

T. C.
FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL
ZEKA VE SOSYAL SORUN ÇÖZME
BECERİSİNİN SOMATİZASYON VE SAĞLIK
ANKSİYETESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

HÜDANUR AKKUZU

170131008

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. İSMET KIRPINAR

İSTANBUL 2019

T. C.
FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL
ZEKA VE SOSYAL SORUN ÇÖZME
BECERİSİNİN SOMATİZASYON VE SAĞLIK
ANKSİYETESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

HÜDANUR AKKUZU
170131008

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. İSMET KIRPINAR

İSTANBUL 2019

TEZ ONAY SAYFASI

FSMVÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı 170131008 numaralı öğrencisi Hüdanur Akkuzu'nun ilgili yönetmeliklerin belirlediği tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “**Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Zeka ve Sosyal Sorun Çözme Becerisinin Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Üzerindeki Etkisi**” başlıklı tezi aşağıda imzaları olan jüri tarafından **19.06.2019** tarihinde oybirliği ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmet KIRPINAR

(Jüri Başkanı-Danışman)

Bezm-i Âlem Vakıf Üniversitesi

Prof. Dr. Sefa SAYGILI

(Jüri Üyesi)

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi

Prof. Dr. İbrahim BALCIOĞLU

(Jüri Üyesi)

Haliç Üniversitesi

BEYAN

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

Hüdanur AKKUZU

TEŐEKKÜR

Bu tezin bitirilmesinde danışmanlığımı üstlenen ve bana yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. İsmet KIRPINAR'a,

Birbirimize tez sürecinde ve dışında da destek olduğumuz güzel arkadaşlarım Nefise LADİKLİ, Nurefşan YUMUŐAK ve Gülşen KARAMAN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beraber öğrendiğim, güldüğüm ve dertleştiğim arkadaşım ve meslektaşım Zeynep TÜRKKAN'a,

Tüm eğitim hayatım boyunca bana maddi-manevi destek veren, sevgilerini ve ilgilerini üzerimden hiçbir zaman eksik etmeyen iki kahramanıma, annem Emine AKKUZU'ya ve babam Caferi Teyar AKKUZU'ya,

Birlikte büyüdüğüm, bana en başta kardeş ve aile olmayı, ayrıca okumayı, eleştirel bakmayı ve araştırmayı öğreten kardeşlerim Sena BİLİR'e ve Muhammet Fatih AKKUZU'ya en içten teőekkürlerimi sunuyorum.

Hüdanur AKKUZU

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL ZEKA VE SOSYAL SORUN ÇÖZME BECERİSİNİN SOMATİZASYON VE SAĞLIK ANKSİYETESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

ÖZET

Sosyal zeka, kendisinin ve başkalarının duygusunu anlayabilmeyi tanımlayan sosyal bilgi süreci, ilişkilerde ustalığı tanımlayan sosyal beceri ve sosyal ortamlara uyum sağlayabilmeyi tanımlayan sosyal farkındalık olmak üzere üç ana başlıktan oluşmaktadır. Sosyal sorun çözme becerisi ise sosyal yaşamda karşılaşılan sorunlara yönelik üretilen çözümlere işaret etmektedir. Sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerisi düşük olan bireylerin psikolojik bozukluklara olan eğilimi artmaktadır. Bu çalışmada, üniversite öğrencilerinde sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerisinin somatizasyon ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Somatizasyon, çatışmaların bedensel olarak ifade edilmesi; sağlık anksiyetesi ise bedensel belirtilerin yanlış yorumlanması sonucu yaşanan anormal düzeydeki kaygı olarak tanımlanabilir. Araştırmada, Tromso Sosyal Zeka Ölçeği, Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Becerisi Envanteri, Somatizasyon Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi-Kısa Form kullanılmıştır. Yapılan analizlerin sonuçlarına göre sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerisinin somatizasyon ve sağlık anksiyetesi üzerinde yordama etkisi bulunmuştur. Buna göre, negatif sorun yönelimi, dürtüsel-dikkatsiz ve kaçınan sorun çözme tarzları olan bireylerde somatizasyona ve sağlık anksiyetesine olan yatkınlık artarken; olumlu soruna yönelim, akılcı sorun çözme tarzı ve sosyal zekası yüksek olan bireylerde bu yatkınlık azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal zeka, sosyal sorun çözme, somatizasyon, sağlık anksiyetesi

THE EFFECT OF SOCIAL INTELLIGENCE AND SOCIAL PROBLEM-SOLVING SKILLS ON SOMATIZATION AND HEALTH ANXIETY IN UNIVERSITY STUDENTS

ABSTRACT

Social intelligence consists of three main constructs: Social awareness, which defines the ability to understand the sense of oneself and others, social skills that defines the mastery of relationships and social awareness that defines adaptation to social environments. Social problem solving skills indicates the solutions to social life problems. Individuals with low social intelligence and social problem-solving skills tend to have a higher tendency to psychological disorders. In this study, the effects of social intelligence and social problem solving skills on somatization and health anxiety were investigated in university students. Somatization can be defined as bodily expression of conflicts, and health anxiety as an experience of abnormal level of anxiety as a result of misinterpretation of somatic symptoms. The inventories that were used in the study are Tromso Social Intelligence Scale, Social Problem Solving Skills Inventory-Revised, Somatization Scale and Health Anxiety Scale-Short Form. According to the analysis results, it was found that social intelligence, social problem solving ability and their sub-dimensions have a significant effect on somatization and health anxiety. Accordingly, the tendency towards somatization and health anxiety increases in individuals with negative problem orientation, impulsive-careless and avoidant problem solving styles; while this tendency decreases in individuals who have positive problem orientation, rational problem solving style and high level in social intelligence.

Keywords: Social intelligence, social-problem solving, somatization, health anxiety

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın amacı sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerisinin somatizasyon ve sağlık anksiyetesi geliştirme eğilimini nasıl etkilediğini ve hangi ölçüde etiolojisini yordayabildiğini incelemektir.

Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde, sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerisinin somatizasyon ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisine dair bir çalışma bulunamamıştır. Bundan ötürü, bu çalışmanın literatürdeki boşluğu doldurarak hem terapide yeni perspektifler kazandırması hem de gelecek bilimsel araştırmalar için bir örnek oluşturması beklenmektedir. Depresyon, aleksitimi ve anksiyete seviyelerinin ölçülüyor oluşu bu araştırmada aracı bir rolleri olup olmadığına dair bir kısıtlılık oluşturmaktadır.

Araştırmada üniversite düzeyinde eğitim gören öğrenciler katılımcı olarak seçilecektir. Bazı sosyodemografik değişkenler, kronik hastalık ve ameliyat öyküsü de sorularak bunların bağımlı ve bağımsız değişkenler üzerinde nasıl bir rol aldığının incelenmesi de amaçlanmaktadır.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR	xiii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
1. GENEL BİLGİLER.....	3
1.1. SOSYAL ZEKA.....	3
1.1.1. Zeka	3
1.1.2. Duygusal Zeka	4
1.1.3. Sosyal Zeka.....	5
1.1.4. Sosyal Zeka Konusunda Yapılan Araştırmalar	8
1.2. SOSYAL SORUN ÇÖZME.....	9
1.2.1. Problem	10
1.2.2. Problem Çözme	10
1.2.3. Çözüm.....	11
1.2.3.1. Genel Uyum	12
1.2.3.2. Problem Tanımı Ve Formülasyonu	13
1.2.3.3. Alternatiflerin Üretilmesi	14
1.2.3.4. Karar Verme	15
1.2.3.5. Uygulama Ve Doğruluğunu Kanıtlama	15
1.2.4. Olumlu Soruna Yönelim (OSY).....	16
1.2.5. Negatif -Olumsuz- Soruna Yönelim (NSY)	16
1.2.6. Akılcı Sorun Çözme Tarzı (ASÇT).....	16
1.2.7. Kaçınan Sorun Çözme Tarzı (KSÇT).....	17
1.2.8. Dürtüsel-Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı (DDSÇT).....	17
1.2.9. Klinik Uygulama	17
1.2.10. Sosyal Sorun (Problem) Çözme Envanterinin Geliştirilmesi.....	18
1.2.11. Sosyal Sorun Çözme ile İlgili Yapılan Araştırmalar.....	19
1.3. SOMATİZASYON.....	22

1.3.1. Tarihçe.....	22
1.3.2. Tanım.....	23
1.3.3. Tanı.....	23
1.3.4. Etiyoloji	25
1.3.4.1. Genetik.....	25
1.3.4.2. Psikobiyolojik Faktörler.....	26
1.3.4.3. Öğrenme.....	26
1.3.4.4. Kişilik Özellikleri.....	26
1.3.4.5. Sosyokültürel Etkenler.....	27
1.3.5. Epidemiyoloji	28
1.3.6. Depresyon ve Somatizasyon.....	28
1.3.7. Anksiyete Ve Somatizasyon	29
1.3.8. Aleksitimi ve Somatizasyon	30
1.3.9. Hipokondriyazis (Sağlık Anksiyetesi) Ve Somatizasyon.....	30
1.3.10. Sanrısız Bozukluklar Ve Somatizasyon.....	31
1.3.11. Tedavi	31
1.4. SAĞLIK ANKSİYETESİ.....	33
1.4.1. Tanım.....	33
1.4.2. Tanı.....	35
1.4.3. Etiyoloji	37
1.4.4. Epidemiyoloji	40
1.4.5. Somatizasyon Bozukluğu ile İlişkisi.....	41
1.4.6. Duygudurum Bozuklukları ile İlişkisi	41
1.4.7. Panik Bozukluğu ile İlişkisi.....	41
1.4.8. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) ile İlişkisi	41
1.4.9. Tedavi	42
1.4.9.1. Psikoeğitim.....	42
1.4.9.2. Farmakoterapi.....	42
1.4.9.3. Maruz Bırakma ve Tepki Önleme	43
1.4.9.4. Davranışsal Stres Yönetimi.....	43
1.4.9.5. Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT)	43
İKİNCİ BÖLÜM.....	44
2. YÖNTEM.....	44

2.1. KATILIMCILAR	44
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	44
2.2.1. Demografik Veri Formu	44
2.2.2. Tromso Sosyal Zeka Ölçeği.....	44
2.2.3. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (Tr-SSÇE-G).....	45
2.2.4. Somatizasyon Ölçeği	46
2.2.5. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form	46
2.3. UYGULAMA.....	47
2.4. VERİLERİN ANALİZİ	48
2.5. BULGULAR	48
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	74
3. TARTIŞMA.....	74
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	83
KAYNAKÇA.....	85
EKLER.....	99
Ek-1. Demografik Veri Formu.....	99
Ek-2. Tromso Sosyal Zeka Ölçeği.....	100
Ek-3. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (Tr-SSÇE-G)	102
Ek-4. Somatizasyon Ölçeği.....	104
Ek-5. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form.....	106
Ek-6. Etik Kurul İzni	111
Ek-7. Ölçek Kullanımı İçin Alınan İzinleri Gösteren Mail Kaynakları	113

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Örneklemin Yaş Değişkenini Açısından Dağılımı	48
Tablo 2. Örneklemin Çeşitli Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı ...	49
Tablo 3. Örneklemin Sağlık ile İlgili Değişkenler Açısından Dağılımı	50
Tablo 4. Tromso Sosyal Zeka Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarının Betimleyici İstatistik Değerleri.....	50
Tablo 5. Sosyal Sorun Çözme Becerisi Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarının Betimleyici İstatistik Değerleri.....	51
Tablo 6. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeklerinin ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarının Betimleyici İstatistik Değerleri	51
Tablo 7. Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları.....	52
Tablo 8. Sosyal Zeka Ölçeği ve Alt Boyutları ile Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Arası Korelasyon Katsayıları	53
Tablo 9. Sosyal Sorun Çözme Becerisi Ölçeği ve Alt Boyutları ile Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Arası Korelasyon Katsayıları	55
Tablo 10. Sosyal Zeka Toplam Puanının Kronik Hastalıklar Grupları Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları	56
Tablo 11. Sosyal Sorun Çözme Becerisi Toplam Puanının Kronik Hastalıklar Grupları Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları	57

Tablo 12. Somatizasyon Toplam Puanının Kronik Hastalıklar Grupları Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları.....	57
Tablo 13. Sağlık Anksiyetesi Toplam Puanının Kronik Hastalıklar Grupları Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları	58
Tablo 14. Sosyal Beceri Alt Boyutu Toplam Puanının Geçmiş Ameliyat Grupları Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları	58
Tablo 15. Sosyal Beceri Alt Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Geçim Sağlama Durumu Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.....	59
Tablo 16. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Sosyal Sorun Çözme Becerisi Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.....	60
Tablo 17. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Olumlu Soruna Yönelim Alt Boyutu Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.....	61
Tablo 18. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Negatif Soruna Yönelim Alt Boyutu Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.....	62
Tablo 19. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Akılcı Sorun Çözme Tarzı Alt Boyutu Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları	63
Tablo 20. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Dürtüsel-dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı Alt Boyutu Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.....	64
Tablo 21. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Kaçınan Sorun Çözme Tarzı Alt Boyutu Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları	65

Tablo 22. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Sosyal Zeka Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.....	66
Tablo 23. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Sosyal Bilgi Süreci Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.....	67
Tablo 24. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Sosyal Beceri Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.....	68
Tablo 25. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Sosyal Farkındalık Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.....	69
Tablo 26. Somatizasyonu Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	70
Tablo 27. Sağlık Anksiyetesini Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.	71
Tablo 28. Somatizasyonu Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	72
Tablo 29. Sağlık Anksiyetesini Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.	72

KISALTMALAR

Akt.: Aktaran

ANOVA: Analysis of Variance

Bk.: Bakınız

Örn.: Örneğin



GİRİŞ

Yaşamda karşılaşılan güçlükler sağlıklı ve etkili çözümler üretebilmek ve çözümler üretme konusunda gelişim sağlamak insan psikolojisi ve sosyal yetkinliği için önemli olan becerilerdir. Ayrıca etkileşimde bulunulan çevrede diğer bireylerle sağlıklı ve etkin bir iletişim kurabilmek ve karşıdakinin duygu ve düşüncelerini önceden tahmin ederek idare edebilmek, sosyal yaşamı kolaylaştırma ve çevreyi etkileyebilme hususunda mühim noktalara parmak basmaktadır. Bu kavramlardan birisi olan sosyal zeka, sosyal bilgi süreci (duyguları, düşünceleri ve beklentileri anlayabilme ve beden dilini okuyabilme), sosyal farkındalık (sosyal ortamlara uyum sağlayabilme) ve sosyal beceri (insan ilişkilerinde ustalık) olmak üzere üç alt başlık altında incelenmiş ve oluşan bütünlük sosyal zeka olarak değerlendirilmiştir (Silvera, Martinussen ve Dahl, 2001). Sosyal problem çözme becerisi ise sosyal yaşamda karşılaşılan problemlere yönelik etkili, etkisiz, kaçınan vb. tarzda üretilen çözümlere işaret etmektedir (D'Zurilla ve Goldfried, 1971).

Sosyal problemlerle başa çıkamayan ve sosyal çevrede bulunan diğerlerini idare edemeyen kişilerde psikolojik iyi oluş da etkilenebilir, bunun sonucunda yaşanan olumsuz duygudurum ve çatışmalar beden veya bilişsel yollarla ifade edilebilir, örn. Somatizasyon veya sağlık anksiyetesi gibi. Somatizasyon, sözsüz iletişimin yetersiz kaldığı noktada bireylerin bedenlerinden aldığı bir yardım, söylenilmek istenilen cümlelerin veya anlatılmak istenilen duyguların beden yoluyla ifadesi olarak tanımlanabilir (Koptagel-İlal, 1999). Gucht ve Fischler (2002)'in de söylediği gibi birçok tanım bulunsa da ortak özellikleri, bedensel belirtilerin kökeninde organik olarak açıklanabilen bir neden olmadığıdır. Bedensel belirtilerin yanlış yorumlanması ile oluşan sağlık anksiyetesi/kaygısı, kişinin şimdiki ve gelecekteki sağlığı ile alakalı anormal seviyede uğraşmasına ve kaygı duymasına yol açmaktadır (Abramowitz, Olatunji ve Deacon, 2007; Thorgaard, Frostholm ve Rask, 2018).

Sosyal alandaki beceriler ve zeka ile bedensel alanı kapsayan psikolojik kökenli bozukluklar olan somatizasyon ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkiyi test etmek amaçlı kurulmuş olan bu pilot çalışmada, İstanbul'da öğrenim gören üniversite öğrencilerinde sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerilerinin somatizasyon ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisi incelenmek istenmektedir. Araştırmanın beklenen sonuçları (hipotezleri) şunlardır:

H1: Sosyal beceri ve sosyal farkındalık puanları daha yüksek olan katılımcılarda, somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanları daha düşük beklenmektedir.

H2: Olumlu soruna yönelim ve akılcı sorun çözme tarzı puanları daha yüksek olan katılımcılarda, somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanları daha düşük beklenmektedir.

H3: Olumsuz soruna yönelim, kaçınan sorun çözme tarzı ve dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı puanları yüksek olan bireylerde, somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanları da daha yüksek beklenmektedir.

H4: Genel olarak bakıldığında sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerileri toplam puanları yüksek olan bireylerde, somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanları daha düşük beklenmektedir.

H5: Kronik hastalığı olanların olmayanlara göre daha düşük sosyal zeka ve sosyal sorun çözme beceri puanlarına sahip olmaları beklenirken daha yüksek somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanlarına sahip olmaları beklenmektedir.

H6: Daha önce önemli bir ameliyat geçirmiş olanların, geçirmemiş olanlara nazaran daha düşük sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerisi puanlarına sahip olmaları beklenirken daha yüksek somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanlarına sahip olmaları beklenmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GENEL BİLGİLER

1.1. SOSYAL ZEKA

1.1.1. Zeka

Spearman (1904) zekayı, en tepede genel bir zeka faktörünün bulunduğu tekil bir nicelik olarak değerlendirmiştir. Spearman'ın yaptığı çalışmalarının sonunda, günümüzdeki zeka kavramına dair düşünceleri oluşturan üç temel özellik kazanılmıştır. Bunlar:

a. Genel bir zeka faktörü bulunmaktadır (g ile gösterilir). Zekayla alakalı tüm ölçümlerin birbiriyle pozitif yönde bir ilişkisi olması sonucunda tüm farklı ölçümlerin genel bir zeka faktörü ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

b. Zekayı meydana getiren beceriler aynı oranda genel zekayı yordayamamaktadır. Bu da becerilerin yüklerinin birbirinden farklı olduğuna işaret etmektedir.

c. Genel zeka (g) kendi başına tüm ilişkileri açıklayamamaktadır. Bu durum yetilerin genel zekaya bağlandıklarının yanı sıra bazı yetilerin kendi aralarında ayrı gruplar oluşturduğunu göstermektedir. Oluşan bu küçük gruplara, Spearman 's' adını vermiştir.

İlerleyen zamanlarda İngiliz ekolü Spearman'ın görüşünü kabul etse de Amerikan ekolü çok faktörlü bir zeka kuramı üzerine yoğunlaşmıştır. Bu konuda Thorndike'in (1924) ileri sürdüğü Çoklu Zeka Kuramı'na göre zeka, çok sayıda bağımsız faktörden oluşmaktadır (Akt. Uluç, 2016). Horn ve Cattle (1966) ise çok faktörlü yapıya dair Akıcı Zeka (Gf) ve Kristalize Zeka (Gc) olmak üzere doğuştan getirilen ve birbirini tamamlayan iki faktörlü bir kuram oluşturmuşlardır. Bu kurama göre:

a. Akıcı zeka (Gf): Eğitim ve deneyimden bağımsız olarak temel akıl yürütme ve problem çözme;

b. Kristalize zeka (Gc): Deneyim ve öğrenme sonucu elde edilen bilgi ve beceriler olarak tanımlanmıştır.

Akıcı zeka, içinde yaşadığı kültürle etkileşimi sonucunda kristalize zeka potansiyelini ortaya çıkarabilmektedir. Bu yüzden birbirleriyle bütünleşik bir yapıdadırlar.

Daha sonradan Carroll incelediği birçok araştırma sonucunda zekanın üç katmanlı bir yapıya sahip olduğunu keşfetmiş ve yeni kuramına Üç Katmanlı Hiyerarşik Zeka Modeli adını vermiştir. En alt katmanda çok sayıda özgün yetiler (s), ikinci katmanda geniş yeti kümeleri (Gf ve Gc bu grup içerisinde yer alır) ve en üst katmanda da temel zeka faktörü (g) bulunur. Cattell-Horn-Carroll (CHC) Kuramı'nın gelişimiyle birlikte zekaya dair ölçüm araçları yeniden gözden geçirilmiş ve daha kapsamlı hale getirilmiştir. Ayrıca bu kuramla birlikte yeni ölçüm araçları da ortaya atılmıştır, örneğin Stanford-Binet Intelligence Scales-5th Edition, Kaufman Assessment Battery for Children-2nd Edition gibi (Uluç, 2016).

1.1.2. Duygusal Zeka

Damasio (1999), Robbins (2000), Freshman ve Rubino (2002)'in çalışmalarında da yer aldığı üzere geçmiş tarih incelendiğinde akıl her zaman duygulardan üstün tutulmuş ve duyguların engellenip bastırılması, aklın ve mantığın kullanılması tavsiye edilmiştir. Romantizm akımı ve psikoloji biliminin gelişmesi dahi duyguları aklın üstünlüğünden kurtaramamıştır. 1960'lı yılların sonunda Batı'da aklın üstünlüğüne karşı çıkma ve psikoloji biliminde yaşanan yeni gelişmelerle birlikte duyguların hayatın ve insan gelişiminin bir parçası olduğu ve hayati önem arz ettiği kabul edilmiştir. 1990'lı yılların başında Mayer ve Salovey duygusal yeteneklerin zihinsel yetenekler olduğunu savunmuştur. Böylece duyguların ve düşüncelerin ayrılmaz bir bütünü oluşturduğu ve aralarında herhangi bir zıtlık olmadığı sonucuna varılmıştır (Frijda, 1988).

Genel bir tanım yapılacak olursa duygusal zeka, bireyin kendisinin ve başkalarının duygularını anlayabilme, gözlemleyebilme, ayırt edebilme, yönetme ve yönlendirme yeteneği olarak tanımlanabilir (Çakar ve Arbak, 2004).

1.1.3. Sosyal Zeka

Thorndike zekayı soyut, mekanik ve sosyal zeka olmak üzere üç alt kategoriye ayırmıştır. Bu ayrıma göre, soyut zeka fikirleri ve soyutu anlama becerisi, mekanik zeka fiziksel çevrenin ve somut objelerin anlaşılma ve idare edilebilme becerisi, sosyal zeka ise insanları anlama ve idare edebilme becerisi olarak tanımlanmıştır (Akt. Thorndike ve Stein, 1937). 20. yüzyıldan itibaren psikoloji biliminde zekanın bilişsel boyutu dışına çıkan alternatif zeka modelleri geliştirilmeye başlanmıştır; bunlardan bir tanesi de sosyal zekadır. Thorndike (1920) sosyal zekayı, 'insan ilişkilerinde bilgece/ustaca hareket etmek adına erkekleri ve kadınları anlama ve idare edebilme yetisi' olarak tanımlanmıştır (Akt. Walker ve Foley, 1973).

Sosyal zekanın kavramsal tanımı için üç genel tür bulunmaktadır (Walker ve Foley, 1973). Bunlar:

- a. Sosyal bilgiyi doğru bir şekilde anlayıp çözebilme becerisi;
- b. Sosyal performansa adapte olabilme ve etkililik;
- c. Sosyal beceri yeterliliği içeren testlerdeki performans.

Keating (1978) üçüncü tanımdan yola çıkarak psikometrik bir sosyal zeka alanını ortaya çıkarmak istemiş ve bir dizi analiz kullanmıştır. Fakat bir çözüme ulaşamamıştır.

Ford ve Tisak (1983) tarafından yapılan çalışmada sosyal zekanın standart psikometrik ölçütleri yerine, b tanımı ile tutarlı davranışsal bir etkililik kriterine uyumlu gözükten bir çalışma yürütülmüştür. Çoklu regresyon ile sosyal etkililik kriterini akademik ölçütlerden ziyade sosyal ölçütlerin daha iyi öngördüğünü bulmuşlardır.

Sternberg ve Smith (1985) araştırmasında, 70 çift fotoğrafı ve 70 süpervizör-öğrenci fotoğrafları kullanarak, katılımcılara hangilerinin gerçekten çift olduğunu ya da kimin süpervizör kimin öğrenci olduğunu tahmin etmelerini istemişlerdir. Bu araştırma a tanımını ispatlamak için yapılmıştır. Fakat yirmiden fazla tahmin sayısı olmamıştır. Bu da a tanımının da geçerliliğini yitirmesine sebep olmuştur. Sonuç olarak, yalnızca b tanımı geçerli olarak kabul edilmiştir.

Sosyal zekanın tanımına ve alt boyutlarına dair kesin bir görüş mevcut değildir. Marlowe (1986), sosyal zekayı kişinin kendisi de dahil çevresindeki insanların duygu, düşünce ve davranışlarını anlayabilme ve bu duygu, düşünce ve davranışlara uygun davranışlar gösterme becerisi olarak tanımlamıştır.

Orlik (1978) çalışmasında, sosyal zekanın beş alt boyutundan bahsetmiştir:

1. Diğer insanların içsel durumlarını ve ruh hallerini anlayabilme.
2. İnsanlarla ilişki kurma.
3. Sosyal hayatın kuralları ve normları hakkında bilgi sahibi olma.
4. Karmaşık sosyal durumlarda hassaslık ve içgörü.
5. Diğer kişileri idare edebilmek için sosyal teknikler kullanma becerisi (Akt. Kosmitzki ve John, 1993).

Silberman (2000) sosyal zekanın 8 alt boyutuna işaret etmiştir. Bunlar:

1. İnsanları anlama.
2. Duygu ve düşünceleri ifade edebilme.
3. İhtiyaçları dile getirebilme.
4. Geribildirim vermek ve diğer kişilerden geribildirim almak.
5. Diğerlerini etkileme, motive ve ikna edebilme becerisi.
6. Kompleks sosyal durumlara yaratıcı çözümler üretebilme.
7. İşbirliği yapabilme.
8. İlişkiler karmaşıklaştığında uygun tutum ve davranışı sergileyebilme (Akt. Doğan, Totan ve Sapmaz, 2009).

Silvera, Martinussen ve Dahl (2001), sosyal zekanın üç alt boyutuna işaret etmiştir. Bunlar:

1. Sosyal Bilgi Süreci: Kişinin kendisi de dahil olmak üzere çevresindekilerinin duygularını, düşüncelerini ve beklentileri anlayabilme, beden dilini okuyabilme olarak tanımlanmaktadır.

2. Sosyal Farkındalık: Sosyal ortamlara uyum sağlayabilme ve şartlara uygun davranışlar sergileme. Nerede, ne zaman, nasıl davranılacağını veya nasıl konuşulacağını bilme olarak tanımlanmaktadır.

3. Sosyal Beceri: İnsan ilişkilerinde ustaca davranabilme. Bu boyut, sosyal zekanın performans boyutudur.

Üç boyutun da benlik saygısıyla doğru orantılı olduğu Doğan, Totan ve Sapmaz'ın 2009 yılında yaptığı çalışmada bulunmuştur.

Albretch sosyal zekanın beş boyutu olduğunu ifade etmiştir (2006):

a. Durum bilinci: Sosyal radar olarak da tanımlanan durum bilinci, başkalarının duygu, düşünce ve davranışlarını anlayabilme ve okuyabilme yeteneğidir.

b. Duruş: Kişinin oturuşu, ses tonu, davranışları ile birlikte başkalarının üzerinde bıraktığı etkidir.

c. Samimiyet: Başkalarının davranışlarımızdan aldığı doğruluk ve açıklıkla ilintili sinyaller ile bizi tanınmasıdır.

d. Açıklık: Bireyin kendisini açıkça ve doğru bir şekilde ifade edebilmesi ve göstermesidir.

e. Empati: İki birey arasındaki ortak duygu olan empati işbirliğine ve pozitif iletişime önayak olur (Akt. Brown, 2006).

Goleman (2006), sosyal zekayı iki boyutta incelemiştir: Sosyal farkındalık ve sosyal beceri. Sosyal farkındalık, diğer kişilerin içsel durumlarını anlayabilme ve kompleks sosyal durumları kavrayabilme olarak tanımlanmaktadır. Dört alt boyuta sahiptir. Bunlar:

a. Temel empati: Başkasının duygularını sözel olarak ifade edilmese de anlayabilme ve bu duyguları paylaşabilme.

b. Uyum: Karşıdaki kişiye uyum sağlayabilme ve etkili bir şekilde dinleyebilme.

c. Empatik isabet: Başkalarının düşüncelerini, duygularını ve eylemlerindeki amaçlarını doğru bir şekilde kavrayabilme.

d. Sosyal biliş: Sosyal çevrenin nasıl işlediğine dair yeterli bilgi sahibi olmak.

Sosyal beceri ise etkili iletişim kurabilme yetisi olarak tanımlanmaktadır. Dört alt boyuta sahiptir. Bunlar:

a. Eşzamanlılık: Sözel olmayan iletişimde etkililik.

b. Benlik sunumu: Kendini etkin ve doğru bir şekilde başkalarına sunabilme becerisi.

c. Nüfuz: Sosyal etkileşimlerin sonuçlarına yön verebilme yetisi.

d. İlgi: Başkalarının istek ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundurma ve buna uygun şekilde eyleme geçme.

1.1.4. Sosyal Zeka Konusunda Yapılan Araştırmalar

Yürütülen birçok çalışmada azalmış bir sosyal zeka seviyesinin öğrencilerde geleceğe dair kariyer planlarını yapmada ve yönetmede, aynı zamanda akademik, profesyonel ve sosyal alandaki başarıda olumsuz bir etkisi olduğu bulunmuştur (Kihlstrom ve Cantor, 2000; Stenberg ve Gricorenko, 2003; Akt. Pinto, Faria ve Taveria, 2014). Ortalamanın üstünde sosyal zekaya sahip öğrenciler, başkalarının davranışlarından bilgi çıkarabilir; sözel olmayan iletişimi daha kuvvetlidir; insanlar hakkında doğru bilgiler edinebilir ve nerede nasıl tepki vereceklerini önceden tahmin edebilirler. Ortalamanın altında sosyal zekaya sahip öğrencilerde ise sosyal ilişkiler daha karmaşıktır ve sosyal adaptasyonları daha zordur (Yermentaeyeva, Aurenova, Uaidullakyzy, Ayapbergenova ve Muldabekova, 2014).

Doğan ve Çetin (2009) yaptıkları çalışmada depresyon seviyesi yüksek olan üniversite öğrencilerinde sosyal farkındalık ve sosyal beceri seviyelerinde düşüş tespit etmişlerdir. Ayrıca özgüven seviyesindeki artışın sosyal farkındalık ve sosyal beceri seviyelerinde de artışa etki ettiği görülmüştür (Doğan, Totan ve Sapmaz, 2009).

Doğan ve Eryılmaz (2014) alışmalarında sosyal zekanın mutluluktaki rolünü incelemek için 249 öğrenciden veri toplamışlardır. Sonuçlara göre, sosyal zekanın bir alt boyutu olan sosyal becerinin mutlulukla en çok bağlantılı olan değişken olduğu görülmüştür.

Saxena and Jain (2013), yürüttükleri çalışmada kadın öğrencilerin erkek öğrencilerden ve sanat bölümlerinde okuyan öğrencilerin diğer bölümde okuyan öğrencilerden daha yüksek sosyal zekaya sahip olduklarını bulmuşlardır. Bununla birlikte, kentsel üniversitelerde okuyan ve akademik başarısı daha yüksek olan öğrencilerin kırsal kesimdeki üniversitelerde okuyan öğrencilere oranla daha yüksek sosyal zekaya sahip oldukları da görülmüştür (Tasleema ve Ganai, 2015).

Birincil (daha çok genetik kökenli saldırganlık, dürtüsellik ve dışadönüklük) ve sekonder psikopati (daha çok çevresel kökenli ie kapanıklık, saldırganlık, sosyal olarak endişe) için duygusal ve sosyal zekanın koruyucu faktörler olarak etki edip etmeyeceğine dair Sacco, Merold, Lui, Lustgraaf ve Barry (2016) tarafından yürütülen çalışmada, güvenilir yüzleri güvenilir olmayan yüzlerden ayırt etmede sosyal ve duygusal zekanın birincil psikopatide kritik bir ılımlı rol aldığı ve sekonder psikopatide ise koruyucu faktörler olduğu bulunmuştur. Ayrıca kurulan ikinci düzenekte de sahte gülümsemeleri sahte olmayanlardan ayırt etmede sosyal ve duygusal zeka puanları yüksek olan primer psikopatiklerin, puanları düşük olanlardan daha iyi oldukları görülmüştür.

1.2. SOSYAL SORUN ZME

Klinik anlamda 'anormal' ya da 'uyumsuz' olarak tanımladığımız davranışlar, farklı bir bakış açısından değerlendirildiğinde problemlere yönelik başarısız girişimler ve bunun doğurduğu sonuçlar olarak görülebilir. Kişi hayatındaki üzülmesi gereken durumlara başarısız bir yaklaşım biçimi sergilediği sürece, bu başarısızlığı istenmeyen sonuçlara neden olacak ve kişide de olumsuz sonuçlar doğuracaktır; örneğin depresyon, anksiyete ve diğer psikopatolojik rahatsızlıklar gibi (D'Zurilla ve Goldfried, 1971).

Sosyal yaşamımızda, birçok problemle karşılaşmaktayız. Bunlar günlük ve kısa süren problemler de olabilir, geçmişe veya geleceğe yönelik daha uzun vadede çözüm bekleyen problemler de olabilir. Bizler ise karşılaşılan bu problemlere yönelik problem-çözme mekanizmaları geliştiririz. D'Zurilla ve Goldfried (1971)'a göre bu mekanizmanın üç ana terimi bulunmaktadır. Bunlar 'problem', 'problem çözme' ve 'çözüm' kavramlarıdır:

1.2.1. Problem

Kişinin sosyal hayatında ve çevresinde karşılaştığı durumlar için fonksiyonel ve etkili bir tepki vermesi gerekli olan bir durumdur. Eğer kişi bu belli başlı durumlarla ilgili, anında etkili bir tepki oluşturamıyorsa ya da herhangi bir alternatifte sahip değilse, bu durum Skinner (1953) tarafından 'problematik' olarak tanımlanmıştır (Akt. D'Zurilla ve Goldfried, 1971). Problematik durumlar yalnızca dışsal faktörlerin etkisiyle değil aynı zamanda içsel faktörlerin de etkisiyle oluşabilmektedir. Aynı zamanda, problematik durum kavramı yalnızca bir olay ve zamana da işaret etmeyebilir. Belli bir süre içerisinde, değişik durumları ve olayları kapsayan birden çok problem içeren durumlar da bu şekilde adlandırılmaktadır.

1.2.2. Problem Çözme

Problem çözme, problematik duruma karşı etkili tepkiler ve alternatifler geliştirme ve bu alternatifler içerisinde en etkili ve uygun olacak çözüm yolunu seçmektir. Bir durumun yalnızca tek bir çözümü yoktur. Bir durum için birden çok çözüm yolu olabilir. Ancak kimi yollar diğerlerinden daha etkilidir. Bunu analiz edebilmek ve en doğru olan yolları bulabilmek, aslında kişiye ait olan özel bir öğrenme sürecidir.

Problem çözümü iki önemli varsayıma sahiptir. Birincisi, sorunlarla başa çıkmada etkili yollar izleyememenin duygusal ve davranışsal temelde bir bozukluk ortaya çıkaracağı ve psikolojik tedavi gerektirecek bir duruma dönüşebileceği varsayımdır. İkincisi ise kişilerin günlük yaşamda karşılaştığı problematik durumlarla bağımsız bir biçimde baş edebilmesi adına, genel bir problem çözme becerisi kazandırılmasının kişi için en etkili kolaylaştırıcı yöntem olacağı varsayımdır.

Birinci varsayım psikopatolojinin kavramsallaştırılmasında Bandura'nın (1969) sosyal öğrenme yaklaşımını temsil etmektedir. Bu yaklaşıma göre, kişi ne zaman çözüm arayışında ve verdiği tepkilerde yetersiz ve eksik kalırsa, o zaman toplum tarafından 'anormal' ve 'uyumsuz' olarak etiketlenmektedir. Aynı zamanda Bandura, problemlere yönelik çözüm arayışlarımızın da geçmişten gelen gözlem ve deneyimlerimizle oluştuğunu savunmaktadır (Akt. D'Zurilla ve Goldfried, 1971). Oysaki bir duruma karşı geliştirilen tepkiler yalnızca geçmişten getirilen gözlem ve deneyime bağlı olmayabilir. Kişi daha önce hiç karşılaşmadığı bir problemle baş etmek için daha önce hiç denemediği çözüm yolları deneyebilir ve bu çözümleri kafasında tasarlamış ve etkili olup olmayacağına dair akıl yürütmüş olabilir. Bazı kişilerin de etkili çözümler bulamayışı, yalnızca belirli durumlara özgü olan başarılı öğrenme eksikliğinden değil aynı zamanda problem çözme performansının da bir ya da daha çok açıdan eksik ya da bozulmuş olmasından kaynaklanıyor olabilir. İkinci varsayım, kişinin genel olarak problem çözme mekanizmasını ve becerilerini elde etmesiyle alakalıdır. Bu eğitimle kişi belirli öğrenim setleri ve problemleri nasıl çözeceğine dair belirli metotlar ve yollar konusunda bir görüş geliştirir. Bu bakış açısına göre, problem çözme eğitimi kendini kontrol edebilme ve bağımsızlık eğitimi olarak anlaşılabilir. Böylece kişinin, kendi terapisti olması sağlanabilir.

1.2.3. Çözüm

Çözüm, kişi için problematik sorunu ortadan kaldıran ya da negatif sonuçlarını en aza indirirken pozitif sonuçlarını arttıran tepki ya da tepkiler kümesi olarak tanımlanmaktadır.

Etkili bir problem çözümü için 5 genel aşama vardır (D'Zurilla ve Goldfried, 1971). Bunlar:

1. Genel uyum (General adaptation)
2. Problem tanımı ve formüle edilmesi (Problem definition and formulation)
3. Alternatiflerin üretilmesi (Generations of alternatives)
4. Karar verme (Decision-making)
5. Uygulama ve doğruluğunun kanıtlanması (Verification)

Bu aşamalar kesin çizgilerle birbirinden ayrılmış değildir. Örneğin, kişi karar verme aşamasından, alternatifler üretme ya da daha çok bilgi edinmek amacıyla problem tanımlama kısmına geri dönebilir. Aşamalar daha detaylıca incelenecek olursa:

1.2.3.1. Genel Uyum

Kişinin genel uyumu ya da yönelimi, bir duruma yaklaşımda kullandığı birtakım kalıpların başka durumlarda da nasıl tepki vereceğini büyük ölçüde etkilemesini kapsamaktadır. Bağımsız bir şekilde problem çözme davranışını destekleyecek olan yönelimler ise şöyle olmalıdır:

- a. Problematik olan durumu kabullenme, bunu normal günlük hayatın bir parçası olarak görme ve bununla baş etmenin mümkün olduğuna dair inanç geliştirme,
- b. Problematik durumlar oluştuğunda bunun farkında olabilme kapasitesi,
- c. İlk oluşan dürtüyü ya da tamamen pasif kalarak hiçbir şey yapmamayı engelleyebilme yetisi.

Ellis (1994)'in Rasyonel-Emotif Terapi ekolünde dikkat çektiği noktalardan biri de kişilerin gerçekçi beklentilerinin olmayışı sonucu üzüntü, hayal kırıklığı ve çökkünlük yaşaması ve sonucunda 'Neden bunlar hep benim başıma geliyor' depresif reaksiyonunu oluşturmasıydı. Aslında bu kişiler problematik durumları normal kabul etseler ve çaba gösterdikleri sürece çözebileceklerine inansalar, olumsuz sonuçlar oluşmayabilir. Bununla birlikte kişi her zaman problematik durumların farkına varmayabilir. Fark edebilme adına kişi problematik durumu yaratan ipuçlarını yakalayabilmeli, bu durumun sonuçları olan duygusal tepkilere veya bilişsel deformasyonlara takılı kalmamalıdır. Bununla birlikte, oluşan problematik duruma karşı anında tepki vermek veya otomatik bazı tepkiler geliştirmiş olmak, sağlıklı bir problem çözme süreci sayılmamaktadır (D'Zurilla ve Goldfried, 1971).

1.2.3.2. Problem Tanımı Ve Formülasyonu

Günlük hayattaki problemler çoğu zaman karmaşık yapılara sahiptirler ve problemleri çözmek adına kesin ve faydalı olacak bilgiler her zaman elimizde olmayabilir. Bu yüzden kişi, bir problemle karşılaştığında öncelikle durumun her yönünü operasyonel (işlevsel) olarak tanımlamalı ve formülasyonlar geliştirmelidir ki gerekli olan ve gerekli olmayan bilgileri ayırt edebilsin, asıl problemi ve diğer türdeşlerini görebilsin (D'Zurilla ve Goldfried, 1971). Nezu ve D'Zurilla'nın (1981a) yaptığı çalışmada, problem tanımı ve formülasyonun ayrıntılı metotlandırılması ve kişilere bu şekilde eğitim verilmesi sonucunda, karar verme aşamasının etkililiğini arttırdığını, bununla birlikte problem tanımı ve formülasyonun ayrıntılandırılmış eğitimini alan bu kişilerin daha etkili çözümler üretebildiği de saptanmıştır. Ayrıntılı olarak bu aşama değerlendirilecek olursa, 4 birbirini tamamlayan işlevsel bileşenden oluştuğu görülebilir. Bunlar:

- a. Problemlerle bağlantılı tüm alternatiflerin açık, spesifik ve somut terimlerle ifade edilmesi,
- b. Gerekli-gereksiz, tarafsız gerçekler-varsayımlar vb. arasında ayırım yapılabilmesi,
- c. Arzu edilen sonucun farkında olabilme,

d. Durumu problematik hale getiren faktörleri tanımlayabilme

Diğer bir araştırmada da problem tanımı ve formülasyonun ayrıntılandırılmış eğitimi alan kişilerin, alternatifleri üretme performansında artış görülmüştür (Nezu ve D'Zurilla,1981b).

1.2.3.3. Alternatiflerin Üretilmesi

Bu aşamada yapılacak olan problematik duruma uygun çözüm yolları arayışına girmek ve en uygun olanlarını, yararsız olanlardan ayırabilmektir. Aslında bu aşama bir bakıma 'beyin fırtınası' (brainstorming) kavramına denk düşebilir (D'Zurilla ve Goldfried, 1971).

Genellenebilir alternatiflerden, en olası olabilecek olanlara geliştirme konusunda D'Zurilla ve Goldfried tarafından oluşturulan modelde üç ana prensip öne sürülmüştür. Bunlar:

a. Daha fazla çözüm yolları elde etmek veya düşünmek, daha yararlı ve kaliteli çözümler bulmamıza olanak sağlayabilir.

b. Problem çözme sürecinde bulunan çözüm ya da çözümleri sonraki aşamalarda tekrar gözden geçirmekle birlikte araya zaman girdiğinde daha mantıklı ve farklı bakış açılarıyla değerlendirebiliriz böylece daha kaliteli sonuçlar elde edebiliriz.

c. Olabildiğince alternatif ürettikten sonra geri dönerek her bir alternatif için taktikler ve stratejiler geliştirmek daha geniş açılı bakmamızı sağlayarak sonuçta da hangi çözüm yollarının daha faydalı olabileceğini bize gösterecektir.

Bu modelle eğitim alan kişilerin problem çözme süreci boyunca alternatif üretme konusunda başarılarının diğerlerine oranla daha iyi olduğu tespit edilmiştir (D'Zurilla ve Nezu, 1990).

1.2.3.4. Karar Verme

Bulunan alternatifler içerisinde en uygun olanlarını seçerek, eyleme dönüştürmeye karar verme aşamasıdır. Eğer kişi, alternatifler üretmeden tek bir çözüm yoluyla hareket ederse, karar verme aşamasında hiçbir zaman bulunmayacaktır. Bu da problematik durumlara karşı B veya C planlarına sahip olamamak, demektir (D'Zurilla ve Goldfried, 1971).

Sosyal sorun çözme ve karar verme (decision-making) terimleri birbirleri ile karıştırılmaktadır ya da birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Oysaki sosyal sorun çözme genel bir terim olmakla birlikte, problem-çözme (decision-making), sosyal sorun çözme içerisinde incelenmektedir. Bu yüzden aradaki farkın bilinmesi, araştırmaların sonuçlarının doğruluğu ve sağlamlığı açısından önemlidir (Frauenknecht ve Black, 2010).

1.2.3.5. Uygulama Ve Doğruluğunu Kanıtlama

Bu aşamada kişi çözüm yolunu eyleme döker ve sonuçlarına bakarak, bulduğu çözüm yolunun doğru veya yanlış bir seçim olduğunu görür (D'Zurilla ve Goldfried, 1971).

Sosyal sorun çözmeye dair süreç modeli geliştiren D'Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares (2002) aynı zamanda bunu ölçen gözden geçirilmiş formuyla bir envanter de geliştirmişlerdir: Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (Akt. Eskin ve Aycan, 2009). Bu envantere beş alt boyut bulunmaktadır. Bunlardan ikisi soruna yönelim, diğer üçü ise sorun çözme tarzı ile ilgilidir. Soruna yönelim, kişinin problemlerle karşılaştığında gösterdiği bilişsel, duyuşsal ve güdüsel tepkilerini ifade etmektedir. Bunlar:

1.2.4. Olumlu Soruna Yönelim (OSY)

2002 yılında D'Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares'in tanımlamasıyla olumlu soruna yönelim (OSY), yapıcı bir bilişsel-davranışsal sorun çözme olarak tanımlanmaktadır (Akt. Eskin ve Aycan, 2009). Soruna olumlu olarak yönelen bireyler, bu sorunları birer meydan okuma olarak değerlendirirler ve kendilerinin sabır, zaman ve çaba ile çözebileceklerine inanırlar. Ayrıca sahip oldukları yetenek ve yetilere de olumlu bir pencereden bakarlar.

Bu yaklaşıma sahip kişiler optimist (iyimser), öz-yeterliğine inanan, problemleri çözme isteği bulunan ve bunun da zamanla ve çabayla halledileceğini düşünen kişilerdir.

1.2.5. Negatif -Olumsuz- Soruna Yönelim (NSY)

Negatif soruna yönelim (NSY), kişinin yetenek ve yetilerinden şüphe duyması sonucunda sorunu çözebileceğine dair inancının olmaması ya da şüphe duyması ve karşılaşılan her sorunu tehdit edici bir unsur olarak görmesi sonucunda mutsuz ve engellenmiş hissetmesini kapsayan ve işlevselliği olmayan bir bilişsel-güdüsel eğilimdir (Eskin ve Aycan, 2009).

Bu kişiler pesimist (kötümser), düşük öz-yeterliğe ve problemlere karşı düşük toleransa sahip kişilerdir.

Sorun çözme tarzları incelenecek olursa, bunların da bilişsel-davranışsal etkinlikler yardımıyla sorunu çözme çabasını içerdiği söylenebilir:

1.2.6. Akılcı Sorun Çözme Tarzı (ASÇT)

Akılcı sorun çözme tarzı (ASÇT), kişinin sorunla karşılaştığında işlevsel ve yapıcı çözümler üretebilme yeteneğine işaret eder. Bu kişi etkin bir şekilde problem çözme stratejilerini hayata geçirir. Bunlar, sorunun tanımlanması, hedefin belirlenmesi, çözüm için olasılıkların değerlendirilmesi, karar verme, uygulama ve denetleme şeklinde ilerlemektedir.

1.2.7. Kaçınan Sorun Çözme Tarzı (KSÇT)

Kaçınan sorun çözme tarzı (KSÇT), bireyin sorunlarından kaçtığı, çözümlere karşı pasif kaldığı ve sürekli ertelediği, sorumluluk almadığı ve işlevsel olmayan bir yönelimdir.

Bu kişiler, çözümü erteleyebilir, sorun kendi kendine hallolana ya da başka biri çözene kadar bekleyebilirler (başkasına bağımlılık geliştirebilirler). Çözüm sürecine dair kendi üzerlerinde herhangi bir sorumluluk hissetmezler.

1.2.8. Dürtüsel-Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı (DDSÇT)

Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı (DDSÇT) ise bireyin dürtüsel ve dikkatsiz hareket ettiği, aceleyle davrandığı ve işlevsel olmayan bir çözüm tarzıdır. Bu kişiler işleri yarım bırakan, çözüm alternatifleri çok üretmeyen ve ilk bulduklarıyla hareket etmeye çalışan aceleci kişiliklerdir (Eskin ve Aycan, 2009).

1.2.9. Klinik Uygulama

Problem çözme modelinin klinik uygulamadaki yerine ve faydalarına bakılacak olursa, tedavi için bir değerlendirme aracı olarak kullanılması veya bir tedavi yöntemi olarak kullanılması sayılabilir. Örneğin, danışanın yaşadığı zorlukların nedeni problematik durumlara karşı etkili ve yerinde tepkiler geliştiremiyor olması ise, problem çözme modelinin bu danışana öğretilmesiyle birlikte fayda sağlanabilir. Ayrıca, danışan kendi çözüm yollarını bulmada yetersiz ve bağımlı bir örüntü gösteriyorsa, bağımsız problem çözme davranışları kazandırılabilir. Eğer terapist danışana, terapi süreci boyunca problem çözme eğitimi verirse, danışan kendi problemlerini kendi elde edeceği bireysel kaynaklarla çözmeyi öğrenebilir ve terapistin tavsiye veya desteğine daha az bağımlı kalarak, kendi bağımsızlığına daha çok yönelebilir. Terapistin bu modeli danışana öğretirken, desteğini vermesi gereken nokta danışanın çözüm yollarını bulduktan sonra doğruluğunu kanıtlamak adına bunları eyleme dökme aşamasında olmalıdır (D'Zurilla ve Goldfried, 1971).

1.2.10. Sosyal Sorun (Problem) Çözme Envanterinin Geliştirilmesi

D'Zurilla ve arkadaşlarının tanımladığı sosyal sorun (problem) çözme, karmaşık, belirli beceriler gerektiren aşamalardan oluşan bilişsel-duygusal-davranışsal bir süreçtir. Bu beceriler her kişi için değişmektedir. Örneğin, kimileri problem tanımlamada ve formüle etmede zayıf kalırken, kimileri alternatif üretme ve bunları uygulamada yetersiz kalabilir. Bu farklılıkları saptama adına ve klinik uygulama ve araştırmalar arasındaki boşluğu tamamlamak amacıyla SPSI (Social Problem Solving Inventory- Sosyal Sorun Çözme Envanteri) geliştirilmiştir. 70 maddeden oluşan envanter, çok boyutlu, 5'li likert tipi (0=bana hiç uymuyor, 4= bana tamamen uygun) ve 2 ana ölçek ve 7 alt-ölçekten oluşmaktadır. Ölçekler şu şekildedir (D'Zurilla ve Nezu, 1990):

- a. Problem Uyumu Ölçeği (Biliş Alt Ölçeği, Duygu Alt Ölçeği, Davranış Alt Ölçeği)
- b. Problem Çözme Becerileri Ölçeği (Problem Tanımı ve Formülasyonu Alt Ölçeği, Alternatifler Üretme Alt Ölçeği, Karar Verme Alt Ölçeği, Çözümü Uygulama ve Doğruluğunu Kanıtlama Alt Ölçeği).

Günümüzde kullanılan envanter ise D'Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares tarafından 2002 yılında hazırlanan Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri'dir. Türkçe'ye uyarlaması Eskin ve Aycan (2009) tarafından yapılmıştır. Toplamda beş alt ölçekten oluşmaktadır: Olumlu sorun yönelimi, negatif sorun yönelimi, akılcı sorun çözme tarzı, dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı ve kaçınan sorun çözme tarzı.

1.2.11. Sosyal Sorun Çözme ile İlgili Yapılan Araştırmalar

D'Zurilla ve Nezu'nun 1982 yılında yapmış olduğu çalışmada, sosyal problem çözme eğitimi verilen veya bu eğitimi kapsayacak şekilde terapi alan psikiyatrik hastalarda olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Aynı zamanda, bağımlılık, duygudurum bozuklukları (Noreen, Whyte ve Dritschel, 2015), stres ve anksiyete (Eskin, Kurt ve Demirkıran, 2012), intihar davranışları (McAuliffe, Keeley ve Corcoran, 2002), kişilik problemleri, psikolojik iyi oluşa katkısı konusunda (Chinaveh, 2013) ve günlük yaşamda karşılaşılan problemlerde, örn. akademik başarısızlık, evlilik ve ilişki problemleri vb., sosyal problem çözme becerisinin kazandırılmasının olumlu etkileri olduğuna dair birçok araştırma yürütülmüştür.

Bir diğer çalışmada, ergenlerin sosyal sorun çözme yeteneklerinin ebeveynlerinkinden daha düşük olduğu görülmüştür. Bu da sosyal sorun çözmenin yetişkinliğe kadar tam olarak gelişmediğine bir kanıt oluşturabilir. Aynı çalışmada olumsuz sorun yönelimi, dürtüsel/dikkatsiz ve kaçınan sorun çözme tarzları ergenlerdeki agresyon ile ilişkili bulunmuştur. Olumsuz sorun yöneliminin daha çok marihuana kullanımı, dürtüsel/dikkatsiz sorun çözme tarzının daha çok nikotin tüketimi, alkol alımı ve dikkatsiz araba kullanımı, kaçınan sorun çözme tarzının ise daha çok alkol alımı ile ilişkisi bulunmuştur. Annelerin ise saldırgan davranışlarda bulunan çocuklarına karşı daha fazla olumsuz sorun çözme eğilimi gösterdikleri görülmüştür. Bu yüzden yalnızca çocuklara değil, ailelere de sosyal sorun çözme eğitimi verilmesi gerekmektedir (Jaffee ve D'Zurilla, 2003).

Sosyal sorun çözüme yeteneği, çocukluktan orta yaşa kadar artış gösterirken (Walker, Degnan, Fox ve Henderson, 2013), ileriki yaşlarda azalma göstermektedir. Genç yetişkinlikle karşılaştırıldığında, orta yaştaki kadınlar olumlu sorun yöneliminde, erkekler ise akılcı sorun çözüme daha yüksek; olumsuz sorun yöneliminde ve dürtüsel/dikkatsiz sorun çözüme her iki grup da; kaçınan sorun çözüme ise kadınlar daha düşük puanlara sahiptirler. Yaşlılık dönemi ile karşılaştırıldığında, orta yaştaki erkekler ve kadınlar olumlu sorun yöneliminde ve akılcı sorun çözüme daha yüksek puanlara sahipken olumsuz sorun yönelimi, dürtüsel/dikkatsiz ve kaçınan sorun çözüme tarzlarında daha düşük puanlar bulunmamıştır. Erkekler, kadınlara oranla akılcı sorun çözüme ve olumlu sorun yöneliminde daha yüksek puanlar alırken, problem çözüme esnasında daha fazla dürtüsel/dikkatsiz davranabilirler (D'Zurilla, Maydeu-Olivares ve Kant, 1998). Akılcı sorun çözüme ve olumlu sorun yöneliminde yüksek puanlar problematik durumu daha iyisi için değiştirmek veya daha az tehdit edici hale getirme stratejilerine işaret ederken, olumsuz sorun yönelimi ve kaçınan sorun çözüme tarzında yüksek puanlar hüsni kuruntu (pasif kalarak durumun daha iyiye gideceğine dair umutla beklemek) ve sosyal içe çekilme (kendini ve duygularını diğerlerinden soyutlamak) ile ilişkilendirilmiştir (D'Zurilla ve Chang, 1995).

Sorun çözüme davranışı, kişilikle de yakından ilgilidir. Problematic durumlarda nasıl davranılması gerektiğini bilen ve en iyi çözüm yollarını bulan kişilerin daha iyi ve kaliteli bir yaşama sahip olması yüksek olasılıktadır (Coşkun, Garipağaoğlu ve Tosun, 2014).

385 kişi ile yürütülmüş bir çalışmada, çoğu katılımcı için yalnızlığın zayıf problem çözüme ve intihar davranışları arasındaki bağlantıyı güçlendirdiği görülmüştür. Bu yüzden, yalnızlığa ve yaşam stresine karşı etkili önlem stratejileri geliştirilirse, bunun sosyal problem çözüme davranışını teşvik edeceği ve intihar riskini böylelikle azaltabileceği düşünülmektedir (Hirsch, Chang ve Jeglic, 2012).

Yapılan diğer bir çalışmada, nevrotik kişilerde depresif hissetme olasılığının yüksek olduğu geçmiş araştırmalarla bilinirken, nevrotik kişilerin depresyon seviyelerinin sosyal problem çözme becerilerine göre farklılaştığı bulunmuştur. Akılcı problem çözme becerisi yüksek olan nevrotik bireyler daha az somatik ve bilişsel depresyon belirtilerine sahipti; bu yüzden nevrotik belirtilere sahip olan kişilerde sosyal problem çözmenin bir boyutu olan akılcı sorun çözme becerisi geliştirilirse, depresyon belirtileri azaltılabilir (Chow, Chiu ve Wong, 2011).

Christopher ve Thomas (2006) tarafından yürütülen çalışmada sosyal problem çözme becerileri ve kronik yorgunluk sendromu arasındaki ilişkiyle birlikte diğer değişkenlerle de bağıntısı incelenmiştir. Bu araştırmaya göre, problem çözmeye karşı pozitif bir yaklaşım gösteren bireylerde duygusal zeka seviyesi ve problem çözmede oluşan engellere karşı alternatif çözümler üretme becerisi yüksek, aleksitimi puanı daha düşüktür. Problem çözmede etkili olmayan yollar tercih eden veya problemleri görmezden gelen bireylerin ise aleksitimi skorları yüksek, diğer kişilerin zntlerinde sıkıntı hissetme eğiliminin ve hedefe yönelik işlerde sebat becerisinin düşük olduğu grlmştir.

Baş ağrısı çeken kişilerde sorun çözme becerisinin sağlıklı kişilere göre daha düşük olduğu Eskin, Akyol, elik ve Gültekin (2013)'in yaptığı çalışmada saptanmıştır. Ayrıca, aynı çalışmada kronik baş ağrısı çeken bireylerin problemleri tehdit olarak algılama, bunları çözmede başarılı olacağından şüphe etme ve problemlerle karşılaştıklarında sinirlilik ve rahatsızlık duyma eğilimleri olduğu bulunmuştur. Benzer sonuçlar sedef hastalarında da elde edilmiştir. Buna göre sosyal sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi ile birlikte kronik hastalıkları deneyimleme sıklığına da azalması söz konusu olabilir. Bununla birlikte kronik hastalığı bulunan kişiler uzmanlara başvurmak yerine internet üzerinden elde ettiği bilgilerle veya yetkinliği bulunmayan şıfacılarla hareket edebilir, bu da hem mali bir kayıp oluşturur hem de erkenden tedaviye başlanamayabilir. Bu yüzden etkili bir problem çözme mekanizmasının geliştirilmiş olması önemlidir (Eskin, şavk, Uslu ve Kkydoğan, 2014).

1.3. SOMATİZASYON

1.3.1. Tarihçe

İlk kez Briquet (1859) tarafından tanımlanan histeri, birçok somatik semptomlarla karakterize olarak açıklanmıştır. Daha sonradan Freud, somatik semptomların var olduğu 2 farklı fenomen ortaya atmıştır: Histeri ve nevrasteni. Histeri psikik kaynaklı olarak görülürken (ör. Bebeklik dönemi cinsel çatışmanın sembolik ifadesi), nevrasteni somatik kaynaklı olarak (ör. Günümüzde mevcut olan çözülmemiş cinsel gerginliğin direkt sonucu) tanımlanmıştır (Aktaran De Gucht ve Fischler, 2002). Aynı zamanda bu çalışma ikincil kazanım sağlama ve duygusal acıyı önleme adına bilinçsiz bir iletişim biçimi olan fiziksel semptomlara da işaret etmiştir (Woolfolk, Allen ve Tiu, 2007). Perley ve Guze (1962) tarafından operasyonel tanımlaması yapılan histeri, yalnızca somatik belirtilerle değil aynı zamanda depresyon ve anksiyete ile de ilişkili olarak tanımlanmıştır. Böylece histeri, somatizasyon bozukluğunun başlangıcı işlevini görmüştür. Somatizasyonun tek farkı, içinde depresyon ve anksiyete belirtilerini içermiyor oluşudur (De Gucht ve Fischler, 2002).

Somatizasyonun erken dönemlerdeki tanımları genellikle psikanaliz temelli açıklamalardır. Somatizasyon kavramı ilk olarak 1943'te Stekel tarafından, derinde oturmuş bir nevrozun bedensel olarak ifadesi olarak tanımlanmıştır (Aktaran De Gucht ve Fischler, 2002). Lipowski (1968) ise 'psikolojik durumları veya içerikleri bedensel duyular, işlevsel değişimler veya somatik metaforlar olarak deneyimleme, kavramlaştırma ve/veya iletişim kurma eğilimi' olarak tanımlamıştır. 19 yıl sonra bu tanımını 'Psikolojik stresi somatik belirtiler formunda deneyimleme ve anlatma eğilimi ve bunlar için tıbbi yardım alma' olarak değiştirmiştir. Bu tanım psikanaliz temelinden ayrılmış gözükse de psikolojik stres ve somatik belirtiler arasındaki bağlantıya işaret etmektedir (De Gucht ve Fischler, 2002).

1.3.2. Tanım

Sözlü iletişimin yetersiz kaldığı noktada, kişiler bedeninden yardım alma eğilimine sahiptirler. Somatizasyon olarak adlandırılan bedenselleştirme olgusu, kişinin bedeninin iletişim aracı haline gelmesini ve tek iletişim aracı olarak kullanılmasını tanımlamaktadır. Somatizasyona yalnızca günlük problemler içinde rastlanmaz. Aynı zamanda ruhsal veya fiziksel rahatsızlıklara da eşlik ettiği bilinmektedir (Koptagel-İlal, 1999).

Somatizasyonun birçok farklı tanımı olsa da hepsinin ortak noktası organik nedenlerle açıklanamayan bedensel şikayetler ve bulguların varlığıdır (Gucht ve Fischler, 2002).

Birincil basamak tedavide tıbbi olarak tanımlanamayan semptomlar yaygındır (Kroenke ve Mangelsdorff, 1989). Bu tedavilerin yaklaşık %25-50'sinde, hastaların şikayetlerini açıklayacak somatik sebepler bulunamamıştır (Barsky ve Borus, 1995). Tıbbi olarak açıklanamayan bu semptomların genel olarak kronik ve engelleyici olduğuna inanılsa da, bu hastaların çoğunda bu semptomlar kalıcı olmamaktadır (Verhaak, Meijer, Visser ve Wolters, 2006). Yapılan bir araştırmada, tıbbi olarak açıklanamayan semptomların, DSM-IV (1994) ve ICD-10 (1993)'te tanımlanan somatizasyon ve sağlık anksiyetesi ile ortak belirtilere sahip olduğu saptanmıştır (Akt. Hartman ve ark., 2009; Creed ve Barsky, 2004). Somatizasyon tıbbi olarak tanımlanamayan bu semptomların sürekli olarak tekrar etmesi ile karakterizedir.

1.3.3. Tanı

DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre somatizasyon şu şekilde tanımlanmıştır:

A. Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışları ya da toplumsal, mesleki ya da işlevselliğin diğer alanlarında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fizik yakınma öyküsünün olması.

B. Aşağıdaki tanı ölçütlerinden her biri karşılanmış olmalıdır, herhangi tek bir belirti bu hastalığın gidişi sırasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir.

1-Dört ağrı semptomu: En az 4 ayrı yer ya da işlevle ilişkili ağrı öyküsünün olması (Örneğin; baş ağrısı, karın, sırt, eklemler, ekstremiteler, göğüs, rektum, menstrasyon sırasında, cinsel ilişki sırasında ya da idrar yapma sırasında).

2-İki gastrointestinal (mide-bağırsak) semptom: Ağrı dışında en az iki gastrointestinal belirti öyküsünün bulunması (örneğin; bulantı, şişkinlik, gebelik dışında kusma, diyare ya da birçok yiyeceğin dokunması).

3- Bir cinsel semptom: Ağrı dışında en az bir cinsel ya da üreme organlarıyla ilgili belirti öyküsünün olması, (örneğin; cinsel ilgisizlik, erektil ya da ejakulatuvar işlev bozukluğu, menstrasyonların düzensiz olması, aşırı menstrüel kanama, gebelik boyunca kusma).

4- Bir psödonörolojik semptom: Ağrıyla sınırlı olmayan ve nörolojik bir durumu düşündüren en az bir semptom ya da defisit öyküsünün bulunması (örneğin, koordinasyon ya da denge gibi konversiyon belirtileri, felç ya da belirli bir bölgede güç yitimi, yutma güçlüğü ya da boğazda düğümlenme duygusu, afoni, üriner retansiyon, varsanılar, dokunma ya da ağrı duyumu yitimi, çift görme, körlük, sağırılık, katımlar, amnezi gibi disosiyatif semptomlar; bayılma dışında bilinç yitimi).

C. Aşağıdakilerden ya (1) ya da (2) vardır:

1. Yeterli bir incelemeden sonra B ölçütündeki semptomların hiçbiri bilinen genel bir tıbbi durum ya da bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan etkileri ile tam açıklanamaz.

2. İlişkili genel bir tıbbi durum olsa bile fiziksel yakınmalar ya da bunların bir sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bir bozulma, öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularına göre beklenenden çok daha fazladır.

D. Bu belirtiler amaçlı olarak ortaya çıkarılmamakta ya da bu tür belirtileri varmış gibi davranılmamaktadır (American Psychiatric Association, 2000).

DSM-IV'te çizgileri ve tanımlamaları belirsiz olan somatik bozukluk, DSM-V'te daha belirgin ve keskindir. Ayrıca DSM-IV'te yer alan B maddesi değiştirilmiş olup, dört ağrı semptomu şartı kaldırılarak bir semptom da tanı koymak için yeterli görülmüştür.

DSM-V'te 'bedensel belirti bozukluğu' olarak geçen somatizasyon bozukluğunun tanı kriterleri şunlardır:

A. Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti.

B. Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar:

1. Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.
2. Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde bir kaygı.
3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır.

C. Herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da, belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (altı aydan uzun süreli olarak).

1.3.4. Etiyoloji

Somatizasyon, kişi tarafından kabul edilmeksizin, depresyon, anksiyete veya diğer psikolojik süreçlerin altında yatan duyguların bedensel olarak ifade edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Mevcut kanıtlar somatizasyonun, genetik, aile geçmişi, stresli ve travmatik geçmiş ve/veya yeni vuku bulan yaşam olayları, kişilik özellikleri ve psikobiyolojik faktörler gibi etkileşimli bir dizi etiyolojik faktörle birlikte çok faktörlü bir etiyolojiye bağlı olduğunu göstermektedir.

1.3.4.1. Genetik

Genetik faktörlerin, örneğin ağrıya hassasiyet, aile kümelenmesi gibi, somatizasyonu geliştirici özelliği olduğuna dair araştırmalar yürütülmüştür (Guze, Cloninger, Martin ve Clayton, 1986).

1.3.4.2. Psikobiyolojik Faktörler

Rief ve Barsky (2005) somatizasyonun yalnızca zihinsel bir süreç olmadığını, somatik yakınmaların ardında biyolojik bir sürecin olduğunu da savunmuşlardır. Çalışmalarında, endokrin ve bağışıklık sisteminin, aminoasitler ve nörotransmitterlerin, aynı zamanda fizyolojik aktivasyon ve serebral aktivitenin bedensel sinyalleri algılamada ve filtrelemede nasıl bir rol aldıklarını incelemişlerdir.

1.3.4.3. Öğrenme

Somatik (bedensel) algılara karşı dikkat, yorumlama, sözel ve sözel olmayan yollar ile ifade etme ve bu iletişimi psikolojik ihtiyaçlar doğrultusunda kullanıp kullanmama aile içinde öğrenilmektedir. Yapılan araştırmalara göre aile içinde kronik veya ciddi hastalığa maruz kalmış kişilerle yetişen veya bu kişileri gözlemleyen çocukların ileride somatizasyon geliştirme olasılıkları daha fazladır. Aynı zamanda, hastalık davranışıyla birlikte çocuğa karşı olan ilginin artması veya sorumluluklardan kaçma gibi ödülleri alıyor olması, bu modeli öğrenmesine ve hastalık rolüne daha çok bağımlı kalmasında neden olabilir (Hartvig ve Sterner, 1985; Kriechman, 1987; Mechanic, 1980).

1.3.4.4. Kişilik Özellikleri

Yapılan bir araştırmada somatizasyon ve nörotisizm (sosyal ve psikolojik tehditlere karşı olumsuz duyguları içeren tepkiler) arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bununla birlikte, öz-farkındalık, strese karşı hassasiyet, istekleri engelleyememe, kaygı, düşmanlık ve depresyona sahip kişilerde de somatizasyon oranı artmaktadır (Costa ve McCrae, 1985). Böylece kişiler somatizasyonu, düşük özgüven, psikolojik sorun ve ihtiyaçlar, düşmanlık ve suçluluk duyguları ve yaşamın sıkıntıları ile baş etme biçimi olarak benimsemektedir.

1.3.4.5. Sosyokültürel Etkenler

Normlara, kültür karar vermektedir ve normdan sapmayla beraber kişilerde belli bozukluklar meydana gelebilir. Somatizasyon, kültürden en çok etkilenen bozukluklar arasında yer almaktadır. Somatizasyonun oluşmasında rol olan bazı oluşturuıcı faktörler vardır. Bunlar (Kirmayer, 1997; Griffith ve Gonzalez, 1996; Akt. Doğan, 1999; Kesebir, 2004; Kirmayer, Robbins ve Paris, 1994):

- a. Kişilerarası ilişkilerde problem yaşama, depresyon,
- b. Hastalık rolü ile kendine bakım ve ilgi sağlama,
- c. Kültürdeki normlarda sözel iletişimin zayıf olması,
- d. Aile dinamiği, anne-çocuk ilişkisi,
- e. Göç, savaş gibi toplumsal olarak yaşanan travmalar.

Somatizasyon sıklığı incelendiğinde, batıdan doğuya (gelişmiş ülkelere) doğru gittikçe arttığına dair araştırmalar yapılmıştır (bknz. Kleinman, 1982). Doğu kültürlerinde birçok psikiyatrik hastalığa bedensel belirtiler eşlik etmektedir. Bu söylemle birlikte World Health Organization (WHO) tarafından yürütülen çalışmalarda kültürden ve ülkeden bağımsız olarak, kişilerin bedenlerinde ağrı ve acıların en çok rapor edilen rahatsızlıklar olduğu görülmüştür (Isaac ve ark, 1995). Somatik bozuklukların yaklaşık %90'ı 25 yaşından önce başlamaktadır (Özenli, Yoldaşcan, Topal ve Özçürümez, 2008).

Üniversite öğrencileriyle yapılan araştırmalara göre stresle karşılaştıklarında ortaya çıkan ilk semptomlar bedensel yakınmalar, adet düzensizlikleri, çarpıntı, uyku bozuklukları, dispeptik yakınmalar (çoğunlukla karnın üst bölgesinde ısrarcı ve tekrarlayan ağrıların olması) dır (Chrzanowska, Wdowiak ve Bojar, 2004). İritabl bağırsak sendromu tanısı almış üniversite öğrencilerde ise anksiyetenin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (Gick ve Thompson, 1997). Gastrointestinal rahatsızlıkları bulunan öğrencilerle yapılan çalışmada ateş basmaları, göğüs ağrıları, kabızlık, dispepsi gibi belirtilerin kaynağında emosyonel stres bulunduğuna dair bir araştırma da yürütülmüştür (Norton, Norton, Asmundson, Thompson ve Larsen, 1999).

Yapılan bir araştırmada katılımcıların %7,7'sinde somatizasyon bozukluğu bulunmuştur. Bu kişilerin sosyodemografik bilgileri incelendiğinde kadınlarda, aile içi sözel şiddete maruz kalanlarda, annesinin eğitim seviyesi düşük olanlarda ve kronik hastalık öyküsü bulunanlarda somatik bozukluğu riski daha yüksektir (zenli, Yoldaşcan, Topal ve zurmez, 2008). Somatizasyon bozukluğu kadınlarda %0,2-2 arasında görülürken erkeklerde %0,2'den az görülmektedir. (Leff, 1973). Kadınlarda daha sık görülmesinin sebebi olarak toplumda öğrenilen normlar gösterilebilir. Toplumumuzda, erkeklerin atak ve dışadönük tavırları desteklenirken, kadınlara daha içe kapanık ve sessiz, duygularını sözel olarak ifade etmeyen bir tavra sahip olmaları beklenmektedir (Kaya, 1996; Akt. Özenli, Yoldaşcan, Topal ve zurmez, 2008).

1.3.5. Epidemiyoloji

Araştırmalara göre değişiklik gösterse de dünya genelinde somatizasyonun yaşam boyu görülme sıklığı %2,8 civarındadır (Gureje, Simon, Ustun ve Goldberg, 1997); toplumumuzda ise yaklaşık %1,5 civarında olduğu söylenmektedir (Akt. Özenli, Yoldaşcan, Topal ve zurmez, 2008) Kronik hastalığa sahip kişilerde somatizasyon görülme sıklığı daha fazladır (Norton, Norton, Asmundson, Thompson ve Larsen, 1999). Yapılan bir araştırmada, kronik ağrılı kişilerin %12'sinde, irritabl bağırsak sendromu tanısı almış kişilerin %17'sinde somatizasyon bozukluğu komorbid olarak tespit edilmiştir (zenli, Yoldaşcan, Topal ve zurmez, 2008).

1.3.6. Depresyon ve Somatizasyon

Somatoform bozukluklar kronikleşmeye başladığı, kişilerde 'vazgeçme-vazgeçilme' (giving up-given up) durumu oluşmaya başlar. Buna göre kişi yaşadığı hoşnutsuzluktan ötürü çaresiz ve umutsuz olma eğilimindedir.

Kişi umutsuz oldukça yardım almayı ve kendine yardım etmeyi reddeder. Çaresizlik durumunda ise yardımı reddetmez fakat kendisine de yardım etmez. Ayrıca kişi, eskisine göre kendisini daha yetersiz ve güçsüz hissetmeye başlar. Bu da kişilerarası bir güvensizlik yarattığından ötürü kendini terk edilmiş hisseder. Artık çevresinin kendisine destek vermediğini görür. Kişi savunmalarının ve çözüm arayışlarının işe yaramadığını gördüğünde vazgeçme, tüm direnci ve yardım arayışları sona erdiğinde de vazgeçilme dönemine girer (Engel, 1967). Bu yaklaşıma göre, depresif bir tablo elde edilmektedir. Somatik belirtiler gösteren kişiler başka durumlardan da yakındıkları için depresif belirtiler de ortaya çıkmaktadır ve bu sorunlar yine kişinin bildiği yoldan yani bedeni aracılığıyla anlatılmaktadır (Koptagel-İlal, 1999). Ayrıca depresyon da somatizasyonun en yaygın nedenlerinden biridir (Katon, Kleinman ve Rosen, 1982).

1.3.7. Anksiyete Ve Somatizasyon

Anksiyete bozuklukları genel olarak depresyon, somatizasyon ve sağlık anksiyetesi ile komorbid ilerlemektedir. Panik bozukluğu olan hastalarda göğüste sıkışma, hızlı kalp atışı, baş ağrısı, baş dönmesi, bayılma gibi belirtilerin birincil basamak tedavide doktorlar tarafından yanlış değerlendirilmesi muhtemeldir; aynı zamanda panik bozukluğu olan hastalar da psikiyatri dışı hekimliklere yönelmektedir. Çünkü hasta olma kaygısı ve korkusu, bu kişilerde yaygın olarak görülür. Bedensel duyumlara karşı seçici dikkatin artması, artmış sempatik sinir sistemi uyarılması ve sağlık hakkındaki önyargılar, panik bozukluğu olan kişilerde somatizasyonu kolaylaştırıcı faktörler olarak düşünülmüştür (Katon, 1984; MacLeod, Mathews ve Tata, 1986; Noyes, Reich, Clancy ve O'Gorman, 1987).

1.3.8. Aleksitimi ve Somatizasyon

Aleksitimi hastalarının kendi duygularını tanımlamada zorluk çekmesi sonucu, psikolojik destek almak yerine birincil basamak tedavilere somatik şikayetlerle başvurduğu görülmektedir. Birçok çalışmada aleksitimi ve somatizasyon arasında güçlü bir bağ bulunmuş olsa da bazı araştırmalar için bu hala tartışmalıdır. Çünkü depresyon ve anksiyete kontrol altına alındığında, aleksitimi ve somatizasyon arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı çalışmalar da olmuştur (Bach ve Bach, 1996; Lundh ve Simonsson-Sarnecki, 2001; Rasmussen ve ark., 2008).

1.3.9. Hipokondriyazis (Sağlık Anksiyetesi) ve Somatizasyon

Hipokondriyazis ve somatizasyonun bir elmanın iki yarısı olup olmadığına dair çalışmalar yürütülmüştür. Sağlık anksiyetesinin bilişsel boyutta oluşu ve kişinin medikal sonuçlardan hiçbir zaman tatmin olmaması ile somatizasyonun bedensel boyutta ele alınması ve medikal sonuçlarla birlikte tatmin olma olasılığının bulunması, birbirini tamamlayan iki somatoform bozukluk olduğunu düşündürmüştür (Kırpınar ve Deveci, 2015). Birbiriyle ortak birçok yönü bulunmasına karşın ayrımlarına dair kuvvetli delillerle desteklenen çalışmalar neredeyse bulunmamaktadır.

Kırpınar ve Deveci (2015) tarafından yürütülen çalışmada somatizasyon bozukluğuna sahip kişilerin ağırlıklı olan kadın olduğu, sağlık kaygısı bozukluğunda ise eşit bir dağılım gösterdiği bulunmuş; bunun da literatürle örtüştüğü belirtilmiştir. Somatizasyon bozukluğunun kadınlarda daha sık görülmesinin nedeni tam olarak belirli olmasa da biyolojik faktörlerin (hormon dalgalanmaları), sosyokültürel faktörlerin (duygu ve düşünceleri ifade etme tabuları) ve kişilik faktörlerinin (kaygıya karşı hassaslık) etkisi olduğu düşünülmektedir.

1.3.10. Sanrısıl Bozukluklar Ve Somatizasyon

Ford (1983) ve Kellner (1986)'in araştırmalarında olduğu üzere sanrısıl bozuklukla ilerleyen majör depresyon bozukluğu, şizofreni ve sanrısıl bozukluklar, somatik veya sağlık kaygısı belirtileri olarak kendini gösterebilir: Kişinin vücudundaki değişime, deformasyona veya fiziksel bir hastalığa sahip olduğuna dair sanrılar geliştirmesi gibi (Akt. Lipowski, 1988). Bu tür sanrılar, somatizasyonun en patolojik hali olarak kabul edilebilir. Hastalar medikal bir yardım arayışına girebilir ancak organik ağıklamadan ve ayrıntılandırmadan yoksundur (Varsamis ve Adamson, 1976).

1.3.11. Tedavi

Somatizasyonun biyopsikososyal model kavramsallaştırılması, spesifik bir psikososyal tedavi stratejilerine öneyak olmuştur. Bu tedavi bilişsel, kişilerarası ve davranışsal müdahaleler içermektedir. Bu modelle birlikte fizyoloji (ör. Genetik), biliş (ör. Bilişsel eğilimler), duygu (ör. Duygusal eksiklikler), davranış (ör. Hasta rolü) ve çevre (ör. Stres, kültür) etkileşimi vurgulanmıştır (Woolfolk, Allen ve Tiu, 2007).

Somatizasyon ile başvuran kişiler, kontrol gruplarına göre daha yüksek bir fizyolojik uyarılma yaşarlar. Bu yüzden stresli bir görevi yerine getirmede daha fazla zorlanmaktadırlar (Rief, Shaw ve Fichter, 1998). Bu fizyolojik uyarılma, somatosensöriyel bilgiyle birlikte artmaktadır çünkü kişiler yoğun, rahatsız edici bedensel duyumlarına karşı aşırı duyarlıdırlar (Barsky, 1992). Bununla birlikte, somatizasyon bozukluğu olan kişilerde fiziksel duyumların olumsuz bilişsel değerlendirmeleri mevcuttur ve belirtiler yanlış yorumlanabilir.

Hem klinik izlenimler hem de alan yazın incelendiğinde somatizasyon bozukluğu olan kişilerin çevrelerine karşı bilişsel ve duygusal tepkileri tam olarak ifade edemedikleri ve entegre etmede başarısız oldukları gözlemlenmiştir. Bu noktada afektif deneyimlerden bağımsız olarak bilişlere karşı meydan okumak üzere standart bir bilişsel davranışçı terapi sürecini uygulamak faydalı olmayabilir. Bu nedenle terapistler kişilerin örtük bilişsel ve afektif tepkilerine erişmelerine, bunları işlemelerine ve kabul etmelerine yönelik bir tedavi (ACBT-Afektif Bilişsel Davranışçı Terapi) uygulamayı amaçlamışlardır (Woolfolk, Allen ve Tiu, 2007).

Psikodinamik kuramcılar, açıklanamayan bedensel belirtilerin bireyleri travmatik ve stresli olaylardan ve duygulardan koruduğuna dair bir görüş geliştirmişlerdir (Woolfolk ve Allen, 2007). Kısa süreli psikodinamik tedavi özellikle IBS (irritabl/huzursuz bağırsak sendromu) hastalarında sistematik bir şekilde incelenmiştir. Bir araştırmada ilaç tedavisi ve psikodinamik terapinin gevşeme egzersizleri ile birlikte karşılaştırılması yapılmış; ağrıda azalma yönünden fark bulunmamasına karşın psikodinamik tedavi alan bireylerde birincil basamak tedavilere başvurma sayısı azalmıştır (Creed ve ark., 2003).

Birçok yürütülen çalışmada gevşeme egzersizleri (aşamalı kas gevşetme egzersizi gibi) veya hipnoterapi uygulamaları ile birlikte somatik şikayetleri olan bireylerin ağrılarında azalma olduğu görülmüştür (Blanchard, Greene, Scharff, & Schwarz-McMorris, 1993; Haanen ve ark., 1991).

Bilişsel-davranışçı terapi ekolünde ise bireyin bedensel belirtileri ile ilgili işlevsel olmayan düşünceleri ve davranışları ele alınır ve bunlar işlevsel olanlarla değiştirilmeye çalışılır. Çoğu zaman yürütülen bilişsel davranışçı terapilerde gevşeme egzersizleri de kullanılmaktadır (Woolfolk ve Allen, 2007).

1.4. SAĞLIK ANKSİYETESİ

1.4.1. Tanım

Sağlıkla ilgili endişeler, günlük hayatta beklenmedik bedensel belirtilerden veya hastalıklardan ötürü gelişebilir. Gerekli düzeyde olduğu sürece sağlık hizmeti almak ve zararlı olan şeylerden kaçınmak için olumlu bir motivasyon sağlar. Fakat bu endişenin gereğinden fazla oluşu kişinin işlevselliğini bozabilir. Bu durum genel popülasyonda az görülse de klinik servislere sıkça görülmektedir (Taylor, 2004).

Fiziksel iyi oluşun yaşamda kalmamız için önemli olmasından ötürü, çoğu kişi sağlığı hakkında endişelere kapılabilir ya da sağlık odaklı düşüncelere sahip olabilir (Looper ve Kirmayer, 2001).

Ciddi bir hastalığa sahip olan veya risk altında bulunan kişilerden genellikle bedensel duyumlarını takip etmeleri istenir. Bunlar dışında, organik bir patolojinin yokluğunda bedensel duyumların yanlış yorumlanması ve bunun sonucunda yoğun bir şekilde yaşanan sağlık kaygısı, hastalığa bağlı uyarılara aşırı dikkat, sürekli olarak tıbbi destek alma ihtiyacı ve psikososyal işlevselliğin bozulması sağlık anksiyetesi (hipokondriyazis) olarak değerlendirilmektedir (Abramowitz, Olatunji ve Deacon, 2007; Owens, Asmundson, Hadjistavropoulos ve Owens, 2004).

Ciddi bir hastalığa işaret etmeyen geçici belirtilere karşı sürekli ve abartılı şekilde endişe duyan hipokondriyaklar, sık sık tıbbi muayene olmakta ve sonuçlardan da memnun olmamaktadır. Sık sık tekrarlanan muayeneler, testler ve endişe kişinin aile, iş ve sosyal hayatını da olumsuz yönde etkilemektedir (Braddock ve Abramowitz, 2006). Kişi şimdi ve gelecekte başına gelebilecek olan hastalıklar konusunda endişe duyar (Thorgaard, Frosthholm ve Rask, 2018). Bu durum her yaşta gelişebilir ancak özellikle erken yetişkinlikte geliştiği gözlemlenmiştir (American Psychiatric Association, 2013).

Ayrıca bedensel semptomları ve hastalık belirtilerini araştırmak için sıkça internet kullanma ve işlevselliği bozma ile sonuçlanan cyberchondria (sanal hastalık hastalığı), sağlık anksiyetesi ile komorbid ilerleyebilir (Starcevic ve Belle, 2013)

Sağlık anksiyetesi, bedensel duyum ve değişikliklerin ciddi hastalıklara işaret ettiğine dair bir inanç geliştirme ve bunun sonucunda yoğun bir kaygı yaşama deneyimidir. Sağlık anksiyetesinin hafif düzeyde olması kişilerin gerekli durumlarda tıbbi yardım almasına yardımcı olurken, yoğun düzeyde olması kişilere acı veren, psikososyal işlevlerinin bozulmasına sebep olan ve sık sık tıbbi yardım arayışına girilen bir duruma dönüşmektedir (Taylor ve Asmundson, 2004).

Beklenmedik bedensel belirtilere veya yeni fiziksel bir hastalığa karşı hepimiz endişeleniriz. Fakat bu endişe genellikle geçidir. Tıbbi bir güvence alındıktan sonra semptomlar azalmaya ve kaygı kaybolmaya başlar. Sağlık kaygısı yoğun olan kişilerde ise tıbbi güvence de olsa kaygısı devam eder ve semptomları azalsa da başka semptomlara eğilme davranışı gösterir. Sağlık anksiyetesi olan kişiler doktorların teşhis edemediği ciddi ve ölümcül bir hastalığı olduklarına inanırlar (Deale, 2007).

Hartman, Borghuis, Lucassen, van de Laar, Speckens ve van Weel (2009)'in yaptığı derleme makalesine göre, birincil ve ikincil basamak tedavide tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler ile başvuran çok sayıda hasta göz önüne alındığında, bu hastaların üçte birinin kötüye gitmesi bu belirtilere sahip çok sayıda hastanın daha da kötüye gideceği anlamına gelmektedir. Hipokondriyazis üzerine yapılan çalışmalarda ise daha kötümser bir tablo gözlenmektedir. Bu tabloya göre hastaların çoğu (%50-%70 arası) tedavi takipleri sırasında iyileşme göstermemiştir.

Sağlık anksiyetesine sahip kişilerde dört güvenlik davranışı formu bulunmaktadır: Kaçınma, kontrol, bilgi arama ve güvence talepleri. Bu yollardan hiçbiri kişiye bir fayda sağlamadığı gibi sağlıkla ilgili endişelerini arttıracak ya da işlevselliğini engelleyecek durumlara da dönüşebilir potansiyeldedir. Kaçınma davranışı algılanan tehdit hakkında güven verici bilgilerin elde edilmesini önler ve sahip olduğu uyumsuz bilişlerin yanlışlığını ispat edecek girişimlerde de bulunmaz. Kontrol ise kişide kaygıyı arttırırken, tekrarlanan kontrollerle birlikte hafızaya karşı güven kaybına da yol açabilmektedir (Radomsky, Rachman ve Hammond, 2001). Bilgi arama ve güvence talepleri sağlık anksiyetesinin karakteristik bir özelliğidir ve hem yorucu hem de işlevselliği etkileyecek derecededir.

1.4.2. Tanı

Sağlık anksiyetesinin somatoform bozukluk veya anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılıp sınıflandırılmayacağı konusunda ikilikler yaşanmaktadır. Somatik belirtiler olsa da kaygı, korku ve tehdit edilmiş hissetme yönleriyle de anksiyete bozukluklarını çağrıştırmaktadır (Deale, 2007).

Sağlık anksiyetesi ve diğer somatoform bozukluklar arasında kişinin kendi bedensel belirtilerini olumsuz ve abartılı yorumlaması, sağlığı hakkında normalden fazla bir endişeye sahip olması, sık sık sağlık yardımı alması ve tıbbi olarak açıklanamayan belirtilere sahip olması gibi ortak özellikler bulunmaktadır. Yine de birçok yönden birbirlerinden ayrılmaktadırlar. Somatizasyon bozukluğu ya da kronik ağrısı bulunan bir hasta ağrısını kesecek ilaçları ve tedaviyi kabul eder. Hastalığının organik kökenli olduğunu düşünse de ölümcül olmadığını farkındadır. Sağlık anksiyetesine (hipokondriyazis) sahip olan kişiler ise ağrıları için tedavi almayı kolayca kabul etmeyecektir. Bedensel rahatsızlıklarının nedeninin ciddi ya da ölümcül olmadığını bilirse, semptomları onu kaygılandırmayacaktır. Diğer bir fark ise somatizasyonda ikincil kazançlar daha ön plana çıkarken sağlık anksiyetesinde bunun daha düşük bir oranda bulunmasıdır (Wilhelmsen, 2017).

Anksiyete bozuklukları ile ilişkisi incelendiğinde, sağlık anksiyetesinin de anksiyete bozukluklarında olduğu gibi kişiyi güvenlik arama davranışına ve görmezden gelmeye iten belirsizliğe karşı hoşgörüsüzlüğü ve tahammülsüzlüğü içerdiği görülmektedir. Genel anksiyete bozukluğu olan kişilerin hastalıklara ve ölüme dair endişelenmesi, obsesif-kompulsif kişilerde de sağlığa dair endişenin bulunması bu bozuklukların sağlık anksiyetesi ile oldukça benzer olduğuna işaret etmektedir. Aralarındaki en belirgin fark ise hipokondriyak kişilerin kendilerini ve endişelerini diğerlerinden gizlemeye ihtiyaç duymamasıdır.

Panik bozukluğu ile olan benzerliğine bakılacak olursa da ikisinde de bedensel belirtileri (panik belirtileri-hızlı kalp atışı, terleme, göğüste sıkışma vb.) yanlış yorumlama vardır. Fakat hipokondriyak kişiler her an belirtileri yanlış yorumlayıp hastalık ve ölümden endişelenirken, panik bozukluğu olan kişiler yalnızca panik geçirdiği vakitler içerisinde bu şekilde endişelenir ve yanlış yorumlama davranışı gösterirler. Etiketleme olarak görülen hipokondriyazis kavramı ayrıca diğer somatoform bozukluklarla çok fazla örtüşme gösterdiğinden ötürü eleştirilmiştir (Creed ve Barsky, 2004; Fink, Ornbol, Toft, Sparle Frostholm ve Olesen, 2004). Bunun sonucunda hipokondriyazis, 'bedensen belirti bozukluğu ve sağlık kaygısı' olarak DSM-V için değiştirilmiştir. Ayrıca hastalar için de sağlık kaygısı daha kabul edilebilir bir kavramdır (Wilhelmsen, 2017).

DSM-IV-TR'a göre hipokondriazis tanı kriterleri şunlardır:

A. Kişinin vücut semptomlarını yanlış yorumlamamasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığı olacağı korkusunu ya da ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesini taşıyıp durması.

B. Yeterli tıbbi değerlendirme yapılmasına ve güvence verilmesine karşın bu düşünceler sürüp gitmektedir.

C. A Tanı Ölçütündeki inanç hezeyan yoğunluğunda değildir ve görünümü hakkında çerçevesi belirli bir kaygı ile sınırlı (vücut dismorfik bozukluğu'nda olduğu gibi) değildir.

D. Bu düşünceler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

E. Bu bozukluk en az 6 ay sürer.

F. Bu düşünceler, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, panik bozukluğu, bir majör depresif epizod, ayrılma anksiyetesi ya da diğer bir somatoform bozukluk olarak açıklanamaz.

G. İlgörüsü az olan kişilerde: Çoğu zaman kişi, ciddi bir hastalığının olmasıyla ilişkili kaygısının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmemektedir (American Psychiatric Association, 2000).

DSM-V'te ise hastalık kaygısı bozukluğu ismiyle geçen bozukluğun tanı kriterleri şunlardır:

A. Ağır bir hastalığı olduğunu ya da olacağını düşünüp durma.

B. Bedensel belirti yoktur ya da varsa bile ağır değildir. Başka bir hastalık durumu varsa ya da bir hastalık durumu çıkma olasılığı yüksekse (örn. güçlü bir aile öyküsü varsa), bu konuda düşünüp durma açıkça aşırı bir düzeydedir ya da orantısızdır.

C. Sağlıkla ilgili yüksek düzeyde bir kaygı vardır ve kişi, kişisel sağlık durumuyla ilgili olarak kolaylıkla korkuya kapılır.

D. Kişinin sağlıkla ilgili davranışlarında aşırılıklar görülür (örn. hastalık bulguları için vücudunu sık sık tarar) ya da uygunsuz bir kaçınma içindedir (örn. doktora gitmekten ve hastanelerden kaçınır).

E. Hastalıkla uğraşıp durma süresi en az altı aydır, ancak korkulan özgül hastalık bu süre içinde değişebilir.

F. Hastalıkla ilgili düşünüp durma, bedensel belirti bozukluğu, panik bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, bedensel algı bozukluğu, takıntı-zorlantı bozukluğu ya da sanrılı bozukluk, bedensel tür gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz (American Psychiatric Association, 2013).

1.4.3. Etiyoloji

Sağlık kaygısının ortaya çıkma ihtimali kişi stres altında olduğunda, ciddi bir tıbbi hastalığa sahip olduğunda, yakınlarından birinin kaybı yaşandığında yükselmektedir (Barsky ve Klerman, 1983). Bununla birlikte, hastalığa bağlı popüler medyaya maruz kalmayla da gelişebilir (Taylor ve Asmundson, 2004).

Uzun bir süre psikanalitik ve motivasyonel teori çerçevesinde incelenmiş olan sağlık anksiyetesi, son zamanlarda bilişsel ve algısal faktörleri ile ön plana çıkmaktadır (Marcus, Gurley, Marchi ve Bauer, 2007).

Bilişsel olarak incelendiğinde, kişilerin hastalık inançlarında bir bozukluk olduğu söylenebilir. Örneğin, bedensel duyuların ve değişikliklerin küçük bir rahatsızlık, otonom sinir sisteminin uyarılması ya da geçici olmasına inanmak yerine ciddi bir hastalığa işaret ettiğine inanma (örn. 'Baş ağrım beyin tümörüne bir işaretir') bunlardan biridir. Ayrıca kendini zayıf ve savunmasız olarak görme de hastalık inancına eşlik edebilir ve başkalarından fiziksel olarak farklı bir şey olmadığını teyit etmek ve tekrar tekrar kontrole gitmek gibi kısa süreli rahatlama sağlayan fakat uzun vadede zararlı uyumsuz başa çıkma davranışlarına yönlendirebilir (Taylor ve Asundson, 2004; Haenen ve ark., 2000; Warwick ve Salkovskis, 1990; Asmundson, Abramowitz, Richter ve Whedon, 2010).

Salkovskis ve Warwick (1986; Warwick & Salkovskis, 1990) sağlık anksiyetesi için bilişsel davranışçı bir model geliştirmiştir. Bu modele göre:

- (a) ciddi ve ağır hastalıkların yaygın ve/veya bulaşıcı olması,
- (b) bedensel belirtilerin anlamı,
- (c) hastalıkların seyri ve tedavisi hakkında işlevsel olmayan düşünceler ve varsayımlar sağlık anksiyetesine sebep olan risk faktörleridir.

Her ne kadar hastalığa dair düşünceler gizil kalsa da yakınında birinin ciddi bir hastalığa yakalandığını öğrenmek, medyada bulaşıcı hastalıklara dair haberler izlemek veya okumak, bedensel bazı belirtiler yaşamak kişinin sağlıkla ilgili kaygılarını gün yüzüne çıkartabilir. Bir kez tetiklenen bu kaygılar, kişi özellikle kendine ve bedenine oldukça fazla odaklanıyorsa, otomatik hipokondriyal düşüncelere dönüşebilir. Bunun sonucunda da kişi bedensel duyularına karşı oldukça abartılı ve kaygılı bir şekilde yaklaşır ve olumsuz yönde yorumlamaya başlar.

Son zamanlarda da Taylor ve Asmundson (2004) sağlık anksiyetesine dair bütünleşik bir model oluşturmuşlardır. Bu model somatosensöriyel amplifikasyonu (bedensel belirtileri abartma ve yanlış yorumlamaya eğilim), dikkat ve bilişsel faktörleri (işlevsel olmayan düşünceler ve seçici dikkat gibi) kapsamaktadır.

Bazı araştırmacılar da genetik faktörlerin ve bunların çevreyle etkileşiminin de sağlık anksiyetesinde etkili olacağını savunmuşlardır. Çevresel faktörler incelendiğinde ise travmatik çocukluk yaşantılarının, çocuklukta geçirilen fiziksel kazaların, psikolojik veya psikososyal problemlerin (okul sorunları, agresyon, saldırganlık davranışları gibi) ve aile bireylerinden veya yakın arkadaşlardan herhangi birinin ciddi bir hastalıkla mücadele ediyor olmasının kişide ileriki zamanlarda sağlık anksiyetesi oluşumuna sebep olduğu saptanmıştır (Noyes ve ark., 2002; Gropalis, Bleichhardt, Witthöft ve Hiller, 2012; Reiser, McMillan, Wright ve Asmundson, 2014). Salkovskis ve Warwick (2001), çocuklukta gözlemlenen hasta bir annenin veya babanın zaman geçtikçe kişide belirli sağlık inançlarının ve dolayısıyla sağlık kaygısının ortaya çıkaracağını savunmuştur.

Kişilerarası psikoloji teorisine göre, negatif ebeveyn tutumları ve çocuklukta yaşanan kötü durumlar, kişide güvensiz bağlanma stilinin gelişmesine neden olmaktadır. Güvensiz bağlanmayı azaltmak amaçlı ihtiyaç duyulan duygusal ve kişilerarası ilgi ve desteğin sağlık kaygısındaki güvence arayışları ile kapatıldığı düşünölmektedir. Çünkü güvence arayışları, kişiye duygusal ve kişilerarası bir destek ve ilgi sağlamaya bir olanak yaratabilir (Noyes ve ark., 2003; Stuart ve Noyes, 1999). Bu modelin ışığında yapılan çalışmalarda, saplantılı bağlanan üniversite öğrencilerinde (Wearden, Perryman ve Ward, 2006), korkulu ve kayıtsız bağlanma gösteren bireylerde (Noyes ve ark., 2003) ve endişeli-korkulu bağlanan kişilerde (Schmidt, Strauss ve Braehler, 2002) sağlık anksiyete seviyesinin de yüksek olduğuna dair bulgular elde edilmiştir.

Hastalıklarla ilgili korkuların yaşamın ileriki safhalarında daha da artacağı (çevrede bulunan yaşıtların hastalıklarına şahit olma, ölüme daha yakın hissetme, güç kaybı vb. nedenlerle) göz önünde bulundurulduğunda, sağlıkla ilgili endişelerin de artacağı ve bunun yaşlı erişkinlerde sağlık anksiyetesi bozukluğuna sebep olacağı düşünölmektedir. Yapılan araştırmalarda da yaşlı erişkinlerin %88'inde en az bir hastalık olduğunu belirlenmiştir (Hoffman, Rice ve Sung, 1996).

Yaşlı erişkinlerin kendilerini yaşamlarının sonuna yakın görmesi, alacağı psikolojik, sosyal ve fiziksel desteklerinin azalması, sosyal olarak izole olması ve bu izole durumdan sıyrılmak adına dikkat çekmek istemesi, sağlık anksiyetesi geliştirmesine bu kişileri daha da yakınlaştırmaktadır (Kastenbaum, 1994; Frazier ve Waid, 1999; Monopoli, 2005).

1.4.4. Epidemiyoloji

Tıbbi olarak açıklanamayan bedensel belirtilerin prevalansı genel popülasyonda düşük iken, birincil basamak tedavide daha yüksek bir prevalansa sahiptir (Barsky ve Borus, 1995). Genel popülasyonda sağlık anksiyetesi prevalansı %0,05 ile %1,3 arasında, birinci basamak tedavi ortamında ise %3 ile %9 arasında değişmektedir. Sağlık anksiyetesi en sık 25 ila 45 yaşları arasında görülmekte ve her iki cinsiyet arasında eşit olarak dağılmaktadır. Prevalans bir kültürden diğerine kıyasla kayda değer ölçüde değişmiyor gibi görünmektedir (Wilhelmsen, 2017). Yürütülmüş başka araştırmalara göre, toplumda görülme sıklığı %5,7 iken (Sunderland, Newby ve Andrews, 2013), medikal ortamlarda bu oran %17,5 ile %24,7'ye kadar yükselmektedir (Tyrer ve ark., 2011).

Yapılan başka çalışmalarda birincil bakım tedavide %25 ile %50'sinde, hastanın semptomlarını açıklamak için organik kökenli bir neden bulunamamıştır (Barsky ve Borus, 1995).

Yaşam boyu sağlık anksiyetesi prevalansı %0,8 ile %8,5 arasında değişmekte olup, tedaviye ve değerlendirme aracına bağlı olarak büyük ölçüde değişmektedir (Barsky, Wyshak, Klerman ve Latham, 1990; Faravelli ve ark., 1997).

1.4.5. Somatizasyon Bozukluğu ile İlişkisi

Somatizasyon, duygusal olarak yaşanan sıkıntılara bedensel tepkiler verilmesidir. Bu bedensel tepkilerin organik kökenli nedenleri yoktur. Somatizasyon ve sağlık anksiyetesi bozukluğu sürekli olarak devam eden bedensel belirtiler, sağlık kaygısı ve sık sık sağlık bakımı kullanımı yönüyle birbirlerine benzemektedirler. Fakat somatizasyon hastaları daha çok fiziksel semptomlarla uğraşırken, sağlık anksiyetesi bozukluğu olan hastalar daha çok belirtilerin ne anlama geldiğiyle ve bu belirtilerin ölümcül olmadığına dair teyit etme arayışları ile ilgilenirler (Deale, 2007).

1.4.6. Duygudurum Bozuklukları ile İlişkisi

Yapılan çalışmalarda sağlık anksiyetesinin major depresyon ve anksiyete bozuklukları ile komorbid ilerlediği görülmüştür (Noyes ve ark., 1994; Robbins ve Kirmayer, 1996). Sağlık anksiyetesine sahip kişilerin ayrıca nörotisizm ve olumsuz etkililik (negative affectivity) ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur (Pennebaker ve Watson, 1991, Akt. Looper ve Kirmayer, 2001).

1.4.7. Panik Bozukluğu ile İlişkisi

Sağlık anksiyetesi ve panik bozukluk, bazı özellikler bakımından ortaktırlar. Aynı zamanda ikisinde de belirtilerin yanlış yorumlanması sonucu duyulan kaygı söz konusudur (Salkovskis ve Warwick, 2001). Panik bozuklukta ortaya çıkan kaygı kalp krizi geçiriyor olma gibi anlık durumları kapsıyorken, sağlık anksiyetesinde durum daha geniş bir zamana yayılan ve AIDS gibi bulaşıcı ya da ciddi hastalıklara sahip olma düşüncelerini içermektedir (Rachman, 2012).

1.4.8. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) ile İlişkisi

Sağlık anksiyetesinde tekrarlanan güvence arama davranışları, OKB'yi çağrıştırmaktadır. Aralarındaki en belirgin fark ise OKB'li kişilerin düşünce ve eylemlerinin mantıklı olmadığını bildiklerinden ötürü (ego-distonik) bunları saklama ve bunlardan utanma örüntüleri gösterirken (Newth & Rachman, 2001), sağlık anksiyetesi yaşayan kişilerin düşüncelerini ve takıntılarını haklı ve rasyonel bularak, yardım isteme arayışı içine girmesidir.

Her iki bozuklukta da kişiler istenmeyen ve tekrarlanan imajinasyonlardan muzdariptir. Sağlık anksiyetesine sahip kişilerde bu imajinasyonlar daha çok sağlığa karşı olabilecek tehditlere ve hastalıkların olası kötü sonuçlarına odaklanmaktadır (Rachman, 2012).

Bazı araştırmacılar sağlık anksiyetesinin, OKB spektrum bozuklukları altında incelenmesinin daha doğru olacağını iddia etmiştir (Mataix-Cols, Pertusa ve Leckman, 2007). Bir araştırmada OKB'li her üç kişiden birinde sağlıkla ilgili kaygıların ve takıntıların bulunduğu saptanmıştır (Rasmussen ve Tsuang, 1986).

1.4.9. Tedavi

Sağlık anksiyetesinin kronik ve tedavi edilemez bir bozukluktan tedavi edilebilir olduğu düşüncesi bilişsel davranışçı terapi (BDT)'nin işlevselliğini test etmek amaçlı pilot çalışmaların yapıldığı 1980 yılına dayanmaktadır. Yapılan birçok araştırmada BDT'nin tedavide oldukça etkili olduğu görülmüştür.

1.4.9.1. Psikoeğitim

Psikoeğitimde kişiler durumları hakkında bilgilendirilir ve kişilere bunlarla alakalı faydalı ve yeni bilgiler aktarılır. Ayrıca, nefes egzersizleri ve gevşeme teknikleri gibi duygu düzenleme stratejileri de kullanılmaktadır (Asmundson, Abramowitz, Richter ve Whedon, 2010).

1.4.9.2. Farmakoterapi

Klomipramin, imipramin, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin ve nefazodonun sağlık anksiyetesi tedavisinde semptomları hafiflettiğine dair araştırmalar yapılmıştır (Taylor ve Asmundson, 2004). Sağlık anksiyetesinin tedavisine dair araştırmalar azdır. Genellikle OKB ve anksiyete bozukluklarına benzerliğinden ötürü sağlık anksiyetesi için de SSRI kullanılmıştır (Wilhelmsen, 2017).

1.4.9.3. Maruz Bırakma ve Tepki Önleme

Sağlık anksiyetesi olan kişiler hastalıkla alakalı uyarılardan uzak durmaya çalışırlar. Bu kişilere hastaneye gitme, hızlı kalp atışı oluşturmak için merdiven çıkma gibi faaliyetler, hayalinde ciddi hastalıklar canlandırma gibi maruz bırakma ödevleri verilir (Asmundson, Abramowitz, Richter ve Whedon, 2010).

1.4.9.4. Davranışsal Stres Yönetimi

Bu kurama göre, anksiyete oluşmasının sebebi strestir. Bu yüzden kişilere çeşitli stres yönetimi eğitimleri ve ödevleri verilerek stresini azaltmaya yönelik uygulamalar geliştirilmiştir. Bunlara örnek olarak, gevşeme egzersizi, zaman yönetimi, etkili problem çözebilme ve sağlıklı bir yaşam için gerekli olan faaliyetler verilebilir (Taylor ve Asmundson, 2004).

1.4.9.5. Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT)

BDT, psikoeğitim, maruz bırakma, tepki önleme ile birlikte bedensel duyular ve değişimler ile ilgili bilişsel düşünceleri ele alma ve yeniden yapılandırmayı kapsamaktadır (Asmundson, Abramowitz, Richter ve Whedon, 2010). Bu dünyada irademizin ötesinde olaylara dair bir şeyler yapamasak da bir durumu veya sorunu değerlendirme şeklimiz çabalarımızla değişebilir (Wilhelmsen, 2017). BDT'deki temel nokta da hastanın tutum ve davranışlarını (temel varsayımlar, şemalar, dünya görüşü vb.) derinlemesine düşünmesine yardımcı olmaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

2.1. KATILIMCILAR

Bu çalışmada İstanbul'daki vakıf üniversitelerinde öğrenim gören ortalama yaşın 21,44 olduğu 18-29 yaş arası toplam 300 katılımcı bulunmaktadır.

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

2.2.1. Demografik Veri Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerine ve sağlıkla ilintili özgeçmiş bilgilerine bakmak amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuş bir formdur (Ek-1).

2.2.2. Tromso Sosyal Zeka Ölçeği

Silvera, Martinussen ve Dahl (2001) tarafından hazırlanan Tromso Sosyal Zeka Ölçeği (TSZÖ)'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları 2009 yılında Doğan ve Çetin tarafından yapılmıştır. 719 öğrenci üzerinde yapılan çalışmanın sonucunda iç tutarlılık katsayısı 0,83, test-tekrar test katsayısı 0,80, ve test-yarılama katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur.

Tromso Sosyal Zeka Ölçeği, Sosyal Bilgi Süreci (8 madde), Sosyal Beceri (6 madde) ve Sosyal Farkındalık (7 madde) olmak üzere toplamda 21 maddedir ve üç ayrı alanda sosyal zekayı 7'li likert tipi cevap anahtarıyla ölçmektedir (Ek-2). Yapılan iç tutarlılık, test-tekrar test ve test-yarılama ölçümleri sonucunda katsayıları sırasıyla Sosyal Bilgi Süreci için 0,68, 0,77 ve 0,76; Sosyal Beceri için 0,81, 0,84 ve 0,83; Sosyal Farkındalık için 0,95, 0,67 ve 0,71 elde edilmiştir (Doğan ve Çetin, 2009). Bu çalışmada ise iç tutarlılık katsayıları Sosyal Bilgi Süreci için 0,86, Sosyal Beceri için 0,83, Sosyal Farkındalık için ise 0,81 bulunmuştur.

2.2.3. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (Tr-SSÇE-G)

25 maddeden oluşan kısa formu 5'li likert tipi cevap anahtarı olmak üzere her biri 5 maddeden oluşan 5 alt ölçekten meydana gelmektedir (Ek-3). Alt ölçekler: (1) Olumlu Sorun Yönelimi; (2) Negatif Sorun Yönelimi; (3) Akılcı Sorun Çözme Tarzı; (4) Dürtüsel-dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı; (5) Kaçınan Sorun Çözme Tarzı.

D'Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares tarafından 2002 yılında hazırlanan envanterin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında Eskin ve Aycan tarafından yapılmıştır. 648 üniversite öğrencisine uygulanan çalışmanın sonucunda, iç tutarlılık katsayıları Olumlu Soruna Yönelim için 0,67, Negatif Soruna Yönelim için 0,78, Akılcı Sorun Çözme Tarzı için 0,75, Dürtüsel-dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı için 0,62 ve Kaçınan Sorun Çözme Tarzı için 0,73 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0,71, 0,85, 0,78, 0,61 ve 0,79 olarak saptanmıştır.

Ölçek puanı 0-20 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, problem çözme yeteneğinin daha iyi olduğunu göstermektedir.

2.2.4. Somatizasyon Ölçeği

Somatizasyon ölçeği, doğru ve yanlış cevap anahtarından oluşan 33 maddeli bir ölçektir (Ek-4). Bu maddeler, Starke R. Hathaway ve J. Charnley McKinley tarafından 1943 yılında yayımlanan ve günümüzde de kullanılmaya devam edilen Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) somatizasyon alt ölçeği maddeleri (2, 3, 10, 14, 18, 23, 29, 36, 44, 47, 51, 55, 62, 68, 72, 103, 108, 125, 153, 160, 161, 163, 175, 189, 190, 191, 192, 230, 243, 263, 330, 481, 544) ile oluşturulmuştur. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'nin Işık Savaşır (1978) tarafından Türkçeye uyarlaması ve standardizasyonu yapılmıştır. Somatizasyon alt ölçeğinin Türkçeye geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Dülgerler (2000) tarafından yapılmıştır. İlköğretim okulunda görev yapan 1073 öğretmenle yapılan bu çalışmaya göre, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,83, test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0,99, test yarılama güvenirlik katsayısı 0,63 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmadaki iç tutarlılık katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin puanlama yönteminde 1, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 32 ve 33. maddelerinde doğru cevabına 1 puan, yanlış cevabına 0 puan verilmektedir. 2, 3, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 28, 29, 30 ve 31. maddelerde ise doğru cevabına 0 puan, yanlış cevabına 1 puan verilmektedir. Toplam puan 0-33 arasındadır ve puanın yüksek olması somatizasyon seviyesinin de yüksek olduğunu göstermektedir.

2.2.5. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Formu 18 maddeden oluşmaktadır ve puanlamaları 0-3 arasında değişen a-b-c-d olmak üzere dört seçenekli yanıtları içermektedir (Ek-5). İlk 14 madde katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin duygu ve düşüncelerini sorgularken son 4 madde ise katılımcıların ciddi bir hastalığa sahip olduklarını düşündüklerinde nasıl tepki vereceklerine dair sorulardan oluşmaktadır (Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark 2002).

Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ilk kısım (14 madde) için 0,89, son kısım (4 madde) için 0,84 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Aydemir, Kırpınar, Satı, Uykur ve Cengisiz (2002) tarafından yapılmıştır. Çalışmada, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,92 ve madde-toplam bağıntı katsayıları 0,40 ile 0,77 arasında bulunmuştur. Test-tekrar test bağıntı katsayısı 0,57 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada iç tutarlılık katsayısı 0,87, Ana Gövde (14 soru) Alt Boyutu için 0,84, Ek Alt Boyutu (4 soru) için ise 0,70 olarak saptanmıştır.

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puanı hesaplanırken tüm maddelerin aritmetik ortalaması alınır. Daha yüksek elde edilen puanlar, daha yüksek sağlık anksiyetesi seviyelerine işaret eder.

2.3. UYGULAMA

Çalışmaya katılan tüm bireylere öncelikle, Gönüllü Onam Formu verilmiş ve onayları alınmıştır. Ayrıca Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi'nden anketleri uygulamak üzere Etik Kurul İzni de alınmıştır (Ek-6). Bunun yanında, ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını yürütmüş kişilere e-mail atılmış ve izinleri istenmiştir (Ek-7).

Katılımcılardan sırayla Demografik Veri Formu, Sosyal Sorun Çözme Becerisi Ölçeği, Sosyal Zeka Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'ni doldurmaları istenmiştir. Soruların yanıtlanması ortalama 10-15 dakika arası sürmüştür.

2.4. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analiz sonuçlarında, öncelikli olarak değişkenlerin tanımlayıcı değerleri verilmiştir. Daha sonrasında bu araştırmada kullanılmış olan ölçeklerin betimleyici istatistikleri ile güvenilirlik analizine ilişkin bulguları sunulmuştur. Ayrıca katılımcıların Sosyal Sorun Çözme Becerisi, Sosyal Zeka, Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri ve bu ölçeklerin alt boyutlarının arasındaki hesaplanan korelasyon katsayıları verilmiştir. İkili gruplarda oluşan sosyodemografik değişkenlerde farklı gruplar için t testi, ikiden fazla seçeneği olan değişkenlerde ve bağımsız ölçeklerde ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Bununla birlikte, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenleri ne kadar açıklayabildiklerini görmek amaçlı çoklu regresyon analizi de yürütülmüştür.

2.5. BULGULAR

Elde edilen bulgular ve değerler aşağıdaki gibidir:

Tablo 1. Örneklemin Yaş Değişkenini Açısından Dağılımı

Değişkenler	N	En küçük değeri	En büyük değeri	Ortalama	Standart sapma
Yaş	300	18	29	21,44	2,24

Örneklemin yaş değişkeni incelendiğinde, 18-29 arasında değiştiği, ortalama yaşın 21,44 olduğu ve standart sapmanın 2,24 olduğu bulunmuştur (Bk. Tablo 1).

Tablo 2. Örneklemin Çeşitli Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı.

Değişkenler		Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	230	76,7
	Erkek	70	23,3
Toplam		300	100
Eğitim düzeyi	Lisans	285	95
	Yüksek lisans	15	5
Toplam		300	100
Medeni durum	Bekar	287	95,7
	Evli	13	4,3
Toplam		300	100
Geçim kaynağı	Aile/akraba	187	62,3
	Çalışarak	20	6,7
	Kredi/burs	57	19
Toplam		264	88

Toplamda 300 katılımcının eğitim durumları kategorilerine dağılımlarına bakıldığında, %95'i lisans, %5'i yüksek lisans eğitimi almaktadır. Ayrıca medeni durum kategorilerine dağılımlarına bakıldığında, %95,7'sinin bekar ve %4,3'ünün evli olduğu bulunmuştur. Geçim kaynağı kategorileri incelendiğinde, aile/akraba yardımıyla geçinenler toplamda %62,3, çalışarak geçinenler %6,7, kredi/burs ile geçinenler %19'dur (Bk. Tablo 2).

Tablo 3. Örneklemin Sağlık ile İlgili Değişkenler Açısından Dağılımı.

Değişkenler		Kişi Sayısı	Yüzde
Kronik hastalık	Var	26	8,7
	Yok	274	91,3
Toplam		300	100
Önemli ameliyat geçirme	Evet	36	12
	Hayır	264	88
Toplam		300	100

Sağlıkla ilgili değişken kategorileri incelendiğinde, kronik hastalığı bulunan kişiler toplamda %8,7, bulunmayanlar ise %91,3'tür. Ayrıca önemli bir ameliyat geçirme durumu kategorilerinin yüzdelik dağılımı incelendiğinde, geçirmiş olanlar %12, geçirmemiş olanlar ise %88 bir orana sahiptirler (Bk. Tablo 3).

Tablo 4. Tromso Sosyal Zeka Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarının Betimleyici İstatistik Değerleri.

Değişkenler	N	En küçük değeri	En büyük değeri	Ortalama	Standart sapma
Tromso Sosyal Zeka Ölçeği (SZÖ)	300	40	103	78,90	11,81
SZÖ Sosyal Bilgi Süreci	300	12	40	29,95	4,96
SZÖ Sosyal Beceri	300	6	30	21,91	4,91
SZÖ Sosyal Farkındalık	300	12	35	27,04	4,90

Tromso Sosyal Zeka ve alt boyutları olan Sosyal Bilgi Süreci, Sosyal Beceri ve Sosyal Farkındalık Ölçekleri'nde sırasıyla en küçük değerler 40, 12, 6 ve 12; en büyük değerler 103, 40, 30 ve 35; ortalamalar 78,90, 29,95, 21,91 ve 27,04; standart sapmalar ise 11,81, 4,96, 4,91 ve 4,90 olarak bulunmuştur (Bk. Tablo 4).

Tablo 5. Sosyal Sorun Çözme Becerisi Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarının Betimleyici İstatistik Değerleri.

Değişkenler	n	En küçük değeri	En büyük değeri	Ortalama	Standart sapma
Sosyal Sorun Çözme Envanteri (SSÇE)	300	2,60	17,60	12,45	3
SSÇE Olumlu Soruna Yönelim	289	5	25	18,51	3,74
SSÇE Negatif Soruna Yönelim	296	5	25	12,41	4,53
SSÇE Akılcı Sorun Çözme Tarzı	296	8	25	18,51	3,75
SSÇE Dürtüsel-dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı	296	5	22	10,88	3,70
SSÇE Kaçınan Sorun Çözme Tarzı	298	5	25	10,26	4,31

Sosyal Sorun Çözme ve alt boyutları olan Olumlu Soruna Yönelim, Negatif Soruna Yönelim, Akılcı Sorun Çözme Tarzı, Dürtüsel-dikkatsiz Sorun Çözme tarzı ve Kaçınan Sorun Çözme Tarzı Ölçekleri'nde sırasıyla en küçük değerler 2, 60, 5, 5, 8, 5 ve 5; en büyük değerler 17, 60, 25, 25, 25, 22 ve 25; ortalamalar 12,45, 18,51, 12,41, 18,51, 10,88 ve 10,26; standart sapmalar ise 3, 3,74, 4,53, 3,75, 3,70 ve 4,31 olarak bulunmuştur (Bk. Tablo 5).

Tablo 6. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeklerinin ve Alt Boyutlarının Toplam Puanlarının Betimleyici İstatistik Değerleri.

Değişkenler	n	En küçük değeri	En büyük değeri	Ortalama	Standart sapma
Somatizasyon Ölçeği	300	1	31	11,92	6,64
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı	300	2	52	16,42	7,70
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Ana Gövde Alt Boyutu Toplam Puanı	300	2	41	12,76	5,97
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Ek Alt Boyutu Toplam Puanı	300	0	12	3,66	2,54

Somatizasyon Ölçeği'nin betimleyici istatistik değerleri incelendiğinde, en küçük değerin 1, en büyük değerin 31, ortalamanın 11,92 ve standart sapmanın 6,64 olduğu görülmektedir. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve alt boyutları olan Ana Gövde ve Ek Alt Boyutları için ise sırasıyla en küçük değerler 2,2 ve 0; en büyük değerler 52, 41 ve 12; ortalamalar 16,42, 12,76 ve 3,66; standart sapmalar da 7,70, 5,97 ve 2,54 olarak bulunmuştur (Bk. Tablo 6).

Tablo 7. Ölçeklerin Güvenirlilik Analizi Sonuçları.

Değişken	k	Cronbach Alfa
Tromso Sosyal Zeka Ölçeği (SZÖ)	21	0,89
SZÖ Sosyal Bilgi Süreci	8	0,86
SZÖ Sosyal Beceri	6	0,83
SZÖ Sosyal Farkındalık	7	0,81
Sosyal Sorun Çözme Envanteri (SSÇE)	25	0,70
SSÇE Olumlu Soruna Yönelim	5	0,71
SSÇE Negatif Soruna Yönelim	5	0,85
SSÇE Akılcı Sorun Çözme Tarzı	5	0,78
SSÇE Dürtüsel-dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı	5	0,61
SSÇE Kaçınan Sorun Çözme Tarzı	5	0,79
Somatizasyon Ölçeği	33	0,89
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)	18	0,87
SAÖ Ana Gövde Alt Boyutu	14	0,84
SAÖ Ek Alt Boyutu	4	0,70

Tablo 8. Sosyal Zeka Ölçeği ve Alt Boyutları ile Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Arası Korelasyon Katsayıları.

(n=300)	Somatizasyon Ölçeği Toplam Puanı	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı	Sağlık Anksiyetesi Ana Gövde Alt Boyutu Toplam Puanı	Sağlık Anksiyetesi Ek Alt Boyutu Toplam Puanı
Tromso Sosyal Zeka Ölçeği Toplam Puanı (SZÖ)	-0,385**	-0,393**	-0,343**	-0,384**
SZÖ Sosyal Bilgi Süreci Alt Ölçeği Toplam Puanı	-0,171**	-0,217**	-0,171**	-0,254**
SZÖ Sosyal Beceri Alt Ölçeği Toplam Puanı	-0,308**	-0,336**	-0,296**	-0,321**
SZÖ Sosyal Farkındalık Alt Ölçeği Toplam Puanı	-0,445**	-0,391**	-0,357**	-0,346**

**p<0,01.

Tromso Sosyal Zeka Ölçeği toplam puanı ile Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri toplam puanı arasında 0,39 düzeyinde negatif yönlü bir ilişki vardır (p<0,01). Ayrıca Tromso Sosyal Zeka Ölçeği toplam puanı ile Sağlık Anksiyetesi Ana Gövde Alt Boyutu toplam puanı arasında 0,34 düzeyinde, Sağlık Anksiyetesi Ek Gövde Alt Boyutu ile de 0,38 düzeyinde negatif yönlü bir ilişkisi vardır (p<0,01). Tromso Sosyal Zeka Ölçeği'nin toplam puanı arttığında diğer ölçeklerin toplam puanları azalmaktadır.

Tromso Sosyal Zeka Ölçeği'nin alt ölçeklerine bakıldığında, Sosyal Bilgi Süreci, Sosyal Beceri ve Sosyal Farkındalık toplam puanları ile Somatizasyon Ölçeği toplam puanı arasında sırasıyla 0,18, 0,31 ve 0,45 düzeyinde; Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı arasında 0,22, 0,34 ve 0,39 düzeyinde; Sağlık Anksiyetesi Ana Gövde Alt Boyutu toplam puanı arasında 0,17, 0,30 ve 0,36 düzeyinde; Sağlık Anksiyetesi Ek Gövde Alt Boyutu toplam puanı arasında 0,25, 0,32 ve 0,35 düzeyinde negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Tromso Sosyal Zeka Ölçeği'nin toplam puanı arttığında diğer ölçeklerin toplam puanları azalmaktadır (Bk. Tablo 8).



Tablo 9. Sosyal Sorun Çözme Becerisi Ölçeği ve Alt Boyutları ile Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Arası Korelasyon Katsayıları.

(n=300)	Somatizasyon Ölçeği Toplam Puanı	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı	Sağlık Anksiyetesi Ana Gövde Alt Boyutu Toplam Puanı	Sağlık Anksiyetesi Ek Alt Boyutu Toplam Puanı
Sosyal Sorun Çözme Envanteri (SSÇE) Toplam Puanı	-0,380**	-0,414**	-0,332**	-0,472**
SSÇE Olumlu Soruna Yönelim Toplam Puanı	-0,308**	-0,281**	-0,198**	-0,388**
SSÇE Negatif Soruna Yönelim Toplam Puanı	0,449**	0,538**	0,488**	0,483**
SSÇE Akılcı Sorun Çözme Tarzı Toplam Puanı	-0,202**	-0,278**	-0,215**	-0,339**
SSÇE Dürtüsel-dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı Toplam Puanı	0,220**	0,272**	0,244**	0,250**
SSÇE Kaçınan Sorun Çözme Tarzı Toplam Puanı	0,367**	0,301**	0,258**	0,308**

**p<0,01.

Sosyal Sorun Çözme Becerisi Envanteri toplam puanı ile Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri toplam puanı arasında sırasıyla 0,38 ve 0,41 düzeyinde negatif yönlü bir ilişki vardır ($p<0,01$). Ayrıca Sosyal Sorun Çözme Becerisi Envanteri toplam puanı ile Sağlık Anksiyetesi Ana Gövde Alt Boyutu toplam puanı arasında 0,33 düzeyinde, Sağlık Anksiyetesi Ek Gövde Alt Boyutu ile de 0,47 düzeyinde negatif yönlü bir ilişkisi vardır ($p<0,01$). Sosyal Sorun Çözme Becerisi Envanteri'nin toplam puanı arttığında diğer ölçeklerin toplam puanları azalmaktadır.

Sosyal Sorun Çözme Becerisi Envanteri'nin alt ölçeklerine bakıldığında, Olumlu Soruna Yönelim ve Akılcı Sorun Çözme Tarzı toplam puanları ile Somatizasyon Ölçeği toplam puanı arasında sırasıyla 0,30 ve 0,20 düzeyinde; Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı arasında 0,28 ve 0,28 düzeyinde; Sağlık Anksiyetesi Ana Gövde Alt Boyutu toplam puanı arasında 0,20 ve 0,21 düzeyinde; Sağlık Anksiyetesi Ek Gövde Alt Boyutu toplam puanı arasında 0,39 ve 0,34 düzeyinde negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Bu alt boyutların toplam puanı arttığında bağımlı ölçeklerin toplam puanları azalmaktadır.

Negatif Soruna Yönelim, Dürtüsel-dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı ve Kaçınan Sorun Çözme Tarzı toplam puanları ile Olumlu Soruna Yönelim ve Akılcı Sorun Çözme Tarzı toplam puanları ile Somatizasyon Ölçeği toplam puanı arasında sırasıyla 0,45, 0,22 ve 0,37 düzeyinde; Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı arasında 0,54, 0,27 ve 0,30 düzeyinde; Sağlık Anksiyetesi Ana Gövde Alt Boyutu toplam puanı arasında 0,49, 0,24 ve 0,26 düzeyinde; Sağlık Anksiyetesi Ek Gövde Alt Boyutu toplam puanı arasında 0,48, 0,25 ve 0,31 düzeyinde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$). Sosyal Sorun Çözme Becerisi Envanteri'nin toplam puanı arttığında diğer ölçeklerin toplam puanları da artmaktadır (Bk. Tablo 9).

Tablo 10. Sosyal Zeka Toplam Puanının Kronik Hastalıklar Grupları Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları.

Gruplar	N	Ortalama	Standart Sapma	T	Serbestlik Derecesi	P
Kronik hastalık var	26	73,38	15,57	-2,514	298	0,01
Kronik hastalık yok	274	79,42	11,29			

Kronik hastalığı bulunanların ve bulunmayanların Sosyal Zeka toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(298) = -2,514$; $p<0,05$. Analiz sonucunda, kronik hastalığı olmayanların Sosyal Zeka toplam puan ortalamasının kronik hastalığı olanların toplam puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür (Bk. Tablo 10).

Tablo 11. Sosyal Sorun Çözme Becerisi Toplam Puanının Kronik Hastalıklar Grupları Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları.

Gruplar	N	Ortalama	Standart Sapma	T	Serbestlik Derecesi	P
Kronik hastalık var	26	11,12	3,34	-2,388	298	0,02
Kronik hastalık yok	274	12,58	2,95			

Kronik hastalığı bulunanların ve bulunmayanların Sosyal Sorun Çözme Becerisi toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(298) = -2,388$; $p < 0,05$. Analiz sonucunda, kronik hastalığı olmayanların Sosyal Sorun Çözme Becerisi toplam puan ortalamasının kronik hastalığı olanların toplam puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür (Bk. Tablo 11).

Tablo 12. Somatizasyon Toplam Puanının Kronik Hastalıklar Grupları Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları.

Gruplar	N	Ortalama	Standart Sapma	T	Serbestlik Derecesi	p
Kronik hastalık var	26	15,96	7,82	3,297	298	0,01
Kronik hastalık yok	274	11,54	6,40			

Kronik hastalığı bulunanların ve bulunmayanların Somatizasyon toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(298) = 3,297$; $p < 0,05$. Analiz sonucunda, kronik hastalığı olanların Somatizasyon toplam puan ortalamasının kronik hastalığı olmayanların toplam puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür (Bk. Tablo 12).

Tablo 13. Sağlık Anksiyetesi Toplam Puanının Kronik Hastalıklar Grupları Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları.

Gruplar	N	Ortalama	Standart Sapma	T	Serbestlik Derecesi	p
Kronik hastalık var	26	21,19	10,2	3,360	298	0,01
Kronik hastalık yok	274	15,97	7,28			

Kronik hastalığı bulunanların ve bulunmayanların Sağlık Anksiyetesi toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(298) = 3,360$; $p < 0,05$. Analiz sonucunda, kronik hastalığı olanların Sağlık Anksiyetesi toplam puan ortalamasının kronik hastalığı olmayanların toplam puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür (Bk. Tablo 13).

Tablo 14. Sosyal Beceri Alt Boyutu Toplam Puanının Geçmiş Ameliyat Grupları Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi Karşılaştırma Sonuçları.

Gruplar	N	Ortalama	Standart Sapma	T	Serbestlik Derecesi	p
Önemli bir ameliyat oldum	36	23,75	5,54	2,417	298	0,02
Önemli bir ameliyat olmadım	264	21,66	4,78			

Daha önce önemli bir ameliyat geçirmiş olanların ve olmayanların Sosyal Beceri Alt Boyutu toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(298) = 2,417$; $p < 0,05$. Analiz sonucunda, önemli bir ameliyat olmuş olanların toplam puan ortalamasının olmayanların toplam puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür (Bk. Tablo 14).

Tablo 15. Sosyal Beceri Alt Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Geçim Sağlama Durumu Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.

Geçim Sağlama Durumu	Kişi Sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Aile/Akraba yardımıyla	187	21,60	4,864	3,624	0,03
Çalışarak	20	24,5	5,286		
Kredi/Burs ile	57	22,61	5,024		
Toplam	264	22,04	4,980		

Geçim sağlama durumu sorusuna 'Aile/Akraba yardımıyla', 'Çalışarak' ve 'Kredi/Burs ile' cevabını veren kişilerin Sosyal Beceri Alt Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $F(2,261) = 3,624$; $p < 0,05$. Hangi grubun hangi gruptan farklı olduğunu belirlemek için yapılan Tukey-B Post-hoc çoklu analiz testine göre, aile/akraba yardımı ile geçinenlerin, kredi/burs ile ve kendi çalışarak geçinenlerden; kredi/burs ile geçinenlerin kendi çalışarak geçinenlerden daha düşük ortalamaya sahip olduğu görülmüştür (Bk. Tablo 15).

Tablo 16. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Sosyal Sorun Çözme Becerisi Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.

Ölçek/Alt Boyut	Sosyal Sorun Çözme Becerisi	Kişi Sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma	F/Welch	p
Somatizasyon	Düşük	53	15,11	7,103	20,121	0,000*
	Orta	193	12,26	6,051		
	Yüksek	54	7,59	6,083		
Sağlık Anksiyetesi	Düşük	53	20,72	9,885	29,830 ^a	0,000*
	Orta	193	16,70	6,790		
	Yüksek	54	11,20	5,026		
Sağlık Anksiyetesi- Ana Gövde Alt Boyutu	Düşük	53	15,26	8,077	17,158 ^a	0,000*
	Orta	193	13,01	5,267		
	Yüksek	54	9,41	4,346		
Sağlık Anksiyetesi- Ek Alt Boyutu	Düşük	53	5,45	2,613	45,322 ^a	0,000*
	Orta	193	3,69	2,382		
	Yüksek	54	1,80	1,559		

*p<0,001. ^a Welch İstatistiği

Sosyal sorun çözme becerilerine göre katılımcıların araştırma ölçek ve alt boyutları toplam puanları arasındaki farklılık Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve varyans homojenliği sağlanmayan ölçeklerde Welch Testi ile incelenmiştir.

Sosyal Sorun Çözme Becerisi Envanteri'nde 'Düşük', 'Orta' ve 'Yüksek' puan alan kişilerin Somatizasyon Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $F(2,297)= 20,121$; $p<0,001$. Hangi grubun hangi gruptan farklı olduğunu belirlemek için yapılan Tukey-B Post-hoc çoklu analiz testine göre, sosyal sorun çözme becerisi yüksek olanların orta ve düşük olanlardan; orta olanların düşük olanlardan daha düşük ortalamalara sahip olduğu görülmüştür.

Bununla birlikte, Sosyal Sorun Çözme Becerisi Envanteri'nde 'Düşük', 'Orta' ve 'Yüksek' puan alan kişilerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $F(2,297)= 29,830$; $p<0,001$. Hangi grubun hangi gruptan farklı olduğunu belirlemek için yapılan Tamhane's T2 Post-hoc çoklu analiz testine göre, sosyal sorun çözme becerisi yüksek olanların orta ve düşük olanlardan; orta olanların düşük olanlardan daha düşük ortalamalara sahip olduğu görülmüştür. Aynı tablo, Sağlık Anksiyetesi alt boyutları olan Ana Gövde ve Ek Alt Boyutları toplam puanları açısından da geçerlidir (Bk. Tablo 16).

Tablo 17. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Olumlu Soruna Yönelim Alt Boyutu Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.

Ölçek/Alt Boyut	Olumlu Soruna Yönelim	Kişi Sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Somatizasyon	Düşük	40	14,52	5,378	20,121	0,006**
	Orta	206	11,97	6,835		
	Yüksek	43	9,84	6,256		
Sağlık Anksiyetesi	Düşük	40	18,90	8,277	29,830	0,022*
	Orta	206	16,55	7,863		
	Yüksek	43	14,21	6,073		
Sağlık Anksiyetesi- Ana Gövde Alt Boyutu	Düşük	40	13,85	6,467	17,158	0,200
	Orta	206	12,97	6,120		
	Yüksek	43	11,53	4,925		
Sağlık Anksiyetesi- Ek Alt Boyutu	Düşük	40	5,05	2,571	45,322	0,000***
	Orta	206	3,59	2,543		
	Yüksek	43	2,67	1,948		

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Olumlu Soruna Yönelim Alt Boyutu'nda 'Düşük', 'Orta' ve 'Yüksek' puan alan kişilerin Somatizasyon ($F(2,286)=20,121$; $p<0,01$), Sağlık Anksiyetesi ($F(2,286)=29,830$; $p<0,05$) ve Sağlık Anksiyetesi-Ek Alt Boyutu ($F(2,286)=45,322$; $p<0,001$) toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Hangi grubun hangi gruptan farklı olduğunu belirlemek için yapılan Tukey-B Post-hoc çoklu analiz testine göre, olumlu soruna yönelim becerisi yüksek ve orta olanların düşük olanlardan daha düşük ortalamalara sahip olduğu görülmüştür (Bk. Tablo 17).

Tablo 18. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Negatif Soruna Yönelim Alt Boyutu Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.

Ölçek/Alt Boyut	Negatif Sorun Yönelim	Kişi Sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma	F/Welch	p
Somatizasyon	Düşük	35	7,66	4,524	22,769	0,000*
	Orta	208	11,60	6,358		
	Yüksek	53	16,45	6,450		
Sağlık Anksiyetesi	Düşük	35	11,26	4,871	29,367 ^a	0,000*
	Orta	208	15,70	6,340		
	Yüksek	53	23,15	9,753		
Sağlık Anksiyetesi-Ana Gövde Alt Boyutu	Düşük	35	8,86	3,623	25,517 ^a	0,000*
	Orta	208	12,34	4,918		
	Yüksek	53	17,41	8,011		
Sağlık Anksiyetesi-Ek Alt Boyutu	Düşük	35	2,40	2,239	27,417	0,000*
	Orta	208	3,36	2,295		
	Yüksek	53	5,73	2,618		

* $p<0,001$. ^a Welch İstatistiği

Negatif Soruna Yönelim Alt Boyutu'nda 'Düşük', 'Orta' ve 'Yüksek' puan alan kişilerin Somatizasyon ($F(2,293)=22,769$; $p<0,001$), Sağlık Anksiyetesi (Welch($2,75,416$)= $29,367$; $p<0,001$), Sağlık Anksiyetesi-Ana Gövde (Welch($2,76,263$)= $25,517$; $p<0,001$) ve Sağlık Anksiyetesi-Ek Alt Boyutu ($F(2,293)=27,417$; $p<0,001$) toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Hangi grubun hangi gruptan farklı olduğunu belirlemek için yapılan Tukey-B Post-hoc ve Tamhane's T2 çoklu analiz testlerine göre, tüm gruplarda negatif soruna yönelimi yüksek olanların orta ve düşük olanlardan; orta olanların da düşük olanlardan daha yüksek ortalamalara sahip olduğu görülmüştür (Bk. Tablo 18).

Tablo 19. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Akılcı Sorun Çözme Tarzı Alt Boyutu Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.

Ölçek/Alt Boyut	Akılcı Sorun Çözme Tarzı	Kişi Sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma	F/Welch	p
Somatizasyon	Düşük	49	14,73	6,136	5,231	0,006*
	Orta	205	11,43	6,686		
	Yüksek	42	11,33	6,415		
Sağlık Anksiyetesi	Düşük	49	21,61	8,750	14,193	0,000*
	Orta	205	15,55	7,220		
	Yüksek	42	15,05	6,525		
Sağlık Anksiyetesi- Ana Gövde Alt Boyutu	Düşük	49	16,16	7,025	7,031 ^a	0,002*
	Orta	205	12,18	5,589		
	Yüksek	42	12,07	5,293		
Sağlık Anksiyetesi- Ek Alt Boyutu	Düşük	49	5,45	2,677	16,592	0,000*
	Orta	205	3,36	2,423		
	Yüksek	42	2,98	2,054		

*p<0,001. ^a Welch İstatistiği

Akılcı Sorun Çözme Tarzı Alt Boyutu'nda 'Düşük', 'Orta' ve 'Yüksek' puan alan kişilerin Somatizasyon ($F(2,293)=5,231$; $p<0,001$), Sağlık Anksiyetesi ($F(2,293)=14,193$; $p<0,001$), Sağlık Anksiyetesi-Ana Gövde (Welch($2,78,734$)= $7,031$; $p<0,001$) ve Sağlık Anksiyetesi-Ek Alt Boyutu ($F(2,293)=16,592$; $p<0,001$) toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Hangi grubun hangi gruptan farklı olduğunu belirlemek için yapılan Tukey-B Post-hoc ve Tamhane's T2 çoklu analiz testlerine göre, tüm gruplarda akılcı sorun çözme tarzı yüksek ve orta olanların düşük olanlardan daha düşük ortalamalara sahip olduğu görülmüştür (Bk. Tablo 19).

Tablo 20. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Dürtüsel-dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı Alt Boyutu Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.

Ölçek/Alt Boyut	Dürtüsel-dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı	Kişi Sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma	F/Welch	p
Somatizasyon	Düşük	56	11,93	6,350	4,214	0,016*
	Orta	193	11,41	6,551		
	Yüksek	47	14,51	6,839		
Sağlık Anksiyetesi	Düşük	56	15,68	6,049	4,186 ^a	0,018*
	Orta	193	15,73	7,139		
	Yüksek	47	20,21	10,185		
Sağlık Anksiyetesi- Ana Gövde Alt Boyutu	Düşük	56	12,18	4,702	3,025 ^a	0,053
	Orta	193	12,35	5,542		
	Yüksek	47	15,28	7,977		
Sağlık Anksiyetesi- Ek Alt Boyutu	Düşük	56	3,50	2,264	7,385	0,001**
	Orta	193	3,39	2,475		
	Yüksek	47	4,94	2,839		

*p<0,05; **p<0,01. ^a Welch İstatistiği

Dürtüsel-dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı Alt Boyutu'nda 'Düşük', 'Orta' ve 'Yüksek' puan alan kişilerin Somatizasyon ($F(2,293)=4,214$; $p<0,05$), Sağlık Anksiyetesi ($Welch(2,92,303)=4,186$; $p<0,05$) ve Sağlık Anksiyetesi-Ek Alt Boyutu ($F(2,293)=7,385$; $p<0,01$) toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Hangi grubun hangi gruptan farklı olduğunu belirlemek için yapılan Tukey-B Post-hoc ve Tamhane's T2 çoklu analiz testlerine göre, tüm gruplarda akılcı sorun çözme tarzı yüksek olanların orta ve düşük olanlardan daha yüksek ortalamalara sahip olduğu görülmüştür (Bk. Tablo 20).

Tablo 21. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Kaçınan Sorun Çözme Tarzı Alt Boyutu Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.

Ölçek/Alt Boyut	Kaçınan Sorun Çözme Tarzı	Kişi Sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma	F/Welch	p
Somatizasyon	Düşük	34	7,59	5,537	23,079	0,000**
	Orta	213	11,48	6,052		
	Yüksek	51	16,55	7,145		
Sağlık Anksiyetesi	Düşük	34	12,97	7,404	8,525 ^a	0,001*
	Orta	213	16,01	6,825		
	Yüksek	51	20,61	9,654		
Sağlık Anksiyetesi- Ana Gövde Alt Boyutu	Düşük	34	10,62	5,549	6,133 ^a	0,004*
	Orta	213	12,45	5,345		
	Yüksek	51	15,63	7,673		
Sağlık Anksiyetesi- Ek Alt Boyutu	Düşük	34	2,35	2,557	12,367	0,000**
	Orta	213	3,56	2,336		
	Yüksek	51	4,98	2,853		

*p<0,01; **p<0,001. ^a Welch İstatistiği

Kaçınan Sorun Çözme Tarzı Alt Boyutu'nda 'Düşük', 'Orta' ve 'Yüksek' puan alan kişilerin Somatizasyon ($F(2,295)=23,079$; $p<0,001$), Sağlık Anksiyetesi (Welch($2,65,565$)= $8,525$; $p<0,01$), Sağlık Anksiyetesi Ana Gövde (Welch($2,66,141$)= $6,133$; $p<0,01$) ve Sağlık Anksiyetesi-Ek Alt Boyutu ($F(2,295)=12,367$; $p<0,001$) toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Hangi grubun hangi gruptan farklı olduğunu belirlemek için yapılan Tukey-B Post-hoc testine göre, Somatizasyon Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi-Ek Alt Boyutu'nda kaçınan sorun çözme tarzı yüksek olanların orta ve düşük olanlardan; orta olanların ise düşük olanlardan daha yüksek ortalamalara sahip olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, homojen dağılmayan gruplar için uygulanan Tamhane's T2 çoklu analiz testi sonuçlarına göre, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi-Ana Gövde Alt Boyutu'nda kaçınan sorun çözme tarzı yüksek olanların orta ve düşük olanlardan daha yüksek ortalamalara sahip olduğu bulunmuştur (Bk. Tablo 21).

Tablo 22. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Sosyal Zeka Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.

Ölçek/Alt Boyut	Sosyal Zeka	Kişi Sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma	F/Welch	p
Somatizasyon	Düşük	42	16,71	6,279	21,287	0,000*
	Orta	198	11,93	5,990		
	Yüksek	60	8,53	6,951		
Sağlık Anksiyetesi	Düşük	42	22,21	9,108	12,272 ^a	0,000*
	Orta	198	15,98	6,879		
	Yüksek	60	13,83	7,321		
Sağlık Anksiyetesi- Ana Gövde Alt Boyutu	Düşük	42	16,69	7,409	8,789 ^a	0,000*
	Orta	198	12,44	5,461		
	Yüksek	60	11,07	5,377		
Sağlık Anksiyetesi- Ek Alt Boyutu	Düşük	42	5,52	2,716	16,854	0,000*
	Orta	198	3,33	2,560		
	Yüksek	60	2,77	2,941		

*p<0,001. ^a: Welch İstatistiği

Sosyal Zeka Ölçeği'nde 'Düşük', 'Orta' ve 'Yüksek' puan alan kişilerin Somatizasyon ($F(2,297)=21,287$; $p<0,001$), Sağlık Anksiyetesi ($Welch(2,83,939)=12,272$; $p<0,001$), Sağlık Anksiyetesi Ana Gövde ($Welch(2,84,902)=8,789$; $p<0,001$) ve Sağlık Anksiyetesi-Ek Alt Boyutu ($F(2,297)=16,854$; $p<0,001$) toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Hangi grubun hangi gruptan farklı olduğunu belirlemek için yapılan Tukey-B Post-hoc ve Tamhane's T2 çoklu analiz testlerine göre, Somatizasyon Ölçeği'nde yüksek puan alanların orta ve düşük alanlardan; orta puan alanların da düşük alanlardan daha düşük ortalamalara sahip olduğu görülmüştür. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Sağlık Anksiyetesi-Ana Gövde Alt Boyutu ve Sağlık Anksiyetesi-Ek Alt Boyutu'nda sosyal zekası yüksek olanların orta ve düşük olanlardan daha düşük ortalamalara sahip olduğu görülmüştür. (Bk. Tablo 22).

Tablo 23. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Sosyal Bilgi Süreci Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.

Ölçek/Alt Boyut	Sosyal Bilgi Süreci	Kişi Sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma	F/Welch	p
Somatizasyon	Düşük	50	14,70	6,780	6,595 ^a	0,002**
	Orta	213	11,06	6,139		
	Yüksek	37	13,16	8,071		
Sağlık Anksiyetesi	Düşük	50	19,80	9,381	4,288 ^a	0,018*
	Orta	213	15,65	6,995		
	Yüksek	37	16,30	8,082		
Sağlık Anksiyetesi- Ana Gövde Alt Boyutu	Düşük	50	14,94	7,313	2,983 ^a	0,057
	Orta	213	12,25	5,480		
	Yüksek	37	12,78	6,214		
Sağlık Anksiyetesi- Ek Alt Boyutu	Düşük	50	4,86	2,703	6,986	0,001**
	Orta	213	3,40	2,443		
	Yüksek	37	3,51	2,479		

*p<0,05; **p<0,01. ^a: Welch İstatistiği

Sosyal Bilgi Süreci Alt Ölçeği'nde 'Düşük', 'Orta' ve 'Yüksek' puan alan kişilerin Somatizasyon (Welch(2,68,987)=6,595; p<0,01), Sağlık Anksiyetesi (Welch(2,68,479)=4,288; p<0,05) ve Sağlık Anksiyetesi-Ek Alt Boyutu (F(2,297)=6,986; p<0,01) toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Hangi grubun hangi gruptan farklı olduğunu belirlemek için yapılan Tukey-B Post-hoc ve Tamhane's T2 çoklu analiz testlerine göre, tüm gruplarda orta puan alanların yüksek ve düşük puan alanlardan; yüksek puan alanların ise düşük puan alanlardan daha düşük bir ortalamaya sahip olduğu görülmektedir (Bk. Tablo 23).

Tablo 24. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Sosyal Beceri Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.

Ölçek/Alt Boyut	Sosyal Beceri	Kişi Sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma	F/Welch	p
Somatizasyon	Düşük	59	15,90	5,785	14,363	0,000*
	Orta	190	11,00	6,414		
	Yüksek	51	10,74	6,797		
Sağlık Anksiyetesi	Düşük	59	21,49	8,380	14,171 ^a	0,000*
	Orta	190	15,28	6,544		
	Yüksek	51	14,82	8,571		
Sağlık Anksiyetesi- Ana Gövde Alt Boyutu	Düşük	59	16,12	6,851	9,449 ^a	0,000*
	Orta	190	11,97	5,069		
	Yüksek	51	11,84	6,733		
Sağlık Anksiyetesi- Ek Alt Boyutu	Düşük	59	5,37	2,392	19,077	0,000*
	Orta	190	3,31	2,331		
	Yüksek	51	2,98	2,657		

*p<0,001. ^a: Welch İstatistiği

Sosyal Beceri Alt Ölçeği'nde 'Düşük', 'Orta' ve 'Yüksek' puan alan kişilerin Somatizasyon (F(2,297)=14,363; p<0,001), Sağlık Anksiyetesi (Welch(2,92,916)=14,171; p<0,001), Sağlık Anksiyetesi-Ana Gövde (Welch(2,91,735)=9,449; p<0,001) ve Sağlık Anksiyetesi-Ek Alt Boyutu (F(2,297)=19,077; p<0,001) toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Hangi grubun hangi gruptan farklı olduğunu belirlemek için yapılan Tukey-B Post-hoc ve Tamhane's T2 çoklu analiz testlerine göre, tüm gruplarda yüksek ve orta puan alanların düşük puan alanlardan daha düşük ortalamalara sahip olduğu bulunmuştur (Bk. Tablo 24).

Tablo 25. Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Ölçekleri Toplam Puan Ortalamalarının Sosyal Farkındalık Grupları Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile Karşılaştırma Sonuçları.

Ölçek/Alt Boyut	Sosyal Farkındalık	Kişi Sayısı (n)	Ortalama	Standart Sapma	F/Welch	p
Somatizasyon	Düşük	51	16,65	6,587	23,394	0,000**
	Orta	204	11,57	6,164		
	Yüksek	45	8,18	5,859		
Sağlık Anksiyetesi	Düşük	51	20,08	10,008	6,992 ^a	0,002*
	Orta	204	16,16	6,790		
	Yüksek	45	13,47	7,197		
Sağlık Anksiyetesi- Ana Gövde Alt Boyutu	Düşük	51	15,20	7,962	6,060 ^a	0,004*
	Orta	204	12,63	5,380		
	Yüksek	45	10,62	5,033		
Sağlık Anksiyetesi- Ek Alt Boyutu	Düşük	51	4,88	3,102	6,065 ^a	0,004*
	Orta	204	3,53	2,222		
	Yüksek	45	2,84	2,771		

*p<0,01; **p<0,001. ^a: Welch İstatistiği

Sosyal Farkındalık Alt Ölçeği'nde 'Düşük', 'Orta' ve 'Yüksek' puan alan kişilerin Somatizasyon ($F(2,297)=23,394$; $p<0,001$), Sağlık Anksiyetesi ($Welch(2,79,953)=6,9921$; $p<0,01$), Sağlık Anksiyetesi-Ana Gövde ($Welch(2,82,645)=6,060$; $p<0,01$) ve Sağlık Anksiyetesi-Ek Alt Boyutu ($Welch(2,77,700)=6,065$; $p<0,01$) toplam puan ortalamaları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Hangi grubun hangi gruptan farklı olduğunu belirlemek için yapılan Tukey-B Post-hoc ve Tamhane's T2 çoklu analiz testlerine göre, yüksek olanların orta ve düşük olanlardan; orta olanların ise düşük olanlardan daha düşük somatizasyon ortalamalarına sahip olduğu; yüksek ve orta olanların düşük olanlardan daha düşük sağlık anksiyetesi ve alt boyutları ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür (Bk. Tablo 25).

Tablo 26. Somatizasyonu Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.

Bağımsız Değişkenler	B	B'nin Standart Hatası	Beta	T	P	Çoklu R	
Olumlu Soruna Yönelim Alt Ölçeği	-0,98	-0,762	-0,08	-1,285	0,200	R ²	0,285
Negatif Soruna Yönelim Alt Ölçeği	2,82	0,733	0,23	3,853	0,000	Düzeltilmiş R ²	0,264
Akılcı Sorun Çözme Tarzı Alt Ölçeği	0,18	0,748	0,01	0,239	0,811	Standart Hata	5,739
Dürtüsel-dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı Alt Ölçeği	-0,94	0,665	-0,08	-1,413	0,159		
Kaçınan Sorun Çözme Tarzı Alt Ölçeği	2,59	0,772	0,21	3,356	0,001		
Sosyal Bilgi Süreci Alt Ölçeği	1,26	0,724	0,10	1,740	0,083		
Sosyal Beceri Alt Ölçeği	-1,50	0,643	-0,14	-2,332	0,020		
Sosyal Farkındalık Alt Ölçeği	-2,79	0,709	-0,23	-3,931	0,000		
Sabit (a)	10,39	3,488		2,979	0,003		

Sosyal Sorun Çözme Becerisi ve Sosyal Zeka alt ölçekleri, somatizasyonu %26'lık bir oranda yordamaktadır. Negatif Soruna Yönelim, Kaçınan Sorun Çözme Tarzı, Sosyal Beceri ve Sosyal Farkındalık alt ölçekleri anlamlı çıkmıştır ($p < 0,05$) (Bk. Tablo 26). Anlamlı çıkan alt faktörler tek tek alındığında, Negatif Soruna Yönelim'in somatizasyonu %13'lük, Kaçınan Sorun Çözme Tarzı'nın %13'lük, Sosyal Beceri'nin %6'lık, Sosyal Farkındalık'ın ise %13'lük bir yordama gücüne sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 27. Sağlık Anksiyetesini Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.

Bağımsız Değişkenler	B	B'nin Standart Hatası	Beta	T	P	Çoklu R	
Olumlu Soruna Yönelim Alt Ölçeği	0,02	0,899	0,00	0,017	0,986	R ²	0,269
Negatif Soruna Yönelim Alt Ölçeği	4,78	0,864	0,33	5,533	0,000	Düzeltilmiş R ²	0,248
Akılcı Sorun Çözme Tarzı Alt Ölçeği	-1,25	0,883	-0,09	-1,421	0,156	Standart Hata	6,772
Dürtüsel-dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı Alt Ölçeği	-0,37	0,785	-0,03	-0,469	0,639		
Kaçıngan Sorun Çözme Tarzı Alt Ölçeği	1,32	0,911	0,09	1,450	0,148		
Sosyal Bilgi Süreci Alt Ölçeği	0,41	0,855	0,03	0,485	0,628		
Sosyal Beceri Alt Ölçeği	-1,91	0,758	-0,15	-2,522	0,012		
Sosyal Farkındalık Alt Ölçeği	-1,73	0,837	-0,12	-2,062	0,040		
Sabit (a)	13,51	4,116		3,282	0,001		

Sosyal Sorun Çözme Becerisi ve Sosyal Zeka alt ölçekleri, sağlık anksiyetesini %25'lik bir oranda yordamaktadır. Negatif Soruna Yönelim, Sosyal Beceri ve Sosyal Farkındalık alt ölçekleri anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$) (Bk. Tablo 27). Anlamlı çıkan alt faktörler tek tek alındığında, Negatif Soruna Yönelim'in sağlık anksiyetesini %19'luk, Sosyal Beceri'nin %7'lik, Sosyal Farkındalığın ise %6'lık bir yordama gücüne sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 28. Somatizasyonu Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.

Bağımsız Değişkenler	B	B'nin Standart Hatası	Beta	T	P	Çoklu R	
Sosyal Sorun Çözme Becerisi	-3,83	0,751	-0,30	-5,100	0,000	R ²	0,162
Sosyal Zeka	-2,32	0,773	-0,17	-3,001	0,000	Düzeltilmiş R ²	0,157
Sabit (a)	28,88	1,728		16,709	0,003		

Sosyal Sorun Çözme Becerisi ve Sosyal Zeka Ölçekleri somatizasyonu %16'lık bir oranda yordamaktadır. İki ölçek de anlamlı çıkmıştır ($p < 0,05$) (Bk. Tablo 28). Bu yüzden her ölçek tek tek alındığında, Sosyal Sorun Çözme Becerisi'nin somatizasyonu %13'lük, Sosyal Zeka'nın ise %9'luk bir yordama gücüne sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 29. Sağlık Anksiyetesini Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.

Bağımsız Değişkenler	B	B'nin Standart Hatası	Beta	T	P	Çoklu R	
Sosyal Sorun Çözme Becerisi	-3,83	0,751	-0,30	-5,100	0,000	R ²	0,162
Sosyal Zeka	-2,32	0,773	-0,17	-3,001	0,000	Düzeltilmiş R ²	0,157
Sabit (a)	28,88	1,728		16,709	0,003		

Sosyal Sorun Çözme Becerisi ve Sosyal Zeka Ölçekleri sağlık anksiyetesini %16'lık bir oranda yordamaktadır. İki ölçek de anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$) (Bk. Tablo 29). Bu yüzden her ölçek tek tek alındığında, Sosyal Sorun Çözme Becerisi'nin sağlık anksiyetesini %'13lük, Sosyal Zeka'nın ise %9'luk bir yordama gücüne sahip olduğu görülmüştür.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TARTIŞMA

Sosyal hayatta karşılaşılan sorunlara çözümler üretebilmek, aynı zamanda sosyal çevre ile etkili bir iletişim kurabilmek psikolojik iyi oluş açısından önem arz etmektedir. Bu konularda etkin olamayan bireylerin psikolojik ve psikosomatik bazı bozukluklar geliştirmeye daha yatkın olabilecekleri düşünülmektedir. Psikosomatik alanın içerisinde yer alan çatışmaların veya söylenmek istenen cümlelerin ve duyguların bedensel yollar ile anlatılmasını ifade eden somatizasyon (Koptagel-İlal, 1999) ve bedensel belirtilere bağlı olarak yaşanan anormal seviyedeki anksiyeteye işaret eden sağlık anksiyetesi (Abramowitz, Olaturji ve Deacon, 2007), bu bozukluklardan ikisine örnek olarak verilebilir. Sosyal alandaki beceriler incelendiğinde, sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerisi ön plana çıkmaktadır. Sosyal zeka üç alt başlıkta incelenmiştir (Silvera, Martinussen ve Dahl, 2001): (1) Sosyal bilgi süreci (kendisinin ve başkalarının duygu, düşünce ve beklentilerini anlayabilme); (2) Sosyal beceri (sosyal ilişkilerde ustalık); (3) Sosyal farkındalık (sosyal ortamlara uyum sağlayabilme). Sosyal sorun çözme becerisi ise sosyal yaşamda karşılaşılan sorunlara yönelik üretilen çözümlere işaret etmektedir; bu çözümler olumlu veya olumsuz yönlerde olabilmektedir (D'Zurilla ve Goldfried, 1971).

Bu çalışmada oluşturulan hipotezlere göre, sosyal bilgi süreci, sosyal beceri, sosyal farkındalık, olumlu soruna yönelim ve akılcı sorun çözme tarzı puanları yüksek olan katılımcıların somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanları daha düşük beklenmektedir. Negatif soruna yönelim, dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı ve kaçınan sorun çözme tarzı kategorilerinde yüksek puan alan katılımcıların ise somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanları da yüksek beklenmektedir. Genel olarak incelendiğinde, sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerilerini geliştirmiş ve yükseltmiş bireylerin somatizasyon ve sağlık anksiyetesi oluşturma olasılıklarının daha düşük olması bu çalışmada beklenen bir sonuçtur. Ayrıca, kronik hastalığı bulunanların bulunmayanlara ve daha önceden önemli bir ameliyat geçirmiş olanların geçirmemiş olan katılımcılara oranla daha düşük sosyal zeka ve sosyal sorun çözme puanlarına sahip olması beklenirken daha yüksek somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanlarına sahip olması beklenmektedir.

Çalışmada, üniversite öğrencileri baz alınarak sosyal sorun çözme becerilerinin ve sosyal zekanın somatizasyon ve sağlık anksiyetesi geliştirmede nasıl bir etkisi olduğuna bakılmıştır. Çalışmaya yaşları 18-29 arasında değişen 230 kadın ve 70 erkek üniversite öğrencisi katılmıştır.

Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki bağıntıyı ve farklılaşmayı görebilmek adına korelasyon, farklı gruplar için t-testi, ANOVA ve regresyon analizleri yürütülmüştür. Bu sonuçlara göre, sosyal zeka ile somatizasyon ve sağlık anksiyetesi arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Sosyal zekanın alt boyutları incelendiğinde sosyal bilgi süreci, sosyal beceri ve sosyal farkındalık ile somatizasyon ve sağlık anksiyetesi arasında da negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Buna göre, sosyal bilgi süreci, sosyal beceri ve sosyal farkındalık konularında ya da genel olarak sosyal zekası düşük olan bireylerde somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanları daha yüksek çıkmaktadır. Yapılmış çalışmalarda da sosyal zeka puanı düşük olan kişilerde geleceğe dair plan yapma, akademik, profesyonel ve sosyal alanda başarı kategorilerinde de puanları düşük bulunmuştur (Kihlstrom ve Cantor, 2000; Stenberg ve Gricorenko, 2003; Akt. Pinto, Faria ve Taveria, 2014). Ayrıca sosyal zekası düşük olan bireylerin mutluluk seviyelerinin de düşük olduğu saptanmıştır (Doğan ve Eryılmaz, 2014). Bu çalışmada bulunan sonuçlar ile literatür taraması sonucu elde edilen bulgular sosyal zekanın düşük olmasına bağlı olarak psikolojik ve sosyal problemlerin oluştuğunu göstermesi yönünden birbiriyle örtüşmektedir.

Sosyal sorun çözme becerisi ile somatizasyon ve sağlık anksiyetesi arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca sosyal sorun çözme becerisinin alt boyutları olan olumlu soruna yönelim ve akılcı sorun çözme tarzı da negatif yönde bir ilişkiye sahiptir. Diğer alt boyutları olan negatif soruna yönelim, dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı ve kaçınan sorun çözme tarzı ile somatizasyon ve sağlık anksiyetesi arasında ise pozitif yönlü bir ilişki vardır. Buna göre, olumlu soruna yönelim, akılcı sorun çözme ve genel olarak sosyal sorun çözme becerisi düşük olan bireylerin somatizasyon ve sağlık anksiyetesi geliştirme olasılıkları daha da artmaktadır. Negatif soruna yönelim, dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme ve kaçınan sorun çözme tarzı kategorilerinde yüksek puan alanlar da somatizasyon ve sağlık anksiyetesi geliştirme konusunda daha fazla eğilim gösterirler.

Literatür incelendiğinde, sosyal problem çözme becerisinin arttığı durumlarda, duygudurum bozukluklarının (Noreen, Whyte ve Dritschel, 2015), intihar davranışlarının (McAuliffe, Keeley ve Corcoran, 2002), stres ve anksiyete bozukluklarının (Eskin, Kurt ve Demirkıran, 2012), kişilik problemlerinin ve sosyal hayatta oluşan sorunların (Chinaveh, 2013) azaldığı görülmüştür. Ayrıca aleksitimi ve kronik yorgunluk sendromunda da azalma gösteren çalışmalar yürütülmüştür (Christopher ve Thomas, 2006). Bu araştırmada bulunan sonuçlar da sosyal sorun çözme becerisinin yüksek olmasına bağlı olarak diğer psikolojik rahatsızlıklara olan eğilimin azaldığını göstermektedir. Araştırmanın sonuçları ile uyumlu diğer çalışmalara bakıldığında olumsuz soruna yönelimin, dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzının ve kaçınan sorun çözme tarzının ergenlerde agresyon ile ilişkisi bulunmuş; buna göre etkili olmayan sosyal problem çözme davranışları gösteren ergenlerde agresyon, marihuana ve nikotin tüketimi, dikkatsiz araba kullanma ve alkol alımı gibi davranışlarla ilişkisi olduğu görülmüştür (Jaffee ve D'Zurilla, 2003).

Eskin, Akyol, Çelik ve Gültekin (2013)'in yürüttükleri çalışmada, baş ağrısı çeken bireylerde sosyal sorun çözme becerileri daha düşük ve yetersiz bulunmuştur. Ayrıca kronik hastalığı olan bireylerin somatizasyon geliştirme olasılıklarının da yüksek olduğuna dair çalışmalar yapılmıştır (Norton, Norton, Asmundson, Thompson ve Larsen, 1999) Aynı şekilde bu çalışmada da kronik hastalığı bulunup bulunmama durumuna göre incelendiğinde, kronik hastalığı bulunan kişilerin bulunmayanlara nazaran daha düşük sosyal zeka ve sosyal sorun çözme puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Somatizasyon ve sağlık anksiyetesi açısından incelendiğinde ise kronik hastalığı olanların olmayanlara göre daha yüksek somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanlarına sahip olduğu bulunmuştur. Buna göre, kronikleşmiş bir hastalığa sahip olan bireylerin sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerileri, olmayanlara göre daha düşük kalmakta; bu durum da somatizasyon ve sağlık anksiyetesine olan eğilimi daha da arttırmaktadır.

Daha önceden önemli bir ameliyat geçirip geçirmeme durumu incelendiğinde, geçirmiş olanların geçirmemiş olanlara kıyasla sosyal beceri puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, çalışma için ilgi çekici bir sonuçtur. Önemli bir ameliyat süreci atlatan bireylerde sosyal zekanın performans boyutu olan sosyal beceride, toplum içi ilişkilerde ustaca davranabilme, etkin iletişim kurabilme, etkileşimlere yön verebilme ve kendini iyi sunabilme becerilerinde daha etkin olmaları, ameliyat sürecinde uzaklaştıkları dilimi telafi etmek amacını gösteriyor olabilir.

Geçim sağlama durumuna bakıldığında aile veya akraba yardımı ile geçinenlerin kredi veya burs ile ve kendi çalışarak geçinenlerden; aynı şekilde kredi veya burs ile geçinenlerin de kendi çalışarak geçinenlerden daha düşük sosyal beceri puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre, kendi çalışarak geçinen öğrencilerin diğer geçim tarzlarına göre sosyal beceri konusunda daha gelişmiş oldukları söylenebilir. Bu da çalışma ortamının oluşması ve etkileşimin artmasına bağlı olarak gelişmiş olabilir.

Ölçekler arasındaki bağıntılar ve farklılıklar incelendiğinde, sosyal sorun çözme becerisi yüksek olan bireylerin orta ve düşük olanlardan daha düşük somatizasyon puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Aynı zamanda, sosyal becerisi yüksek olan bireyler orta ve düşük olanlardan daha düşük sosyal anksiyete puanlarına sahiptir. Buna göre, sosyal sorun çözme becerisi yüksek olan bireylerde somatizasyon ve sağlık anksiyetesi geliştirme riski daha azdır.

Alt boyutlar incelendiğinde olumlu soruna yönelim ve akılcı sorun çözme becerileri yüksek ve orta düzeyde olan bireylerin düşük düzeyde olan bireylere göre daha düşük somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Bu da olumlu soruna yönelim ve akılcı sorun çözme becerilerinin yüksek olduğu bireylerde somatizasyon ve sağlık anksiyetesi riskinin daha az olduğuna işaret etmektedir. Yapılan bir çalışmada da akılcı sorun çözme becerisi yüksek olan nevrotik bireylerde daha az somatik ve bilişsel depresyon belirtilerine rastlanmıştır (Chou, Chiu ve Wong, 2011). Negatif soruna yönelim gösteren ve sorun çözmede dürtüsel-dikkatsiz veya kaçınan davranan bireylerde ise somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanları artış göstermektedir. Sosyal sorun çözme becerisi düşük olan bu bireylerde yüksek negatif puanlar, orta ve düşük olanlara göre daha fazla somatizasyon ve sağlık anksiyetesi geliştirme eğilimindedir.

Sosyal zeka incelendiğinde, sosyal zekası daha yüksek olan bireylerin, somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanları daha düşüktür. Buna göre sosyal zekanın artış gösterdiği bireyler somatizasyon ve sağlık anksiyetesi geliştirme konusunda daha avantajlı bir grupta yer almaktadır. Alt boyutları tek tek incelendiğinde, sosyal bilgi sürecinde sırasıyla orta, yüksek ve düşük puan alanların, sosyal farkındalık konusunda yüksek, orta ve düşük puan alanların somatizasyon ve sağlık anksiyetesi geliştirme olasılıkları azalmaktadır. Sosyal beceride bu sıralama yüksek ve orta olanların düşük olanlara kıyasıyla elde edilmiştir. Buna göre bu alt boyutta yüksek ve orta puan alanlar düşük puan alanlara göre somatizasyon ve sağlık anksiyetesinden korunma olasılıklarını da artırmaktadır.

Somatizasyonu yordayabilmek için yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, sosyal sorun çözme becerisinin ve sosyal zekanın bireylerdeki somatizasyon geliştirme olasılığını %26'lık bir oranda açıkladığı görülmektedir. Bu da somatizasyonun etiyojisinde bağımsız değişkenlerin 1/4'lük bir orana sahip olabileceğine işaret etmektedir. Bu oran oldukça yüksek bir orandır. Ayrıca alt boyutlar tek tek incelendiğinde negatif soruna yönelim, kaçınan sorun çözme tarzı ve sosyal farkındalık %13'erlik, sosyal beceri ise %6'lık bir oranda somatizasyonu yordamaktadır.

Sağlık anksiyetesinin yordanmasında, sosyal sorun çözme becerisinin ve sosyal zekanın %25'lik bir rolü olduğu saptanmıştır. Somatizasyonun etiolojisinde olduğu gibi sağlık anksiyetesinin etiolojisinde de bağımsız değişkenlerin 1/4'lük orana sahip olduğu görülmektedir. Alt boyutlar ele alındığında, negatif soruna yönelimin sağlık anksiyetesini açıklamada %19'luk, sosyal becerinin %7'lik ve sosyal farkındalığın %6'lık bir orana sahip olduğu görülmektedir.

Somatizasyonun ve sağlık anksiyetesinin birbirini tamamlayan iki parça olduğuna dair araştırmalar yürütülmüştür (Kırpınar ve Deveci, 2015). Buna göre, bir bütün olacak şekilde düşünülerek sosyal sorun çözme becerisi toplam puanı ile sosyal zeka toplam puanı birlikte alındığında, somatizasyonu ve sağlık anksiyetesini %16'şarlık oranlarda yordadığı görülmüştür. Aynı ayrı incelendiğinde sosyal sorun çözme becerisi somatizasyonu ve sağlık anksiyetesini %13'erlik oranlarda; sosyal zeka ise somatizasyonu ve sağlık anksiyetesini %9'arlık oranlarda açıklamaktadır. Bu da her iki değişkenin somatizasyon ve sağlık anksiyetesi üzerinde ne kadar etkili olduğunu bize göstermektedir.

Araştırma genel olarak değerlendirildiğinde, sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerilerindeki yetkinlik ve etkililik, kişinin psikolojik iyi oluşuna katkı sağlamakta ve somatizasyon ve sağlık anksiyetesi gibi bedensel belirtileri içerisinde barındıran psikolojik rahatsızlıklardan korunmak için ciddi bir fayda sağlamaktadır.

Yordama oranlarının yüksek bulunması, sosyal alanda sorunlarla baş edebilmenin ve baş edebilme adına yeni yöntemler geliştirebilmenin ve diğerleri ile olan etkili ve ustaca yönlendirilen ilişkilerin, somatizasyon ve sağlık anksiyetesi geliştirmede önemli koruyucu faktörler olarak görev aldığı sonucuna götürebilir. Buna göre, somatizasyon ve sağlık anksiyetesi şikayetleri olan bireylere terapilerde ve tedavilerde sosyal sorun çözme becerisi eğitimi verilmesi sonucunda oluşmuş olan psikopatolojilerde de azalma olması beklenmektedir. Bununla birlikte, çocukluk yaşamından itibaren sosyal ortamlarda etkin olabilen, vakit geçiren ve sosyal bağlantıları fazla olan bireylerde somatizasyon ve sağlık anksiyetesi geliştirme olasılıkları düşük beklenmektedir. Çünkü sosyal ortamlara odaklanan bireyler kendi bedenlerine gereğinden fazla ve detaycı bir şekilde odaklanmazlar. Tam tersi söz konusu olduğunda ise bu bireyler bedenlerine odaklanarak bedensel ve anksiyete içeren bilişsel çarpıtmalarla birlikte bazı psikopatolojileri ortaya çıkarma eğiliminde olabilirler.

Literatürde sosyal sorun çözme becerisinin ve sosyal zekanın direkt olarak somatizasyon ve sağlık anksiyetesi üzerine etkisini incelemiş bir araştırma bulunmamıştır. Bu yüzden bu çalışma, literatürde yer alan boşluğu doldurmakla birlikte terapi alanında da yeni perspektifler geliştirme adına katkısı olacağı düşünülen bir çalışma oluşmuştur. Örneğin, çözüm yollarını bulmada yetersiz ve bağımlı bir örüntü gösteren bir danışana, bağımsız problem çözme davranışları kazandırılırsa (terapist danışana sosyal sorun çözme eğitimi verirse), danışan kendi problemlerini bireysel kaynaklarla çözmeyi öğrenebilir ve tavsiye veya desteğe daha az bağımlı kalarak, kendi bağımsızlığına daha çok yönelebilir (D'Zurilla ve Goldfried, 1971). Bu da psikolojik iyi oluşuna katkıda bulunabilir, sorunları ve çatışmaları bedenselleştirme (somatizasyon) ve bedensel belirtilere karşı oluşan anormal düzeydeki kaygı (sağlık anksiyetesi) önlenebilir. Çünkü danışan, çatışmalarını ifade edecek, çözebilecek veya alternatif yollar yardımıyla bireysel çözümler üretecek konuma gelecektir.

Araştırmanın kısıtlayıcı taraflarına bakıldığında, homojen olarak dağılmamış bir örneklem ile karşılaşılmaktadır. Bu çalışmadaki örneklemin büyük çoğunluğunu lisans öğrencisi kadınlar oluşturmaktadır. Bu yüzden cinsiyete bağlı olarak

kategorilerde farklılaşma olup olmadığına bakılmamıştır. Ayrıca kronik hastalık bulunup/bulunmama ya da ameliyat geçirmiş olup/olmama sorularındaki cevaplar arasında yüksek bir fark bulunmaktadır. Bununla birlikte, aleksitimi, depresyon veya anksiyete seviyeleri bu araştırmada ölçülmemiş; bu yüzden sosyal sorun çözme becerisi ve sosyal zekanın somatizasyon ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisinde aracı bir rolleri olup olmadığı da incelenememiştir. Bu yüzden yapılacak gelecek araştırmalarda, depresyonu, aleksitimi ve anksiyeteyi ölçen ölçeklerle birlikte çalışmalar yürütülürse, daha anlaşılır ve geniş bir tabloya sahip olunabilir. Ayrıca örneklemin yaş ve eğitim durumu grubunun genişletilmesi ise daha genellenebilir sonuçlar elde edilmesine katkıda bulunabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerisinin somatizasyon ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisi incelenmek istenmiştir. Çalışmaya yaşları 18-29 arasında değişen 230 kadın ve 70 erkek üniversite öğrencisi katılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik form, Tromso Sosyal Zeka Ölçeği, Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Becerisi Envanteri, Somatizasyon Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi-Kısa Form dağıtılmış ve gönüllü olarak araştırmaya katılımları talep edilmiştir. Genel olarak bakıldığında sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerileri toplam puanları yüksek olan bireylerde, somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanları daha düşük beklenmektedir. Ayrıca kronik hastalığı olanların olmayanlara göre ve daha önce önemli bir ameliyat geçirmiş olanların geçirmemiş olanlara nazaran daha düşük sosyal zeka ve sosyal sorun çözme beceri puanlarına sahip olmaları beklenirken daha yüksek somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanlarına sahip olmaları beklenmektedir.

Sonuçlara göre, sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerisi puanları yüksek olan katılımcıların somatizasyon ve sağlık anksiyetesi oluşturma olasılıklarının daha düşük olduğu görülmüştür. Alt ölçeklerle birlikte incelendiğinde, sosyal bilgi süreci, sosyal beceri, sosyal farkındalık, olumlu soruna yönelim ve akılcı sorun çözme tarzı puanları yüksek olan katılımcıların somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanları daha düşük bulunmuş; negatif soruna yönelim, dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı ve kaçınan sorun çözme tarzı kategorilerinde yüksek puan alan katılımcıların ise somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanları daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca, kronik hastalığı bulunanların bulunmayanlara ve daha önceden önemli bir ameliyat geçirmiş olanların geçirmemiş olanlara oranla daha düşük sosyal zeka ve sosyal sorun çözme puanlarına sahip oldukları göze çarparken daha yüksek somatizasyon ve sağlık anksiyetesi puanlarına sahip oldukları görülmüştür.

Araştırmanın kısıtlılıkları incelenecek olursa, cinsiyet ve eğitim konusunda homojen dağılımlı grupların olmaması gösterilebilir. Ayrıca örneklem grubunun diğer yaş grubu ve eğitim düzeyi çeşitliliklerine dayanan gruplara genişletilmesi, sonuçların da daha genellenebilir olduğuna kanıt oluşturabilir. Aleksitimi, depresyon ve anksiyete seviyelerinin ölçülmemiş oluşu da bu araştırmada aracı bir değişken rollerinin bulunması ihtimaline karşı bir sınırlama oluşturmaktadır. Gelecek araştırmalarda bu değişkenlerle birlikte bir çalışma yürütülürse, sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerisinin somatizasyon ve sağlık anksiyetesi üzerindeki yordama etkisinin doğrudan olup olmadığı incelenebilir.



KAYNAKÇA

- Abramowitz, J. S., & Carolina, N. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy, 38*, 86–94.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 4th edition Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asmundson, G. J. G., Abramowitz, J. S., Richter, A. A., & Whedon, M. (2010). Health anxiety: Current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports, 12*, 306–312.
- Aydemir, Ö., Kırpınar, İ., Satı, T., Uykur, B., & Cengisiz, C. (2012). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi, 50*, 325-331.
- Bach, M., & Bach, D. (1996). Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: A comparative study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 65*(3), 150-152.
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics, 33*, 28–34.
- Barsky, A. J., & Borus, J. F. (1995). Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA, 274*, 1931–1934.
- Barsky, A. J., & Klerman, G. L. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry, 140*, 273–283.

- Barsky, A. J., Wyshak, G., Klerman, G. L., & Latham, K. S. (1990). The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(2), 89–94.
- Blanchard, E. B., Greene, B., Scharff, L., & Schwarz-McMorris, S. P. (1993). Relaxation training as a treatment for irritable bowel syndrome. *Biofeedback and Self-Regulation*, 18(3), 125-132.
- Braddock, A. E., & Abramowitz, J. S. (2006). Listening to hypochondriasis and hearing health anxiety. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 6(9), 1307-1312.
- Brown, L. M. (2006). Social intelligence: The new science of success. (Review of the book *Social Intelligence: The New Science of Success*, by K. Albrecht), *Business Book Review*, 23(1), 1-11.
- Chinaveh, M. (2013). The effectiveness of problem-solving on coping skills and psychological adjustment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 4-9.
- Chow, B. W. Y., Chiu, M. M., & Wong, S. W. L. (2011). emotional intelligence, social problem-solving skills, and psychological distress: a study of chinese undergraduate students. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(8), 1958–1980.
- Christopher, G., & Thomas, M. (2009). Social problem solving in chronic fatigue syndrome: preliminary findings. *Stress and Health*, 25(2), 161–169.
- Chrzanowska, D., Wdowiak, L., & Bojar, I. (2004). The origin of stress, its causes, symptoms and frequency of appearance among the students of Medical University of Lublin. *Annales Universitatis Mariae Curie-Sklodowska*, 59, 438-443.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). Hypochondriasis, neuroticism, and aging. *American Psychology*, 40, 19-28.
- Coşkun, Y. D., Garipağaoğlu, Ç., & Tosun, Ü. (2014). Analysis of the relationship between the resiliency level and problem solving skills of university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 114, 673-680.

- Creed, F., & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 391–408.
- Creed, F., Fernandes, L., Guthrie, E., Palmer, S., Ratcliffe, J., Read, N., Rigby, C., Thompson, D., & Tomenson, B. (2003). The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 124(2), 303–317.
- Çakar, U., & Arbak, Y. (2004). Modern yaklaşımlar ışığında değişen duygu-zeka ilişkisi ve duygusal zeka. *DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 23-48.
- De Gucht, V., & Fischler, B. (2002). Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43(1), 1-9.
- Deale, A. (2007). Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry*, 6(6), 240-246.
- Doğan, O. (1999). Kültür ve somatizasyon. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 1, 44-49.
- Doğan, T. & Çetin, B. (2009). Tromso sosyal zeka ölçeği Türkçe formunun faktör yapısı: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 9(2), 691-720.
- Doğan, T. & Eryılmaz, A. (2014). The role of social intelligence in happiness. *Croatian Journal of Education*, 16(3), 863-878.
- Doğan, T., Totan, T., & Sapmaz, F. (2009). Üniversite öğrencilerinde benlik saygısı ve sosyal zeka. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 17(1), 235-247.
- Dülgerler, Ş. (2000). *İlköğretim okulu öğretmenlerinde somatizasyon ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması* (Yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126.

- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, T. (2002). *Social Problem-Solving Inventory Revised (SPSI-R): Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- D'Zurilla, T. J., & Chang, E. (1995). The relations between social problem solving and coping. *Cognitive Therapy and Research*, 19(5), 547-562.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem-Solving Inventory. *Assessment: A Journal of Consulting*, 15(2), 156-163.
- D'Zurilla, T. J., Maydeu-Olivares, A., & Kant, G. (1998). Age and gender differences in social problem-solving ability. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 241-252.
- Ellis, A. E. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart, 131-136.
- Engel, G. L. (1967). A life setting conducive to illness. The giving-up, given-up complex. *Bulletin of Menninger Clinic*, 32(6), 355-365.
- Eskin, M., & Aycan, Z. (2009). Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri'nin Türkçe'ye (Tr-SSÇE-G) uyarlanması güvenilirlik ve geçerlik analizi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 12 (23), 1-10.
- Eskin, M., Akyol, A., Çelik, E. Y., & Gültekin, B. K. (2013). Social problem-solving, perceived stress, depression and life-satisfaction in patients suffering from tension type and migraine headaches. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(4), 337-343.
- Eskin, M., Kurt, I., & Demirkiran, F. (2012). Does social problem-solving training reduce psychological distress in nurses employed in an academic hospital? *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 2(10), 10450-10458.
- Eskin, M., Şavk, E., Uslu, M., & Küçükaydoğan, N. (2014). Social problem-solving, perceived stress, negative life events, depression and life satisfaction in psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28(11), 1553-1559.

- Faravelli C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L, Drei, C., & Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: A community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(1), 24-29.
- Fink, P., Ornbol, E., Toft, T., Sparle, K. C., Frostholm, L., & Olesen, F. (2004). A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1680–1691.
- Ford, M. E. & Tisak, M. S. (1983). A further search for social intelligence. *Journal of Educational Psychology*, 75, 196-206.
- Frauenknecht, M., & Black, D. R. (2010). Is it social problem solving or decision making? *American Journal of Health Education*, 41(2), 112-123.
- Frazier, L. D., & Waid, L. D. (1999). Influences on anxiety in later life: The role of health status, health perceptions, and health locus of control. *Aging & Mental Health*, 3(3), 213–220.
- Freshman, B., & Rubino, L.G. (2002). Emotional intelligence: A core competency for health care administrators. *The Health Care Manager*, 20(4), 1-9 .
- Frijda, N. H. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*, 43(5), 349-358.
- Gick, M. L., & Thompson, W. G. (1997). Negative affect and the seeking of medical care in university students with irritable bowel syndrome: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 535-540.
- Goleman, D. (2006). *Social intelligence: The new science of human relationships*. New York: Bantam Books.
- Gropalis, M., Bleichhardt, G., Witthöft, M., & Hiller, W. (2012). Hypochondriasis, somatoform disorders, and anxiety disorders: Sociodemographic variables, general psychopathology, and naturalistic treatment effects. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 406–412.
- Gureje, O., Simon, G., Ustun, T. B., & Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A world health organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154, 989–995.

- Guze, S. B., Cloninger, C. R., Martin, R. L., & Clayton, P. J. (1986). A follow-up and family study of Briquet's syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, *149*(1), 17-23.
- Haanen, H. C., Hoenderdos, H. T., van Romunde, L. K., Hop, W. C., Mallee, C., Terwiel, J. P., & Hekster, G. B. (1991). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, *18*(1), 72-75.
- Haenen, M. A., de Jong, P. J., Schmidt, A. J. M., & et al. (2000). Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: Domain-specificity and responsiveness to reassuring and alarming information. *Behavior Research and Therapy*, *38*, 819–833.
- Hartman, T. C., Borghuis, M. S., Lucassen, P. L. B. J., van de Laar, F. A., Speckens, A. E., & van Weel, C. (2009). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, *66*, 363–377.
- Hartvig, P., & Sterner, G. (1985). Childhood psychologic environmental exposure in women with diagnosed somatoform disorders. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, *13*(4), 153-157.
- Hirsch, J. K., Chang, E. C., & Jeglic, E. L. (2012). Social problem solving and suicidal behavior: Ethnic differences in the moderating effects of loneliness and life stress. *Archives of Suicide Research*, *16*(4), 303-315.
- Hoffman, C., Rice, D., & Sung, H. Y. (1996). Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *276*(18), 1473–1479.
- Horn, J., & Cattell, R. (1966). Refinement and test of the theory of fluid and crystallized general intelligences. *Journal of Educational Psychology*, *57*, 253-270.

- Isaac, M., Janca, A., Burke, K.C., Costa e Silva, J.A., Acu da , S.W. , Al Tamura, A, Burke, J.D., Chandrashekar, C.R., Miranda, C.T. & Tacchini, G. (1995). Medically unexplained somatic symptoms in different cultures. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64, 88-93.
- Jaffee, W. B., & D'Zurilla, T. J. (2003). Adolescent problem solving, parent problem solving, and externalizing behavior in adolescents. *Behavior Therapy*, 34(3), 295-311.
- Kastenbaum, R. J. (1994). Anxiety in old age. In G.B.B.S. Wolman (Ed.), *Anxiety and related disorders: A handbook* (pp. 209–225). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Katon, W. (1984). Panic disorder and somatization. *The American Journal of Medicine*, 77(1), 101-106.
- Katon, W., Kleinman, A., & Rosen, G. (1982). Depression and somatization, a review: Part 1. *The American Journal of Medicine*, 72, 127-135.
- Keating, D. P. (1978). A search for social intelligence. *Journal of Educational Psychology*, 70(2), 218-223.
- Kesebir, S. (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*, 1, 4-19.
- Kihlstrom, J. F., & Cantor, N. (2000). Social intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence*, 2nd ed. (pp. 359-379). Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., & Paris, J. (1994). Somatoform disorders: Personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 125-136.
- Kırpınar, İ., Deveci, E., Kılıç, A., & Zihni Çamur, D. (2016). Somatization disorder and hypochondriasis: As like as two peas? *Anatolian Journal of Psychiatry*, 17(3), 165-173.
- Kleinman, A. (1982). Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6, 117-190.

- Koptagel-İlal (1999). Hekimlik açısından somatizasyon ve somatoform bozukluklar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 1, 50-54.
- Kosmitzki, C., & John, O. P. (1993). The implicit use of explicit conceptions of social intelligence. *Personal and Individual Differences*, 15(1), 11-23.
- Kriechman, A. M. (1987). Siblings with somatoform disorders in childhood and adolescence. *Journal of American Academy of Child&Adolescent Psychiatry*, 26(2), 226-231.
- Kroenke, K., & Mangelsdorff, A. D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy, and outcome. *The American Journal of Medicine*, 86, 262–266.
- Leff, J. P. (1973). Culture and differentiation of emotional states. *The British Journal of Psychiatry*, 123, 299-306.
- Lipowski, Z. J. (1968). Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. *Psychosom Med*, 30, 395–422.
- Lipowski, Z. J. (1987). Somatization: Medicine's unsolved problem. *Psychosomatics*, 28, 294–297.
- Looper, K. J., & Kirmayer, L. J. (2001). Hypochondriacal concern in a community population. *Psychological Medicine*, 31, 577-584.
- Lundh, L. G., & Simonsson-Sarnecki, M. (2001). Alexithymia, emotion, and somatic complaints. *Journal of Personality*, 69(3) , 483-510.
- MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 15-20.
- Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M., & Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 127-139.
- Marlowe, H. A. (1986). Social intelligence: Evidence for multidimensionality and construct independence. *Journal of Educational Psychology*, 78(1), 52-58.

- Mataix-Cols, D., Pertusa, A., & Leckman, J. F. (2007). Issues for DSM-IV: How should obsessive–compulsive and related disorders be classified? *American Journal of Psychiatry*, *164*, 1313–1314.
- McAuliffe, C., Keeley, H. S., & Corcoran, P. (2002). Problem Solving and Repetation of Parasuicide. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *30*(1), 385-397.
- Mechanic, D. (1980). The experience and reporting of common physical complaints. *Journal of Health Social Behavior*, *21*(2), 146-155.
- Monopoli, J. (2005). Managing hypochondriasis in elderly clients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *35*(3), 285–300.
- Newth, S., & Rachman, S. (2001). The concealment of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 457-464.
- Nezu, A., & D'zurilla, T. J. (1981a). Effects of problem definition and formulation on decision making in the social problem-solving process. *Behavior Therapy*, *12*, 100-106.
- Nezu, A., & D'Zurilla, T. J. (1981b). Effects of problem definition and formulation on the generation of alternatives in the social problem-solving process. *Cognitive Therapy and Research*, *5*(3), 265-271.
- Noreen, S., Whyte, K. E., & Dritschel, B. (2015). Investigating the role of future thinking in social problem solving. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *46*, 78-84.
- Norton, G. R., Norton, P. J., Asmundson, G. J., Thompson, L. A., & Larsen, D. K. (1999). Neurotic butterflies in my stomach: The role of anxiety, anxiety sensitivity and depression in functional gastrointestinal disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, *47*, 233-240.
- Noyes, R., Kathol, R. G., Fisher, M. M., Phillips, B. M., Suelzer, M. T. & Woodman, C. L. (1994). Psychiatric comorbidity among patients with hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, *16*, 78-87.

- Noyes, R., Reich, J., Clancy, J., & O'Gorman, T. W. (1987). Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, *149*(5), 631-635.
- Noyes, R., Stuart, S. P., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L., Muller, B. A., & Yagla, S. J. (2003). Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 292–300.
- Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L., & Yagla, S. J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, *43*, 282–289.
- Owens, K. M. B., Asmundson, G. J. G., Hadjistavropoulos, T., & Owens, T. J. (2004). Attentional bias toward illness threat in individuals with elevated health anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, *28*, 57–66.
- Özenli, Y., Yoldaşcan, E., Topal, K., & Özçürümez, G. (2008). Türkiye'de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *10*, 131-136.
- Perley, M. J., & Guze, S. B. (1962). Hysteria-the stability and usefulness of clinical criteria. *The New England Journal of Medicine*, *266*, 421–426.
- Pinto, J. C., Faria, L., & Taveira, M. do C. (2014). Social Intelligence in Portuguese Students: Differences According to the School Grade. *Social and Behavioral Sciences*, *116*, 56-62.
- Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behavior Research and Therapy*, *50*, 502-512.
- Radomsky, A., Rachman, S., & Hammond, D. (2001). Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 813-822.
- Rasmussen, N. H., Agerter, D. C., Colligan, R. C., Baird, M. A., Yunghans, C. E., & Cha, S. S. (2008). Somatisation and alexithymia in patients with high use of medical care and medically unexplained symptoms. *Mental Health in Family Medicine*, *5*(3), 139-148.

- Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 317–322.
- Reiser, S. J., McMillan, K. A., Wright, K. D., & Asmundson, G. J. G. (2014). Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *38*, 407–413.
- Rief, W., & Barsky, A. J. (2005). Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*, *30*, 996–1002.
- Rief, W., Shaw, R., & Fichter, M. M. (1998). Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome. *Psychosomatic Medicine*, *60*, 198–203.
- Robbins, J. M. & Kirmayer, L. J. (1996). Transient and persistent hypochondriacal worry in primary care. *Psychological Medicine*, *26*, 575-589.
- Sacco, D. F., Merold, S. J., Lui, J. H. L., Lustgraaf, C. J. N., & Barry, C. T. (2016). Social and emotional intelligence moderate the relationship between psychopathy traits and social perception. *Personality and Individual Differences*, *95*, 95-104.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, *24*, 597–602.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (2001). Making sense of hypochondriasis: A cognitive model of health anxiety. In G. J. G. Asmundson, S. Taylor, & B. Cox (Eds.), *Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions* (pp. 46–64). Toronto, ON: John Wiley & Sons.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D.M. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, *32*, 843-853.

- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9*(3), 185–211.
- Savaşır, I. (1978). MMPI'ın Türkçeye uyarlanması ve standardizasyon projesi. *Psikoloji Dergisi, 1*(1), 18-24.
- Saxena, S. & Jain, K. R. (2013). Social intelligence of undergraduate students in relation to their gender and subject stream. *IOSR Journal of Research & Method in Education, 1*(1), 1-4.
- Schmidt, S., Strauss, B., & Braehler, E. (2002). Subjective physical complaints and hypochondriacal features from an attachment theoretical perspective. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 75*, 313–332.
- Silvera, D. H., Martinussen, M., & Dahl, T. I. (2001). The Tromso Social Intelligence Scale, a self-report measure of social intelligence. *Scandinavian Journal of Psychology, 42*(4), 313-319.
- Spearman, C. (1904). General intelligence: objectively determined and measured. *The American Journal of Psychology, 15*(2), 201-292.
- Starcevic V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related internet use.. *Neurotherapeutics, 13*, 205–213.
- Stein, M. B., Jang, K. L., & Livesley, W. J. (1999). Heritability of anxiety sensitivity: a twin study. *American Journal of Psychiatry, 156*, 246–251.
- Sternberg, R. J., & Smith, C. (1985). Social intelligence and decoding skills in nonverbal communication. *Social Cognition, 3*(2), 168-192.
- Stuart, S., & Noyes, R. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics, 40*, 34–43.
- Sunderland, M., Newby, J. M., & Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: Prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry, 202*, 56–61.

- Tasleema, A. N., & Ganai, M. Y. (2015). Social intelligence and academic achievement of college students-A study of district Srinagar. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 20(2), 74-76.
- Taylor S., & Asmundson G. J. G. (2004). *Treating Health Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach*. New York: Guilford.
- Taylor, S. (2004). Understanding and treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 112-123.
- Thorgaard, M. V., Frostholm, L., & Rask, C. U. (2018). Childhood and family factors in the development of health anxiety: A systematic review. *Children's Health Care*, 47(2), 198-238.
- Thorndike, R. L., & Stein, S. (1937). An evaluation of the attempts to measure social intelligence. *Psychological Bulletin*, 34(5), 275-285.
- Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Green, J., Murphy, D., & Tyrer, H. (2011). Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 392–394.
- Uluç, S. (2016). İnsan zekasının Cattell-Horn-Carroll kuramı. *Türkiye Klinikleri*, 1(1), 1-9.
- Varsamis, J., & Adamson, J. D. (1976). Somatic symptoms in schizophrenia. *The Canadian Psychiatric Association Journal*, 21(1), 1-6.
- Verhaak, P. F., Meijer, S. A., Visser, A. P., & Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 23, 414–420.
- Walker, O. L., Degnan, K. A., Fox, N. A., & Henderson, H. A. (2013). Social problem solving in early childhood: Developmental change and the influence of shyness. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 34(4), 185-193.
- Walker, R. E., & Foley, J. M. (1973). Social intelligence: Its history and measurement. *Psychological Reports*, 33(3), 839–864.

- Warwick, H. C., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 105–117.
- Wearden, A., Perryman, K., & Ward, V. (2006). Adult attachment, reassurance seeking and hypochondriacal concerns in college students. *Journal of Health Psychology*, 11, 877–886.
- Wilhelmsen, I. (2017). Hypochondriasis or health anxiety. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 1-8.
- Woolfolk, R. L., & Allen, L. A. (2007). Somatization: *epidemiology, clinical characteristics, and treatment. in treating somatizations: A cognitive-behavioral approach* (pp. 36-45), New York: The Guilford Press.
- Woolfolk, R. L., Allen, L. A., & Tiu, J. E. (2007). New directions in the treatment of somatization. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 621-644.
- Yermentaeyeva, A., Aurenova, M. D., Uaidullakzy, E., Ayapbergenova, A., & Muldabekova, K. (2014). Social intelligence as a condition for the development of communicative competence of the future teachers. *Social and Behavioral Sciences*, 116, 4758-4763.

EKLER

Ek-1. Demografik Veri Formu

- 1) Cinsiyetiniz? 2) Yaşınız?
- Kadın
 Erkek
- 3) Şu an hangi düzeyde eğitim görmektesiniz? 4) Bölümünüz?
.....
- Ön lisans
 Lisans
 Yüksek Lisans
 Doktora
- 5) Medeni durumunuz?
- Bekar
 Evli
 Boşanmış
 Dul
- 6) Geçiminizi nasıl sağlıyorsunuz?
- Ailemin/akrabalarımın yardımıyla
 Kendim çalışarak
 Kredi/ burs ile
- 7) Kronik bir hastalığınız var mı? 8) Varsa nedir?.....
- Var
 Yok
- 9) Daha önce önemli bir ameliyat geçirdiniz mi?
- Evet
 Hayır

Ek-2. Tromso Sosyal Zeka Ölçeği

Aşağıda insanların kendileriyle ilgili düşünce ve duygularını ifade eden cümleler yer almaktadır. Bu ifadelerin size uygun oluş derecesine göre Tamamen uygun, Uygun, Biraz uygun, Uygun değil, Hiç uygun değil seçeneklerinden birisini işaretleyiniz.

	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
1. Diğer insanların davranışlarını önceden tahmin edebilirim.					
2. Çoğunlukla başkalarının seçimlerini anlamamanın zor olduğunu hissedirim.					
3. Davranışlarımın diğer insanlara ne hissettireceğini bilirim.					
4. Tanımadığım yeni insanların olduğu bir ortamda genellikle tedirginlik hissedirim.					
5. İnsanlar yaptıkları şeylerle beni sık sık şaşırtırlar.					
6. Diğer insanların duygularını anlayabilirim.					
7. Sosyal ortamlara kolaylıkla uyum sağlarım.					
8. İnsanlar açıklama yapmama fırsat vermeden bana kızarlar.					
9. Başkalarının isteklerini anlarım.					
10. İnsanlarla ilk tanışmada ve yeni ortamlara girme konusunda iyiyimdir.					
11. Ne düşündüğümü söylediğimde insanlar genellikle benden rahatsız olmuş veya bana kızmış gibi görünürler.					
12. Başka insanlarla geçinebilmekte zorlanırım.					
13. İnsanları tahmin edilemez bulurum.					

14. Bir açıklama yapmalarına gerek duymadan insanların ne yapmaya çalıştıklarını çoğunlukla anlarım.					
15. Başkalarını iyice tanımam uzun zaman alır.					
16. Farkına varmadan çoğu kez başkalarını incitirim.					
17. Diğer insanların davranışlarına nasıl tepki göstereceklerini tahmin edebilirim.					
18. Yeni tanıştığım insanlarla iyi ilişkiler kurmada başarılıyım.					
19. Diğer insanların yüz ifadelerinden, beden dillerinden vs. gerçekte ne demek istediklerini çoğunlukla anlarım.					
20. Başkalarıyla konuşacak güzel sohbet konuları bulmakta çoğunlukla sıkıntı çekerim.					
21. Diğer insanların yaptıklarına verdikleri tepkiler beni çoğunlukla şaşırtır.					

Ek-3. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (Tr-SSÇE-G)

Aşağıda, insanların günlük yaşamda sorunlarla karşılaştıkları zaman gösterebilecekleri bazı düşünce, duygu ve davranış biçimleri verilmektedir. Bu ankette geçen, “**sorun**” kelimesi ile yaşamınızda önemli bulduğunuz ve sizi çok rahatsız eden ama nasıl düzeltereğinizi bilmediğiniz durumlar kastedilmektedir. Sorun, sizin kendinizle (düşünceleriniz, duygularınız, davranışınız, sağlığınız veya görünümünüz ve benzeri), diğer insanlarla olan ilişkilerinizle (aile, arkadaş, öğretmen, veya patron ve benzeri), veya çevreniz ve sahip olduklarınızla (ev, araba, mülk, veya para ve benzeri) ilgili olabilir. Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve o ifadenin sizin için ne derece geçerli olduğuna karar veriniz. Burada verilebilecek cevapların doğrusu veya yanlışı yoktur. Sorunlarla karşılaştığınızda nasıl düşündüğünüzü, hissettiğinizi ve davrandığınızı hayal ediniz. Sizin için en geçerli cevabı yansıtan kutunun içine şu şekilde (X) bir çarpı işareti koyunuz. Her bir soruyu cevaplamaya çalışınız.

	Benim için hiç doğru değil	Benim için biraz doğru	Benim için kısmen doğru	Benim için çok doğru	Benim için tamamen doğru
1. Çözmem gereken önemli bir sorunum olduğunda, kendimi tehdit edilmiş ve korkmuş hissedirim.					
2. Karar verirken, bütün seçenekleri yeterince dikkatli bir şekilde değerlendirmem.					
3. Önemli bir karar almam gerektiği zaman kendimi gergin hissedirim ve kendimden emin olamam.					
4. Bir sorunu çözmek için ilk baştaki çabalarım başarısız olduğunda, vazgeçmeyip kolayca pes etmezsem sonunda iyi bir çözüm bulacağımın farkındayım.					
5. Bir sorunum olduğunda, çözülebileceğine inanırım.					
6. Kendim çözmeye çalışmadan önce, bir sorunun kendiliğinden çözülüp çözülmeyeceğini görmek için beklerim.					
7. Bir sorunu çözmeye ilk çabalarım başarısız olduğu zaman çok fazla hayal kırıklığı yaşıyorum.					
8. Zor bir sorunla karşılaştığımda, ne kadar çok çalışırsam çalışayım kendi başıma çözebileceğimden şüphe ederim.					

9. Hayatımda bir sorun ortaya çıktığında, çözmeye çalışmayı olabildiğince ertelerim.					
10. Sorunlarla uğraşmaktan kaçınmak için hayatımın akışını değiştiririm.					
11. Zor sorunlar beni üzer ve telaşlandırır.					
12. Vermem gereken bir karar olduğunda, her seçeneğin olumlu ve olumsuz sonuçlarını tahmin etmeye çalışırım.					
13. Hayatımda sorunlar ortaya çıktığında, mümkün olan en kısa süre içerisinde onları çözmek isterim.					
14. Bir sorunu çözmeye çalıştığımda, aklıma gelen ilk iyi fikirle hareket ederim.					
15. Zor bir sorunla karşılaştığımda, yeterince gayretli çalışırsam onu tek başıma çözebileceğime inanırım.					
16. Çözmem gereken bir sorun olduğunda, ilk yaptığım işlerden birisi sorun hakkında olabildiğince fazla bilgi toplamaktır.					
17. Hayatımdaki sorunları çözmeyi, bıçak kemiğe dayanıncaya kadar ertelerim.					
18. Sorunlardan kaçmaya onları çözmekten daha fazla zaman harcıyorum.					
19. Bir sorunu çözmeye çalışmadan önce, tam olarak neye ulaşmak istediğimi bilebilmek için kendime bir hedef belirlerim.					
20. Bir karar vermem gerektiği zaman, her bir seçeneğin olumlu ve olumsuz yönlerini düşünmek için zaman harcamam.					
21. Bir sorunu çözdüğümde, sorunla ilgili durumun olumlu yönde ne kadar değiştiğini olabildiğince dikkatli bir biçimde değerlendirmeye çalışırım.					
22. Bir sorunum olduğunda, sorunu olumlu yönde faydalanılabilecek bir fırsat olarak görmeye çalışırım.					
23. Bir sorunu çözmeye çalıştığımda, olabildiğince fazla çözüm seçeneği düşünmeye çalışırım; ta ki aklıma başka bir düşünce gelmeyinceye kadar.					
24. Karar alırken, her seçeneğin sonuçlarını düşünmeden içimden gelen duygularla hareket ederim.					
25. Karar vermem söz konusu olduğunda çok fazla düşünmeden hareket ederim.					

Ek-4. Somatizasyon Ölçeği

Her soruyu okuyarak kendi durumunuza göre doğru ya da yanlış olup olmadığına karar veriniz. Bazı sorular birbirinin aynısı ya da tam tersi gibi gelebilir. Mümkünse bütün soruları cevaplandırmaya çalışınız.

	Doğru	Yanlış
1. Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur.		
2. İştahım iyidir.		
3. Başım pek az ağrır.		
4. Ayda bir iki defa ishal olurum.		
5. Midemden oldukça rahatsızım.		
6. Çoğu kez midem ekşir.		
7. Bazen utanınca çok terlerim.		
8. Sağlığım beni pek kaygılandırmaz.		
9. Hemen hemen hiçbir ağrı ve sızım yok.		
10. Bazen başımda sızılı hissedirim.		
11. Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır.		
12. Sağlığım birçok arkadaşımınki kadar iyidir.		
13. Pek seyrek kabız olurum.		
14. Ensemden nadiren ağrı hissedirim.		
15. Vücudumda pek az seyirme ve kasılma olur.		
16. Çabucak yorulmam.		
17. Pek az başım döner ya da hiç dönmez.		
18. Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem.		
19. Soğuk günlerde bile kolayca terlerim.		
20. Çoğu zaman yorgunluk hissedirim.		
21. Hemen her gün mide ağrılarından rahatsız olurum.		
22. Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir.		
23. Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım.		
24. Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyiydi.		
25. Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım.		

26. Çoğu zaman bana kafam ŐiŐmiŐ ya da burnum tıkanmıŐ gibi gelir.		
27. Çoğu zaman baŐım sıkı bir çember içindeymiŐ gibi gelir.		
28. Kalp ve gğus ağrılarından hemen hemen hiç Őikayetim yoktur.		
29. Hayatımda hiçbir zaman kendimi Şimdiki kadar iyi hissetmedim.		
30. Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır.		
31. Hiç felç geçirmedim ya da kaslarımda olağanüstü bir halsizlik duymadım.		
32. Ortada hiçbir neden yokken haftada bir ya da daha sık birdenbire her yanımı ateş basar.		
33. Vücutumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma ve uyuŐukluk hissederim.		

Ek-5. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a)'yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1.

- (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
- (b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
- (c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
- (d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.

2.

- (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
- (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
- (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
- (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.

3.

- (a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
- (b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
- (c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
- (d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.

4.

- (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
- (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
- (c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
- (d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.

5.

- (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
- (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
- (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
- (d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

6.

- (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
- (b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- (c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- (d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

7.

- (a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
- (b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
- (c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
- (d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8.

- (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
- (b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
- (c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
- (d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9.

- (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
- (b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
- (c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
- (d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

10.

(a) Vücutumda bir algı yada değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.

(b) Vücutumda bir algı yada değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.

(c) Vücutumda bir algı yada değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.

(d) Vücutumda bir algı yada değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11.

(a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.

(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.

(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12.

(a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem

(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13.

(a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.

(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.

(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.

(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14.

- (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
- (b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
- (c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
- (d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığımız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15.

- (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
- (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
- (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.
- (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16.

- (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
- (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
- (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
- (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17.

- (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.


- (b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.
- (c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
- (d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18.

- (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
- (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
- (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
- (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

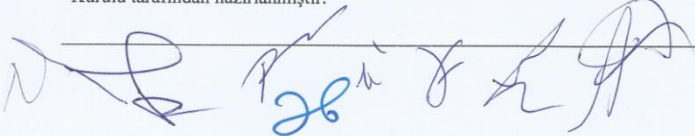


Ek-6. Etik Kurul İzni

		FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ	
		ETİK KURULU	
		PROJE ONAY FORMU	
Tarih	04/12/2018	Yer	Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Rektörlüğü, Zeyrek Mah. Büyükkaraman Cad. No:53 Fatih /İSTANBUL Tel: 0212 521 81 00 Pbx Faks:0212 521 84 84, fatihisultan@fatihisultan.edu.tr
Katılımcılar	Prof. Dr. Fatih ANDI Etik Kurulu Başkanı Prof. Dr. Fevzi YILMAZ Etik Kurulu Üyesi Prof. Dr. Fahameddin BAŞAR Etik Kurulu Üyesi Prof. Dr. Ahmet Turan ARSLAN Etik Kurulu Üyesi Prof. Dr. İbrahim NUMAN Etik Kurulu Üyesi Prof. Dr. M. Hüseyin SUBAŞI Etik Kurulu Üyesi Prof. Dr. Hasan BACANLI Etik Kurulu Üyesi Doç. Dr. Naim DEMİREL Etik Kurulu Üyesi		
..... projenin öneri metni kurulumuza sunulmuştur. Söz konusu proje özeti aşağıdaki gibidir.			
Araştırmanın Başlığı:	Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Zeka ve Sosyal Sorun Çözme Becerisinin Somatizasyon ve Sağlık Anksiyetesi Üzerindeki Etkisi		
Araştırmacılar ve adres bilgisi:	Hüdanur Akkuzu		
Araştırmanın Süresi (ay):	10.2018-05.2019 (8 ay)		
Araştırmanın Amacı:	İstanbul'da üniversite eğitimi alan öğrencilerde sosyal zeka ve sosyal sorun çözme becerilerine bakılarak, bunların somatizasyon ve sağlık anksiyetesi üzerindeki etkisini incelemek, araştırmanın amacıdır.		
Araştırmada Kullanılacak Ölçme Araçları (adları):	Tromso Sosyal Zeka Ölçeği, Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri, Somatizasyon-33 Ölçeği (MMPI Alt Boyutu), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği		
Araştırmaya Katılacak Denek Sayısı ve Nereden Seçileceği:	300-350 arası kişi İstanbul'daki üniversitelerde eğitim alan öğrenciler		
Araştırmada Deneklerin Nasıl Seçileceği:	Kartopu örnekleme Kota örnekleme		
Uygulamanın veya Ölçeklerin Doldurma Süresi	12 dakika		
KARAR	ARAŞTIRMA FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİNİN ETİK DURUŞUNA AYKIRI DEĞİLDİR.		

Tarih : .../.../201..

Bu raporsunulmak üzere Fatih Sultan Mehmet Üniversitesi Etik Kurulu tarafından hazırlanmıştır.

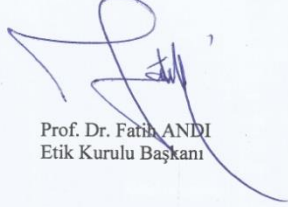


Sayfa 1 / 2
FSMVÜ.İDD.FR-058/00
Yayın Tarihi: 08/03/2017

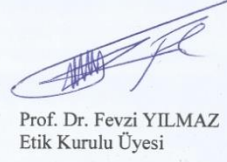


FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ

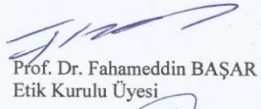
ETİK KURULU
PROJE ONAY FORMU



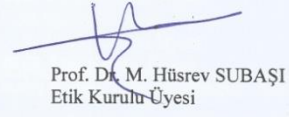
Prof. Dr. Fatih ANDI
Etik Kurulu Başkanı



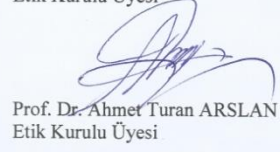
Prof. Dr. Fevzi YILMAZ
Etik Kurulu Üyesi



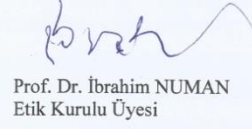
Prof. Dr. Fahameddin BAŞAR
Etik Kurulu Üyesi



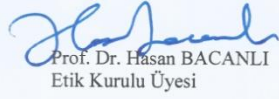
Prof. Dr. M. Hüsrev SUBAŞI
Etik Kurulu Üyesi



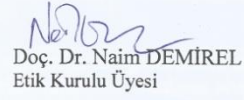
Prof. Dr. Ahmet Turan ARSLAN
Etik Kurulu Üyesi



Prof. Dr. İbrahim NUMAN
Etik Kurulu Üyesi



Prof. Dr. Hasan BACANLI
Etik Kurulu Üyesi




Doç. Dr. Naim DEMİREL
Etik Kurulu Üyesi

Sayfa 2 / 2

FSMVÜ.İDD.FR-058/00

Yayın Tarihi: 08/03/2017

Ek-7. Ölçek Kullanımı İçin Alınan İzinleri Gösteren Mail Kaynakları

Tromso Sosyal Zekâ Ölçeği Hk. 





Hüdanur Akkuzu

5 Eyl 2018 Çar 21:03 ☆

Merhaba, Ben Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Klinik Psikoloji alanında yüksek lisans yapmaktayım. Tez araştırmam için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını



Tayfun Doğan <tayfun@tayfundogan.net>

5 Eyl 2018 Çar 21:44 ★  

Alıcı: ben ▾

Merhaba Hüdanur Hanım,

Ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçeğe kişisel web sitemden ulaşabilirsiniz.

Tayfun Doğan
www.tayfundogan.net


Gönderen: Hüdanur Akkuzu <hudaakkuzu@gmail.com>

Gönderildi: 5 Eylül 2018 Çarşamba 18:03:03

Kime: tayfun@tayfundogan.net

Konu: Tromso Sosyal Zekâ Ölçeği Hk.

...

Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri 



Hüdanur Akkuzu

27 Haz 2018 16:21 ☆

Merhaba, Ben Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Klinik Psikoloji alanında yüksek lisans yapmaktayım. Tez araştırmam için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını



Hüdanur Akkuzu

30 Haz 2018 17:52 ☆

----- Yönlendirilmiş ileti ----- Gönderen: Hüdanur Akkuzu <hudaakkuzu@gmail.com> Tarih: 27 Haziran 2018 16:21 Konu: Gözden Geçirilmiş Sosyal Sor...



MEHMET ESKİN <meskin@adu.edu.tr>

 3 Tem 2018 12:07 ☆  

Alıcı: ben ▾

Ekli dosyalar, başarılar

Mehmet Eskin, professor of psychology
Adnan Menderes University, Faculty of Medicine
Department of Psychiatry
Aydın, Turkey

27 Haziran 2018 16:21 tarihinde Hüdanur Akkuzu <hudaakkuzu@gmail.com> yazdı:

...

2 5 4



Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Hk. ► Gelen Kutusu x



Hüdanur Akkuzu

2 Eyl 2018 Paz 00:52 ☆

Merhaba, Ben Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Klinik Psikoloji alanında yüksek lisans yapmaktayım. Tez araştırmam için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını



Omer Aydemir <soaydemir@yahoo.com>

3 Eyl 2018 Pzt 08:19 ★ ↩ ⋮

Alıcı: ben ▾

Merhaba

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ektedir. Tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Toplam puanı maddelerin aritmetik toplamı biçiminde elde edilmektedir.

Kolay gelsin

Omer Aydemir

From: Hüdanur Akkuzu <hudaakkuzu@gmail.com>

To: soaydemir@yahoo.com

Sent: Sunday, September 2, 2018 12:52 AM

Subject: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Hk.

