensiz İ.	,258***	,040***	,009	,508	4,290***	,000
4.Adım						
Güvensiz İ.	,283***	,035***	,010	,452		,001
Ciddiyet		,091	,068	,167	3,623***	,185
					1,343	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tablo 30'a bakıldığında, birinci adımda, güvensiz ilişkiler puanlarının fobik anksiyete puanlarındaki değişimin %25,8'ini yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Dördüncü ve son adımda ise, regresyona bağımsız değişken olarak birlikte girilen güvensiz ilişkiler ve ciddiyet puanlarının, bağımlı değişken olarak girilen fobik anksiyete puanlarındaki değişimin %28,3'ünü yüksek derecede anlamlı düzeyde açıkladığı görülmektedir. Ciddiyet faktörünün aracı etkisi değerlendirildiğinde, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkide, aracı değişkenin kontrol edildiği durumda, birinci adımdaki anlamlılık derecesine kıyasla bir değişim söz konusu değildir. Bu sonuçla birlikte, güvensiz ilişkilerin, fobik anksiyete üzerindeki etkisinde, ciddiyetin, aracı etkiye sahip olmadığı görülmektedir.

SONUÇLAR

Bu çalışmanın amacı, iş stresinin klinik sonuçlar ile ilişkisinde, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici ve sağlık inançlarının aracı rolünü incelemektir. İş stresinin klinik sonuçlar ve KKH ile olan ilişkisinde, A-Tipi davranış örüntüsünün rolünü inceleyen çok az sayıda araştırma mevcutken, aynı ilişkilerde sağlık inançlarının rolünü inceleyen yeteri kadar kapsamlı araştırmaya rastlanılmamıştır. Bununla birlikte, bu araştırmanın, Türkiye’de KKH’ ye sahip katılımcılar üzerinde sağlık inanç düzeylerini ele alan ilk araştırma olması, bu tez çalışmasını, Türkiye’de aynı bir yerde konumlandırmaktadır.

İş stresinin klinik sonuçlar ile ilişkisinde, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisini incelemek üzere oluşturulan problemlerin (Problem 1-2-3-4), literatür temelli oluşturulduğuna işaret eden çok sayıda araştırma söz konusudur. İş stresi ile klinik sonuçlar arasındaki ilişkiyi hem kesitsel hem de boylamsal bakış açısı ile ortaya koyan çok sayıda araştırma mevcuttur (Wang ve Patten, 2001; Heinisch ve Jex, 1997; De Croon, Van Der Beek, Blonk ve Frings-Dresen, 2000; Godin, Kittel, Coppieters ve Siegrist, 2005). Bununla birlikte, iş stresi ile A-Tipi davranış örüntüsünün ilişkisini araştıran bir takım araştırmaların, A tipi davranış örüntüsüne sahip bireylerin daha fazla iş stresi algıladıkları gerçeğini ortaya koydukları görülmektedir (Ho, 1995; Kirkcaldy, Shephardb ve Furnhamc, 2002). Yine aynı şekilde, A tipi davranış örüntüsünün, kişilerin zihinsel sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere sahip olabileceğini öne süren çok sayıda araştırma ile karşılaşmıştır (Flett, Panico ve Hewitt, 2011; Søgaaard, Dalgard, Holme, Røysamb ve Haheim, 2008; Mellam Espnes, 2003; Kirkcaldy, Cooper ve Furnham, 1999; Whiteman, Fowkes, Deary ve Lee, 1997; Innamorati, et al., 2006). A-Tipi davranış örüntüsünün, KKH ile olan pozitif ilişkisini ortaya koyan yine çok sayıda araştırma söz konusudur (Chida ve Steptoe, 2009; Boyle, ve ark., 2004; Wielgosz ve Nolan, 2000; Hori, Suzuki ve Hayano, 1996). Ancak, iş stresi ve klinik sonuçlar arasındaki ilişkide, A-Tipi davranış örüntüsünün rolünü inceleyen az sayıda araştırma söz konusudur ve bu araştırmalar biçimlendirici etkiyi sınımlıdır. Bu araştırmalardan biri, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisini ortaya koyarken (Jamal, 2005), diğerinde ise, böyle bir etki tespit edilememiştir (Hurrell, 1985).

İş stresinin klinik sonuçlar ile ilişkisinde, sağlık inançlarının aracı etkisini incelemek üzere oluşturulan problemlerin de (Problem 5-6-7-8) yine literatür temelli oluşturulduğuna dair çok sayıda araştırma mevcuttur. Önceki bölümlerde de sıklıkla vurgulandığı gibi, sağlık inançları, sağlık davranışlarının önemli yordayıcıları arasında görülmektedir ve sağlık psikolojisi açısından, kişilerin sahip olduğu inanç ve tutumlar, sergileyecekleri sağlık davranışlarının içeriğini belirlemektedir. Bu bakış açısıyla literatür incelendiğinde, sağlık davranışları/inançları ile iş stresinin pozitif yönde ilişkiye sahip olduğuna dair çok sayıda araştırma görülmektedir (Niedhammer, Goldberg, Leclerc, David, Bugel ve Landre, 1998; Kang, Koh, Cha, Park, Baik ve Chang, 2005; Albertsen, Borg & Oldenburg, 2006; Roxburgh, 1998; Kouvonen, Kivimäki, Elovainio, Virtanen, Linna ve Vahtera, 2005; Moore, Sikora, Grunberg ve Greenberg, 2007; Lallukka ve ark., 2008). Aynı şekilde, sağlık davranışları/inançları ile klinik sonuçlar arasındaki pozitif ilişkilere dair de çeşitli araştırmalar mevcuttur (Meriç ve Oflaz, 2010; Levinson ve Druss, 2005; Ali, 2002; Mirotznik, Feldman ve Stein, 1995; Al-Ali ve Haddad, 2004). Sonuç olarak, iş stresi ile sağlık davranışları/inançları ve yine sağlık davranışları/inançları ile klinik sonuçlar arasında pozitif ilişkiye dair çok sayıda araştırma bulgusunun varlığı, iş stresi ile klinik sonuçlar arasındaki ilişkide, sağlık davranışları/inançlarının olası aracı etkisini düşündürmektedir. Bu düşünce ile birlikte, bu araştırmada, iş stresi ve klinik sonuçlar arasındaki ilişkide, sağlık davranışları/inançlarının aracı etkisi araştırılmıştır.

Bu çalışma kapsamında, iş stresini ölçmek amacıyla, İş Stresi Bataryası'na (Ünsal, Özalp Türetgen, Sertel Berk, Başbuğ, 2008) ait olan İş Stresini Değerlendirme Ölçeği ve A-Tipi Kişilik Ölçeği, sağlık inançlarını ölçmek amacıyla, Kalp ile İlgili Sağlık İnanç Ölçeği (KSİÖ) ve klinik sonuçları ölçmek amacıyla ise, Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır.

Daha önceki bölümlerde de belirtildiği gibi, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisini incelemek amacıyla, 4 adet problem sorusu (Problem 1-2-3-4) oluşturulmuştur. Problem 1 dahilinde, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisini, iş stresi ve psikopatoloji arasındaki ilişkide değerlendirmek amacıyla, 20 farklı Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi yürütülmüştür. Problem 2 ve Problem 3'ü inceleyebilmek adına ise, gerekli istatistiki şartlar karşılanamadığı için, analiz uygulamaları gerçekleştirilememiştir. Son olarak, problem 4 dahilinde, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisini, iş stresi ve KKH ve tedavi modaliteleri

arasındaki ilişkide değerlendirmek amacıyla ise, 1 adet Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi yürütülmüştür. A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisini, iş stresi ve psikopatoloji arasındaki ilişkide değerlendirmek amacıyla uygulanan analiz sonuçlarına göre, oluşturulan hiçbir modelde, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisi tespit edilememiştir. Önceden de belirtildiği gibi, literatürde, iş stresi ile klinik sonuçlar arasındaki ilişkide, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisini araştıran az sayıda araştırmaya ulaşılabilmektedir ve söz konusu bulgular, biçimlendirici etki konusunda çelişkili sonuçlar ortaya koymuştur. İlk olarak, 1985 yılında Hurrell'in yürüttüğü çalışmada, iş alanında yaşanan stres düzeyinin psikolojik rahatsızlıklar üzerindeki etkisinde, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisine dair herhangi bir kanıt tespit edilemez iken (Hurrell, 1985), daha yakın bir tarihte Jamal (2005) tarafından yapılan benzer bir çalışmada, A-Tipi davranış örüntüsünün kısmen de olsa biçimlendirici etkiye sahip olduğu bulgulanmıştır (Jamal, 2005). Bununla birlikte, A-Tipi davranış örüntüsü ile iş stresini temel alan araştırmalarda, ilgili ilişkiyi etkileyebilecek başka değişkenlerin de değerlendirildiği görülmektedir. Bu değişkenlerden biri kontrol odağıdır ve bu çalışma kapsamında, kontrol odağı değişkeninin kontrol edilmemesinin, iş stresi ile klinik sonuçlar arasındaki ilişkide, A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisinin tespit edilememesi noktasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Söz gelimi, yapılan bir araştırmada, A-Tipi davranış örüntüsü ve dış kontrol odağına sahip bireylerin, B-Tipi davranış örüntüsü ve iç kontrol odağına sahip bireylere daha yüksek stres düzeylerine ve daha düşük iş memnuniyetine sahip olduklarının tespiti, öne sürülen varsayımı destekler niteliktedir (Kirkcaldya, Shephardb ve Furnhamc, 2002).

A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisini, iş stresi ve KKH arasındaki ilişkide değerlendirmek amacıyla uygulanan analiz sonucuna göre ise, A-Tipi davranış örüntüsünün rol yükü ile kalp hastalığı varlığı arasındaki ilişkiyi anlamlı düzeyde biçimlendirdiği gözlenmiştir. Başka bir deyişle, düşük düzeyde A-Tipi davranış örüntüsü, iş ortamında rol yükü ile ilgili algılanan rahatsızlığın, kalp hastalığı olasılığı üzerindeki olumsuz etkisini artırmakta, öte yandan, yüksek A-Tipi davranış örüntüsü gösterenlerde ise, bu ilişki ortadan kalkmaktadır. Özetle, yüksek A-Tipi davranış örüntüsü, rol yükü ile kalp hastalığı arasındaki ilişkide, tersine tampon etki göstermektedir.

A-Tipi davranış örüntüsünün, iş stresi ile KKH arasındaki ilişkide, biçimlendirici rolünü inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanılmamakla birlikte, bahsi geçen ilişkide A-Tipi davranış örüntüsünün tersine tampon etki göstermesini açıklama noktasında bir takım görüşler öne sürülebilir. Örneğin, ilgili literatürde, ele alınan iş stresi, bu çalışma kapsamında ele alındığı gibi, çeşitli faktörler üzerinden değil de genel iş stresi olarak kavramsallaştırılmış olabilir (Ho, 1995). Ancak, analiz sonuçları da göstermektedir ki iş stresinin belli faktörleri, A-Tipi davranış örüntüsü ile farklı ilişki ağları kurabilmektedir. Ayrıca, literatüre bakıldığında, KKH ile ilişkilendirilen A-Tipi davranış örüntüsü boyutu hostilitedir (Chida ve Steptoe, 2009; Boyle ve ark., 2004). Bu çalışmada da A-Tipi davranış örüntüsü tek boyut içermekte ancak içerisinde, hostilete, iş odaklılık ve zamana karşı yarış boyutlarını da barındırmaktadır. A-Tipi davranış örüntüsünün, tek boyut olarak ele alınmasına karşın, katılımcıların A-Tipi davranış örüntüsü kapsamında aldıkları puanların hostilete dışındaki boyutlarda yoğunlaşma ihtimali de mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Başka bir açıklama ise, rol yükünün, A-Tipi davranış örüntüsüne sahip kişiler için bir avantaj olabilme ihtimalidir. Sonuçta, A-Tipi davranış örüntüsüne sahip kişiler, zamanla yarış içerisinde az zamanda çok iş yapma eğilimindedirler (Burger, 2006: 300) ve sahip oldukları bu özellik sayesinde, rol yükünün getirdiği baskının etkisini hafifletmiş olabilirler. Aynı şekilde, B-Tipi davranış örüntüsü eğilimi yüksek olan kişiler de tam tersi bir şekilde, rol yükünün getirdiği baskıdan daha olumsuz bir şekilde etkileniyor olabilirler (Burger, 2006: 300). Ho'nun 1995 yılında ortaya koyduğu araştırma sonuçları da bu açıklamayı destekler niteliktedir. Nitekim araştırma sonucunda, A-Tipi davranış örüntüsüne sahip kişiler, hem rol belirsizliğini hem de iş ortamında reketin olmayışını, B-Tipi davranış örüntüsüne sahip kişilere göre daha fazla stres verici olarak ifade etmişlerdir (Ho, 1995). Yine, yapılan başka bir çalışmada, A-Tipi davranış örüntüsü ile rol belirsizliği ve rol çatışmasının negatif yönde ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir (Spector ve O'Connell, 1994). A-Tipi davranış örüntüsü ve KKH ilişkisini ele alan araştırmaların çelişkili bulgular ortaya koyduğu, önceki bölümlerde araştırma örnekleriyle vurgulanmaya çalışılmıştı. Araştırmalar genel anlamda, A-tipi davranış örüntüsü ve KKH arasındaki ilişkinin pozitif yönde olduğunu veyahut iki değişken arasında herhangi bir ilişkinin olmadığını tespit eden tutarsız bulgulara işaret etmekteyken, bu çalışma kapsamında elde edilen sonuçların, bu perspektifle bakıldığında literatürle desteklenmediği düşünülebilmektedir ancak, bu konu ile ilgili literatür dikkatle irdelendiğinde, bu çalışmada, iş stresi ile kalp hastalığı arasındaki ilişkide A-Tipi

davranış örüntüsünün tersine tampon etkiye sahip olduğunun tespiti, batı toplumlarından ziyade doğu toplumlarında ortaya konulan bir takım çalışmalarla tutarlı görünmektedir (Hayano ve ark., 1997; Jamal, 2005; Ikeda, Iso, Kawachi, Inoue ve Tsugane, 2008). Asya örneklemini üzerinde yapılan bir araştırmada, düşük A-Tipi davranış örüntüsünün, artmış koroner kalp hastalığı riski ile ilişkili bulunması, bu çalışmanın bulguları ile tutarlı görünmektedir (Ikeda, Iso, Kawachi, Inoue ve Tsugane, 2008).

Bu perspektifle düşünüldüğünde, rol yüküne benzer iş stresi kaynakları ile mücadele etmede, düşük A-Tipi davranış örüntüsüne sahip kişiler, KKH ve riskleri anlamında risk altında görülebilirler ve bu bağlamda, bu tür stres faktörlerinin yoğun olduğu iş ortamlarında, bu tür kişilerin sağlığı konusunda daha dikkatli olunması gerektiği düşünülebilir. Tüm bu bilgiler ışığında, bu bulgunun kayda değer olduğu ve ilerde yapılacak olan araştırmalarda, çok daha kapsamlı bir şekilde ele alınmayı hak ettiği söylenebilir.

Sağlık inançlarının aracı etkisini incelemek amacıyla da 4 adet problem sorusu (Problem 5-6-7-8) oluşturulmuştur. Problem 5 dahilinde, sağlık inançlarının aracı etkisini, iş stresi ve psikopatoloji arasındaki ilişkide değerlendirmek amacıyla, 13 farklı Doğrusal Aracı Regresyon Analizi yürütülmüştür. Problem 6, 7 ve 8'i inceleyebilmek adına ise, gerekli istatistikî şartlar karşılanamadığı için, analiz uygulamaları gerçekleştirilememiştir. Sağlık inançlarının aracı etkisini, iş stresi ve psikopatoloji arasındaki ilişkide değerlendirmek amacıyla uygulanan analiz sonuçlarına göre, algılanan duyarlılığın, rol yükü ile OKB ilişkisinde tam aracı etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Başka bir deyişle, rol yükü ile ilgili algılanan stresin, OKB üzerinde doğrudan değil, KKH'ya ilişkin algılanan duyarlılık aracılığıyla ilişkisi vardır. Kısaca, rol yükü ile ilgili algılanan stres arttıkça, KKH'ya ilişkin algılanan duyarlılık artmakta, algılanan duyarlılık arttıkça da OKB artmaktadır.

Yine algılanan duyarlılığın, güvensiz ilişkiler ile somatizasyon arasındaki ilişkisinde, tam aracı etkiye sahip olduğu görülmüştür. Başka bir deyişle, güvensiz ilişkiler ile ilgili algılanan stresin, somatizasyon üzerinde doğrudan değil, KKH'ya ilişkin algılanan duyarlılık aracılığıyla ilişkisi vardır. Kısaca güvensiz ilişkiler ile ilgili algılanan stres arttıkça, KKH'ya ilişkin algılanan duyarlılık artmakta, algılanan duyarlılık arttıkça da somatizasyon artmaktadır.

Ve yine algılanan duyarlılığın, güvensiz ilişkiler ile hostilite ilişkisinde tam aracı etkiye sahip olduğu bulgulanmıştır. Başka bir deyişle, güvensiz ilişkiler ile ilgili

algılanan stresin, hostilite üzerinde doğrudan değil, KKH'ya ilişkin algılanan duyarlılık aracılığıyla ilişkisi vardır. Kısaca, güvensiz ilişkiler ile ilgili algılanan stres arttıkça, KKH'ya ilişkin algılanan duyarlılık artmakta, algılanan duyarlılık arttıkça da hostilite artmaktadır.

Kısmi aracı etki bulgularına bakıldığında ise, yine algılanan duyarlılığın, güvensiz ilişkiler ve anksiyete ilişkisinde, kısmi aracı etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Başka bir deyişle, güvensiz ilişkiler ile ilgili algılanan stresin, anksiyete üzerindeki etkisinin bir kısmı, KKH'ye ilişkin algılanan duyarlılık aracılığı ile gerçekleşiyor gözükmektedir. Kısaca, güvensiz ilişkiler arttıkça, anksiyete katsayısı da artarken, diğer yandan, güvensiz ilişkiler arttıkça aynı zamanda algılanan duyarlılık artmakta ve anksiyete düzeyi bu yolla şiddetlenebilmektedir.

Ve son olarak, algılanan ciddiyetin, rol yükü ve OKB ilişkisinde kısmi aracı etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Başka bir deyişle, rol yükü ile ilgili algılanan stresin, OKB üzerindeki etkisinin bir kısmı, KKH'ye ilişkin algılanan ciddiyet aracılığı ile gerçekleşiyor gözükmektedir. Kısaca, rol yükü arttıkça, OKB katsayısı da artarken, diğer yandan, rol yükü arttıkça aynı zamanda algılanan ciddiyet artmakta ve OKB düzeyi bu yolla şiddetlenebilmektedir.

Bahsi geçen 3 tam aracı etki ve 2 kısmi aracı etkinin açıklanması noktasında, çeşitli bakış açıları öne sürülebilir. Rol yükü ve özellikle güvensiz ilişkiler değişkeni ile yine özellikle OKB, anksiyete bozukluğu, hostilite ve somatizasyon boyutları arasındaki ilişkilerde, algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet boyutlarının aracı etkilere sahip olması, bahsi geçen tüm değişkenlerin, içerisinde "kaygı durumunu" barındırıyor olması açısından açıklanabilir düzeydedir. İş stresinin gerek doğasından gerek olası sonuçlarından kaygılanan kişilerin, algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet seviyelerinde yükselme ile birlikte, sahip oldukları psikopatoloji düzeylerini de aynı oranda yüksek algılamaları varsayılabilir. Bu noktada, öne sürülen varsayımı daha iyi anlayabilme adına, Fairclough ve Goodwin'in, 2008 yılında yaptıkları bir araştırmada, iş stresinin, beden farkındalığı üzerinde hangi yollarla etkili olabileceği üzerine öne sürdükleri varsayımlarından bahsedilebilir (Fairclough ve Goodwin, 2008). Yazarlara göre iş stresi, semptom farkındalığı üzerinde iki yolla etkisini gösterebilir: Birinci yol, psikolojik bir içeriğe sahiptir ve dikkat üzerine odaklanmaktadır. Kişiler, dikkatlerini bedenlerine yönelterek, olumsuz yönde yanlılıklara yönelir ve semptomlarını abartma yolunu seçerler. İkinci yol ise, daha çok fizyolojik bir içeriğe sahiptir ve farkındalık üzerine odaklanmaktadır. Kişilerin,

otonomik aktivasyonları aracılığı ile beden farkındalıkları yoğundur ve bunun sonucunda semptom farkındalıklarını üst seviyede tutarlar. Bu perspektifle bakıldığında, iş stresini yoğun şekilde yaşayan kişiler, bedensel ve ruhsal farkındalıklarını yüksek seviyede tutarak, klinik sonuçlara yönelik semptomlarını da aynı yönde yüksek düzeyde belirtiyor olabilmektedir.

Bu bahsi geçen 5 analiz dışında, uygulanan diğer 8 analiz sonucuna göre ise, herhangi bir sağlık inanç faktörünün aracı etkisi tespit edilememiştir.

Literatürde, bu çalışmada ele alındığı şekliyle, sağlık inançlarının aracı rolünü inceleyen herhangi bir araştırma mevcut değildir. Bahsedildiği gibi, var olan araştırmalar da doğrudan sağlık inançlarından ziyade, sağlık davranışları temellidir ve araştırmalarda yer alan sağlık davranışlarının, iş stresi ve klinik sonuçlarla olan güçlü ilişkisinin ortaya konulması, bu tez çalışması kapsamında, sağlık inançlarının aracı rolünün incelenmesini düşündürmüştür. Nitekim, sağlık inançlarının aracı etkilerine dair önemli bulgular tespit edilmiştir. Bununla birlikte, bu çalışma kapsamında, aracı etkileri tespit edilen ve tespit edilmeyen sağlık inançları boyutlarının, hangi yollarla bu tip sonuçlar ortaya koyduğunu açıklama noktasında daha sağlıklı varsayımlar öne sürebilmek için, bu alanda yapılacak daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca, literatürdeki bu eksiklik, sağlık psikolojisi alanında da kuramsal bir boşluk olarak değerlendirilebilir. Zira, sıklıkla vurgulandığı gibi, sağlık psikolojisi açısından, sağlık inançları, sağlık davranışlarının önemli yordayıcıları olarak kavramsallaştırılmaktadır.

Araştırmanın kısıtlılıkları düşünüldüğünde, öncelikle, araştırmanın kesitsel bir çalışma olmasının, neden-sonuç ilişkisini ortaya koyma noktasında engel teşkil ettiği belirtilmelidir. Ayrıca, çalışma dahilindeki tüm katılımcıların, tıbbi risk faktörleri, riskli sağlık davranışları, KKH tedavi modaliteleri gibi değişkenlere dair yöneltilen soruları, öz bildirim metoduyla cevaplamalarının, çalışma kapsamında ele alınan problemlerin analiz edilmesi noktasında, çeşitli sıkıntılar oluşturabileceği düşünülmektedir. Nitekim, katılımcıların soruları yanıtlarken, özellikle retrospektif öz bildirim yöntemini kullanmaları, iş stresi, A-Tipi davranış örüntüsü ve sağlık inançları ile tıbbi risk faktörleri, riskli sağlık davranışları ve KKH tedavi modaliteleri arasında beklenen bir takım olası ilişkilerin ortaya konulamamasının en büyük sebeplerinden biri olarak görülebilir. Bu nedenle, bu konu ile ilgili ileride yapılacak çalışmaların, bu noktayı göz önünde bulundurmaları önerilmektedir. Ayrıca, KKH' ye yönelik sağlık inançlarını ölçümleme adına, bu araştırma kapsamında uyarlanan KSİÖ'nün, farklı

Çalışma gruplarında sınanmasının, ölçek adına daha sağlıklı bakış açıları geliştirme imkanı sunabileceği düşünülmektedir. Bununla beraber, KKH tanısı ile takip edilen 19 katılımcı, yatan hastalardan oluşmaktadır. şüphesiz bu katılımcılar, içerisinde bulundukları koşullar bağlamında, kendi ruhsal durumlarını objektif bir şekilde değerlendirebilme noktasında problemler yaşayabilmektedir. Özetle, bu kişiler, psikopatoloji düzeylerini belirleyen sorulara yönelik, yanıtıcı yanıtlar verebilmektedir.

Sonuç olarak, araştırmanın tüm kısıtlılıklarına rağmen, bu çalışma, öncelikle A-Tipi davranış örüntüsünün biçimlendirici etkisinin, farklı iş stresi kaynaklarına ve A-Tipi boyutlarına göre farklı özellikler gösterebileceğini göstermesi hatta, A-Tipi davranış örüntüsünde düşük puan alanların, özellikle rol yükü ile ilişkili algılanan stres söz konusu olduğunda, KKH açısından risk altında olabileceklerini düşündürmesi açısından önemlidir. Bunun yanı sıra, sağlık inançları ile ilgili özellikle algılanan duyarlılık ve ciddiye boyutlarının, iş stresi ile somatizasyon, OKB, anksiyete ve hostilete gibi belli klinik sonuçlar arasındaki ilişkide, aracılık etmesi, ileriki araştırmalara ışık tutacaktır. Ayrıca, sağlık davranışlarının daha etkili ölçüm yöntemleri ile değerlendirileceği kontrollü çalışmalar, sağlık inançlarının, iş stresi ve sağlık literatüründeki rolünü ortaya koyabilecek daha etkin sonuçlar elde edilmesini ve daha gelişmiş müdahale programlarının oluşturulmasını sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

AIKEN, L.S., WEST, S.G.: 1991

Multiple Regression: Testing and Interpreting Interactions, Newbury Park, CA, Sage.

ALBERTSEN, K., BORG, V.,
OLDENBURG, B.: 2006

“A Systematic Review of The Impact of Work Environment on Smoking Cessation, Relapse and Amount Smoked” **Preventive Medicine**, 43, 291-305.

AKERSTEDT, T., KNUTSSON, A.,
WESTERHOLM, P., THEORELL, T.,
ALFREDSON, L., KECKLUND, G.: 2002

“Sleep Disturbances, Work Stress and Work Hours” **Journal of Psychosomatic Research**, 53, 741– 748.

AKMAN, M., UNCU, Y.: 2004

“Biyopsikososyal Yaklaşım”, **Aile Doktorları İçin Kurs Notları**, Yayımlayan: T.C Sağlık Bakanlığı, Ankara.

AL-ALİ, N.,
HADDAD, L. G.: 2004

“The Effect of the Health Belief Model in Explaining Exercise Participation among Jordanian Myocardial Infarction Patients”, **Journal of Transcultural Nursing** 15/2, 114-121

ALFREDSSON, L., HAMMAR, N.,
FRANSSON, E., DE FAIRE, U.,
HALLQVIST, J., KNUTSSON, A.,
NILSSON, T., THEORELL, T.,
WESTERHOLM, P.: 2002

“Job Strain and Major Risk Factors for Coronary Heart Disease Among Employed Males and Females in a Swedish Study on Work, Lipids and Fibrinogen” **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health** 28/4, 238–248.

ALİ, N. S.: 2002

“Prediction of Coronary Heart Disease Preventive Behaviors in Women: A Test of the Health Belief Model” **Women & Health**, 35/1, 83-96.

AYERS, S.,
STEPTOE, A.: 2007

“Stress and Health”, Editör: Susan Ayers v.d., **Psychology Health and Medicine**, 2.Basım, New York, Cambridge University Press.

BALTAŞ, Z.: 2008

Sağlık Psikolojisi, 4.Basım, İstanbul, Remzi Kitabevi.

BALTAŞ, Z., BALTAŞ, A.: 2011

Stres ve Başa Çıkma Yolları, 27.Basım, İstanbul, Remzi Kitabevi.

- BARON, R.M., KENNY, D.A.: 1986
"The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic and Statistical Considerations", **Journal of Personality and Social Psychology**, 51, 1173-1182.
- BOSMA, H., MARMOT, M.G.,
HEMINGWAY, H.,
NICHOLSON, A.C. V.D.: 1997
"Low Job Control and Risk of Coronary Heart Disease in Whitehall II (prospective cohort) Study", **British Medical Journal**, 314, 558-565.
- BOSMA, H., PETER, R.,
SIEGRIST, J.: 1998
"Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease", **American Journal of Public Health**, 88/1, 68-74.
- BOYDAK, B.: 2001
"Akut Miyokard Infarktüsü ve Anstabil Angina Pektoris" **sted**, 10/10, 378-381.
- BOYLE, S. H., WILLIAMS, R.B.,
MARK, D.B., BRUMMETT, B.H.,
SIEGLER, I.C., HELMS, M.J.,
BAREFOOT, J.C.: 2004
"Hostility as a Predictor of Survival in Patients With Coronary Artery Disease", **Psychosomatic Medicine**, 66, 629-632.
- BUDAK, S.: 2005
Psikoloji Sözlüğü, 3.Basım, Ankara, Bilim ve Sanat Yayınları.
- BURGER, J. M.: 2006
Kişilik, İstanbul, Kaknüs Yayınları.
- CHAMPION, V. L.: 1984
"Instrument Development for Health Belief Model Constructs", **Adv Nurs Sci.**, 6/3, 73-85.
- CHAMPION, V. L.: 1993
"Instrument Refinement for Breast Cancer Screening Behaviors", **Nurs Res.**, 42/3, 139-143.
- CHAMPION, V. L., SCOTT, C.: 1997
"Reliability and Validity of Breast Cancer Screening Belief Scales in African American Women", **Nurs Res.**, 46/2, 331-337.
- CHAMPION, V. L.: 1999
"Revised Susceptibility, Benefits, and Barriers Scale for Mammography Screening", **Res. Nurs. Health**, 22, 341-348.

CHAMPION, V. L.,
SKINNER, C. S.: 2008

"The Health Belief Model", Editör: Karen Glanz v.d., **Health Behavior and Health Education**, 4.Basım, San Francisco John Wiley & Sons, Inc.

CHIDA, Y., STEPTOE, A.: 2009

"The Association of Anger and Hostility With Future Coronary Heart Disease", **Journal of the American College of Cardiology**, 53, 936–946.

CİCEİ, C.C.: 2012

"Occupational Stress and Organizational Commitment in Romanian Public Organizations", **Procedia-Social and Behavioural Sciences**, 33, 1077-1081.

COHEN, S., JANICKI-DEVERTS, D.,
MILLER, G. E.: 2007

"Psychological Stress and Disease", **JAMA**, 298/14, 1685-1687.

COHEN, J., COHEN, P.: 1983

Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences, 2nd Edition, Lawrence Erlbaum Assoc.

COLLIGAN, T. W.,
HIGGINS, E. M.: 2005

"Workplace Stress: Etiology and Consequences", **Journal of Workplace Behavioral Health**, 21/2, 89-97.

CÜCELOĞLU, D.: 2006

İnsan ve Davranışı, 15.Basım, İstanbul, Remzi Kitabevi.

DE CROON, E. M., VAN DER BEEK,
A.J., BLONK, R.W.B.,
FRINGS-DRESDEN, M.H.W.: 2000

"Job Stress and Psychosomatic Health Complaints Among Dutch Truck Drivers: A Re-evaluation of Karasek's Interactive Job Demand - Control Model", **Stress Med.**, 16 101-107.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ

"WHO definition of Health", (Çevrimiçi) <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, 5 Haziran 2013.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ

"The Top 10 Causes of Death", (Çevrimiçi) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>, 3 Nisan 2013.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ

"Cardiovascular Disease (CVDs)",

(Çevrimiçi)

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/print.html>, 3 Nisan 2013.

EAKER, E. D., SULLIVAN, L.M.,
KELLY-HAYES, M., D'AGOSTINO,
R.B., BENJAMİN, E.J.: 2004

"Does Job Strain Increase the Risk for Coronary Heart Disease or Death in Men and Women?", **American Journal of Epidemiology**, 159/10, 950-958.

FAIRCLOUGH, S., GOODWIN, L.: 2008

"Attention, Awareness and, Occupational Stress", **Health and Safety Executive**.

FEVRE, M. L., MATHENY, J.,
KOLT, G. S.: 2003

"Eustress, Distress, and Interpretation in Occupational Stress", **Journal of Managerial Psychology**, 18/7, 726-744.

FIRTH, H., BRITTON, P.: 1989

"Burnout, Absence and, Turnover Amongst British Nursing Staff", **Journal of Occupational Psychology**, 62, 55-59.

FLETT, G. L., PANICO, T.,
HEWITT, P. L.: 2011

"Perfectionism, Type A Behavior, and Self-Efficacy in Depression and Health Symptoms among Adolescents" **Current Psychology**, 30, 105–116.

FOX, K., GARCÍA, M.A.A.,
ARDISSINO, D., BUSZMAN, P.,
CAMICI, P.G., CREA, F., DALY, C.,
DE BUCKER, G., V.D.: 2006

"Kararlı Angina Pektoris Tedavi Kılavuzu", **European Heart Journal**, 27, 1341-1381.

FRESE, M.: 1985

"Stress at Work and Psychosomatic Complaints: A Causal Interpretation", **Journal of Applied Psychology**, 70/2, 314-328.

FRESE, M.: 1999

"Social Support as a Moderator of the Relationship Between Work Stressors and Psychological Dysfunctioning: A Longitudinal Study With Objective Measures", **Journal of Occupational Health Psychology**, 4/3, 179-192.

FRIEDMAN, M.: 1980

"Type A Behavior: A Progress Report", **The Sciences**, 10-11.

- FRONE, M.R., RUSSELL, M., COOPER, M.L.: 1995
 "Job Stressors, Job Involvement and Employee Health: A Test of Identity Theory", **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, 68, 1-11.
- GALLACHER, J. E., SWEETNAM, P.M., YARNELL, J.W.G., ELWOOD, P.C., STANSFELD, S.A.: 2003
 "Is Type A Behavior Really a Trigger for Coronary Heart Disease Events?" **Psychosomatic Medicine**, 65, 339-346.
- GERBER, M., KELLMANN, M., HARTMANN, T., PÜHSE, U.: 2010
 "Do Exercise and Fitness Buffer Against Stress Among Swiss Police and Emergency Response Service Officers?", **Psychology of Sport and Exercise**, 11, 286-294.
- GLANZ, K., RIMER, B. K. VISWANATH, K.: 2008
 "The Scope of Health Behavior and Health Education" Editor: Karen Glanz v.d., **Health Behavior and Health Education**, 4.Basım, San Francisco, John Wiley & Sons Inc.
- GLANZ, K., SCHWARTZ, M.D.: 2008
 "Stres, Coping and Health Behaviour" Editör: Karen Glanz v.d., **Health Behavior and Health Education**, 4.Basım, San Francisco, John Wiley & Sons Inc.
- GODIN, I., KITTEL, F., COPPIETERS, Y., SIEGREST, J.: 2005
 "A Prospective Study of Cumulative Job Stress in Relation to Mental Health", **BMC Public Health**, 5/67, 1-10.
- GOLDSTEIN, D. S. KOPIN, I. J.: 2007
 "Evolution of Concepts of Stress", **Stress**, 10/2, 109-120.
- HAYANO, J., KIMURA, K., HOSAKA, T., SHIBATA, N., FUKUNISHI, I., YAMASAKI, K., MONO, H., MAEDA, S.: 1997
 "Coronary Disease-Prone Behavior Among Japanese Men: Job-Centered Lifestyle And Social Dominance", **American Heart Journal**, 134, 1029-1036.
- HEINISCH, D.A., JEX, S.M.: 1997
 "Negative Affectivity and Gender as Moderators of the Relationship Between Work-Related Stressors and Depressed Mood At Work", **Work & Stress**, 11/1, 46-

57.

HESLOP, P., SMITH, D. G.,
METCALFE, C., MACLEOD, J.,
HART, C.: 2002

“Change in Job Satisfaction, and Its Association With Self-Reported Stress, Cardiovascular Risk Factors and Mortality”, **Social Science & Medicine**, 54, 1589–1599.

HO, J. T.: 1995

“The Singapore Executive: Stress, Personality and Wellbeing”, **Journal of Management Development**, 14/4 47-55.

HOBFOLL, S. E.: 1989

“Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress”, **American Psychologist**, 44/3 513-524.

HOFMANN, B.: 2002

“On the Triad Disease, Illness and Sickness”, **Journal of Medicine and Philosophy**, 27/6, 651-673.

HORI, R., SUZUKI, T.,
HAYANO, J.: 1996

“Association Between Type A Behavior Pattern and Coronary Artery Spasm in Japanese Patients” **International Journal of Behavioral Medicine**, 3/3, 221-232.

HURRELL, J. J.: 1985

“Machine-Paced Work and the Type A Behaviour Pattern” **Journal of Occupational Psychology**, 58, 15-25.

HURWITZ, E.L.: 2003

“Do Asthma and Physical Inactivity Influence the Associations of Personal and Job Stressors with Perceived Stress and Depression? Findings from the 1998–1999 California Work and Health Survey”, **AEP**, 13/5, 358-368.

IACOVIDES, A.,
FOUNTOULAKIS, K.N., KAPRINIS,
ST., KAPRINIS, G.: 2003

“The Relationship Between Job Stress, Burnout and Clinical Depression”, **Journal of Affective Disorders**, 75, 209–221.

IKEDA, A., ISO, H., KAWACHI, I.,
INOUE, M., TSUGANE, S.: 2008

“Type A Behaviour and Risk of Coronary Heart Disease: The JPHC Study”, **International Journal of Epidemiology** 37, 1395–1405.

INNAMORATI, M., POMPILI, M.,
FERRARI, V., CAVEDON, G.,
SOCCORSI, R., MANCINELLI, I.,
LELLI, M., TATARELLI, R.: 2006

"Relationship Between Type-A Behavior
Pattern Aggression, and Suicide in Italian
University Students" **Individual
Differences Research**, 4/3, 185-193.

JAMAL, M.: 2005

"Short Communication: Personal and
Organizational Outcomes Related to Job
Stress and Type-A Behavior: A Study of
Canadian and Chinese Employees",
Stress and Health, 10/1, 129-137.

JEX, S. M.: 2002

Organizational Psychology, New York,
John Wiley & Sons.

JURADO, D., GURPEGUI, M.,
MORENO, O., FERNANDEZ, M.C.,
LUNA, J.D., GALVEZ, R.: 2005

"Association of Personality and Work
Conditions with Depressive Symptoms",
European Psychiatry, 20, 213-222.

KANG, M. G., KOH, S.B., CHA, B.S.,
PARK, J.K., BAIK, S.K.,
CHANG, S.J.: 2005

"Job Stress and Cardiovascular Risk
Factors in Male Workers", **Preventive
Medicine**, 40, 583-588.

KIRKCALDY, B. D.
COOPER, C. L.
FURNHAM, A. F.: 1999

"The Relationship Between Type A,
Internality-Externality Emotional Distress
and Perceived Health", **Personality and
Individual Differences**, 26, 223-235.

KIRKCALDY, B. D. SHEPHARD, R. J.
FURNHAM, A. F.: 2002

"The Influence of Type A Behaviour And
Locus of Control Upon Job Satisfaction
and Occupational Health" **Personality and
Individual Differences**, 33, 1361-1371.

KIVIMÄKI, M., LEINO-ARJAS, P.,
LUUKKONEN, R., RIIHIMÄKI, H.,
VAHTERA, J., KIRJONEN, J.: 2002

"Work Stress and Risk of Cardiovascular
Mortality: Prospective Cohort Study of
Industrial Employees", **BMJ** 325, 857-860.

KOP, W. J.,
KRANTZ, D. S.: 2007

"Hostility and Type A Behavior in Coronary
Artery Disease" Editör: Susan Ayers v.d.,
Psychology, Health and Medicine,
2.Basım, New York, Cambridge University
Press.

KOUVONEN, A., KIVIMÄKI, M.,
ELOVAINIO, M., VIRTANEN, M.,
LINNA, A., VAHTERA, J.: 2005

“Job Strain and Leisure-Time Physical Activity in Female and Male Public Sector Employees”, **Preventive Medicine**, 41, 532-539.

KUPER, H., MARMOT, M.: 2003

“Job Strain, Job Demands, Decision Latitude, and Risk of Coronary Heart Disease within the Whitehall II Study” **Journal of Epidemiology & Community Health**, 57, 147–153.

LALLUKKA, T., LAHELMA, E.,
RAHKONEN, O., ROOS, E.,
LAAKSONEN, E., MARTIKAINEN,
PEKKA, HEAD, J., BRUNNER, E.,
MOSDOL, A., MARMOT, M., SEKINE,
M., NASERMOEDDELI, A.,
KAGAMIMORI, S.: 2008

“Associations of Job Strain and Working Overtime with Adverse Health Behaviors and Obesity: Evidence from the Whitehall II Study, Helsinki Health Study, and the Japanese Civil Servants Study”, **Social Science & Medicine**, 66, 1681-1698.

LAMONTAGNE, A. D.,
KEEGEL, T.: 2010

“Job Stress as A Preventable Upstream Determinant of Common Mental Disorders: A Review for Practitioners and Policy-Makers”, **Advances in Mental Health**, 9, 17–35.

LAPOSA, J. M.
ALDEN, L. E.
FULLERTON, L. M.: 2003

“Work Stress and Posttraumatic Stress Disorder in ED Nurses/Personnel”, **Journal of Emergency Nursing**, 29/1 23-28.

LAZARUS, R. S.: 1993

“From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks”, **Annual Review of Psychology**, 44 1-21.

LAZARUS, R. S.
FOLKMAN, S.: 1984

Stress, Appraisal, and Coping, New York, Springer Publishing Company, Inc.

LEE, S., COLDITZ, G., BERKMAN, L.,
KAWACHI, I.: 2002

“A Prospective Study of Job Strain and Coronary Heart Disease in Us Women”, **International Journal of Epidemiology**, 31, 1147- 1153.

LEE, E.H., KIM, J.S., SONG, M.S.: 2002

“Translation and Validation of Champion's Health Belief Model Scale with Korean

- Women", **Cancer Nursing**, 25/5, 391-395.
- LEVINSON, C. M.
DRUSS, B. G.: 2005
"Health Beliefs and Depression in A Group of Elderly High Utilizers of Medical Services", **General Hospital Psychiatry**, 27, 97– 99.
- McGOWAN, J., GARDNER, D.,
FLETCHER, R.: 2006
"Positive and Negative Affective Outcomes of Occupational Stress", **New Zealand Journal of Psychology**, 35/2, 92-98.
- MARKS, D. F., SYKES, C. M.
MCKINLEY, J. M.: 2003
"Health Psychology: Overview and Professional Issues" Editör: Arthur M. Nezu v.d., **Handbook of Psychology: Health Psychology**, New Jersey, John Wiley & Sons, Inc.
- MELLAM, A. C.
ESPINES, G. A.: 2003
"Emotional Distress and the Type A Behaviour Pattern in A Sample of Civil Servants", **Personality and Individual Differences**, 34, 1319–1325.
- MERİÇ, M., OFLAZ, F.: 2010
"Anksiyolitik ve Antidepresan Kullanan Hastaların Sağlık İnanç Modeline Dayalı Tedaviyle İlgili Düşüncelerinin Tedaviyi Bırakma ile İlişkisi", **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 9/5, 441-452.
- MIROTNİK, J., FELDMAN, L.
STEIN, R.: 1995
"The Health Belief Model and Adherence with a Community Center-Based, Supervised Coronary Heart Disease Exercise Program", **Journal of Community Health**, 20/3 233-247.
- MOORE, S., SIKORA, P.,
GRUNBERG, L.,
GREENBERG, E.: 2007
"Work Stress and Alcohol Use: Examining the Tension-Reduction Model as a Function of Worker's Parent's Alcohol Use", **Addictive Behaviors**, 32, 3114-3121.
- MORRIS, C. G.: 2002
"Stres ve Sağlık Psikolojisi", Çeviren: S.G. Bozkurt **Psikolojiyi Anlamak: Psikolojiye Giriş**, 3.Basım, Ankara Türk Psikologlar

Derneği Yayınları.

NEKOU EI, Z.K., NESHATDOOST, H.,
YOUSEFY, A., SADEGHEI, M.,
MANSHAE E G.: 2013

“Psychological Factors and Coronary Heart
Disease”, **ARYA Atheroscler**, 9/1, 1-10.

NIEDHAMMER, I., GOLDBERG, M.,
LECLERC, A., DAVID, S., BUGEL, I.,
LANDRE, M.F.: 1998

“Psychosocial Work Environment and
Cardiovascular Risk Factors in an
Occupational Cohort in France”, **Journal
of Epidemiology & Community Health**,
52, 93-100.

OKYAYUZ, Ü. H.: 1999

“Sağlık Psikolojisi”, Editör: Ülgen H.
Okyayuz, **Sağlık Psikolojisi: Giriş**,
Ankara, Türk Psikologlar Derneği
Yayınları.

ÖZALP TÜRETGEN, I.: 2006

“Kendini Ayarlama, Öz Etkinlik ve
Dominantlık Özellikleri ile Birlikte Cinsiyet
Değişkenlerinin Lider Olarak Algılanmadaki
Etkisinin DeneySEL ve Alan Çalışmalarında
İncelenmesi”, Yayınlanmamış Doktora
Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

ÖZALP TÜRETGEN, I.: 2008

“İş Stresi Bataryası: Örgütsel Psikoloji
Bakış Açısıyla İş Stresi”, 15. Ulusal
Psikoloji Kongresi’nde İşte Stres isimli
panelde sunulmuş bildiri, 3-5 Eylül 2008,
İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

ÖZALP TÜRETGEN, İ.: 2009

“İş Stresi Bataryası: Örgütsel Psikoloji
Bakış Açısıyla İş Stresi”, İstanbul
Üniversitesi’nde sunulmuş olan araştırma
raporu, 15 Nisan 2009, İstanbul.

ÖZALP TÜRETGEN, İ.,
SERTEL BERK, H.Ö., BAŞBUĞ, G.,
ÜNSAL, P.: 2012

“The Development of Job Stressor
Appraisal Scale as Part of the Job Stress
Batory”, **European Journal of
Psychological Assessment**, 28/2, 147-
153.

ÖZBENLİ, Ş.: 1999

“The Impact of Job Satisfaction and
Organizational Commitment on Intention to
Turnover and Job Performance.
Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,
Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler
Enstitüsü, İstanbul.

PARKES, K.R.: 1990

“Coping, Negative Affectivity, and the Work

- Environment: Additive and Interactive Predictors of Mental Health”, **Journal of Applied Psychology**, 75/4, 399-409.
- RAM, N., KHOSO, I., ALI SHAH, A., CHANDIO, F.R., SHAIKH, F.M.: 2011 “Role Conflict and Role Ambiguity as Factors in Work Stress among Managers: A Case Study of Manufacturing Sector in Pakistan”, **Asian Social Science**, 7/2, 113-118.
- REBOLLO, I., BOOMSMA, D. I.: 2006 “Genetic and Environmental Influences on Type A Behavior Pattern: Evidence From Twins and Their Parents in The Netherlands Twin Register”, **Psychosomatic Medicine**, 68 437-442.
- REDDING, C.A., ROSSI, J.S., ROSSI, S.R., VELICER, W.F., PROCHASKA, J.O.: 2000 “Health Behaviors Models”, **The International Electronic Journal of Health Education**, 3, 180-193.
- ROXBURGH, S.: 1998 “Gender Differences in the Effect of Job Stressors on Alcohol Consumption”, **Addictive Behaviors**, 23/1, 101–107.
- SAGER, J. K.: 1991 “Type A Behavior Pattern (TABP) Among Salespeople and Its Relationships to Job Stress”, **The Journal of Personal Selling & Sales Management**, 11/2, 1-14.
- SCHABRACQ, M. J.: 2003 “Everyday Well-Being and Stress in Work and Organisations”, Editör: Marc J. Schabracq, Jacques A. M. Winnubst, Cary L. Cooper, **The Handbook of Work and Health Psychology**, 2.Basım, Chichester, John Wiley & Sons Ltd.
- SCHWARZER, R. SCHULZ, U.: 2003 “Stressful Life Events”, Editör: Arthur M. Nezu, Christine Maguth Nezu Pamela A. Geller, **Handbook of Psychology: Health Psychology**, New Jersey, John Wiley & Sons, Inc.
- SHANKS, L. C.: 2009 “Usefulness of the Health Belief Model in Predicting Cardiac Rehabilitation Initiation”, **The Journal of Theory Construction &**

Testing, 13/1, 33-36.

SIEGRIST, J.: 1996

"Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions", **Journal of Occupational Health Psychology** 1/1, 27-41.

SØGAARD, A. J., DALGARD, O.S.,
HOLME, I., RØYSAMB, E.,
HAHEIM, L.L.: 2008

"Associations Between Type A Behaviour Pattern and Psychological Distress", **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 43, 216-223

SONNENTAG, S.
FRESE, M.: 2003

"Stress in Organizations", Editör: Walter C. Borman, Daniel R. Ilgen, Richard J. Klimoski, **Handbook of Psychology: Industrial and Organizational Psychology**, New Jersey John Wiley & Sons, Inc.

SPECTOR, P. E.
O'CONNELL, B. J.: 1994

"The Contribution of Personality Traits, Negative Affectivity, Locus of Control and Type A to the Subsequent Reports of Job Stressors and Job Strains", **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, 67, 1-11.

SPECTOR, P. E., DWYER, D. J.
JEX, S. M.: 1988

"Relation of Job Stressors to Affective, Health, and Performance Outcomes: A Comparison of Multiple Data Sources", **Journal of Applied Psychology**, 73/1, 11-19.

STANSFELD, S. A., FUHRER, R.,
SHIPLEY, M.J., MARMOT, M.G.: 1999

"Work Characteristics Predict Psychiatric Disorder: Prospective Results From The Whitehall II Study" **Occupational Environmental Medicine**, 56, 302-307.

STOWELL, J. R., McGUIRE, L.,
ROBLES, T., GLASER, R.,
KIECOLT-GLASER, J.K.: 2003

"Psychoneuroimmunology", Editör: Arthur M. Nezu v.d. **Handbook of Psychology: Health Psychology**, New Jersey, John Wiley & Sons, Inc.

SURTEES, P. G., WAINWRIGHT,
N.W.J., LUBEN, R., DAY, N.E.,
KHAW, K.T.: 2005

"Prospective Cohort Study of Hostility and the Risk of Cardiovascular Disease Mortality", **International Journal of**

Cardiology, 100, 155-161.

ŞAHİN, N.H., BATIGÜN, A.D.: 1997

“Bir Özel Hastane Sağlık Personelinde İş Doyumu ve Stres”, **Türk Psikoloji Dergisi**, 12, 57-71.

ŞAHİN, N.H., BATIGÜN, A.D.,
UĞURTAŞ, S.: 2002

“Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 13/2, 125-135.

ŞAHİN, N. H.: 2009

“Stres Nedir? Ne Değildir?”, Editör: Nesrin Hisli Şahin **Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım**, 4.Basım Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI: 2006

Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması, Editör: Necdet Ünüvar v.d., Ankara.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL
SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL
MÜDÜRLÜĞÜ: 2010

“Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı: Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı”, Editör: Nihat Tosun v.d. Ankara.

TAYLOR, S. E.: 2006

“Tend and Befriend: Biobehavioral Bases of Affiliation Under Stress”, **Current Directions in Psychological Science**, 15/6, 273-277.

TAYLOR, S. E., REPETTI, R. L.: 1997

“Health Psychology: What is an Unhealthy Environment and How Does It Get Under the Skin?”, **Annual Review of Psychology**, 48, 411-447.

TENNANT, C.: 2001

“Work-Related Stress and Depressive Disorders”, **Journal of Psychosomatic Research**, 51, 697-704.

THEORELL, T.: 2003

“Flexibility at Work in Relation to Employee Health”, Editör: Marc J. Schabracq, Jacques A. M. Winnubst, Cary L. Cooper, **The Handbook of Work and Health**

Psychology 2.Basım, Chichester, John Wiley & Sons Ltd.

TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ

“Perkutan Koroner Girişimler (Koroner Balon ve Stent Tedavisi) Hakkında Sık Sorulan Sorular”, (Çevrimiçi) <http://www.tkd.org.tr/menu/276/>, 10 Nisan 2013.

TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ: 1998

“Akut Miyokard İnfarktüsünde Hastane Öncesi Yaklaşım ve Tedavi”, Hazırlayan: Ümit Aker v.d., **Akut Miyokard İnfarktüsü Tedavi Kılavuzu**, (Çevrimiçi) <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k07.htm>, 10 Nisan 2013.

TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ: 1999

“Kronik Koroner Kalp Hastalığı”, Editör: Altan Onat, **Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu**, (Çevrimiçi) <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k06/61c0b.htm?wbnum=1306> 10 Nisan 2013.

TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ: 1999

“Koroner Arter Hastalığında Spektrum ve Risk Belirleme” Editör: Altan Onat, **Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu** (Çevrimiçi), <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k06/37a7a.htm?wbnum=1303> 10 Nisan 2013.

TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ: 1999

“Kronik Koroner Kalp Hastalığı”, Editör: Altan Onat, **Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu**, (Çevrimiçi) <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k06/47429.htm?wbnum=1304> 10 Nisan 2013.

TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ: 2002

“[Koroner Kalp Hastalığı Riski ve Değerlendirilmesi](http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11.htm)” Hazırlayan: Altan Onat, **Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu**, (Çevrimiçi) <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11.htm>, 10 Nisan 2013.

ULUSAL KALP, AKCİĞER VE KAN

“What Are Coronary Heart Disease Risk

ENSTİTÜSÜ: 2011

Factors?" (Çevrimiçi),
<http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/hd/>, 10 Nisan 2013.

ÜNSAL, P., SERTEL BERK, H. Ö.,
ÖZALP TÜRETGEN, İ,
BAŞBUĞ, G.:2010

"Job Stress Battery: The Job Stress Scale", 9th Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology'de sunulmuş poster, 29-31 Mart 2010, Roma, İtalya.

ÜNSAL, P., SERTEL BERK, H. Ö.,
ÖZALP TÜRETGEN, İ,
BAŞBUĞ, G.:2010

"İş Stresi Bataryası: Biçimlendirici Kişilik Değişkenlerinin Ölçümü", 16. Ulusal Psikoloji Kongresi'nde sunulmuş sözlü bildiri, 14-17 Nisan 2010, Mersin Üniversitesi, Mersin.

VAN DEN BERG, P. T.
SCHALK, R.: 1997

"Type A Behavior, Well-being, Work Overload, and Role-related Stress in Information Work", **Journal of Social Behavior and Personality**, 12/1, 175-187.

WANG, J.: 2005

"Work Stress as a Risk Factor for Major Depressive Episode(S)", **Psychological Medicine**, 35, 865–871.

WANG, J., PATTEN, S. B.: 2001

"Perceived Work Stress and Major Depression in the Canadian Employed Population, 20-49 Years Old", **Journal of Occupational Health Psychology**, 6/4, 283-289.

WASTI, S.A.: 2003

"Organizational Commitment, Turnover Intentions and the Influence of Cultural Values", **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, 76, 303–321.

WHITEMAN, M. C., FOWKES, F.G.R.,
DEARY, I.J., LEE, A.J.: 1997

"Hostility, Cigarette Smoking and Alcohol Consumption in the General Population", **Social Science & Medicine**, 44/8 1089-1096.

WIELGOSZ, A. T., NOLAN, R. P.: 2000

"Biobehavioral Factors in the Context of Ischemic Cardiovascular Diseases", **Journal of Psychosomatic Research**, 48, 339–345.

WIESNER, M., WINDLE, M.,
FREEMAN, A.: 2005

“Work Stress, Substance Use, and Depression Among Young Adult Workers: An Examination of Main and Moderator Effect Models”, **Journal of Occupational Health Psychology**, 10/2, 83-96.

WITMER, J. M., SWEENEY, T. J.:1992

“A Holistic Model for Wellness and Prevention Over the Life Span”, **Journal of Counselling and Development**, 71, 140-148.

EKLER

Ek 1. Demografik Bilgi Formu

Yaşınız:

Doğum yılınız(gün/ay/yıl) ?/...../.....

Cinsiyetiniz? 1)Kadın 2)Erkek

Medeni durumunuz? 1)Evli 2)Bekar 3)Diğer

Mezun olduğunuz okul? 1)İlkokul 2)Lise 3)Lisans 4)Lisans üstü

Şu anki kurumdaki çalışma süreniz?(yıl) 1)0-5 2)6-10 3)11-15 4)16 ve üzeri

İş deneyiminiz?(yıl) 1)0-5 2)6-10 3)11-15 4)16 ve üzeri

İşten aldığınız aylık gelir düzeyi?

1)630-999TL 2)1000-1399TL 3)1400-2700TL
4)2700-4000TL 5)4000TL ve üzeri

Bulunduğunuz kurumdaki göreviniz ve varsa unvanınız:

Çalıştığınız kurumun içinde bulunduğu sektör (eğitim, finans, tekstil, dış ticaret vb):

İşyerinizdeki resmi haftalık çalışma süresi:

1)45 saat 2)45 saatin altında 3)45 saatin üzerinde

Son bir yıl içinde, bedensel ya da psikolojik nedenlerden dolayı işe gelemediğiniz gün sayısı:

Çalıştığınız işyerinizde, yaralanmayla sonuçlanan kaza / kazalar geçirdiniz mi?

1)Evet 2)Hayır

Cevabınız “Evet” ise, bu olay kaç sene önce oldu ve ne tür bir yaralanma yaşadınız?

.....

Kilonuz..... Boyunuz..... (Bilmiyorsanız, tahminen yazınız)

Sigara kullanıyor musunuz?

1)Düzenli kullanıyorum

Başlama Tarihi.....

Günde ortalama kaç adet?.....

2)Ara sıra kullanıyorum

Başlama Tarihi.....

Ayda ortalama kaç adet?.....

3)Düzenli kullanıyordum, bıraktım

Başlama Tarihi.....

Günde ortalama kaç adet?.....

Bırakma Tarihi.....

4)Hiç içmedim

Alkol kullanıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır

Cevabınız “Evet” ise, alkollü içecek tüketme sıklığınız nedir?

1) Nadiren, özel günlerde

2) Ayda bir kadeh

3) Haftada bir iki kadeh

4) Haftada en az iki üç kadeh

5) Her gün en az bir kadeh

Kendinizi düşündüğünüzde, aşağıdaki durumlara “Var” veya “Yok” şeklinde cevap veriniz.

a)Kalp Hastalığı

1)Var Ne kadar zamandır..... 2)Yok

b)Kalp Krizi Öyküsü

1)Var Ne kadar zamandır..... 2)Yok

c)Kalp Damarlarında Darlık veya Tıkanıklık

1)Var Ne kadar zamandır..... 2)Yok

d)Kalp Damarları Anjiyografisi

1)Var Ne kadar zamandır..... 2)Yok

e)Balon(PTCA) ve/veya Stent Uygulaması

1)Var Ne kadar zamandır..... 2)Yok

f)Bypass Ameliyatı

1)Var Ne kadar zamandır..... 2)Yok

g)Kalp Kapak Ameliyatı(Darlık, Yetmezlik)

1)Var Ne kadar zamandır..... 2)Yok

h)Kalp Kapak Hastalığı

1)Var Ne kadar zamandır..... 2)Yok

i)Ritim Bozukluğu

1)Var Ne kadar zamandır..... 2)Yok

Kendinizi düşündüğünüzde, aşağıdaki durumlara “Var” veya “Yok” şeklinde cevap veriniz.

a)Diyabet

1)Var Ne kadar zamandır..... 2)Yok

b)Yüksek tansiyon

1)Var Ne kadar zamandır..... 2)Yok

c)Solunum Sistemi Hastalıkları

1)Var Ne kadar zamandır..... 2)Yok

d)Romatizmal Hastalıklar

1)Var Ne kadar zamandır..... 2)Yok

e)Diğer (Belirtiniz) Ne kadar zamandır.....

1.derecede akrabalarınızı düşündüğünüzde, (anne, baba, kardeş, dayı, amca v.b) aşağıdaki durumlara “Var” veya “Yok” şeklinde cevap veriniz. (Kişi hayatta veya vefat etmiş olabilir)

a)Kalp Hastalığı 1)Var 2)Yok

b)Kalp Krizi Öyküsü 1)Var 2)Yok

c)Kalp Damarlarında Darlık veya Tıkanıklık 1)Var 2)Yok

d)Kalp Damarları Anjiyografisi	1)Var	2)Yok
e)Balon(PTCA) ve/veya Stent Uygulaması	1)Var	2)Yok
f)Bypass Ameliyatı	1)Var	2)Yok
g)Kalp Kapak Ameliyatı (Darlık, Yetmezlik)	1)Var	2)Yok
h)Kalp Kapak Hastalığı	1)Var	2)Yok
i)Ritim Bozukluğu	1)Var	2)Yok

Kandaki total kolesterolünüzü en son ne zaman ölçtünüz?

- a)0-1yıl önce b)1-2 yıl önce c)2-5 yıl önce d)5-10 yıl önce e)En az 10 yıl önce

Total kolesterol düzeyiniz nasıldır?

- a)Bilmiyorum b)Normal sınırlarda c)Normalin biraz üstünde
d)Normalin çok üstünde

Eğer bu değeri biliyorsanız belirtiniz.....

Kandaki HDL (İyi Kolesterol) düzeyinizi en son ne zaman ölçtünüz?

- a)0-1yıl önce b)1-2 yıl önce c)2-5 yıl önce d)5-10yıl önce e)En az 10 yıl önce

HDL (İyi Kolesterol) düzeyiniz nasıldır?

- a)Bilmiyorum b)Normal sınırlarda c)Normalin biraz üstünde
d)Normalin çok üstünde

Eğer bu değeri biliyorsanız belirtiniz.....

Kandaki LDL (Kötü Kolesterol) düzeyinizi en son ne zaman ölçtünüz?

- a)0-1yıl önce b)1-2 yıl önce c)2-5 yıl önce d)5-10yıl önce e)En az 10 yıl önce

LDL (Kötü Kolesterol) düzeyiniz nasıldır?

- a)Bilmiyorum b)Normal sınırlarda c)Normalin biraz üstünde
d)Normalin çok üstünde

Eğer bu değeri biliyorsanız belirtiniz.....

Kandaki yağ oranlarınızı en son ne zaman ölçtünüz?

- a)0-1yıl önce b)1-2 yıl önce c)2-5 yıl önce d)5-10yıl önce e)En az 10 yıl önce

Yağ oranlarınız nasıldır?

- a)Bilmiyorum b)Normal sınırlarda c)Normalin biraz üstünde
d)Normalin çok üstünde

Eğer bu değeri biliyorsanız belirtiniz.....

Tansiyonunuzu en son ne zaman ölçtünüz?

- a)0-1 yıl önce b)1-2 yıl önce c)2-5 yıl önce d)5-10 yıl önce e)En az 10 yıl önce

Tansiyonunuz nasıldır?

- a)Bilmiyorum b)Normal sınırlarda c)Normalin biraz üstünde
d)Normalin çok üstünde

Eğer değerlerini biliyorsanız yazınız: Büyük..... Küçük.....

Kalp sağlığınıza ilişkin ne kadar sıklıkla kontrole gidiyorsunuz?

- a) Gitmiyorum b) Ayda bir c) Üç ayda bir d) Yılda bir
e) Diğer (belirtiniz).....

Kalbinizle ilgili herhangi bir operasyon geçirdiniz mi?

- a) Evet (belirtiniz)..... b) Hayır

Spor yapıyor musunuz? a) Evet b) Hayır

Cevabınız “Evet” ise, ne sıklıkta, ne tip egzersiz yaparsınız?

	Her gün	Haftada 2-3	Ayda 1-2	Seyrek
a) Yürüyüş		...	...	...
b) Koşu	...	...	...	...
c) Aerobik	...	...	...	...
d) Yüzme	...	...	...	...
e) Diğer	...	...	...	...

Spor yapma süreniz bir defada ne kadardır?

- a) On beş dakika b) Yarım saat
c) Bir saat d) Diğer (belirtiniz).....

Su anda psikiyatrik/psikolojik yardım alıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

Cevabınız “Evet” ise, türü nedir? 1) İlaç 2) Psikoterapi 3) Diğer

İlaç kullanıyorsanız, adlarını ve dozlarını belirtiniz.....

Geçmişte psikiyatrik/psikolojik yardım aldınız mı?(Sonlanmış olmalı)

- 1) Evet 2) Hayır

Cevabınız “Evet” ise, türü nedir? 1) İlaç 2) Psikoterapi 3) Diğer

İlaç kullandıysanız, adlarını ve dozlarını belirtiniz.....

1.derecede akrabalarınızı düşündüğünüzde, (anne, baba, kardeş, dayı, amca v.b), su anda psikiyatrik/psikolojik yardım alan var mı? 1) Evet 2) Hayır

Cevabınız “Evet” ise, türü nedir? 1) İlaç 2) Psikoterapi 3) Diğer

1.derecede akrabalarınızı düşündüğünüzde, (anne, baba, kardeş, dayı, amca v.b), geçmişte psikiyatrik/psikolojik yardım alan var mı?(Sonlanmış olmalı)

- 1) Evet 2) Hayır

Cevabınız “Evet” ise, türü nedir? 1) İlaç 2) Psikoterapi 3) Diğer

Ek 2. İş Stresini Değerlendirme Ölçeği

		Ne kadar yaşıyorsunuz?					Ne kadar rahatsız ediyor?										
		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman		Hiç 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Çok 10
1	Mesaim bittiği halde yapmam gerekenler nedeniyle işten geç çıkarım.																
2	İşime gelip giderken trafikte çok zaman kaybediyorum.																
3	Yaptığım işin bilgi beceri ve yetenek açısından kapasitemin altında olduğunu düşünüyorum.																
4	Bazı çalışma arkadaşlarımdan bana güvenmediklerini hissediyorum.																
5	Kurum içi/dışı iletişimi sağlayan elektronik postaları takip etmek vakit alıyor.																
6	Görevim gün içinde çeşitli konularda kritik kararlar vermemi gerektiriyor.																
7	Yaptığım işin bilgi beceri ve yetenek açısından kapasitemin üzerinde olduğunu düşünüyorum.																
8	İşyerimde bürokratik uygulamalar vardır.																
9	Her an işten çıkartılabileceğim düşüncesiyle çalışıyorum.																
10	İşyerimde kimin astı olduğum konusunda belirsizlik yaşıyorum.																

Ek 3. A-Tipi Kişilik Ölçeği

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini ifade eden bazı maddeler vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna, aşağıdaki puanlamaya bakarak karar veriniz ve ifadenin yanında ayrılan parantezin içine uygun olan numarayı yazınız. İfadelerin **doğru ya da yanlış cevabı yoktur**, lütfen size en uygun olan seçeneği üzerinde çok fazla düşünmeden seçiniz.

Bana hiç uymuyor	: 1
Bana nadiren uyuyor	: 2
Bana bazen uyuyor	: 3
Bana genellikle uyuyor	: 4
Bana her zaman uyuyor	: 5

- 1 () Aldığım işi en kısa zamanda bitirmem gerektiğini düşünürüm.
 - 2 () Çevremdeki kişilerin yavaşlığı beni sinirlendirir.
 - 3 () İşler planladığım gibi gitmediğinde öfkelenirim.
 - 4 () Sabretmekte zorlanırım.
 - 5 () Başarısız olma düşüncesi dahi beni rahatsız eder.
 - 6 () Aynı anda birçok faaliyeti bir arada yürütürüm (yemek yerken okumak, dış fırçalarken çanta toplamak gibi).
-

Ek 4. Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra, o belirtinin **SİZDE BUGÜN DÂHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0:Hiç yok

1.Biraz var

2.Orta derecede var

3.Epey var

4.Çok fazla var

	Hiç				Çok fazla var
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali.	0	1	2	3	4
2.Baygınlık, baş dönmesi.	0	1	2	3	4
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri.	0	1	2	3	4
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu korkusu.	0	1	2	3	4
5.Olayları hatırlamada güçlük.	0	1	2	3	4
6.Çok kolayca kızıp öfkelenme.	0	1	2	3	4
7.Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar.	0	1	2	3	4
8.Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu.	0	1	2	3	4
9.Yaşamınıza son verme düşünceleri.	0	1	2	3	4
10.İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi.	0	1	2	3	4
11.İştahta bozukluklar.	0	1	2	3	4
12.Hiç bir nedeni olmayan ani korkular.	0	1	2	3	4
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları.	0	1	2	3	4
14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek.	0	1	2	3	4
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek.	0	1	2	3	4
16.Yalnızlık hissetmek.	0	1	2	3	4
17.Hüzünlü, kederli hissetmek.	0	1	2	3	4
18.Hiçbir şeye ilgi duymamak.	0	1	2	3	4
19.Ağlamaklı hissetmek.	0	1	2	3	4
20.Kolayca incinebilme, kırılmak.	0	1	2	3	4
21.İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak.	0	1	2	3	4
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görme.	0	1	2	3	4
23.Mide bozukluğu, bulantı.	0	1	2	3	4
24.Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu.	0	1	2	3	4
25.Uykuya dalmada güçlük.	0	1	2	3	4

26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek.	0	1	2	3	4
27.Karar vermede güçlükler.	0	1	2	3	4
28.Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak.	0	1	2	3	4
29.Nefes darlığı, nefessiz kalmak.	0	1	2	3	4
30.Sıcak soğuk basmaları.	0	1	2	3	4
31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya	0	1	2	3	4
32.Kafanızın bomboş kalması.	0	1	2	3	4
33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar.	0	1	2	3	4
34.Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği.	0	1	2	3	4
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları.	0	1	2	3	4
36.Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak.	0	1	2	3	4
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi.	0	1	2	3	4
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek.	0	1	2	3	4
39.Ölme ve ölüm üzerine düşünceler.	0	1	2	3	4
40.Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği.	0	1	2	3	4
41.Bir şeyleri kırma, dökme isteği.	0	1	2	3	4
42.Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak.	0	1	2	3	4
43.Kalabalıklarda rahatsızlık duymak.	0	1	2	3	4
44.Bir başka insana hiç yakınlık duymamak.	0	1	2	3	4
45.Dehşet ve panik nöbetleri.	0	1	2	3	4
46.Sık sık tartışmaya girmek.	0	1	2	3	4
47.Yalnız bırakıldığında / kalındığında yalnızlık hissetmek.	0	1	2	3	4
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek.	0	1	2	3	4
49.Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek.	0	1	2	3	4
50.Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları.	0	1	2	3	4
51.Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği duygusu.	0	1	2	3	4
52.Suçluluk duyguları.	0	1	2	3	4
53.Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri.	0	1	2	3	4

Ek 5. Kalp ile İlgili Sağlık İnanç Ölçeği

Aşağıda, kişilerin kalp sağlığına ve kalp krizine ilişkin inançlarını içeren cümleler belirtilmiştir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur, o nedenle lütfen her cümleyi dikkatlice okuyunuz ve size en uygun olan seçeneği (X) işareti ile işaretleyiniz. Lütfen boş cevap bırakmayınız.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Kalp krizi geçirme olasılığım çok yüksektir.					
2.Önümüzdeki birkaç yıl içerisinde kalp krizi geçirme olasılığım çok					
3.Yaşamımın bir döneminde kalp krizi geçireceğimi hissediyorum.					
4.Kalp krizini düşünmek beni korkutur.					
5.Kalp krizini düşündüğümde heyecanlanırım.					
6.Kalp krizini düşünmekten korkarım.					
7.Kalp kriziyle beraber yaşayacağım problemler çok uzun süre					
8.Bir kalp krizi geçirmiş olmak, sevgilimle veya eşimle olan ilişkimi					
9.Eğer bir kalp krizi geçirirsem, bütün hayatım değişir.					
10.Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmeyi isterim.					
11.Sağlığımı sürdürmek, benim için son derece önemlidir.					
12.Sağlığımı geliştirmek adına yeni bilgiler araştırırım.					
13.Sağlığımı geliştirici aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu					
14.Dengeli beslenirim.					
15.Dengeli beslenirsem kalp sağlığım için iyi bir şey yapmış					
16.Düzenli doktor kontrolü, kalp sağlığımla ilgili problemin erken					
teşhis edilmesine yardımcı olabilir.					
17.Düzenli egzersiz yapmak, kalp problemi nedeniyle ölme					
18.Doktor kontrolü sayesinde bir problem erkenden tespit edilirse,					
tedavim olumlu olabilir.					
19.Düzenli egzersiz yapmaktan sıkılırım.					
20.Egzersiz yapmak çok fazla zaman alır.					
21.Dengeli bir beslenme düzenini devam ettirmek çok zaman alır.					
22.Düzenli doktor kontrolüne gidiyorsam, egzersiz yapmama gerek					
23.Düzenli besleniyorsam, egzersiz yapmama gerek yoktur.					
24.Doktor kontrolüne gitmekten çok daha önemli problemlerim var.					
25.Dengeli beslenmeyi başarabilirim.					
26.Düzenli egzersiz yapabileceğime inanıyorum.					
27.Doktor kontrollerini düzenli bir şekilde takip edebilirim.					
28.Kalp krizi geçirme riskimi artıracak olumsuz alışkanlıklarımı					