



**T.C. DOĞUŞ ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ÖZEL RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURMUŞ BİREYLERDE STRES  
İLE BAŞ ETME BECERİLERİ VE PSİKOLOJİK BELİRTİLER ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BÜŞRA CEREN YILMAZ**

**DANIŞMAN:**  
**PROF. DR. MERAL ÇULHA**

**İSTANBUL, 2020**



**T.C. DOĞUŞ ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ÖZEL RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURMUŞ BİREYLERDE STRES  
İLE BAŞ ETME BECERİLERİ VE PSİKOLOJİK BELİRTİLER ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BÜŞRA CEREN YILMAZ**

**DANIŞMAN:**  
**PROF. DR. MERAL ÇULHA**

**İSTANBUL, 2020**

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “ **Özel Ruh Sağlığı Merkezlerine Başvurmuş Bireylerde Stres İle Baş Etme Becerileri Ve Psikolojik Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** ” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

İstanbul, Şubat, 2020  
Büşra Ceren YILMAZ

## ÖNSÖZ

Bu araştırmanın amacı terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmanın bireylerde psikolojik belirtilerin tedavisinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Tez konumun belirlenmesinden çalışmamın sonuna kadar her türlü destek ve yardımı esirgemeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Meral ÇULHA'ya teşekkürlerimi bir borç bilirim. Eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteği sağlayan aileme teşekkürler ve saygılarımı sunarım.

İstanbul, Şubat, 2020  
Büşra Ceren YILMAZ

## ÖZET

Bu araştırmanın amacı terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu çalışma, “ilişkisel tarama modeli”ne uygun olarak düzenlenmiştir. Araştırmaya İstanbul’da terapi merkezlerinde destek alan 100 kişi dahil edilmiştir.

Katılımcıların stresle başa çıkma tutumlarının belirlenmesinde Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması Ağargün vd. (2015) tarafından yapılan COPE ölçeği, psikolojik belirtilerinin belirlenmesinde Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılan Kısa Semptom Tarama Envanteri kullanılmıştır.

Veri toplama araçları ile elde edilen veriler bilgisayar ortamına sayısal ifade olarak girilmiş ve bu veriler sosyal bilimler için istatistik paket programı (SPSS 25) kullanılarak istatistiksel analizleri yapılmıştır.

Araştırma sonucunda stresle başa çıkma tutumları ile psikolojik belirtiler arasında ilişki saptanmıştır. Yine araştırmada stresle başa çıkma tutumları ile psikolojik belirtilerin demografik değişkenlere göre anlamlı farklılaştığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Stres, başa çıkma, psikolojik belirti.

## **ABSTRACT**

The aim of this study is to examine the relationship between the methods of coping with stress and psychological symptoms of individuals in therapy centers. This study is organized in accordance with the “relational screening model”. The study included 100 people who received support from therapy centers in Istanbul.

Turkish reliability and validity study for determining the attitudes of the participants to cope with stress Ağargün et al. (2015) The COPE scale was used to determine the psychological symptoms and the Turkish Reliability and Validity study, the Short Symptom Screening Inventory conducted by Şahin and Durak (1994).

The data obtained with the data collection tools were entered into the computer as a numerical expression and these data were analyzed using the statistical package program (SPSS 25) for social sciences.

As a result of the research, a relationship was found between attitudes to cope with stress and psychological symptoms. Again, in the study, it was seen that psychological symptoms and attitudes to cope with stress differ significantly according to demographic variables.

**Keywords:** Stress, coping, psychological symptom.

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

YEMİN METNİ.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	ivv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLO LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	2
1.3. Varsayımlar.....	4
1.4. Sınırlılıklar.....	4
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	5
2.1. Stresin Tanımı.....	5
2.2. Stresin Nedenleri.....	6
2.3. Stres Tepkileri.....	8
2.3.1. Fizyolojik Tepkiler.....	9
2.3.2. Bilişsel Tepkiler.....	10
2.3.3. Duygusal Tepkiler.....	10
2.3.4. Davranışsal Tepkiler.....	10
2.4. Stresle Başa Çıkma.....	11
2.4.1. Problem Odaklı Başa Çıkma.....	12
2.4.2. Duygu Odaklı Başa Çıkma.....	13
2.5. Başa Çıkma Tarzları ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişkiler.....	13
2.6. Başa Çıkma Tarzları ile Stres Değerlendirilmesi Arasındaki İlişkiler.....	14
2.7. Baş Etmeye İlgili Kuramsal Yaklaşımlar.....	15
2.7.1. Psikanalitik Yaklaşım.....	16
2.7.2. Kişilik Yaklaşımları.....	17

2.7.3. Bilişsel – Etkileşimsel Süreç Yaklaşımı .....	18
2.8. Stresle Baş Etme Kaynakları .....	20
2.9. Psikolojik Belirtiler.....	21
2.9.1. Somatizasyon .....	22
2.9.2. Depresyon .....	23
2.9.3. Anksiyete (Kaygı).....	25
2.9.4. Olumsuz Benlik .....	27
2.9.5. Hostilite (Düşmanlık) .....	28
3. YÖNTEM .....	28
3.1. Araştırmanın Modeli.....	28
3.2. Araştırmanın Örneklemi .....	28
3.3. Veri Toplama Araçları .....	29
3.3.1. Demografik Bilgi Formu .....	29
3.3.2. COPE Ölçeği.....	29
3.3.3. Kısa Semptom Envanteri .....	29
3.4. Verilerin Analizi .....	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	51
5.1. Terapi Merkezinde Bulunan Stresle Başa Çıkma Tutumları İle Psikolojik Belirtileri Arasında İlişki Var mıdır? .....	51
5.2. Terapi Merkezinde Bulunan Bireylerin Stresle Başa Çıkma Tutumları Demografik Değişkenlere Göre Farklılık Gösterir Mi?.....	53
5.3. Terapi Merkezinde Bulunan Bireylerin Psikolojik Belirtileri Demografik Değişkenlere Göre Farklılık Gösterir Mi? .....	55
6. SONUÇ.....	57
KAYNAKLAR .....	60
EKLER .....	69
EK I.....	69
EK II .....	70
EK III.....	71
EK VI.....	75
ÖZGEÇMİŞ.....	79



## TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1: Örneklem Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı .....	30
Tablo 4.2: Başa Çıkma Tarzlarını Değerlendirme Ölçeğinin Betimsel İstatistikleri.....	31
Tablo 4.3: Kısa Semptom Ölçeğinin Betimsel İstatistikleri .....	32
Tablo 4.4: Kısa Semptom Ölçeği ile Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları .....	33
Tablo 4.5: Başa Çıkma Tutumlarının Kısa Semptoma Etkisi.....	35
Tablo 4.6: Cinsiyet Değişkenine Göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.7: Cinsiyet Değişkenine Göre Kısa Semptom Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.8: Gelir Durumu Değişkenine Göre Kısa Semptom Ölçeğinin ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.9: Gelir Durumu Değişkenine Göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.10: Yaş Değişkenine Göre Kısa Semptom Ölçeğinin ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.11: Yaş Değişkenine Göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.12: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.13: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Kısa Semptom Ölçeğinin ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması .....	49

## KISALTMALAR

<b>C</b>	:	Cilt
<b>Çev</b>	:	Çeviren
<b>DSM</b>	:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
<b>No</b>	:	Numara
<b>s</b>	:	Sayfa
<b>S</b>	:	Sayı
<b>Vb</b>	:	Ve Benzeri
<b>vd</b>	:	Ve Diğerleri



## 1. GİRİŞ

Stres kişilerin bedensel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyen bir etmendir. Stresle baş etme yöntemleri, bu etkileri yok etmek için oldukça önemlidir. Lazarus ve Folkman'a göre (1984) başa çıkma, "kişinin, kaynaklarını tükettiğini veya aştığını düşündüğü belirli iç ya da dış taleplerin üstesinden gelmek için sergilediği, sürekli olarak değişen bilişsel ve davranışsal çabalarıdır".

Bireyler yaşamları boyunca birçok stresörlerle karşılaşabilmektedir. Bu stresörlere karşı bireylerin kullandıkları başa çıkma tutumları yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilir ve bireye özgü bir nitelik taşımaktadır.

Ruhsal rahatsızlıklar yaşam kalitesini olumsuz biçimde etkiler ve çeşitli alanlarda yeti yitimine neden olur. Kişinin kendisinden beklenen fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevlerini yerine getirmemesi, kişinin kendi değerler sistemi ve kültürü içerisinde hastalığın sonuçlarını en aza indirmek veya tümüyle başa çıkma için birtakım baş etme tutumlarını geliştirmesi ile sonuçlanmaktadır. Bireylerin hastalık ile başa çıkma tutumları davranışsal, duygusal ve özgül bilişsel çabaları içermektedir.

Baş çıkma tutumlarını emosyon odaklı olanlar ve sorun çözmeye yönelik olanlar şeklide iki kısımda incelemek mümkündür. Bunlardan ilki sorunun ana kaynağı olan duruma ilişkin başa çıkma tutumları, ikincisi ise ana kaynağın yol açtığı duygusal etki ile başa çıkma tutumlarını içermektedir.

Baş çıkma tutumları aktif ve pasif tutumlar olarak da ayrılabilir. Aktif başa çıkma tutumları stresörün ortadan kaldırılması veya değiştirilmesini hedefleyen davranışsal veya psikolojik yanıtları, pasif başa çıkma tutumları ise kişiyi stresörlerden uzaklaştıran davranışları içermektedir. Bu açıdan başa çıkma tutumlarını uyuma yönelik olanlar ve uyuma yönelik olmayanlar olarak da tanımlamak mümkündür.

Uyuma yönelik olan başa çıkma tutumları stres oluşturan yaşam olayları veya etkenler ile psikiyatrik bozukluklar arasında ilişkinin anlaşılmasında merkezi bir rol oynar. Aktif ya da uyuma yönelik olan başa çıkma tutumlarından çok, emosyonel gerilimin

azaltılmasına yönelik başa çıkma tutumlarının kullanılmasıyla psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkmasında ve sürmesinde anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu bağlamda bireyin stres oluşturan durum karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarının bilinmesi, tedavi hedeflerinin belirlenmesi ve terapötik etkinliğin izlenmesinde önemli bir rol oynayacaktır.

### **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

### **1.2. Araştırmanın Hipotezleri**

H<sub>1</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri ile psikolojik belirtileri arasında ilişki bulunmaktadır.

H<sub>1A</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin anksiyete düzeyleri ile pozitif yeniden yorumlama arasında ilişki bulunmaktadır.

H<sub>1B</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin anksiyete düzeyleri ile davranışsal olarak boş verme arasında ilişki bulunmaktadır.

H<sub>1C</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin anksiyete düzeyleri ile duygusal sosyal destek kullanımı arasında ilişki bulunmaktadır.

H<sub>1D</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin depresyon düzeyleri ile kabullenme arasında ilişki bulunmaktadır.

H<sub>1E</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin depresyon düzeyleri ile diğer meşguliyetlerle bastırma ilişkisi bulunmaktadır.

H<sub>1F</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin depresyon düzeyleri ile madde kullanımı arasında ilişki bulunmaktadır.

H<sub>1G</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin olumsuz benlik düzeyleri ile inkar arasında ilişki bulunmaktadır.

H<sub>1H</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin olumsuz benlik düzeyleri ile kabullenme arasında ilişki bulunmaktadır.

H<sub>1I</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin olumsuz benlik düzeyleri ile pozitif yeniden yorumlama arasında ilişki bulunmaktadır.

H<sub>1J</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin somatizasyon düzeyleri ile şakaya vurma arasında ilişki bulunmaktadır.

H<sub>1K</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin somatizasyon düzeyleri ile yararlı sosyal destek kullanımı arasında ilişki bulunmaktadır.

H<sub>1L</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin somatizasyon düzeyleri ile kabullenme arasında ilişki bulunmaktadır.

H<sub>1M</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin hostilite düzeyleri ile kabullenme arasında ilişki bulunmaktadır.

H<sub>1N</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin hostilite düzeyleri ile inkar arasında ilişki bulunmaktadır.

H<sub>1O</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin hostilite düzeyleri ile soruna odaklanma duyguları açığa vurma arasında ilişki bulunmaktadır.

H<sub>2</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri demografik değişkenlere göre farklılık göstermektedir.

H<sub>2A</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H<sub>2B</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri yaşa göre farklılık göstermektedir.

H<sub>2C</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

H<sub>2D</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H<sub>3</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin psikolojik belirtileri demografik değişkenlere göre farklılık göstermektedir.

H<sub>43</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin psikolojik belirtileri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H<sub>3B</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin psikolojik belirtileri yaşa göre farklılık göstermektedir.

H<sub>3C</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin psikolojik belirtileri gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.

H<sub>3D</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin psikolojik belirtileri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

### **1.3. Varsayımlar**

1. Çalışma örnekleminin evreni yansıttığı farz edilmektedir.
2. Veri toplama için araştırmada kullanılan araçların ölçmek istediği nitelikleri güvenilir ve geçerli bir biçimde ölçtüğü farz edilmektedir
3. Katılımcıların sorulan sorulara tarafsız, eksiksiz ve doğru cevapladığı farz edilmektedir.

### **1.4. Sınırlılıklar**

1. Bu araştırma İstanbul'da terapi merkezlerinde destek alan 100 kişi ile sınırlanmıştır.
2. Bu araştırmada edinilen veriler, kullanılmış olan ölçme araçlarından elde edilen veriler ile sınırlanmıştır.

## 2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın bu bölümünde, çalışma ile ilişkili kavramlara ayrıntılı bir biçimde yer verilmiştir.

### 2.1. Stresin Tanımı

Stres Latince’de “Estrictia”, ve Fransızca’da “Estrece” kelimelerinden türemiştir. 17. yy.’ da bu kavram dert, keder, bela anlamlarında kullanılmıştır. 18. ve 19. yy. ‘da ise stres kavramı zor ve baskı gibi anlamlar içermesinin yanı sıra, “bütünlüğü koruma” ve “öze dönme çabası” gibi anlamlarla da kullanılmıştır (Baltaş ve Baltaş, 2004).

Günümüz dünyasında ise stres tanımlanmasından daha çok yorumlanması tercih edilen bir kavramdır. Stres üzerine araştırma yapanlar bu kavramı genellikle kişinin gerilim altında bulunması ve oluşan baskıyla bedenini verdiği bedensel ve ruhsal tepkiler olarak tanımlar. Diğer bir ifade ile stres, “kişi üzerinde etkili olan bireysel, örgütsel ve çevresel etmenlerin, kişinin davranışlarında neden olduğu ve kendisinde tutum ve davranış değişikliğine neden olduğu durumdur” (Ertekin 1993).

Lazaruz (1985) stres kavramını, “bireyin kendisinden kaynaklanan bu süreçte aşamadığı, zorlandığı ve içinde bulunduğu durumu tehdit eden ilişkilerin tümü” olarak tanımlamıştır (Akt. Coşkun, 2018).

Hans Selve’e (1977) göre stres, “vücudumuzun zorlu ve stres yaratıcı durumlara karşı aşınma oranıdır”. Organizmanın stres halinde kaygı düzeyini artırıcı, bireyin kendisine zarar vermeye yönelik edimler ve olumsuz düşüncelere yönelmesi gibi bir durum oluşturduğu düşünülmektedir. Selye sonraki dönemde yaptığı araştırmalarda stresin aslında vücudun zorlu durumlar karşısında verdiği tepki olarak tanımlamıştır (Akt. Coşkun, 2018).



## 2.2. Stresin Nedenleri

Stresli durumlar, benlik kavramı sınırının zorlanması, kontrol edilebilme, tahmin edilebilme, değişme ve tehdit, içsel çatışma, baskı, engellenme benzeri farklı özellikler içerir. Bu özellikler strese neden olan durum veya olayların stresli olarak düşünülmesinin sebepleridir. Bu özellikler bireyler arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Kişinin bireysel değerlendirmeleri bir durumun ne ölçüde stresli olduğunu değiştirebilmektedir (Ekmekçi, 2008).

1. Sınırların Zorlanması, Baskı: Yaşanan durum ya da olaylar bireyin benlik kavramını zorlaması sebebiyle, tahmin edilebilir ve kontrol edilebilir olmasına rağmen stresli geçirilebilmektedir. Öğrencilerin final haftaları iyi bir örnektir. Öğrencilerin çoğu, yılın geri kalan kısmına oranla final haftasında daha çok çalışır. Bununla birlikte gelen zihinsel ve fiziki zorluk bazı öğrenciler için strese neden olur. Bu süreçte öğrenciler zihinsel kapasite ve bilgilerinin seviyesini öğrenirler. Bu öğrenciler sınavlarında başarı elde etseler dahi, önemli sınavlarda başarısız olma olasılığını düşünerek belirli meslek edinime kararında zorlanabilmektedirler.
2. Kontrol Edilebilirlik: Bir durum kontrol edilemez görüldüğü ölçüde stresli olarak algılanması yüksek bir ihtimaldir. Sevilen bir yakının yaşamını yitirmesi, işten çıkarılma veya kötü bir hastalığa sahip olma kontrol edilmesi güç olaylara örnektir. Kontrol edilemeyen durumların strese neden olmasının en belirgin nedeni ise yaşanmasına engel olamamaktır. Kişinin olayı kontrol edebileceğini düşünmesi, kontrolü ele alamasa bile durumun stres seviyesini azaltmaktadır. Yapılan bir araştırmada iki gruba hoş olmayan ve yüksek sesli müzik verilmiştir. Birinci grupta bulunan deneklere bir tuş yardımıyla sesi kesebilme olanağı verilmiş fakat kesinlikle gerekli olmadıkça bunu yapmamaya şartlandırılmışlardır. İkinci gruptaki deneklerin ise sesi kontrol etme imkânları yoktur. Yüksek ses her iki gruba da aynı seviyede verilmiştir. Sonuç olarak sesi kontrol etme imkânı olmayan grubun, bu imkâna sahip diğer gruba göre daha çok rahatsız olduğu tespit edilmiştir.
3. Tahmin Edilebilmesi: Olumsuz bir durumdan önce gerçekleşen uyarıcı sinyaller, hazırlık sürecinin başlamasına olanak sağladığı için strese yol açan olayın

oluşumunu tahmin etmek, gerçekleşecek şiddetin stresini azaltmaktadır. Tahmin edilme imkanı olmayan bir duruma hazırlanmak için yeterli bir süre olmadığı için bu durum çok stresli yaşanılmaktadır. Depremler tahmin edilemeyen olaylara örnektir.

4. Tehdit: Bireyin maruz kalabileceği ve arzu etmediği bir hasar beklentisine girmesidir. Bu hasar psikolojik olabileceği gibi fiziksel nitelikte de olabilmektedir. Hastalık ve yaralanmalar fiziksel hasar, özgüvenin kaybı ise psikolojik hasara örnektir. Beklenen hasarın şiddetli olduğu algısı, stresin şiddetinin artmasına sebep olmaktadır.
5. İçsel Çatışma: Bilinçli veya bilinçsiz olup çözüme kavuşamayan çatışmalar stres nedeni olabilmektedir. Birbirine uyumsuz veya birbirine engel olan amaçlardan birini seçmek durumunda kaldığı zaman, çatışmalar gerçekleşmektedir. Lazarus (1976), kişinin yaşam boyu çatışmadan kaynaklanan engelleme ve tehditlerle başa çıktığını belirtir. Her birey, iç ve dış beklentileri karşılamak için toplumda kabul gören stratejileri kullanmada farklılık gösterir. Psikopatoloji için nedensel durumlar engellenme, tehdit ve çatışmadır (Aydın, 2005).
6. Engellenme: Kişinin istediğini elde edemediği veya isteğin ertelenmesi durumunda engellenmeden bahsedilmektedir. Engellenmenin birçok farklı sebebi olabilmektedir. Bu sebep dıştan gelebilen bir engel olabileceği gibi birey amacına ulaşmak için yeterli içsel kaynağa sahip olamayabilir (Lazarus, 1976; Akt. Aydın:2005).
7. Değişme: Bireyin yaşamından değişiklik yaratan durum veya olaylar stresin neden olmaktadır (Atkinson ve diğerleri, 1996; Akt. Aydın, 2005). Yaşamın her alanında olumlu veya olumsuz değişimler gerçekleşmektedir. Değişimle beraber gelen yenilikler insanlık için yararlı bir durumdur.

Kurt Lewin (1939) 'a göre ergenlik gibi hızlı değişimin yaşandığı dönemler insanlar için stres kaynağıdır. Bu dönemde ergenler birçok bedensel değişim yaşar ve yaşamlarındaki hedeflere karar verme zorunluluğunu hissetmeye başlarlar (Akt. Gallatin, 1995; Akt. Ekmekçi, 2008).

### 2.3. Stres Tepkileri

Her bireyde stresin ortaya çıkma biçimi farklılık gösterebilir, fakat stres sonucunda sergilenen tepkiler benzerlik gösterir. Stresle beraber kalp atışının artışı, solunum hızlanması, kan basıncının artması gibi fizyolojik değişimler başlar. Bu fizyolojik değişimler günümüzde ‘‘kaç ya da savaş’’ şeklinde kavramsallaşmış olarak kullanılır (Roskies, 1995).

Beden zararlı bir tehditle karşılaştığında, beynin hipotalamus bölgesinden bedende farklı işlevlere sahip hormonlar salgılanır ve bu mesaj ile savaş ya da kaç tepkisi başlar. Bedenin rahatlamasını sağlayan parasempatik sistem kapanırken bedeni harekete geçiren sempatik sistem çalışmaya başlar. Vücutta depolanan şeker ve yağ kana karışır, bunların yakımı için solunum hızlanır ve gerekli olan oksijen sağlanmış olur. Bedenin dış bölgesindeki kan iç kısma çekilir, yaralanma olasılığına karşı kan kaybı önlenilmeye çalışılır. Kanın yoğunluğunun artmasıyla bu kanı pompalamak için kalp ritmi yükselir. Yükselen vücut ısısını azaltmak için terleme artış gösterir. Tehdidin algılanması için bütün duyular üst seviyede çalışırlar. Göz bebekleri genişler ve görüşü keskinleştirir (Roskies, 1995).

Bu tepkilerin tümü insanlığın varlığını sürdüren en önemli etkenlerdendir ve insanlığın var oluşundan günümüze kadar hayati bir işleve sahiptirler. Bu fizyolojik tepkilerin bireylere çalışma ortamındaki zorlu şartlar ile baş etmede yardımcı olduğu gibi bir sporcu için de katıldığı yarışmalarda daha iyi performans sergilemede yardımcı olduğunu görmekteyiz. Fakat günümüzde iş ve yaşam koşullarından yaşanan büyük değişimle beraber bireyler sosyal ve psikolojik uyarılara daha çok maruz kalırlar. Beden bu uyarılara fiziksel uyarıcılara verdiği tepkiyi vererek savaş ya da kaç tepkisini başlatır. Fakat bu koşullarda beden enerjiyi fiziksel olarak harcamadığı için bu enerji vücutta kalır ve vücudun dengesini koruması zorlaşır (Kurt, 2017).

Bireylerin günlük yaşantılarında maruz kaldıkları çalışma ortamı sorunları veya trafikteki gerginlik gibi stres yaratan olayların tekrarlanması stresi kronikleştirir. Kronikleşen stres ise bedenin tükenmesine yol açabilmektedir. Bireylerin sergiledikleri tepkilerden yola çıkarak stresli olup olmadıkları ve stresi ne seviyede yaşadıklarını

değerlendirmek mümkündür. Bu tepkiler bilişsel, duygusal, fizyolojik ve davranışsal şeklinde sınıflandırılmaktadır.

### **2.3.1. Fizyolojik Tepkiler**

Fransız fizyolog Claude Bernard günümüzde kullanılan stres kavramını açıklayarak, dış ortamdaki değişime karşı iç çevre bütünlüğünün korunması gerektiğini ve yaşamın temel şartının “iç yapının dengeliği prensibi” olduğunu ifade etmiştir. Aynı yüzyılda yaşadıkları Pasteur ise önceleri mikropların insanların hastalığına neden olduğunu öne sürse de, ömrünün sonunda iç dengenin öneminin daha çok olduğunu kabul ettiği bilinmektedir. Amerikalı araştırmacı Cannon, Bernard’ın iç denge prensibini geliştirerek, organizma rutininin korunması için bir bütün olarak çalışan bedensel mekanizmalar düzenine “homeostasis” adını vermiştir. Aynı durumu koruyabilme yeteneği olarak açıklanan bu kavram “homoiias” (aynı) ve “statis” (durum) kelimelerinin birleşimiyle oluşturulmuştur (Kurt, 2017).

Cannon stresi “organizmanın tehdit olarak algıladığı bir duruma gösterdiği, varoluşsal öneme sahip savaş ya da kaçma tepkisi” olarak ifade eder. Cannon’a göre bu tepki doğanın canlı organizmalara sunduğu bir armağandır (Akt. Uysal, 2009).

Selye, stres alanında birçok yeni çalışmalar gerçekleştirmiş, strese karşı fizyolojik tepkileri açıklamak için “genel uyum sendromu” nu açıklamıştır. Genel uyum sendromunda fizyolojik tepkiler üç aşamada gelişmektedir. Birinci aşama canlının iç dengesinin bozulmasıyla ortaya çıkan şok durumundaki alarm aşamasıdır. “Şok karşıtı” uyum süreci savaş ya da kaç tepkisinin başlaması ile harekete geçer, buna bağlı olarak organizmanın bütün sistemleri hareketlenir ve tüm organizma uyarılır. “Sempatik sinir sistemi” harekete geçer ve savaş ya da kaç için gereken sistemleri en üst seviyeye yükseltir. Bu mücadeleye katkısı olmayan sindirim ve üreme sistemi kapatılır ve boşaltım sistemi organizmayı hafifletir (Kurt, 2017).

Vücutun ihtiyacı olan ek enerjiyi sağlamak için kanda bulunan glikoz oranı artar. İhtiyaç olacak enerjinin gerekli yere gönderimi için kalp daha hızlı çarpar. Olası tehditleri takip etmek için tüm duyular hassaslaşır. Deri de bulunan kan daha içeriye çekilir. Bu sürecin sonunda tehditle mücadele edilerek ya da kaçarak uyarıcı saf dışı bırakılır. Parasempatik sistem işlemeye başlar ve yukarıda bahsedilen işlemler tersine harekete geçer. Vücut rahatlayarak stresten önceli denge haline geri dönüş yapar (Ekmekçi, 2008).

### **2.3.2. Bilişsel Tepkiler**

Bireyin stres kaynağını zihninde canlandırması da stres tepkisine yol açabilmektedir. Bilişsel kapasite, durumla geçmişte yaşanan uyarıcılar arasındaki benzerliği bulur, ilişkileri anlaşılır kılmak için sorunun çözüm yolları ortaya koyarak en uygun olan seçer. Uzun süreçte yaşanan stres nedeniyle geçmişteki stresörün etkisinden çıkamayıp, şuan da varmış gibi algılanması da stres yaratabilmektedir (Ekmekçi, 2018).

### **2.3.3. Duygusal Tepkiler**

Uyarıcıya göre değişkenlik gösteren tepkiler, organizmanın alarm aşamasında gözlemlenebilir. Organizmada kaygı veya korku oluşmasının nedeni uyarıcının sosyolojik, biyolojik ya da sosyal oluşuma bir tehdit olarak algılanmasıdır.

Uyarıcı, bireyin yaşamında ulaşmak istediği amaca yönelik bir tehdit unsuru olarak algılandığında kızgınlık ve öfke duygusu gelişir. Birey bu durumu telafi edemeyeceğini düşündüğünde bu algı bireyde çaresizlik hissi uyandırır ve depresyona yol açar. Bu duygular tek başına stres kaynağı olabilmelerinin yanısıra ek olarak “duygulara bağlı stres” yaşanmasına ve ek kaynak harcamasına yol açabilmektedirler (Şahin, 1995).

### **2.3.4. Davranışsal Tepkiler**

Organizma davranışlarını belirleyen etken, organizmanın kendisinde yaşanan bozukluğu engel ya da tehdit olarak algılaması ve kaynaklarının bu bozulmayı çözüp çözemeyeceğine dair yargısıdır. Pasif davranışlar uyarıcıdan kaçma ile alakalıyken, aktif davranışlar uyarıcıyla savaşa ile alakalı tepkilerdir (Kurt, 2017).

Genel uyum sendromunda ikinci aşama olarak ifade edilen direnç aşaması ise stresli durumun yok edilmemesi veya kaçınılamaması ile stresin uzun süreli yaşanması sonucunda gelişir. Organizma bu aşamada stresin var oluşuna rağmen varlığını korumak için yeni bir denge kurmaya çalışmaktadır. Kronik stresi, organizmanın eski haline dönememesi ve sempatik sistemin aktif durumda kalması sonucu yaşanır. Kronik stres uzun süreli olması nedeniyle organizmanın kaynaklarını tüketir ve güçsüzleştirir. Kısa vadeli ve sık tekrarlanmayan stres, kronik strese göre çok daha az risk taşımaktadır. Fakat strese neden olan durum çözümlenemeyip devam ettiğinde, beden sürekli olarak harekete geçmiş durumda kaldığından biyolojik sistemde ciddi yıpranmalara sebep olabilmektedir. Bu durumun sonucunda bedenin kendini onarması ve savunması zayıflar, zararlar artar ve hastalık riski yükselir. (24)

Yapılan bir araştırmada yüksek çaba isteyen fakat seviyesi düşük ödüllendirmenin olduğu bir çalışma ortamında kardiyovasküler sağlığının olumsuz etkilendiği görülmüştür. İş beklentilerinin çok ve iş kontrolünün az olduğu iş koşulları kalp hastalıklarına yol açmaktadır.

Bazı araştırma sonuçları stresin cinsiyete bağlı değişkenlik gösterebileceğini ifade etmektedir. Ergenlik dönemindeki 274 bireyle yapılan bir araştırma, erkeklerin kızlara göre daha az stres yaşadıkları sonucuna ulaşmıştır. Bunun nedeninin ise kızların erkeklere göre çevre ilişkilerine daha çok değer vermeleri sebebiyle incinmeye daha açık oldukları şeklinde açıklanmaktadır (Ekmekçi 2008).

Yapılan farklı bir çalışma ise stresli duruma erkek ve bayanların aynı seviyede stres belirtisi sergilediğini, fakat bayanların stresli durumdan bağımsız olarak düşünülen streste daha fazla stres belirtisi gösterip sağlık problemlerine yol açtığı ifade edilmektedir (Kurt, 2017).

#### **2.4. Stresle Başa Çıkma**

Stres kişilerin bedensel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyen bir etmendir. Stresle baş etme tepkileri, bu etkileri yok etmek için oldukça önemlidir. Lazarus ve Folkman'a göre (1984) başa çıkma, "kişinin, kaynaklarını tükettiğini veya aştığını düşündüğü belirli iç ya da dış taleplerin üstesinden gelmek için sergilediği, sürekli olarak değişen bilişsel ve

davranışsal çabalarır". Bireyler yaşamları boyunca birçok stresörlerle karşılaşabilmektedir. Bireylerin olaylara bakış açısı, stres verici olarak düşünölen bir durumun gerçek etkisi ile ilişkilendirilir. Lazarus ve Folkman'ın stres ve başa çıkma modelinde (1984) kişinin çevresinde gerçekleşen bir durum, kişiyi durum hakkında değerlendirme yapmaya yöneltir. Potansiyel stresörün birey için ifade ettiği anlam, birincil değerlendirme ile belirlenmektedir. Durumun yaratacağı zararı aşmada yararlı olacak başa çıkma yöntemleri ise ikincil değerlendirmede açığa çıkar. Birey stresle başa çıkma stratejilerini ise değerlendirme sonuçlandığında uygular (Lazarus ve Folkman, 1984).

Stresle başa çıkabilmek için kullanılan yöntem, bireyler arası farklılıklara paralel olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Bireylerin problem çözme kabiliyeti, maddi olanakları, inançları, sosyal becerileri stresle başa çıkma tutumlarını belirleyen önemli unsurlardır (Lazarus ve Folkman, 1984).

Başa çıkma kavramı çalışmaların bazılarında olaya veya duruma göre değerlendirilirken, bazı çalışmalarda ise bireyin özellikleri temel alınarak değerlendirilir. Başa çıkma yöntemleri belirlenirken yaşanan stresli durumun mu yoksa bireyin özelliklerinin mi etkin olduğu tartışmalı bir konudur (Kardum ve Krapić, 2001). Kişi ve çevre arasında oluşan etkileşim ve çevresel şartlardaki değişiklik ise başa çıkmayı kişilik boyutu açısından değerlendirmeye alan bakış açısına göre önemli değildir. Kişilerin farklı stresli olaylara karşılık olarak benzer stres tepkileri sergilemesi beklenir. Başa çıkmayı durumu temel alarak değerlendiren bakış açısına göre ise bireyin davranışsal ve bilişsel tepkileri sadece o anda yapılan değerlendirme ile alakalıdır ve farklı durumlarda değişkenlik gösterebilmektedir. Bu yaklaşımı savunanlar, baş etmenin bireyin kişiliğinin mutlak dışı vurumu olduğu düşüncesine katılmazlar, fakat kişiliğın baş etme üzerinde etkili olduğunu inkâr etmezler (Aysal, 2014).

#### **2.4.1. Problem Odaklı Başa Çıkma**

Sorun odaklı başa çıkma, strese neden olan olayı ya da durumu değiştirmeyi, sonucunu önlemeyi veya mevcut etkilerini azaltmak için yapılacak davranışlarını kapsar. Bu

yaklaşımında ki değerlendirme sonucu ile bireyler stres kaynağını kontrol edebildiklerine inanırlar (Lazarus ve Folkman, 1984).

Folkman ve arkadaşları (1987) için problem odaklı davranışlar mantıklı, aktif, soğukkanlı çabaları içerir. Bu çabaların içerikleri, çözüm alternatifleri üretme, bunların zarar ve faydalarını değerlendirme, bunlar içerisinde seçim yapma ve seçilen çözümü uygulamadır (Akt. Yerlikaya, 2009).

#### **2.4.2. Duygu Odaklı Başa Çıkma**

Duygu odaklı başa çıkma, stresli durum neticesinde meydana gelen olumsuz duyguların olumlu duruma getirilmesini ve denetlenmesini sağlamaktadır. Kişiler strese neden olan durumu kontrol edemeyeceklerini düşündükleri anlarda, duygusal gerilimi azaltmak adına bu yöntemlere başvururlar (Lazarus ve Folkman, 1984).

Problem odaklı başa çıkma yönteminin aksine duygu odaklı başa çıkmada, durumu kabullenme, durumu tekrardan değerlendirmeye alma, sosyal destek arayışı ve kendini kontrol etme benzeri pasif yöntemler yer almaktadır (Folkman ve ark., 1987; Akt. Aysal, 2014).

Problem odaklı başa çıkma yöntemleri strese neden olan olay veya durumu direk olarak çözmeye odaklanmaktadır. Bu açıdan problem odaklı başa çıkma tarzı, duygu odaklı başa çıkma yöntemlerinden daha işlevsel kabul edilir. Stresli durumları duygusal açıdan çözüme kavuşturmak önemlidir fakat sorunun asıl nedeni ile ilgilenmemek ise uzun vadeli çözümün ortaya çıkmasına engel olmaktadır (Yerlikaya, 2009). Literatürde var olan çalışmalarda duygu odaklı başa çıkma yöntemleri problem odaklı başa çıkma yöntemlerine göre hastalık ve stresle daha fazla ilişkilendirilir.

#### **2.5. Başa Çıkma Tarzları ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişkiler**

Bireylerin maruz kaldıkları gündelik sorunlar ve büyük olaylar sonucunda yaşanan sağlık problemleriyle alakalı çalışmalar yukarıda belirtilmiştir. Bu ilişkide yer alan stresle başa çıkma yöntemlerinin rolü de araştırılan konulardan biridir (Kaya vd., 2007).



Literatürde belirli başa çıkma yöntemleri uygulayan bireylerin daha fazla psikolojik stres yaşadıklarını belirten araştırmalar ile sıkça karşılaşılmaktadır. Jampol (1989) üniversite öğrencilerinde okula uyum, depresyon ve kaygı ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkileri ele almıştır. Araştırmanın sonucunda bireyin kendini yabancılaştırması, suçluluk duyması, kendini uzaklaştırması, hayalci düşünce tarzı gibi yöntemlerin çok kullanılıp pozitif düşünme, problem odaklı olma, iyimser karşılaştırmalar yapılması gibi yöntemlerin az uygulanması sonucunda depresyon ve kaygının olumlu şekilde yordandığı açığa çıkmıştır (Akt. Aysal, 2014).

Bu konu ile alakalı yurt içinde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar rastlanmaktadır. Dağ (1990), 532 üniversite öğrencisi ile çalışma yaparak psikopatolojik belirtiler ile başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi ele almıştır. Bu çalışma sonucunda uyumsuz başa çıkma tarzına sahip bireylerin daha fazla psikolojik belirti gösterdiği açığa çıkmıştır (Akt. Altundağ, 2011).

Kaya ve arkadaşları (2007) çalışmalarında, sağlık yüksekokulu ve tıp fakültesi öğrencilerinde ki stresle başa çıkma tarzlarını, depresif belirtilerini ve bunların sosyodemografik değişkinlerle ilişkisini ele almıştır. Çalışmaların sonucunda, iki okul öğrencilerinin de Beck Depresyon Ölçeği sonucunda aldıkları puan arttıkça pasif tarz başa çıkma puanı artarken aktif başa çıkma puanı azalmaktadır.

Yapılan başka bir çalışmada 62 hastanın depresyon, romatoid artrit başa çıkma tarzları ve işlem kaybı ölçümleri ele alınmıştır. Bu çalışma sonucunda depresyon puanı yüksek olan hastaların diğer hastalara göre daha fazla olumsuz başa çıkma yöntemleri uyguladığı açığa çıkmıştır.

Van den Bree, Passchier ve Emmen (1990) ise çalışmalarında 13-18 yaşlarındaki 194 erkek öğrencinin baş ağrısı ve stresle başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişkiyi ele almıştır. Bu çalışma sonucunda pasif başa çıkma yöntemleri kullanan öğrencilerin yoğun baş ağrısı deneyimlediği görülmektedir (Akt. Aysal, 2014).

## **2.6. Başa Çıkma Tarzları ile Stres Değerlendirilmesi Arasındaki İlişkiler**

Birey stres kaynağı ile karşılaştığı andan itibaren durumu bilişsel olarak değerlendirmeye başlar. Stresle başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesinde birincil ve ikincil bilişsel değerlendirmeler birlikte rol oynar. Bu süreçte önemli olan iki faktör durumun stresli olarak görülmesi ve stresörün kontrol altına alınamayacağı düşüncesidir (Morin, Rodrigue ve Ivers, 2003).

Olumlu mücadeleye davet algısı benzeri pozitif değerlendirmeler problem odaklı başa çıkma yöntemleriyle; tehdit algısı benzeri olumsuz değerlendirmeler ise duygu ve kaçınmacı odaklı başa çıkma yöntemleri ile ilişkilidir. Durumun kontrol edilemez olarak düşünülmesi duygu odaklı başa çıkma yöntemlerinin; kontrol edilebilir olarak düşünülmesi ise problem odaklı başa çıkma yöntemlerinin kullanılmasını tetikler (Lazarus, 1991; Akt. Durak, 2007).

Palancı (2000) bireyin stres düzeyine yönelik algılarının başa çıkma davranışını şekillendirdiğini belirtmektedir. Yaşanan durum veya olay çok duygusal çaba gerektirdiğinde, bireyin durum üzerindeki kontrol düşüncesinin azalmakla birlikte bireyin duygu odaklı başa çıkma yöntemi kullanmasına yol açmaktadır (Akt. Altundağ, 2011). Bilişsel değerlendirmenin sonucunda algılanan stres derecesinin belirlenir. Başa çıkma yöntemleri ile stres seviyesi arasındaki ilişki bu fikirle desteklenebilmektedir.

Uysal'ın (2009) genetik hastalık tanısı alan 98 çocuğun ve ailelerinin stresle başa çıkma ve algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişki ile alakalı yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre, stres seviyesi ortalamanın üzerinde olan ailelerin çaresiz başa çıkma yöntemini, stres seviyesi ortalamanın altında olan ailelerin ise daha çok özgüvenli başa çıkma yöntemini kullandıkları ortaya çıkmıştır.

## **2.7. Baş Etmeyle İlgili Kuramsal Yaklaşımlar**

Çalışmanın bu kısmında stres ile başa çıkmayla alakalı kavram ve açıklamalar yer almaktadır.

Aldwin (2007) başa çıkmayı, stresli koşul veya olaylara tepki gösterecek şekilde kişinin düşüncelerini, duygu ve tutumlarını ve çevresini düzenlemesi şeklinde tanımlamaktadır. Stres ile baş etme, esasında stresli yaşamın negatif sonuçlarını azaltmak veya yok etmek

gibi amaçlara dair çabalar sonucu stresin etkilerini olumlu seviyede tutmaya çalışmak şeklinde ifade edilebilir. Stres hayatın kaçınılmaz bir parçasıdır ve stres ile başa çıkmak gerek varoluşsal gerekse gelişimsel özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikler göz önünde bulundurulduğunda, baş etmenin esas gayesinin stresli hayatın negatif sonuç ve etkilerinden korunmaya çalışmak olduğu görülür (Şahin, 1998).

Baş çıkma ifadesini tanımlayan üç temel yaklaşım bulunmaktadır. Bunlar psikanalitik yaklaşımlar, kişilik ve etkileşimsel süreç yaklaşımlarıdır. Bu yaklaşımları aşağıdaki şekilde açıklamak mümkündür;

### **2.7.1. Psikanalitik Yaklaşım**

Baş etme ifadesi 1970'li yıllardan evvel pek fazla kullanılmamakta fakat esas fikir yeni değildir. Çağdaş klinik psikoloji ve psikiyatri tarihleri dikkate alındığında psikanalitik bir ifade niteliği taşıyan ego savunma mekanizmalarına rastlanmaktadır. Psikanalitik kuram, egonun esas fonksiyonlarından birini bireyin psikolojik denge halini koruyabilmek adına savunma mekanizmaları kullanması şeklinde açıklar. Bu savunmalar, karakterin gelişiminde ve kişinin çevresine adapte olmasında etkin bir şekilde rol oynayarak bireyi duygusal sıkıntı ve ruhsal çatışmalardan korumaktadır (Yılmaz, Gençöz ve Ak, 2007). Bu sebeple, psikanalizde yer alan savunma mekanizmaları başa çıkma kavramının kökenini oluşturmaktadır. Baş etme, psikolojik bütünlüğe etki eden tehditlere yöneliktir ve travma ve stresle mücadelenin en doğal yöntemidir (Lazarus, 1999).

Ego psikolojisi ve nesne ilişkileri kuramı savunmaların oynadığı rolü genişletip, bu savunma mekanizmalarına benlik saygısının devam ettirilmesini ve benliğin korunumunu da eklemiştir. Anna Freud (2004), potansiyel olarak pek çok savunmanın bulunduğunu ifade etmiştir ancak kişi yalnızca birkaç tanesini seçip kullanmaktadır. Stresli durumlar ile karşılaştığı zaman bireyler barındırdıkları sınırlı olan savunmaları tercih ederler.

Bu yaklaşımda kullanılan baş etme, gerçek çevresel uyaranlar ile veya kişinin sorunu çözebilmek adına yaptıkları ile bağlantısı yoktur. Savunma mekanizmaları çoğunlukla hisleri düzenleyebilmek ve endişeyi azaltabilmek adına gereken her şeyi yapmak için

kullanılmaktadır. Stresli durum sebebi ile kişinin göstermiş olduğu bilişleri, davranış ve duyguları kişinin erken çocukluk çağında gelişmiş olan ve sonrasında değişime uğramayan karakter yapısı şekillendirmektedir. Bu sebeple bu mekanizmalar, otomatik ve değişim göstermeyen reaksiyonlardır (Aldwin, 2007).

Vaillant (1995) psikanalitik yaklaşımı temel alarak, savunmaları kişinin adapte olması yönünden değerlendirmiş ve bu mekanizmaları 4 grupta toplamıştır. Hiyerarşik bir şekilde tanımlamış olan Vaillant'a göre bu savunma mekanizmaları şu şekildedir: Yansıtma mekanizmaları (inkâr, yansıtma). Gelişmemiş savunma mekanizmaları (yansıtma, fantezi, pasif-saldırgan davranışlar). Nörotik mekanizmalar (mantığa bürüme, bastırma, yer değiştirme). En üst düzeyde yer alan gelişmiş savunma mekanizmaları (yüceltme, özgecilik, bastırma, öngörü ve mizah).

Vaillant (2000), savunma mekanizmalarının hayat boyu gelişen bir sırayı izlediğini ifade etmektedir. Savunma mekanizmalarının tercih edilmesinde öğrenme ve kalıtımın önemli rollere sahiptir. Üst düzeyde yer alan savunma mekanizmaları sağlığa ve adapte olmaya daha çok katkıda bulunurlar. Adapte olmayı sağlayan savunmalar, sağlıklı ilişki kurma, iş tatmini, ruhsal iyi oluş, öznel iyi oluş ile bağlantılıdır. Yaş ile beraber savunmaların kullanımları da artış göstermektedir.

Haan (1977) ise savunma ve baş etme mekanizmalarının aynı ego süreçleri üzerinde geliştiklerini ancak adapte olma boyutunda farklılaştıklarını ifade etmektedir. Baş etme kavramıyla çoğunlukla adapte olma süreçleri anlatılır iken, savunma adapte olma güçlüğüne hatta adapte olamayışı belirtmektedir. Bunun ile beraber savunmayla baş etme arasında ilişki bulunur. Kişinin sahip oldukları, mevcut reaksiyon için gerekli olanlar ile uyum içinde değil ise baş etme süreci oluşmaktadır. Kişi için yeni talep-durum oldukça uğraş gerektiriyor ve baş etme mekanizmaları yeterli gelmiyor ise o zaman da savunma mekanizmalarının süreci oluşmaktadır (Akt. Doğru, 2010).

### **2.7.2. Kişilik Yaklaşımları**

Davranışçı kimi bilim adamları baş etmeyi kişinin bir özelliği veya eğilimi şeklinde görmektedirler. Kişilik yaklaşımına göre zaman ve şartlar değişim gösterse bile kişinin taşıdığı baş etme düşünceleri ve davranışları değişim göstermez. Bu tanımlama

doğrultusunda özellikler ve tarzlar birbirlerinden ayrı değildirler ve kişinin kendisine hastır (Lazarus,1999). Kişinin içerisinde yer aldığı şartlardan ve karşı karşıya kalınan strese neden olan durumların özelliklerinden ayrı olarak, tutarlı ve kolay kolay değişim göstermeyen baş etme tarzları bulunmaktadır. Baş etme tarzı, kişinin tehdit oluşturabilen durumlarla karşılaştığı zaman kullanmış olduğu kendisine has yöntemdir. Baş etme tarzlarının sürekli ve etkili olma durumu kişiler arası farklılığa sahiptir. Gelişimsel bakımdan baş etme tarzlarını değerlendiren araştırmacılar bu tarzların hayat boyu değiştiğini savunmaktadır (Aldwin ve Yancura, 2011).

Bireysel eğilimlerin de baş etme davranışlarına etki ettiği düşünülür. Gaye veya inanç şeklindeki eğilimler zamanla sabit baş etme tarzlarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Kişilerin göstermiş oldukları eğilimler devamlı bir şekilde baş etme düşüncelerini ve tutumlarını şekillendirmektedir. Kişilerde alışkanlık haline alan baş etme davranışlarına rastlanır. Bunun ile beraber kişilik baş etme davranışlarına oranla daha durağan nitelik taşır. Kişilik ve baş etme tarzları arasında ilişki bulunmak ile beraber güç koşullar ile karşılaşıldığı zaman başvuru baş etme tarzları karakterin göstergesi niteliği taşımaz (Lazarus, 1999).

### **2.7.3. Bilişsel – Etkileşimsel Süreç Yaklaşımı**

Lazarus (1999) stres ile başa çıkmayı, kişinin kaynaklarını aşmakta olan veya kaynaklarına ağır gelen iç ve dış dünyanın yaratmış olduğu güçlükleri giderebilmek ve kontrol altına alabilmek adına göstermiş olduğu devamlı değişim gösteren bilişsel ve davranışsal çabalar şeklinde ifade etmektedir. Baş etme, kişinin kendisine veya çevresine yönelik bir durumdur ve stres veren durum ve olaylara yönelik uyum sağlayabilme mekanizması niteliğindedir (Folkman ve Moskowitz, 2004). Baş etme, kişi ve çevresi arasında yaşanmakta olan etkileşimdir ve bu dinamik etkileşimler kişinin içsel halini düzene sokmak ve kişi-çevre ilişkilerini değiştirmektedir. Baş etmenin iki önemli fonksiyonu, stresin yol açtığı sorunu olumlu yönde değiştirmeye çalışmak ve negatif duyguları düzenleyebilmektir. Böylelikle kişi, stresin neden olduğu negatif fiziksel ve ruhsal etkilerinden korunmuş olur (Folkman ve Lazarus 2008).

Kişi, stresli olayları kontrol altına alabilmek adına düşünsel ve davranışsal açıdan devamlı olarak bir uğraş verir. Stresli durumlar değişim gösterdikçe bireyin göstermiş olduğu baş etme düşünceleri ve davranışları da değişim gösterir (Folkman ve Lazarus 2008). Bu sebeple baş etme, kişiyi, çevresini ve ikisi arasındaki etkileşimleri kapsayan kompleks, dinamik, çoklu boyuta sahip bir süreçtir. Aynı zamanda başa çıkma bağlamsaldır. Zira zamanla değişik stresli durum ve şartlar belirlediği zaman kişinin bilişsel değerlendirmelerine etki eden bireysel etkenlerden ve kişinin taşıdığı baş etme kaynaklarından etkilenmektedir. Başka bir ifadeyle birey ve durum ile alakalı değişkenler baş etme çabalarının şekillenmesini sağlar. Kişinin içsel baş etme kaynakları içinde sağlık, enerji, pozitif inançlar ve sorun çözme yetenekleri bulunur. Dışsal kaynaklarsa örnek olarak sosyal destek verilebilir (Folkman ve Moskowitz, 2004).

Baş etme süreci, büyük oranda stres verici durum ile alakalı yapılan birincil ve ikincil değerlendirmelerle ilişkilidir. Bu değerlendirmeler birbirleri ile bağlantılı bir biçimde işlev görmektedirler. Birincil değerlendirme sürecinde “Ben ne yapabilirim?” sorusu sorulmaktadır. Strese yol açan durumun tehdit veya meydan okuma biçiminde değerlendirilmesi sonucu ikincil değerlendirme değişim göstermektedir. Bu sebeple, stresin yaratmış olduğu talebe ve yapılan ikincil değerlendirmeye bağlı olarak kullanılacak baş etme stratejilerinde esneklik görülmektedir (Aldwin, 2007; Folkman ve Lazarus, 2008).

Lazarus (1999) yapmış olduğu araştırmalar neticesinde baş etme sürecinin ilkelerini aşağıdaki gibi belirtmiştir:

1. Baş etme kompleks bir sürece sahiptir. Tüm strese yol açan durumlarda türlü baş etme mekanizmaları kullanılabilir.
2. Baş etme, stresli durumlar ile alakalı yapılan değerlendirmelerle ilişkilidir. Şayet yapılmış olan değerlendirmelerin neticesinde strese neden olan durum ile alakalı herhangi bir şeyin yapılabileceği sonucuna varılır ise “sorun merkezli” modeller; strese neden olan durum ile alakalı hiçbir şeyin yapılamayacağı sonucu çıkıyorsa “duygu merkezli” baş etme modelleri daha çok kullanılmaktadır.

3. Meslek, sağlık, aile içerisinde karşılaşılan stresin devamlılık kazanmış olduğu zamanlarda erkek ve kadınlar aynı başa çıkma stratejilerini kullanabilmektedir.
4. Kimi bař etme modelleri kişilik ile bağlantılı iken, kimileriye sosyal bağlam ile bağlantılıdır. Mesela, pozitif dűřünme tarzı kişinin karakteriyle ilişkili olduğu için değişkenlik özelliği bulunmamaktadır. Sosyal destek talep etmeyse çevreyle bağlantılı olduğu için değişkenlik gösterebilir.
5. Strese neden olan durum veya olayın farklı evrelerinde farklı baş etme stratejileri kullanılabilir.
6. Baş etme duygusal sonuçların kuvvetli belirleyicileridir. Kimi baş etme modelleri olumlu neticelenirken, kimileri de olumsuz bir şekilde neticelenebilir.
7. Bař etme sűreci, stresli olay, duruma ve karaktere göre farklılık gösterebilmektedir.

## **2.8. Stresle Baş Etme Kaynakları**

Bař etme kaynakları stres verici olay veya durum belirmeden evvel var olan ve kişilerin stresli durum ile bař etmede kullanmış oldukları içsel ve dışsal etkenleri anlatmaktadır (Compton, 2005). Bireyler arası farklılığa sahip iyimserlik, girişkenlik, bireysel kontrol, empati, yűksek benlik saygısı, sosyal yeterlik şeklindeki bař etme kaynaklarının stres ile etkin bir biçimde bař etmeyi destekler nitelikte bedensel ve ruhsal iyi oluşa doğrudan etki ettiği iddia edilmektedir (Reuter ve Schwarzer, 2009). Lazarus ve Folkman'ın (1999) dűřűncelerine göreyse en etkin kişisel bař etme kaynakları sağlık ve enerji, iyimserlik, sorun çözme becerileri, sosyal beceriler, sosyal destek ve araçsal kaynaklardır.

Özellikle sűrekli stres hallerinde enerjik ve sağlıklı olmak kişilerin daha iyi bir şekilde bař etmesine yardımcı olmaktadır. Sağlıklı birey, hasta bireye oranla bař etmede daha çok enerji sarf ederek stres ile daha etkin bir biçimde bař edebilmektedir. İyimserlik, gűzel şeylerin yaşanacağı umudu ve kişinin kendisini ve hayatını kontrol edebileceğine yönelik pozitif inancı şeklinde tanımlanır. Bu zellik, bař etme uğraşlarını gűlendirmekte ve aktif duruma getirmektedir. Bu sayede ruhsal iyi oluşun artmasını, hastalıklarınsa daha çabuk bir şekilde iyileşmesini sağlamaktadır (Taylor, 2010). Araştırma sonuçlarına göre, kontrol inancı taşıyan kişilerin uyum sağlayıcı bař etme

modellerini kullandıkları ve sağlık ile bağlantılı olan tutumları daha fazla gösterdikleri görülmektedir (Compton, 2005).

Sorun çözme becerileri, olabilecek tehditlerin değerlendirilmeleri ve baş etme süreçlerinde öneme sahiptir. Kişinin sorunu çözmedeki başarısı, baş etme becerisi hususunda kendisine olan güveni artırır. Sosyal beceriler de empati kurma ve toplumsal ilişkileri yönetme becerilerini ifade eder. Stres ile baş etmede öneme sahip olan sosyal beceriler, sosyal destek ile bağlantılıdır. Araçsal kaynaklarsa, kişideki var olan hizmet ve araçlardır. Bu kaynaklar da stres ile baş etmede hayati önem taşımaktadır. Belli ürün ve hizmetlere sahip olabilecek ekonomik gücü elinde bulundurmak ile alakalı sorunların yaratmış olduğu stres seviyesini azaltır (Doğru, 2002).

Kişinin baş etmede kullanmış olduğu sosyal destek sosyal kaynakların en önemlilerinden bir tanesidir. Bu kaynağın etkin olabilmesiyle verilen desteğin cinsi, zaman ve kaynağıyla ilişkilidir. Sosyal destek, stresin bilişsel değerlendirmesini ve baş etme seçeneklerinin şekillenmesini sağlayan kaynaklardan birisidir. Bu özellikleri ile stres ve stres ile baş etme süreçlerinde büyük öneme sahiptir. Sosyal desteğe başvurma, duygu merkezli ve sorun merkezli baş etme modellerine hizmet etmektedir. Ayrıca ilgi ve kıymet göstergesi duygusal stresi azaltıcı özellikler taşımaktadır (Revenson ve Lepore 2012).

Toplumsal kabul ve destek benlik saygısını arttıran büyük etkiye sahip kaynaklardır. Benlik saygısı, genellikle stres seviyesinin az olduğu zamanlarda baş etmenin etkin rol oynamasına destek sağlamaktadır. Ayrıca kişiyi negatif ruhsal ve bedensel sağlık durumlarına karşı koruyabilen bir etkiye sahiptir. Bireyin özsaygısını arttırmak için gerçekleştirilen çalışmalarda biyolojik ve ruhsal stres tepkileriyle baş etmede pozitif etkilerine rastlanmıştır. Benlik saygısı yüksek olan kişiler, kendilerini içsel veya dışsal stres kaynaklarına karşı daha doğru bir şekilde savunmasını yapabilmektedir (Doğru, 2002).

## **2.9. Psikolojik Belirtiler**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre sağlıklı olmak fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerden iyi olma durumudur. WHO'nun yapmış olduğu tanıma göre ruh ve akıl



sağlığı: “kişinin kabiliyetlerinin farkında olması, hayatın normal stresleri ile başa çıkabilmesi, üretme gücünün olması ve dâhil olduğu topluma katkısının olmasıdır (WHO, 2007).

Psikolojik belirtilerse; normal işleme biçimine uymayan, ruhsal bir bozukluğu ifade eden durumları temsil eder. Psikolojik sağlığa negatif bir şekilde etki eden ve bu bozuklukların tespit edilmesini sağlayan semptomlara denmektedir (Kılıç, 1987).

### **2.9.1. Somatizasyon**

Somatizasyon, bedensel bulgular ile açıklanması mümkün olmayan fiziksel yakınmalar ve belirtilerdir (Gökalp, 2010). Somatizasyon kavramı ruhsal huzursuzluğu fiziksel belirtiler ile yaşantılama durumunu ifade etmektedir. Bir başka ifadeyle duygusal problemler ile üzüntüleri, vücut şikâyetleri ve vücut belirtileri şeklinde yaşayış, algılayış, kavrayış ve beden aracılığıyla ifade edilmiş eğilimdir (İlal, 1999). Bedensel bir huzursuzluk, bozukluk veya bir ilacın tesirinden ayrı bir şekilde meydana gelirler ve bireyler bu belirtiler aracılığıyla iletişim kurar ve yardım arayışında olurlar. Somatizasyon kavramı, psikanalitik yaklaşıma göre bastırılmış olan arzuların ve dürtülerin, bilinç dışına yansımaları engellemeyi sağlayan bir savunma yoludur. Başka insanlara karşı duyulan öfkenin bastırılması neticesinde, zaman içerisinde bireyin duymuş olduğu bu öfkeyi kendisine yöneltmesi bu semptomların nedeni olabilmektedir (Saygılı, 2001).

Somatizasyona eğilimli kişilerin ortak özellikleri; duygusal uyarılar karşındaki reaksiyonlarının duygusal veya bilişsel olmasından ziyade fiziksel olmasıdır (Kesebir, 2004). Bu bireyler genelde yakınmalarını abartılı bir şekilde ifade ederken, net ve açıklayıcı değildirler. Teşhis koyma amacı ile gerçekleştirilen görüşmelerde tutarlı olmayan hikayeler ile şikâyetlerini ifade ettiklerinden semptom taramasında bulunmak bu bireyleri anlayabilmek için yetersiz kalabilir. Genellikle, çeşitli doktorlardan eş zamanda tedavi talep etmeye meyillidirler ve durumun böyle olması halinde, aynı anda uygulanması riskli olabilen tedavilere maruz kalabilirler (Köroğlu, 2007).

Somatizasyon bozukluklarında semptomlar genelde 25 yaşından evvel başlamaktadır. Teşhisin konması genelde 30'dan evvel olmalıdır. Zira yaşın ilerlemesiyle beraber

bedensel semptomların dışlanması güçlükle kazanmaktadır (Sevinçok, 1999). Bu bozukluğa sahip bireylerde yaygın fiziksel ağrı ve şikâyetler vardır. Ancak bu ağrı ve şikâyetlerin sebebi fiziksel bir hastalık değildir. Somatizasyon bozukluğu, bireylerde var olan bireysel ve sosyal dertlerin fiziksel belirtiler ile belirmesidir.

Somatizasyon bozukluğu görülen birey çevresindeki insanlar ile iletişimini yaşamış olduğu rahatsızlıklar aracılığıyla gerçekleştirmeye çalışır. Birey bu vaziyetin ilgi ile karşılandığının farkına varırsa yine aynı şekilde bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde davranışına devam edebilir. Birey, belirtilerini iletişim kurma aracı şeklinde kullandığının farkına varmaz veya bundan vazgeçmek istemezse tedavi sürecinde güçlükle yaşayabilir (Güleç, 2006).

DSM-V ölçütlerinde somatizasyon bozukluğu, fiziksel semptom bozukluğu şeklinde tanımlanmaktadır. DSM-V ölçütlerine göre fiziksel belirti bozukluğu; sıkıntıya neden olan veya gündelik hayatın büyük oranda kesintiye uğramasına neden olan bir veya birden çok fiziksel semptom halidir. Bu fiziksel semptom hali, bireyin belirtilerinin önemi ile orantısız, sürekliliğe sahip fikirler, sağlık ile alakalı yüksek seviyede bir endişe ve sağlık endişelerine yoğun vakit ve içsel güçte bulunma biçiminde kendini göstermektedir. Somatizasyon bozukluğunun sebebi olarak genelde depresyon ya da anksiyete bozukluğundan söz edilir.

### **2.9.2. Depresyon**

Depresyon kavramı genel ifadeyle bir psikolojik çökkünlük halidir (Yörükoğlu, 2004). Depresyon halinde hüznü, bunalımlı bir duygu durum ile birlikte konuşmalarda, hareket ve düşüncelerde yavaşlamalara rastlanır. Bunlarla birlikte bireyde değersiz, güçsüz, isteksiz, karamsar, pişman olma hislerinde baskınlık olur (Öztürk, 2004). Ayrıca yemek yemede, uyku halinde ve cinsel arzuda da bozukluklara rastlanmaktadır.

Depresyonda olan kişi devamlı olarak hüznü, yorgun ve isteksizdir, yaşama sevinci yok olmuş haldedir (Yörükoğlu, 2004). Normal zamanlarda hevesle yaptıkları aktivitelerden zevk almazlar, yoğun durumlardaysa intiharı düşünebilirler (Koç, 1998, akt., Yıldırım, 2011). Depresyona giren bireyler genelde kendilerini bütün sosyal ortam ve etkinliklerden uzak tutar. Bu durumda kurdukları her türlü ilişkiye zarar

verebilmektedir. Meslek ya da eğitim performanslarında düşüşler görülebilir (Göğüş, 2000).

Psikanalitik yaklaşıma göre depresyon; bireyin her türlü yitime karşı göstermiş olduğu reaksiyondur. Her kaybedişte, birey çocukluk çağında kendisini oral tatminden mahrum bırakmış ilgi gösterenine yönelik olan öfkesine geri döner ve bu öfke duygusu bastırıldığından suçluluk halini alır. İleriki yaşlarda gerçekleşen kayıplar da bireye yeniden bu duyguları yaşatmaktadır. Birey çocukluk çağındaki gibi biçare ve bağımlı halini alır. Bu bağlamda depresyona girmiş kişinin tavırlarının bir bölümü sevgi, güven arayışı içerisinde olmasını temsil etmektedir (Atkinson ve Hilgard, akt., Bilgi 2005).

Psikanalitik yaklaşımın bir başka ifadesine göreyse depresyon; bireylerin öfke ve düşmanlık barındıran duygularını bastırmaları neticesinde, bu öfke halinin kendilerine dönmesi ile ortaya çıkar (Cengil, 2003).

Biyolojik yaklaşım, kişilik bozukluğunda öneme sahip olduğu düşünülen iki nörotransmitterin olduğunu ifade eder. Bunlar norepinefrin ve serotoninidir. Bu maddeler, beyin duygusal davranışlarının düzenlenmesini sağlar. Bu yaklaşım, depresyon nedenini bu nörotransmitter maddelerden biri veya her ikisinin eksik olması durumuna bağlar (Atkinson, 1989, akt., Cengil, 2003).

Bilişsel yaklaşıma göreyse depresyon, bilişsel bir bozukluk halidir. Bireyin hafızasına hayatının ilk çağlarından başlamak üzere kendisine, başkalarına, dış dünya ve geleceğe dair birtakım düşünce ve inanışlar işlenmektedir. Depresyona meyilli bireylerde bu inanış ve düşünceler genellikle negatif kavramlar şeklinde yerleşmişlerdir. Birey olay ve durumların negatif taraflarını daha fazla algılamaya başlamakta, negatif yönde düşünmektedir. Böylece depresyon ortaya çıkmış olur (Öztürk, 2004).

Davranışçı yaklaşım, depresyonun açıklamasını yaparken pekiştirme eksikliğinden söz etmiştir. Bireyin pozitif duygularını pekiştirmesinin düşük oranda ya da negatif tecrübelerinin yüksek oranda seyretmesinin depresyona girmeye yol açabildiğini ifade etmiştir (Cengil, 2003). Kabul görmeyeceği, sevilmeceğini düşünen kişinin sosyal ortam ve toplumdaki uzaklaşması ile huzursuzluğu da azalmış olur. Böylelikle, toplumdaki uzaklaşma, olumsuz pekiştirme görevini görmüş olur ve bu tutumun

devamlılık kazanmasına yol açar (Ünal, 2000). Aynı şekilde öğrenilmiş çaresizlik kuramının değerlendirilmesi ile meydana gelen umutsuzluk kuramına göre depresyon, bireylerin olumsuz hayat olay ve durumlarına devamlı, negatif sebepler atfetmeleri ile beraber bunların neticelerini felaketleştirme ve bunları yaşamış oldukları için de kendilerinde suç bulma hali ve bireyin kendisini değersiz hissetmesi neticesinde meydana gelen bir bozukluktur (Abramson ve ark., 1989, akt., Maçkalı, 2014).

WHO bulgularına göre depresyon bedensel, duygusal, iktisadi ve toplumsal problemlere neden olan bozukluklar içerisinde 4. Sırada yer almaktadır (Göktaş ve Özkan, 2006). Genelde 20 yaşların ortalarında başlar ve en çok riski bulunan yaş ortalaması 15 ila 19 ve 25 ila 29 yaşları arasındadır (Ateşçi, 2000).

Depresyon, Uluslararası Hastalıklar Sınıflaması (ICD) ve DSM-V’te belirli durumlara göre kategorilere ayrılmıştır. Bireyler sık sık enerji kaybı, konsantrasyonda güçlük, yemek yemede ve uykuda düzensizlik, ilgisizlik, aktivitelere katılmada zorluk yaşama, davranışlarda ve fikirlerde yavaşlama, kararsız kalma, intihar fikirleri, zayıflama, ağlamaklı ruh hali ve ümitsizlik gibi semptomlardan şikâyet ederler. Depresyon teşhisinin konması için bireyin depresif duygu durum veya ilgisizlik ve anhedoni (keyif alma hissinden mahrum olma durumu) semptomlarından birini taşıması gerekir (Binbay ve ark., 2014). Aynı zamanda bu semptomların biri ya da her ikisine ilave olarak tanı kriterlerinde yer alan öteki semptomlardan 4 ya da daha fazlasına sahip olması gerekir ve belirtilerin minimum 2 hafta devam etmesi gerekir.

### **2.9.3. Anksiyete (Kaygı)**

Anksiyete, bedensel duyuların da meydana gelebildiği, bir çeşit korku ve kaygı hissidir. Pek çok birey farkında olmadan veya kısa bir süreliğine anksiyete yaşayabilir. Nefes darlığı, çarpıntı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk hissi ve acilen tuvalete çıkma ihtiyacı duyma şeklindeki duyumlara rastlamak mümkündür (Türkçapar, 2004).

Anksiyete, bireylerin yaşamları boyu türlü duygusal veya çevresel olay veya durumlar karşısında duydukları bir histir. Tehlikeye yol açabilen durum ve olaylar karşısında, bireyi bu durumlar karşısında uyarabilen, adaptif işlevi bulunur. Ancak nesnel bir şekilde bakıldığı zaman tehlike barındırmayan durum veya olaylarda da tehlikeliymiş

gibi bir algı yatıyor ve kişinin gündelik hayatına bile etki edebilecek düzeylere çıkabiliyor, birey her an bir yıkımın yaşanacağı hissi ile yaşıyor ve devamlı kaygı duyuyor ise anksiyete bozukluğu söz konusudur (Uzbay, 2002).

Anksiyeteye yönelik farklı açıklamalar bulunmaktadır. Psikanalitik yaklaşımın öncülerinden olan Freud, anksiyetenin kaynağını benlik şeklinde ifade etmiştir. Freud'a göre benlik devamlı olarak üç çeşit tehdit altında bulunur ve benlik bu tehlikelerden kaçabilmek adına 3 farklı anksiyete geliştirmiştir;

*Gerçeklik Anksiyetesi:* Dış dünyadaki tehlike yaratabilecek bir durumun mevcudiyetinin algılanması ile meydana gelir.

*Vicdani Anksiyete:* Süper egonun tehlikeli gördüğü durumlarda meydana gelir. Benlikte suçluluk veya utanma hissine yol açar.

*Nevrotik Anksiyete:* İçgüdüsel tehlikelerin algılanmasıyla meydana gelir (Geçtan, 1996). Adler ise bireylerin barındırmış oldukları aşağılık kompleksiyle beraber güvensizlik neticesinde anksiyetenin ortaya çıktığını ifade eder (Pirinçci, 2009).

Sullivan'a göreyse bireyin yaşamış olduğu ilk toplumsal tecrübeler anksiyete durumuna etki eder. Çocukluk döneminde ilk arkadaşların aşağılayan ve dışlayan davranışları ile başa çıkmak mecburiyetinde kalan kişi, aile içerisindeki ilişkilerinde de benzer durumlar ile karşı karşıya kalıyor ise ileriki zamanlarda anksiyete bozukluğu yaşama olasılığı artmaktadır (Geçtan, 1993).

Varoluşçu kuramsa anksiyetenin ortaya çıkmasını, kişinin esasında hayatta bir hiç olduğunu düşünmesi ile ilişkilendirir. Bu düşünce bireylere ölümün netliğinden daha çok rahatsızlığa neden olur (Köroğlu, 2004).

DSM-V'te anksiyete bozukluklarının tanısı için 2 faz kullanılır:

1. Nesnel ruhsal muayene ve bireyin bildirmiş olduğu bulgu ve semptomların değerlendirilmesi ile bozukluğu kategorize etme,

2. Belirtilerin tıbbi bir durum, farmakolojik ya da psikoaktif ilaçların kullanımıyla ya da madde bağımlılığıyla bağlantısının olup olmadığına göre değerlendirilmez.

Toplum içerisinde anksiyete bozukluklarının görülme payı %17'dir. Bu bozukluğa bayanlarda daha çok rastlanmaktadır. Depresyon ve anksiyetinın beraber görülme ihtimali bir hayli yüksek seyretmektedir (Özen ve Temizsu, 2010).

#### **2.9.4. Olumsuz Benlik**

Benlik kavramıyla eş değer olan benlik algısı, bireyin kendi karakterine, özellik ve becerilerine, değer yargılarına, ideal ve beklentilerine dair düşüncelerinin ve algılamalarının bütünüdür. Benlik, edinilen tecrübeler sonucunda ortaya çıkar. Toplumsal beklentiler, bireyin ebeveynleri ve arkadaşları gibi değer verdiği kişilerin kendisini değerlendirme şekilleri benliğin oluşumunu etkilemektedir (Baymur, 1994).

Benlik ile yakın ilişkisi bulunan özsaygı ise bireyin kendisini değerli olarak algılaması, pozitif değerlendirmesi ve başarılı bulup mükâfatlandırmasıdır. Benlik saygısının içinde bireysel onur, öz ve becerinin kabulü yer almaktadır. Diğer bir deyişle özsaygı bireyin kendisini olumlu veya olumsuz olarak değerlendirmesini ifade eder. Değerlendirme olumlu ise yüksek özsaygı anlamını taşır. Benlik saygısının yüksek olması, kişinin kendisine güven duymasındır, kendisini kabul edip değer vermesidir ve değerli görmesidir (Chrzanowski, 1981, akt; Acar, 2009).

Olumsuz benlikse benlik saygısının negatifi şeklinde değerlendirilebilir. Düşük benlik saygısı; kişinin kendisini başka kişiler ile karşılaştırması, kendisini değersizmiş gibi değerlendirip hor görmesi, özünü aşağılaması, doğal ve rahatlıktan uzak olması, yoğun bir şekilde öz farkındalığa sahip olması ve bunlarla ilişkili olarak negatif beklentiler içerisinde olması durumudur (Degoratis ve ark., 1976, akt.; Acar, 2009). Olumsuz benlik saygısının, düşük baş etme davranışına etki ederek; depresyon, yemede ve uykuda bozukluk, şiddet, agresiflik, okula veya işe devamsızlık gibi davranışlar ile bağlantılı olduğu görülmüştür. Öte yandan sağlık durumunun kötü olması ve baş etme davranışının kötü olması olumsuz benlik saygısının belirmesine neden olabilir.

### **2.9.5. Hostilite (Düşmanlık)**

Hostilite kavramı ile öfke ve saldırganlık kavramlarını birbirlerinden ayırmak zordur. Öfke; herhangi bir mani olunma durumu, tehdit, haksızlığa uğrama, aşağılanma ile karşılaşıldığında meydana gelen ve bu algıların ortaya çıkmasına neden olan uyaranları ortadan kaldırmaya yönelik bir histir. Öfkenin yaşandığı anda bireyde, konuşurken güçlük çekme veya ses tonunda yükselme, yüzün kızarması, dişlerin veya ellerin sıkılması, kasların gerilmesi, hararetlenme, nefes darlığı çekme şeklindeki bedensel değişimlere şahit olunur (Biagio, 1989, akt., Çitemel, 2010).

Saldırganlıksa öfkeden sonra, bu duyguya neden olana yönelik meydana gelen davranışlara denir. Hostilite, iftira, kötülük barındıran ve öfkenin etkileriyle meydana gelen negatif bir tavidir. Başka insanlara zararda bulunma, intikam alma, acı verme arzularını taşır (Smith, 1994, akt., Satılmış, 2012).

## **3. YÖNTEM**

Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın modeli, örnekleme, veri toplama araçları ve verilerin analizine yönelik bilgiler verilmiştir.

### **3.1. Araştırmanın Modeli**

Bu çalışma, “ilişkisel tarama modeli”ne uygun olarak düzenlenmiştir. İki veya daha çok değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma desenlerinin tümü “ilişkisel tarama modelleri” olarak tanımlanır (Karasar, 2002).

### **3.2. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmaya İstanbul’da terapi merkezlerinde destek alan 100 kişi dahil edilmiştir (Bkz. Tablo 4.1).

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada terapi alan bireylerin stresle başa çıkma ve psikolojik belirtileri ile ilgili verilerin toplanması amacıyla demografik bilgi formu, Ağargün vd. (2015) Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığı Cope ölçeği ayrıca Şahin ve Durak (1994) Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığı Kısa Semptom Envanteri kullanılmıştır.

#### **3.3.1. Demografik Bilgi Formu**

Demografik bilgi formu katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, aile sosyo-ekonomik durumu içeren 4 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

#### **3.3.2. COPE Ölçeği**

COPE ölçeği bireylerin başa çıkma tutumlarının değerlendirildiği bir ölçek olarak tasarlanmıştır. Bu ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Ağargün vd. (2015) tarafından yapılmıştır. Cronbach  $\alpha$  değeri 0.79 ve alt ölçeklere ait puanların COPE toplam puanıyla bağıntısı pozitif yönde ve anlamlı bulundu. Ölçeğe ait tek tek madde puanları pozitif yönde ve ileri düzeyde test-tekrar test güvenilirliği göstermiştir. Ölçek 4’lü likert yapıdadır ve 60 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.3.3. Kısa Semptom Envanteri**

Bu ölçek bireylerin psikolojik sorunlarını tarama amacı ile tasarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır. Cronbach  $\alpha$  değeri 0.85 ve alt ölçeklere ait puanların Kısa Semptom Tarama toplam puanıyla bağıntısı pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur. Ölçek 5’li likert yapıda bulunan 53 sorudan oluşmaktadır.

### **3.4. Verilerin Analizi**



Bu çalışmada, elde edilen verilerin analizi yapılırken, veriler bilgisayara sayısal ifade olarak girilmiş ve bu veriler Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences-SPSS 25.0) kullanılarak istatistiksel analizleri yapılmıştır. Analizlere başlamadan önce veriler normal dağılım açısından incelenmiştir. Araştırma değişkenlerinin örneklem grubunda normallik dağılımının analizi için yapılan Basıklık-Çarpıklık değerleri kontrolünde bütün ölçeklerin normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Bütün ölçekler ve alt ölçeklerde değerler -2, +2 arasında olduğundan kaynaklı normal dağılımı göstermektedir (George & Mallery, 2010). Uygulanan analizinde %95 güvenilirlik düzeyi esas alınmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametrik iki grup arasındaki farkı analiz etmek için iki bağımsız değişken testi olan T-Testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkene etkisini görmek Çoklu Doğrusal Regresyon kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0,05$  olarak alındı.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formundan elde edilen bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.1: Örneklem Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	42	42,0
	Erkek	58	58,0

	Toplam	100	100,0
<b>Yaş</b>	18-25	20	20,0
	26-30	57	57,0
	31-35	18	18,0
	35 ve üstü	5	5,0
	Toplam	100	100,0
<b>Eğitim Durumu</b>	Ortaokul	4	4,0
	Lise	19	19,0
	Üniversite	60	60,0
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	10,0
	Toplam	100	100,0
<b>Aile Sosyo-Ekonomik Düzeyi</b>	Zayıf	22	22,0
	Orta	64	64,0
	İyi	14	14,0
	Toplam	100	100,0
<b>Psikoloğa İlk Gidişi</b>	Hayır	100	100,0
<b>Psikolojik Tanı</b>	Evet	100	100,0

Tabloda görüldüğü üzere, örneklem grubunun %42.0'ı kadın, %58.0'ı erkek,%20.0'ı 18-25 yaş arası,%57.0'ı 26-30 yaş arası, %18.0'ı 31-35 yaş arası, %5.0'ı 35 yaş ve üstü, %89.0'ı bekar,%11.0'ı evli,%7.0'ı ilkokul mezunu,%4.0'ı ortaokul mezunu, %19.0'ı lise mezunu, %60.0'ı üniversite mezunu, %10.0'ı yüksek lisans ve üzeri, %22.0'mın gelir durumu zayıf, %64.0'mın gelir durumu orta, %14.0'mın gelir durumu iyi, %100.0'ı ilk defa psikoloğa gitmiyor, %100.0'mın psikolojik bir tanısı vardır.

**Tablo 4.2: Başa Çıkma Tarzlarını Değerlendirme Ölçeğinin Betimsel İstatistikleri**

	N	$\bar{X}$	Ss.
<b>Pozitif Yeniden Yorumlama</b>	100	2,62	0,90
<b>Zihinsel Boş Verme</b>	100	3,09	0,89
<b>Soruna Odaklanma Duyguları Açığa Vurma</b>	100	2,86	0,63
<b>Yararlı Sosyal Destek Kullanımı</b>	100	2,62	0,72
<b>Aktif Baş Etme</b>	100	2,51	0,71
<b>İnkâr</b>	100	2,77	0,89
<b>Dini Olarak Baş Etme</b>	100	3,03	0,74

<b>Şakaya Vurma</b>	100	2,72	0,77
<b>Davranışsal Olarak Boş Verme</b>	100	2,84	0,90
<b>Geri Durma</b>	100	3,18	0,86
<b>Duygusal Sosyal Destek Kullanımı</b>	100	2,91	0,87
<b>Madde Kullanımı</b>	100	3,01	0,69
<b>Kabullenme</b>	100	2,69	1,01
<b>Diğer Meşguliyetlerle Bastırma</b>	100	2,96	0,70
<b>Plan Yapma</b>	100	3,09	0,75

Tabloda görüldüğü üzere, pozitif yeniden yorumlamanın ortalaması 2,62 (ss=.90), zihinsel boş vermenin ortalaması 3,08(ss=.88), sorunlara odaklanma duyguları açığa vurmanın ortalaması 2,85(ss=.63), yararlı sosyal destek kullanımının ortalaması 2,61(ss=.72), aktif baş etmenin ortalaması 2,51(ss=.70), inkarın ortalaması 2,76(ss=.89), dini olarak baş etmenin ortalaması 3,02(ss=.74), şakaya vurmanın ortalaması 2,72(ss=.77), davranışsal olarak boş vermenin ortalaması 2,83(ss=.90), geri durmanın ortalaması 3,17(ss=.86), duygusal sosyal destek kullanımının ortalaması 2,90(ss=.87), madde kullanımı ortalaması 3,00(ss=.68), kabullenmenin ortalaması 2,68(ss=1.00), diğer meşguliyetlerle bastırmanın ortalaması 2,96(ss=.70), plan yapmanın ortalaması 3,08(ss=.75)dir.

**Tablo 4.3: Kısa Semptom Ölçeğinin Betimsel İstatistikleri**

	<b>N</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Ss.</b>
<b>Anksiyete</b>	100	2,84	0,82
<b>Depresyon</b>	100	2,87	0,75
<b>Olumsuz Benlik</b>	100	2,72	0,66
<b>Somatizasyon</b>	100	2,82	0,86
<b>Hostilite</b>	100	2,79	0,88

Tabloda görüldüğü üzere, anksiyetinin ortalaması 2,85(ss=.82), depresyonun ortalaması 2,87(ss=.75), olumsuz benliğin ortalaması 2,72(ss=.66), somatizasyonun ortalaması 2,82(ss=.0,86), Hostilite'in ortalaması 2,79(ss=.88)dur.

**Tablo 4.4: Kısa Semptom Ölçeği ile Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları**

		<b>Olumsuz</b>				
		<b>Anksiyete</b>	<b>Depresyon</b>	<b>Benlik</b>	<b>Somatizasyon</b>	<b>Hostilite</b>
<b>Pozitif Yeniden Yorumlama</b>	r	-,752**	-,793**	-,750**	-,761**	-,723**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	100	100	100	100	100
<b>Zihinsel Boş Verme</b>	r	,451**	,447**	,463**	,452**	,435**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	100	100	100	100	100
<b>Soruna Odaklanma Duyguları Açığa Vurma</b>	r	-,597**	-,580**	-,513**	-,636**	-,555**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	100	100	100	100	100
<b>Yararlı Sosyal Destek Kullanımı</b>	r	-,671**	-,636**	-,609**	-,675**	-,592**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	100	100	100	100	100
<b>Aktif Baş Etme</b>	r	-,728**	-,786**	-,778**	-,724**	-,764**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	100	100	100	100	100
<b>İnkâr</b>	r	,392**	,345**	,357**	,396**	,377**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	100	100	100	100	100
<b>Dini Olarak Baş Etme</b>	r	,263**	,231*	,246*	,314**	,235*
	p	0,008	0,021	0,013	0,001	0,019
	N	100	100	100	100	100
<b>Şakaya Vurma</b>	r	-,612**	-,630**	-,638**	-,633**	-,602**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	100	100	100	100	100
<b>Davranışsal Olarak Boş Verme</b>	r	,309**	,255*	,307**	,272**	,280**
	p	0,002	0,010	0,002	0,006	0,005
	N	100	100	100	100	100
<b>Geri Durma</b>	r	,510**	,505**	,535**	,511**	,507**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	100	100	100	100	100
<b>Duygusal Sosyal Destek Kullanım</b>	r	-,770**	-,775**	-,771**	-,768**	-,750**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	100	100	100	100	100
<b>Madde</b>	r	,272**	,220*	,244*	,298**	,261**

<b>Kullanımı</b>	p	0,006	0,028	0,014	0,003	0,009
	N	100	100	100	100	100
<b>Kabullenme</b>	r	-,635**	-,696**	-,653**	-,693**	-,632**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>Diğer Meşguliyetlerle Bastırma</b>	N	100	100	100	100	100
	r	-,387**	-,455**	-,449**	-,428**	-,411**
<b>Plan Yapma</b>	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	100	100	100	100	100

Tabloda görüldüğü üzere Kısa Semptom Ölçeği ve Alt Boyutları ile Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda;

Pozitif Yeniden Yorumlama toplam puanı ile Kısa Semptom Ölçeğinin Alt Boyutu olan Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite puanı arasında yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < .01$ ). Zihinsel Boş Verme toplam puanı ile Kısa Semptom Ölçeğinin Alt Boyutu olan Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite puanı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < .01$ ). Soruna Odaklanma Duyguları Açığa Vurma toplam puanı ile Kısa Semptom Ölçeğinin Alt Boyutu olan Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite puanı arasında yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < .01$ ). Yararlı Sosyal Destek Kullanımı toplam puanı ile Kısa Semptom Ölçeğinin Alt Boyutu olan Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite puanı arasında yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < .01$ ). Aktif Baş Etme toplam puanı ile Kısa Semptom Ölçeğinin Alt Boyutu olan Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite puanı arasında yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < .01$ ). İnkâr toplam puanı ile Kısa Semptom Ölçeğinin Alt Boyutu olan Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite puanı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < .01$ ). Dini Olarak Baş Etme toplam puanı ile Kısa Semptom Ölçeğinin Alt Boyutu olan Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Hostilite puanı arasında düşük düzeyde ve Somatizasyon, ile orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < .01$ ). Şakaya Vurma toplam puanı

ile Kısa Semptom Ölçeğinin Alt Boyutu olan Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite puanı arasında yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<.01$ ). Davranışsal Olarak Boş Verme toplam puanı ile Kısa Semptom Ölçeğinin Alt Boyutu olan Anksiyete, Somatizasyon puanıyla orta düzeyde ve Olumsuz Benlik, , Hostilite, Depresyon puanıyla düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<.01$ ). Geri Durma toplam puanı ile Kısa Semptom Ölçeğinin Alt Boyutu olan Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite puanı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<.01$ ). Duygusal Sosyal Destek Kurma toplam puanı ile Kısa Semptom Ölçeğinin Alt Boyutu olan Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite puanı arasında yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<.01$ ). Madde Kullanımı toplam puanı ile Kısa Semptom Ölçeğinin Alt Boyutu olan Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite puanı arasında düşük düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<.01$ ). Kabullenme toplam puanı ile Kısa Semptom Ölçeğinin Alt Boyutu olan Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite puanı arasında yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<.01$ ). Diğer Meşguliyetlerle Bastırma toplam puanı ile Kısa Semptom Ölçeğinin Alt Boyutu olan Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite puanı arasında orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<.01$ ). Plan Yapma toplam puanı ile Kısa Semptom Ölçeğinin Alt Boyutu olan Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Hostilite puanı arasında yüksek düzeyde ve negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<.01$ ).

**Tablo 4.5: Başa Çıkma Tutumlarının Kısa Semptoma Etkisi**

	B	Standart Hata	Beta	t	p	Tolerance	VIF	R2	F	p
(Sabit)	4,277	0,403		10,60	0,000			.815	30,098	,000
<b>Pozitif Yeniden Yorumlama</b>	-0,245	0,075	-0,286	-3,245	0,002	0,241	4,155			

<b>Soruna Odaklanma</b>								
<b>Duyguları Açığa Vurma</b>	-0,160	0,076	-0,131	-2,089	0,040	0,478		2,092
<b>Yararlı Sosyal Destek Kullanımı</b>	-0,013	0,072	-0,013	-0,187	0,852	0,415		2,408
<b>Aktif Baş Etme</b>	-0,140	0,098	-0,128	-1,429	0,157	0,231		4,320
<b>İnkar</b>	0,050	0,053	0,058	0,937	0,351	0,494		2,026
<b>Dini Olarak Baş Etme</b>	0,114	0,059	0,110	1,938	0,056	0,581		1,720
<b>Şakaya Vurma</b>	0,068	0,086	0,067	0,785	0,435	0,253		3,951
<b>Davranışsal Olarak Boş Verme</b>	0,103	0,077	0,120	1,347	0,182	0,234		4,277
<b>Geri Durma</b>	-0,015	0,083	-0,016	-0,176	0,861	0,218		4,582
<b>Madde Kullanımı</b>	0,039	0,054	0,034	0,718	0,475	0,813		1,230
<b>Kabullenme</b>	-0,057	0,074	-0,074	-0,766	0,446	0,199		5,019
<b>Diğer Meşguliyetlerle Bastırma</b>	0,038	0,105	0,035	0,362	0,718	0,205		4,868
<b>Plan Yapma</b>	-0,175	0,094	-0,170	-1,852	0,068	0,222		4,495
<b>Zihinsel Boş Verme</b>	0,076	0,078	0,087	0,974	0,333	0,236		4,243
<b>Duygusal Sosyal Destek Kullanımı</b>	-0,230	0,078	-0,258	-2,935	0,004	0,241		4,144

Tabloda görüldüğü üzere başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği alt boyutu olan pozitif yeniden yorumlama, duygusal sosyal destek kullanımı, dini olarak baş etme, madde kullanımı, diğer meşguliyetlerle bastırma, davranışsal olarak boş verme, soruna odaklanma duyguları açığa vurma, inkar, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif baş etme, zihinsel boş verme, şakaya vurma, plan yapma, geri durma, kabullenmenin kısa semptomların anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir ( $R=0.918$ ,  $R^2=.815$ ,  $p<0.01$ ). Adı geçen değişkenler birlikte kısa semptomların toplam varyansın yaklaşık %82'sini açıklamaktadır. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde ise pozitif yeniden yorumlama, duygusal sosyal destek arama, soruna odaklanma duyguları açığa vurmanın kısa semptomlar üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Diğer değişkenlerin önemli bir etkisi yoktur.

**Tablo 4.6: Cinsiyet Değişkenine Göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Puanlarının Karşılaştırılması**

		N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
<b>Pozitif Yeniden Yorumlama</b>	Kadın	42	2,79	0,97	1,548	98	0,125

	Erkek	58	2,50	0,84			
<b>Zihinsel Boş Verme</b>	Kadın	42	2,88	0,93	-2,013	98	0,047
	Erkek	58	3,24	0,83			
<b>Soruna Odaklanma Duyguları Açığa Vurma</b>	Kadın	42	2,85	0,64	-0,131	98	0,896
	Erkek	58	2,86	0,64			
<b>Yararlı Sosyal Destek Kullanımı</b>	Kadın	42	2,65	0,80	0,366	98	0,715
	Erkek	58	2,59	0,67			
<b>Aktif Baş Etme</b>	Kadın	42	2,71	0,68	2,409	98	0,018
	Erkek	58	2,37	0,70			
<b>İnkâr</b>	Kadın	42	2,79	0,89	0,253	98	0,801
	Erkek	58	2,75	0,90			
<b>Dini Olarak Baş Etme</b>	Kadın	42	2,94	0,68	-0,967	98	0,336
	Erkek	58	3,09	0,79			
<b>Şakaya Vurma</b>	Kadın	42	2,92	0,70	2,212	98	0,029
	Erkek	58	2,58	0,80			
<b>Davranışsal Olarak Boş Verme</b>	Kadın	42	2,65	0,91	-1,713	98	0,090
	Erkek	58	2,97	0,88			
<b>Geri Durma</b>	Kadın	42	2,96	0,88	-2,143	98	0,035
	Erkek	58	3,33	0,82			
<b>Duygusal Sosyal Destek Kullanımı</b>	Kadın	42	3,08	0,85	1,675	98	0,097
	Erkek	58	2,78	0,87			
<b>Madde Kullanımı</b>	Kadın	42	2,92	0,66	-1,016	98	0,312
	Erkek	58	3,06	0,71			
<b>Kabullenme</b>	Kadın	42	2,84	0,95	1,306	98	0,194
	Erkek	58	2,57	1,04			
<b>Diğer Meşguliyetlerle Bastırma</b>	Kadın	42	2,96	0,62	-0,020	98	0,984
	Erkek	58	2,96	0,76			
<b>Plan Yapma</b>	Kadın	42	3,13	0,79	0,518	98	0,606
	Erkek	58	3,05	0,73			

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun zihinsel boş verme almış oldukları puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında erkek grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan  $p < 0.05$  düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun aktif baş etme almış oldukları puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını



belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında kadın grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan  $p < 0.05$  düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun şakaya vurma almış oldukları puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında kadın grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan  $p < 0.05$  düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun geri durma almış oldukları puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında erkek grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan  $p < 0.05$  düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun diğer alt boyutlardan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan  $p > 0.05$  düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

**Tablo 4.7: Cinsiyet Değişkenine Göre Kısa Semptom Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanlarının Karşılaştırılması**

		N	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p																																												
<b>Anksiyete</b>	Kadın	42	2,6557	0,81819	-1,932	98	0,056																																												
	Erkek	58	2,9721	0,80118				<b>Depresyon</b>	Kadın	42	2,6687	0,77225	-2,365	98	0,020	Erkek	58	3,0216	0,70978	<b>Olumsuz Benlik</b>	Kadın	42	2,5575	0,65137	-2,112	98	0,037	Erkek	58	2,8348	0,64540	<b>Somatizasyon</b>	Kadın	42	2,6270	0,91947	-1,949	98	0,054	Erkek	58	2,9636	0,80080	<b>Hostilite</b>	Kadın	42	2,5544	0,87394	-2,310	98	0,023
<b>Depresyon</b>	Kadın	42	2,6687	0,77225	-2,365	98	0,020																																												
	Erkek	58	3,0216	0,70978				<b>Olumsuz Benlik</b>	Kadın	42	2,5575	0,65137	-2,112	98	0,037	Erkek	58	2,8348	0,64540	<b>Somatizasyon</b>	Kadın	42	2,6270	0,91947	-1,949	98	0,054	Erkek	58	2,9636	0,80080	<b>Hostilite</b>	Kadın	42	2,5544	0,87394	-2,310	98	0,023	Erkek	58	2,9557	0,84545								
<b>Olumsuz Benlik</b>	Kadın	42	2,5575	0,65137	-2,112	98	0,037																																												
	Erkek	58	2,8348	0,64540				<b>Somatizasyon</b>	Kadın	42	2,6270	0,91947	-1,949	98	0,054	Erkek	58	2,9636	0,80080	<b>Hostilite</b>	Kadın	42	2,5544	0,87394	-2,310	98	0,023	Erkek	58	2,9557	0,84545																				
<b>Somatizasyon</b>	Kadın	42	2,6270	0,91947	-1,949	98	0,054																																												
	Erkek	58	2,9636	0,80080				<b>Hostilite</b>	Kadın	42	2,5544	0,87394	-2,310	98	0,023	Erkek	58	2,9557	0,84545																																
<b>Hostilite</b>	Kadın	42	2,5544	0,87394	-2,310	98	0,023																																												
	Erkek	58	2,9557	0,84545																																															

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun anksiyete alt boyutlardan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan  $p>0.05$  düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun depresyon alt boyutundan almış oldukları puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında erkek grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan  $p<0.05$  düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun olumsuz benlik alt boyutundan almış oldukları puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında erkek grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan  $p<0.05$  düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun somatizasyon alt boyutlardan almış oldukları puanların, cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucundan, istatistiksel açıdan  $p>0.05$  düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablodan da anlaşılacağı üzere, örneklem grubunun hostilete alt boyutundan almış oldukları puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız Grup t testi sonucunda, gruplar arasında erkek grubun daha fazla puan aldığından dolayı istatistiksel açıdan  $p<0.05$  düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

**Tablo 4.8: Gelir Durumu Değişkenine Göre Kısa Semptom Ölçeğinin ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p.
<b>Anksiyete</b>	Zayıf	22	3,20	0,66	G.Arası	3,68	2	1,84	2,840	0,063
	Orta	64	2,75	0,83	G.İçi	62,80	97	0,65		
	İyi	14	2,70	0,87	Toplam	66,47	99			
	Toplam	100	2,84	0,82						
<b>Depresyon</b>	Zayıf	22	3,16	0,63	G.Arası	2,31	2	1,15	2,074	0,131
	Orta	64	2,79	0,77	G.İçi	53,90	97	0,56		
	İyi	14	2,80	0,78	Toplam	56,20	99			
	Toplam	100	2,87	0,75						
<b>Olumsuz Benlik</b>	Zayıf	22	3,00	0,54	G.Arası	2,30	2	1,15	2,744	0,069
	Orta	64	2,63	0,66	G.İçi	40,71	97	0,42		
	İyi	14	2,65	0,73	Toplam	43,01	99			
	Toplam	100	2,72	0,66						
<b>Somatizasyon</b>	Zayıf	22	3,24	0,66	G.Arası	5,28	2	2,64	3,727	0,028
	Orta	64	2,73	0,89	G.İçi	68,70	97	0,71		
	İyi	14	2,57	0,87	Toplam	73,98	99			
	Toplam	100	2,82	0,86						
<b>Hostilite</b>	Zayıf	22	3,21	0,64	G.Arası	5,03	2	2,51	3,436	0,036
	Orta	64	2,68	0,90	G.İçi	70,95	97	0,73		
	İyi	14	2,62	0,95	Toplam	75,98	99			
	Toplam	100	2,79	0,88						

Tablodan anlaşılacağı gibi anksiyete sıralamalar ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi depresyon sıralamalar ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi olumsuz benlik sıralamalar ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Örnekleme grubun annenin yaşına göre somatizasyon alt boyutu anlamlı farklılık bulunmaktadır [ $F=3.727, p<.05$ ]. Gelir durumu zayıf olanların somatizasyon puanı en yüksektir. Post Hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olmadığı saptanmıştır ( $p<.05$ ). Yapılan Tamhane testi sonucunda gelir durumu zayıf olan grup ile orta olan grup arasında zayıf olan grup daha fazla puan almıştır( $p<0.05$ ).

Örnekleme grubun annenin yaşına göre hostilite alt boyutu anlamlı farklılık bulunmaktadır [ $F=3.436, p<.05$ ]. Gelir durumu zayıf olanların hostilite puanı en yüksektir. Post Hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olmadığı saptanmıştır ( $p<.05$ ). Yapılan Tamhane testi sonucunda gelir durumu zayıf olan grup ile orta olan grup arasında zayıf olan grup daha fazla puan almıştır( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.9: Gelir Durumu Değişkenine Göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p.
<b>Pozitif Yeniden Yorumlama</b>	Zayıf	22	2,25	0,74	G.Arası	4,24	2	2,12	2,686	0,073
	Orta	64	2,76	0,90	G.İçi	76,57	97	0,79		
	İyi	14	2,59	1,04	Toplam	80,81	99			
	Toplam	100	2,62	0,90						
<b>Zihinsel Verme</b>	Zayıf	22	3,36	0,80	G.Arası	2,22	2	1,11	1,422	0,246
	Orta	64	3,00	0,89	G.İçi	75,58	97	0,78		
	İyi	14	3,07	0,98	Toplam	77,80	99			
	Toplam	100	3,09	0,89						
<b>Soruna Odaklanma Duyguları Açığa Vurma</b>	Zayıf	22	2,60	0,59	G.Arası	1,81	2	0,90	2,314	0,104
	Orta	64	2,93	0,62	G.İçi	37,84	97	0,39		
	İyi	14	2,91	0,70	Toplam	39,65	99			
	Toplam	100	2,86	0,63						
<b>Yararlı Sosyal Destek Kullanımı</b>	Zayıf	22	2,36	0,63	G.Arası	2,32	2	1,16	2,266	0,109
	Orta	64	2,73	0,74	G.İçi	49,61	97	0,51		
	İyi	14	2,52	0,75	Toplam	51,93	99			
	Toplam	100	2,62	0,72						
<b>Aktif Baş Etme</b>	Zayıf	22	2,18	0,60	G.Arası	3,13	2	1,57	3,263	0,043
	Orta	64	2,62	0,70	G.İçi	46,54	97	0,48		
	İyi	14	2,55	0,80	Toplam	49,67	99			
	Toplam	100	2,51	0,71						
<b>İnkâr</b>	Zayıf	22	3,02	0,91	G.Arası	2,76	2	1,38	1,754	0,179
	Orta	64	2,74	0,86	G.İçi	76,34	97	0,79		
	İyi	14	2,46	0,96	Toplam	79,10	99			
	Toplam	100	2,77	0,89						

<b>Dini Olarak Baş Etme</b>	Zayıf	22	3,20	0,77	G.Arası	1,64	2	0,82	1,496	0,229
	Orta	64	3,02	0,70	G.İçi	53,05	97	0,55		
	İyi	14	2,77	0,85	Toplam	54,69	99			
	Toplam	100	3,03	0,74						
<b>Şakaya Vurma</b>	Zayıf	22	2,32	0,71	G.Arası	4,85	2	2,42	4,348	0,016
	Orta	64	2,80	0,75	G.İçi	54,06	97	0,56		
	İyi	14	2,96	0,76	Toplam	58,91	99			
	Toplam	100	2,72	0,77						
<b>Davranışsal Olarak Boş verme</b>	Zayıf	22	3,02	0,90	G.Arası	1,00	2	0,50	0,605	0,548
	Orta	64	2,79	0,89	G.İçi	79,91	97	0,82		
	İyi	14	2,77	0,99	Toplam	80,90	99			
	Toplam	100	2,84	0,90						
<b>Geri Durma</b>	Zayıf	22	3,44	0,73	G.Arası	2,62	2	1,31	1,791	0,172
	Orta	64	3,14	0,86	G.İçi	70,92	97	0,73		
	İyi	14	2,91	1,02	Toplam	73,54	99			
	Toplam	100	3,18	0,86						
<b>Duygusal Sosyal Destek</b>	Zayıf	22	2,49	0,76	G.Arası	5,02	2	2,51	3,473	0,035
	Orta	64	3,01	0,87	G.İçi	70,06	97	0,72		
	İyi	14	3,09	0,87	Toplam	75,08	99			
	Toplam	100	2,91	0,87						
<b>Madde Kullanımı</b>	Zayıf	22	3,23	0,67	G.Arası	1,60	2	0,80	1,710	0,186
	Orta	64	2,92	0,73	G.İçi	45,52	97	0,47		
	İyi	14	3,05	0,48	Toplam	47,12	99			
	Toplam	100	3,01	0,69						
<b>Kabullenme</b>	Zayıf	22	2,28	0,97	G.Arası	4,56	2	2,28	2,302	0,106
	Orta	64	2,79	1,00	G.İçi	96,14	97	0,99		
	İyi	14	2,84	1,03	Toplam	100,70	99			
	Toplam	100	2,69	1,01						
<b>Diğer Meşguliyetlerle Bastırma</b>	Zayıf	22	2,97	0,75	G.Arası	0,62	2	0,31	0,620	0,540
	Orta	64	3,00	0,69	G.İçi	48,47	97	0,50		
	İyi	14	2,77	0,73	Toplam	49,09	99			
	Toplam	100	2,96	0,70						
<b>Plan Yapma</b>	Zayıf	22	2,88	0,79	G.Arası	1,38	2	0,69	1,228	0,297
	Orta	64	3,16	0,69	G.İçi	54,64	97	0,56		
	İyi	14	3,05	0,94	Toplam	56,03	99			
	Toplam	100	3,09	0,75						

Örneklem grubun annenin yaşına göre aktif baş etme alt boyutu anlamlı farklılık bulunmaktadır [ $F=3.436, p<.05$ ]. Gelir durumu iyi olanların aktif baş etme puanı en yüksektir. Post Hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu

saptanmıştır ( $p>.05$ ). Yapılan Scheffe testi sonucunda gelir durumu zayıf olan grup ile orta olan grup arasında orta olan grup daha fazla puan almıştır ( $p<.05$ ).

Örnekleme grubunun annenin yaşına göre şakaya vurma alt boyutu anlamlı farklılık bulunmaktadır [ $F=3.436, p<.05$ ]. Gelir durumu iyi olanların şakaya vurma puanı en yüksektir. Post Hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu saptanmıştır ( $p>.05$ ). Yapılan Scheffe testi sonucunda gelir durumu zayıf olan grup ile orta olan grup arasında orta olan grup daha fazla puan almıştır ( $p<.05$ ). Yapılan Scheffe testi sonucunda gelir durumu zayıf olan grup ile yüksek olan grup arasında yüksek olan grup daha fazla puan almıştır ( $p<.05$ ).

Örnekleme grubunun annenin yaşına göre duygusal sosyal destek arama alt boyutu anlamlı farklılık bulunmaktadır [ $F=3.436, p<.05$ ]. Gelir durumu iyi olanların duygusal sosyal destek arama puanı en yüksektir. Post Hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olduğu saptanmıştır ( $p>.05$ ). Yapılan Scheffe testi sonucunda gelir durumu zayıf olan grup ile orta olan grup arasında orta olan grup daha fazla puan almıştır ( $p<.05$ ).

Tablodan anlaşılacağı gibi diğer alt boyutların sıralamalar ortalamalarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>.05$ ).

**Tablo 4.10: Yaş Değişkenine Göre Kısa Semptom Ölçeğinin ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p.
<b>Anksiyete</b>	18-25	20	2,82	0,8	G.Arası	2,13	3	0,71	1,06	0,37
	26-30	57	2,92	0,84	G.İçi	64,34	96	0,67		
	31-35	18	2,54	0,79	Toplam	66,47	99			
	35 ve üstü	5	3	0,74						
	Toplam	100	2,84	0,82						
<b>Depresyon</b>	18-25	20	2,82	0,73	G.Arası	2,04	3	0,68	1,207	0,31
	26-30	57	2,96	0,75	G.İçi	54,16	96	0,56		
	31-35	18	2,6	0,79	Toplam	56,2	99			
	35 ve üstü	5	3,1	0,68						
	Toplam	100	2,87	0,75						
<b>Olumsuz Benlik</b>	18-25	20	2,75	0,6	G.Arası	1,8	3	0,6	1,395	0,24
	26-30	57	2,76	0,69	G.İçi	41,21	96	0,43		
	31-35	18	2,46	0,56	Toplam	43,01	99			
	35 ve üstü	5	3,02	0,7						
	Toplam	100	2,72	0,66						
<b>Somatizasyon</b>	18-25	20	2,76	0,84	G.Arası	2,14	3	0,71	0,952	0,41
	26-30	57	2,92	0,88	G.İçi	71,84	96	0,75		
	31-35	18	2,54	0,86	Toplam	73,98	99			
	35 ve üstü	5	3	0,76						
	Toplam	100	2,82	0,86						
<b>Hostilite</b>	18-25	20	2,79	0,81	G.Arası	5,5	3	1,83	2,496	0,06
	26-30	57	2,91	0,87	G.İçi	70,48	96	0,73		
	31-35	18	2,31	0,81	Toplam	75,98	99			
	35 ve üstü	5	3,11	1,04						
	Toplam	100	2,79	0,88						

Tablodan anlaşılacağı gibi kısa semptom ölçeğinin tüm alt boyutların sıralamalar ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.11: Yaş Değişkenine Göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p.
<b>Pozitif Yeniden Yorumlama</b>	18-25	20	2,83	0,88	G.Arası	1,56	3	0,52	0,629	0,598
	26-30	57	2,57	0,87	G.İçi	79,25	96	0,83		
	31-35	18	2,67	1,07	Toplam	80,81	99			
	35 ve üstü	5	2,30	0,82						
	Toplam	100	2,62	0,90						
<b>Zihinsel Boş Verme</b>	18-25	20	3,26	0,71	G.Arası	0,81	3	0,27	0,338	0,798
	26-30	57	3,05	0,94	G.İçi	76,98	96	0,80		
	31-35	18	3,06	0,93	Toplam	77,80	99			
	35 ve üstü	5	2,95	0,94						
	Toplam	100	3,09	0,89						
<b>Soruna Odaklanma Duyguları Açığa Vurma</b>	18-25	20	3,01	0,67	G.Arası	1,11	3	0,37	0,923	0,433
	26-30	57	2,78	0,60	G.İçi	38,54	96	0,40		
	31-35	18	2,85	0,72	Toplam	39,65	99			
	35 ve üstü	5	3,10	0,49						
	Toplam	100	2,86	0,63						
<b>Yararlı Sosyal Destek Kullanımı</b>	18-25	20	2,55	0,78	G.Arası	0,19	3	0,06	0,118	0,949
	26-30	57	2,63	0,68	G.İçi	51,74	96	0,54		
	31-35	18	2,68	0,80	Toplam	51,93	99			
	35 ve üstü	5	2,55	0,87						
	Toplam	100	2,62	0,72						
<b>Aktif Baş Etme</b>	18-25	20	2,50	0,73	G.Arası	1,21	3	0,40	0,798	0,498
	26-30	57	2,51	0,69	G.İçi	48,46	96	0,50		
	31-35	18	2,65	0,75	Toplam	49,67	99			
	35 ve üstü	5	2,10	0,65						
	Toplam	100	2,51	0,71						
<b>İnkâr</b>	18-25	20	2,78	0,86	G.Arası	0,93	3	0,31	0,379	0,768
	26-30	57	2,80	0,98	G.İçi	78,18	96	0,81		
	31-35	18	2,76	0,69	Toplam	79,10	99			
	35 ve üstü	5	2,35	0,72						
	Toplam	100	2,77	0,89						
<b>Dini Olarak Baş Etme</b>	18-25	20	3,08	0,61	G.Arası	0,17	3	0,06	0,101	0,959
	26-30	57	3,03	0,82	G.İçi	54,52	96	0,57		
	31-35	18	2,94	0,66	Toplam	54,69	99			
	35 ve üstü	5	3,05	0,78						
	Toplam	100	3,03	0,74						



<b>Şakaya Vurma</b>	18-25	20	2,60	0,76	G.Arası	1,12	3	0,37	0,619	0,605
	26-30	57	2,70	0,81	G.İçi	57,79	96	0,60		
	31-35	18	2,93	0,72	Toplam	58,91	99			
	35 ve üstü	5	2,70	0,57						
	Toplam	100	2,72	0,77						
<b>Davranışsal Olarak Boş Verme</b>	18-25	20	2,95	0,74	G.Arası	4,55	3	1,52	1,908	0,134
	26-30	57	2,95	0,96	G.İçi	76,35	96	0,80		
	31-35	18	2,51	0,81	Toplam	80,90	99			
	35 ve üstü	5	2,25	0,87						
	Toplam	100	2,84	0,90						
<b>Geri Durma</b>	18-25	20	3,31	0,70	G.Arası	4,06	3	1,35	1,868	0,140
	26-30	57	3,26	0,91	G.İçi	69,48	96	0,72		
	31-35	18	2,75	0,83	Toplam	73,54	99			
	35 ve üstü	5	3,25	0,73						
	Toplam	100	3,18	0,86						
<b>Duygusal Sosyal Destek Kullanımı</b>	18-25	20	2,95	0,86	G.Arası	1,35	3	0,45	0,584	0,627
	26-30	57	2,84	0,92	G.İçi	73,74	96	0,77		
	31-35	18	3,13	0,75	Toplam	75,08	99			
	35 ve üstü	5	2,70	0,78						
	Toplam	100	2,91	0,87						
<b>Madde Kullanımı</b>	18-25	20	3,04	0,68	G.Arası	3,06	3	1,02	2,224	0,090
	26-30	57	3,03	0,69	G.İçi	44,06	96	0,46		
	31-35	18	3,10	0,59	Toplam	47,12	99			
	35 ve üstü	5	2,25	0,77						
	Toplam	100	3,01	0,69						
<b>Kabullenme</b>	18-25	20	2,75	1,10	G.Arası	2,17	3	0,72	0,704	0,552
	26-30	57	2,72	1,00	G.İçi	98,53	96	1,03		
	31-35	18	2,68	1,01	Toplam	100,70	99			
	35 ve üstü	5	2,05	0,82						
	Toplam	100	2,69	1,01						
<b>Diğer Meşguliyetlerle Bastırma</b>	18-25	20	2,99	0,79	G.Arası	3,73	3	1,24	2,630	0,055
	26-30	57	3,06	0,62	G.İçi	45,36	96	0,47		
	31-35	18	2,83	0,64	Toplam	49,09	99			
	35 ve üstü	5	2,20	1,12						
	Toplam	100	2,96	0,70						
<b>Plan Yapma</b>	18-25	20	3,04	0,89	G.Arası	0,84	3	0,28	0,489	0,691
	26-30	57	3,14	0,68	G.İçi	55,18	96	0,57		
	31-35	18	3,04	0,83	Toplam	56,03	99			
	35 ve üstü	5	2,75	0,75						
	Toplam	100	3,09	0,75						

Tablodan anlaşılacağı gibi baş etme tutumlarını değerlendirme ölçeğinin tüm alt boyutların sıralamalar ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.12: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Başa Çıkma Tutumlarının Değerlendirme Ölçeğinin ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p.
<b>Pozitif Yeniden Yorumlama</b>	İlkokul	7	2,86	1,14	G.Arası	4,34	4	1,08	1,347	0,258
	Ortaokul	4	2,81	1,14	G.İçi	76,47	95	0,80		
	Lise	19	2,97	1,04	Toplam	80,81	99			
	Üniversite	60	2,47	0,81						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	2,65	0,82						
	Toplam	100	2,62	0,90						
<b>Zihinsel Boş Verme</b>	İlkokul	7	3,43	0,76	G.Arası	1,96	4	0,49	0,612	0,655
	Ortaokul	4	2,88	0,88	G.İçi	75,84	95	0,80		
	Lise	19	3,00	0,99	Toplam	77,80	99			
	Üniversite	60	3,13	0,84						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	2,83	1,09						
	Toplam	100	3,09	0,89						
<b>Soruna Odaklanma Duyguları Açığa Vurma</b>	İlkokul	7	2,96	0,83	G.Arası	1,00	4	0,25	0,612	0,655
	Ortaokul	4	3,06	0,69	G.İçi	38,65	95	0,41		
	Lise	19	2,96	0,68	Toplam	39,65	99			
	Üniversite	60	2,78	0,62						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	2,98	0,45						
	Toplam	100	2,86	0,63						
<b>Yararlı Sosyal Destek Kullanımı</b>	İlkokul	7	2,71	0,76	G.Arası	3,01	4	0,75	1,463	0,219
	Ortaokul	4	2,19	0,55	G.İçi	48,92	95	0,51		
	Lise	19	2,71	0,70	Toplam	51,93	99			
	Üniversite	60	2,54	0,75						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	3,03	0,51						
	Toplam	100	2,62	0,72						
<b>Aktif Baş Etme</b>	İlkokul	7	2,71	0,70	G.Arası	2,23	4	0,56	1,118	0,353
	Ortaokul	4	2,44	0,83	G.İçi	47,44	95	0,50		
	Lise	19	2,67	0,71	Toplam	49,67	99			
	Üniversite	60	2,40	0,68						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	2,78	0,81						
	Toplam	100	2,51	0,71						
<b>İnkâr</b>	İlkokul	7	2,68	0,72	G.Arası	1,17	4	0,29	0,358	0,838
	Ortaokul	4	3,25	0,61	G.İçi	77,93	95	0,82		
	Lise	19	2,67	0,78	Toplam	79,10	99			
	Üniversite	60	2,77	0,94						

	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	2,80	1,07						
	Toplam	100	2,77	0,89						
<b>Dini Olarak Baş Etme</b>	İlkokul	7	2,82	0,69	G.Arası	1,68	4	0,42	0,752	0,559
	Ortaokul	4	3,50	0,35	G.İçi	53,01	95	0,56		
	Lise	19	2,91	0,80	Toplam	54,69	99			
	Üniversite	60	3,03	0,76						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	3,18	0,67						
	Toplam	100	3,03	0,74						
<b>Şakaya Vurma</b>	İlkokul	7	2,93	0,85	G.Arası	6,62	4	1,66	3,009	0,022
	Ortaokul	4	2,63	1,05	G.İçi	52,29	95	0,55		
	Lise	19	3,13	0,59	Toplam	58,91	99			
	Üniversite	60	2,53	0,75						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	3,00	0,76						
	Toplam	100	2,72	0,77						
<b>Davranışsal Olarak Boş Verme</b>	İlkokul	7	3,21	0,76	G.Arası	1,82	4	0,45	0,545	0,703
	Ortaokul	4	2,81	0,83	G.İçi	79,09	95	0,83		
	Lise	19	2,91	0,97	Toplam	80,90	99			
	Üniversite	60	2,81	0,89						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	2,58	1,07						
	Toplam	100	2,84	0,90						
<b>Geri Durma</b>	İlkokul	7	3,46	0,67	G.Arası	2,39	4	0,60	0,799	0,529
	Ortaokul	4	3,06	0,75	G.İçi	71,14	95	0,75		
	Lise	19	2,92	0,98	Toplam	73,54	99			
	Üniversite	60	3,25	0,82						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	3,05	1,04						
	Toplam	100	3,18	0,86						
<b>Duygusal Sosyal Destek Kullanımı</b>	İlkokul	7	2,86	0,67	G.Arası	4,79	4	1,20	1,617	0,176
	Ortaokul	4	3,00	1,14	G.İçi	70,30	95	0,74		
	Lise	19	3,29	0,86	Toplam	75,08	99			
	Üniversite	60	2,75	0,84						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	3,13	0,97						
	Toplam	100	2,91	0,87						
<b>Madde Kullanımı</b>	İlkokul	7	3,29	0,44	G.Arası	1,95	4	0,49	1,025	0,399
	Ortaokul	4	3,13	0,43	G.İçi	45,17	95	0,48		
	Lise	19	3,12	0,64	Toplam	47,12	99			
	Üniversite	60	2,90	0,75						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	3,20	0,59						
	Toplam	100	3,01	0,69						
<b>Kabullenme</b>	İlkokul	7	2,96	1,00	G.Arası	4,19	4	1,05	1,032	0,395
	Ortaokul	4	2,88	1,05	G.İçi	96,51	95	1,02		
	Lise	19	3,00	1,03	Toplam	100,70	99			
	Üniversite	60	2,53	1,00						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	2,78	0,97						
	Toplam	100	2,69	1,01						
<b>Diğer Meşguliyetlerle Bastırma</b>	İlkokul	7	3,04	0,57	G.Arası	0,57	4	0,14	0,280	0,890
	Ortaokul	4	3,25	0,46	G.İçi	48,52	95	0,51		
	Lise	19	2,88	0,87	Toplam	49,09	99			
	Üniversite	60	2,97	0,71						

	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	2,88	0,50						
	Toplam	100	2,96	0,70						
<b>Plan Yapma</b>	İlkokul	7	3,18	0,80	G.Arası	0,53	4	0,13	0,225	0,924
	Ortaokul	4	3,06	0,66	G.İçi	55,50	95	0,58		
	Lise	19	3,21	0,73	Toplam	56,03	99			
	Üniversite	60	3,03	0,71						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	3,10	1,11						
	Toplam	100	3,09	0,75						

Tablodan anlaşılacağı gibi baş etme tutumlarını değerlendirme ölçeğinin tüm alt boyutların sıralamalar ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.13: Eğitim Durumu Değişkenine Göre Kısa Semptom Ölçeğinin ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

		N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p.
<b>Anksiyete</b>	İlkokul	7	2,65	0,73	G.Arası	2,78	4	0,70	1,037	0,392
	Ortaokul	4	2,71	1,00	G.İçi	63,69	95	0,67		
	Lise	19	2,61	0,82	Toplam	66,47	99			
	Üniversite	60	2,97	0,79						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	2,65	0,97						
	Toplam	100	2,84	0,82						
<b>Depresyon</b>	İlkokul	7	2,67	0,71	G.Arası	2,26	4	0,56	0,993	0,415
	Ortaokul	4	2,79	0,98	G.İçi	53,94	95	0,57		
	Lise	19	2,70	0,72	Toplam	56,20	99			
	Üniversite	60	2,99	0,72						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	2,66	0,96						
	Toplam	100	2,87	0,75						
<b>Olumsuz Benlik</b>	İlkokul	7	2,58	0,61	G.Arası	1,03	4	0,26	0,582	0,677
	Ortaokul	4	2,71	1,07	G.İçi	41,98	95	0,44		
	Lise	19	2,57	0,67	Toplam	43,01	99			
	Üniversite	60	2,80	0,61						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	2,61	0,86						
	Toplam	100	2,72	0,66						
<b>Somatizasyon</b>	İlkokul	7	2,49	0,88	G.Arası	2,92	4	0,73	0,976	0,425
	Ortaokul	4	2,75	1,01	G.İçi	71,06	95	0,75		

	Lise	19	2,60	0,89	Toplam	73,98	99			
	Üniversite	60	2,96	0,84						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	2,70	0,91						
	Toplam	100	2,82	0,86						
<b>Hostilite</b>	İlkokul	7	2,39	0,88	G.Arası	2,76	4	0,69	0,895	0,470
	Ortaokul	4	2,86	1,11	G.İçi	73,22	95	0,77		
	Lise	19	2,63	0,84	Toplam	75,98	99			
	Üniversite	60	2,91	0,83						
	Yüksek Lisans ve Üzeri	10	2,61	1,13						
	Toplam	100	2,79	0,88						

Tablodan anlaşılacağı gibi kısa semptom ölçeğinin tüm alt boyutların sıralamalar ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmanın bu bölümünde araştırmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılarak ele alınmıştır.

Araştırma sonucunda terapi merkezlerinden bulunan bireylerin stresle başa çıkma tutumları ve psikolojik belirtileri arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Yine araştırmada stresle başa çıkma tutumları ile psikolojik belirtilerin demografik değişkenlere göre anlamlı farklılaştığı görülmüştür.

### **5.1. Terapi Merkezinde Bulunan Stresle Başa Çıkma Tutumları İle Psikolojik Belirtileri Arasında İlişki Var Mıdır?**

Araştırmamızın bulgularına göre stresle başa çıkma tutumları ile psikolojik belirtilerin alt boyutlarının tamamında ilişki olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.4). Araştırmada pozitif yeniden yorumlama, soruna odaklanma duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, duygusal sosyal destek kullanımı, plan yapma gibi alt problemlerin psikolojik belirtiler ile negatif ilişkisi olduğu saptanmıştır. İnkâr, geri durma, zihinsel boş verme gibi alt boyutlar ise psikolojik belirtiler ile pozitif ilişkilidir.

Araştırmanın bulgularına göre başa çıkma yöntemlerinin psikolojik belirtileri anlamlı bir biçimde yordadığı da görülmektedir (Bkz. Tablo 4.5). Literatürde bulunan çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Gökler ve Işıtan (2012) stresin etkileri üzerine yaptığı araştırmalarında, stresin psikolojik belirtiler üzerinde etkili bir faktör olduğunu ortaya koymuştur. Temel, Bahadır ve Çuhadar (2007) yaptıkları çalışmada stresle baş etme tutumları içerisinde bulunan pozitif öğeleri kullanan (kendine güvenme, iyimser yaklaşım gibi) öğrencilerin depresif belirti puanlarını daha düşük bulgularken, negatif öğeleri kullanan (çaresiz, boyun eğici yaklaşım gibi) öğrencilerin depresif belirti puanlarının daha yüksek olduğunu bulgulamıştır. Özarıslan vd. (2013), depresyon hastalarında stres verici durumlar karşısında problem odaklı başa çıkma tutumlarını tercih edenlerin stres verici durumdan önce ve sonra depresyon düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Problem odaklı yaklaşımlardan yararlananlarla depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır. Erdem vd. (2008) yaygın anksiyete bozukluğu bulunan hastalarda başa çıkma tutumunu inceledikleri araştırmada, hastaların daha çok işlevsel olmayan baş etme tutumlarını tercih ettiğini saptamıştır. DeSimone ve ark., (1994) araştırmasında psikolojik belirtiler ve stresle baş etmede kullanılan pozitif yollar arasında negatif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Lazarus ve Folkman (1980) yaptığı araştırmada bireylerin stresle baş etmeye inandıklarında problem odaklı baş etme tutumlarını kullandıkları, duygu odaklı yöntemleri ise durumun değişmeyeceğine inandıklarında kullandıkları belirtilmiştir. Bu bilgidен hareketle bireyin yoğun stres yaşadığı durumlarda negatif stresle baş etme yöntemlerinin kullanmasının psikolojik belirtileri tetikleyebileceği düşünülebilir.

Stres ile başa çıkma tutumlarının işlevsel olmaması ve stresin uzun süre devam etmesi bireyde duygusal, zihinsel ve fizyolojik olarak olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bireyin stres karşısında tutumu, stres kaynağı ve yoğunluğuna göre kronik hastalıkların gelişimine zemin hazırlayabilir.

Psikolojik belirtilerin; çevresel ve genetik etkenlerin, beyin devrelerinde bilgi işleme sürecinde bozukluklara yol açtığı düşünülmektedir. Normal olarak çalışan beyine sahip bireyler, stres ile ilgili bilgileri işler ve uygun başa çıkma mekanizmalarını kullanarak hastalanmazlar. Ancak stres verici durumlarla karşılaşan bireylerde beynin yeterince aktif olmaması veya aşırı aktif olması psikolojik belirtilerin ortaya çıkmasına neden

olabilir. Bunun tersi olarak stres etkeni ile karşılaşan bireyde de psikolojik belirtilerin ortaya çıkması mümkündür.

## **5.2. Terapi Merkezinde Bulunan Bireylerin Stresle Başa Çıkma Tutumları Demografik Değişkenlere Göre Farklılık Gösterir Mi?**

Araştırmanın bulgularına göre terapi merkezinde bulunana bireylerin stresle başa çıkma tutumları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir (Bkz. Tablo 4.6). Literatürde bulunan araştırmalarda kadın ve erkek bireylerin problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma tarzlarını benzer şekilde kullandığını gösteren çalışmalar çoğunluktadır. Durmuş ve Gerçek (2017) üniversite öğrencileri örnekleminde yaptığı çalışmada başa çıkma davranışlarının cinsiyete göre farklılaşmadığını saptamıştır. Paralel bir bulguya ulaşan Miller (2009), her iki cinsiyetin de duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkmayı değişik stresli durumlarda birlikte kullandıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca günlük stres durumlarında her iki cinsiyetin de duygu odaklı başa çıkmayı problem odaklı başa çıkma tarzlarından daha çok kullandıklarını saptanmıştır. Ekşi (2010) tarafından yapılan bir çalışmada kadınların sosyal destek arama yaklaşımını daha çok kullandıkları; erkeklerin ise iyimser yaklaşımı daha çok kullandıkları belirlenmiştir.

Bireylerde stres ve stresle başa çıkma tutumlarının cinsiyet açısından anlamlı bir biçimde farklılaşmamasının nedeni zaman içerisinde meydana gelen sosyal değişimlerin erkek ve kadın arasındaki farklılığı azaltmasından kaynaklanabilir.

Araştırmanın bulgularına göre terapi merkezinde bulunana bireylerin stresle başa çıkma tutumları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir (Bkz. Tablo 4.11). Literatürde bulunan çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Turunç (2009) stres kaynakları ile stresle başa çıkma tutumları arasındaki ilişkiyi ele aldığı araştırmasında, başa çıkma tutumlarının yaşa göre anlamlı olarak farklılaşmadığını saptamıştır. Özbay (2007) stres kaynakları ile stresle başa çıkma tutumları arasındaki ilişkiyi ele aldığı araştırmasında, başa çıkma tutumlarının yaşa göre anlamlı olarak farklılaşmadığını saptamıştır. Erdoğan vd. (2009) araştırmasında yaşın artması ile stresle başa çıkma tutumları arasında farklılık olduğunu saptamıştır. Bazı araştırmalarda stresle başa çıkma tutumlarının yaşa göre farklılaşabildiği saptanırken, literatürde bulunan araştırmaların



büyük çoğunluğun stresle başa çıkma tutumlarının yaşa göre farklılaşmadığına dair bulgular elde edilmiştir. Bu araştırmalarda ortaya çıkan farklılığın nedeni örneklem seçiminden kaynaklanabilir.

Araştırmanın bulgularına göre terapi merkezinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma tutumları gelir durumuna göre farklılık göstermektedir (Bkz. Tablo 4.9). Bu bulguya göre iyi gelir grubunda olan bireylerin duygusal destek kullanımı, şakaya vurma ve aktif baş etme puanları diğer gruplara göre anlamlı şekilde yüksektir. Diğer gruplarda stresle başa çıkma tutumları gelir durumuna göre anlamlı şekilde farklılık göstermemektedir. Literatürde bulunan çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Yılmaz (2006) araştırmasında gelir düzeyinin stresle baş etme becerileri açısından önemli bir faktör olduğunu saptamıştır. Yılmaz vd. (2017) hemşireler örneğinde yaptığı araştırmada gelir durumu yüksek olan çalışanların duygusal destek kullanımı ve aktif baş etme puanlarının düşük gelir durumuna sahip bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bulgulamıştır. Aşçı vd. (2015) üniversite öğrencileri üzerine yaptığı araştırmada stresle başa çıkma tutumlarının gelir durumuna göre farklılık göstermediğini bulgulamıştır.

Araştırmamızda ortaya çıkan bu bulgunun, gelir durumu iyi olan bireylerin stresli olduğu durumlarda yapabilecekleri daha fazla aktivite olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın bulgularına göre terapi merkezinde bulunana bireylerin stresle başa çıkma tutumları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir (Bkz. Tablo 4.12). Literatürde bulunan çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Aysal (2014) araştırmasında stresle başa çıkma yöntemlerinin eğitim durumuna göre farklılık göstermediğini bulgulamıştır. Laçın (2015) araştırmasında stresle başa çıkma yöntemlerinin eğitim durumuna göre farklılık göstermediğini bulgulamıştır. Thoits (1995) eğitim durumu yüksek olan bireylerin problem çözme odaklı baş etme yöntemlerini daha çok kullandığını ortaya koymuştur.

Araştırmalarda ortaya çıkan farklı sonuçlar genel yargıya varılmasını engelleyen bir etmendir. Araştırma sonuçlarında ortaya çıkan farklılığın örneklem seçiminden kaynaklandığı dşinlmektedir.

### **5.3. Terapi Merkezinde Bulunan Bireylerin Psikolojik Belirtileri Demografik Değişkenlere Göre Farklılık Gösterir Mi?**

Araştırmanın bulgularına göre terapi merkezinde bulunan bireylerin psikolojik belirtileri cinsiyete göre farklılık göstermektedir (Bkz. Tablo 4.7). Bu bulguya göre erkeklerin depresyon, hostilite ve olumsuz benlik puanları kadınlara göre anlamlı Şekilde yüksektir. Somatizasyon ve anksiyete puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Literatürde bulunan çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Bayramkaya (2009) araştırmasında kız öğrencilerin anksiyete puanlarının erkeklere göre anlamlı Şekilde yüksek olduğunu bulgulamıştır. Heimberg ve Juster (1995) araştırmasında erkek öğrencilerin sosyal fobi puanlarının kadınlara göre anlamlı Şekilde yüksek olduğunu bulgulamıştır. Kılıç (2018) niversite öğrencileri üzerine yaptığı araştırmasında erkeklerin depresyon puanlarının kadınlara göre anlamlı Şekilde yüksek olduğunu bulgulamıştır.

Farklı kültürlerde farklı sonuçlara ulaşılması, cinsiyetin toplum içindeki yerine bağlıdır. Ülkemizde erkek cinsiyete biçilen rolün egemen bir model olması, saldırgan ve öfkeli yapının bu cinsiyet üzerinde artmasına neden olmaktadır. Kadın bu toplumlarda daha arka plana itilmiş bir rolde bulunmaktadır.

Araştırmanın bulgularına göre terapi merkezinde bulunan bireylerin psikolojik belirtileri gelir durumuna göre farklılık göstermektedir (Bkz. Tablo 4.8). Bu bulguya göre zayıf gelir grubunda olan bireylerin somatizasyona ve hostiliteye puanları anlamlı Şekilde yüksek bulgulanmıştır. Diğer gruplarda psikolojik belirtiler gelir durumuna göre anlamlı Şekilde anlamlı farklılık göstermemektedir. Sosyo-ekonomik düzey ve sağlık arasındaki ilişki incelendiğinde, psikolojik belirtilerin özellikle zayıf gelir seviyesindeki bireylerde yaygın olarak ortaya çıktığı görülmektedir (Stansfeld ve Rasul, 2006). Literatürde bulunan çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Lorant vd. (2003), yaptıkları meta-analiz çalışmasında sosyo-ekonomik durumun psikolojik belirtilerin

başlangıcında etkili olduğunu ortaya koymuştur. Weich ve Levis (1988), gerçekleştirdiği çalışmada, finansal sıkıntıların psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasında ve devam etmesinde etkili bir yordayıcı olduğunu ortaya koymuştur. Kaya vd. (2007) çalışmalarında pasif başa çıkma yöntemleri kullanan bireylerin kontrol grubunda bulunan bireylere göre daha düşük gelire sahip olduğunu saptamıştır. Yine de bu alanda yapılan çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir.

Düşük sosyo-ekonomik seviyeye sahip olan bireylerin stresli yaşam olayları ile başa çıkmak için gerekli sosyal ve psikolojik kaynaklara sahip olmaması ve bu nedenle de problem odaklı baş etme tutumlarını geliştiremedikleri düşünülebilir.

Araştırmanın bulgularına göre terapi merkezinde bulunana bireylerin psikolojik belirtileri yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir (Bkz. Tablo 4.10). Literatürde bu bulguya ait veri bulunamamıştır. Psikolojik belirtiler her yaşta ortaya çıkabilir. Ergenlik gibi değişimin hızlı yaşandığı dönemlerde bu belirtilerin açığa çıkması daha olası olarak görülebilir. Buna rağmen örneklem yaş grubumuzun belirli bir yaşın üstü olması bu sonucun çıkmasında bir etken olarak görülebilir.

Araştırmanın bulgularına göre terapi merkezinde bulunana bireylerin psikolojik belirtileri eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir (Bkz. Tablo 4.13). Literatürde bulunan çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Bağdaççek (2009) araştırmasında depresyon, panik atağın eğitim durumuna göre farklılık göstermediğini bulgulamıştır. Güloğlu ve Kararımak (2010) araştırmasında olumsuz benliğin eğitim durumuna göre farklılık göstermediğini bulgulamıştır. Yıldız (2017) banka çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada psikolojik belirtilerin eğitim durumuna göre farklılaşmadığını bulgulamıştır.



## 6. SONUÇ

Bu çalışma başlangıcında ortaya atılan hipotezlere ait sonuçlara aşağıda yer verilmektedir. Araştırma sonucunda ortaya çıkan bu bulgulara göre;

H<sub>1</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri ile psikolojik belirtileri arasında ilişki bulunmaktadır. **Kabul Edilmiştir.**

H<sub>1A</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin anksiyete düzeyleri ile pozitif yeniden yorumlama arasında ilişki bulunmaktadır. **Kabul Edilmiştir.**

H<sub>1B</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin anksiyete düzeyleri ile davranışsal olarak boş verme arasında ilişki bulunmaktadır. **Kabul Edilmiştir.**

H<sub>1C</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin anksiyete düzeyleri ile duygusal sosyal destek kullanımını arasında ilişki bulunmaktadır. **Kabul Edilmiştir.**

H<sub>1D</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin depresyon düzeyleri ile kabullenme arasında ilişki bulunmaktadır. **Kabul Edilmiştir.**

H<sub>1E</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin depresyon düzeyleri ile diğer meşguliyetlerle bastırma ilişki bulunmaktadır. **Kabul Edilmiştir.**

H<sub>1F</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin depresyon düzeyleri ile madde kullanımı arasında ilişki bulunmaktadır. **Kabul Edilmiştir.**

H<sub>1G</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin olumsuz benlik düzeyleri ile inkar arasında ilişki bulunmaktadır. **Kabul Edilmiştir.**

H<sub>1H</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin olumsuz benlik düzeyleri ile kabullenme arasında ilişki bulunmaktadır. **Kabul Edilmiştir.**

H<sub>1I</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin olumsuz benlik düzeyleri ile pozitif yeniden yorumlama arasında ilişki bulunmaktadır. **Kabul Edilmiştir.**

H<sub>1J</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin somatizasyon düzeyleri ile şakaya vurma arasında ilişki bulunmaktadır. **Kabul Edilmiştir.**

H<sub>1K</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin somatizasyon düzeyleri ile yararlı sosyal destek kullanımını arasında ilişki bulunmaktadır. **Kabul Edilmiştir.**

H<sub>1L</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin somatizasyon düzeyleri ile kabullenme arasında ilişki bulunmaktadır. **Kabul Edilmiştir.**

H<sub>1M</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin hostilite düzeyleri ile kabullenme arasında ilişki bulunmaktadır. **Kabul Edilmiştir.**

H<sub>1N</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin hostilite düzeyleri ile inkar arasında ilişki bulunmaktadır. **Kabul Edilmiştir.**

H<sub>10</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin hostilite düzeyleri ile soruna odaklanma duyguları açığa vurma arasında ilişki bulunmaktadır. **Kabul Edilmiştir.**

H<sub>2</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri demografik değişkenlere göre farklılık göstermektedir. **Kısmen Kabul Edilmiştir.**

H<sub>2A</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir. **Reddedilmiştir.**

H<sub>2B</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri yaşa göre farklılık göstermektedir. **Reddedilmiştir.**

H<sub>2C</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri gelir durumuna göre farklılık göstermektedir. **Kısmen Kabul Edilmiştir.**

H<sub>2D</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir. **Reddedilmiştir.**

H<sub>3</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin psikolojik belirtileri demografik değişkenlere göre farklılık göstermektedir.

H<sub>3A</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin psikolojik belirtileri cinsiyete göre farklılık göstermektedir. **Kısmen Kabul Edilmiştir.**

H<sub>3B</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin psikolojik belirtileri yaşa göre farklılık göstermektedir. **Reddedilmiştir.**

H<sub>3C</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin psikolojik belirtileri gelir durumuna göre farklılık göstermektedir. **Kısmen Kabul Edilmiştir.**

H<sub>3D</sub>: Terapi merkezlerinde bulunan bireylerin psikolojik belirtileri eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir. **Reddedilmiştir.**



## KAYNAKLAR

Acar, T. (2009). Dokuzuncu Sınıf Öğrencilerinde Akran Zorbalığı ve Psikolojik Belirtiler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Agargün, M. Y., Besiroglu, L., Kiran, Ü. K., Özer, Ö. A., & Kara, H. (2015). COPE (Basa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(4), 221.

- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York: Guilford Press.
- Aldwin, M., and Yancura, L. (2011). Stress, coping, and adult development. In A. Baum and R. Contrada (Ed.). *The Handbook of Stress Science: Biology, Psychology, and Health*, (p. 263-275). New York: Springer Publishing.
- Altundağ, G. (2011). Üniversite Öğrencilerinde Bağlanma stilleri, Stresle Başa Çıkma Tutumları ve Stresi Algılama düzeyinin İncelenmesi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Ateşçi, F. Ç. (2000). Depresyonun Seyri. *Duygudurum Dizisi*. 2, 99–103.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J. ve Nolen-Hoeksema, S. (1996). Psikolojiye Giriş. (Y. Alagon, Çev.) Ankara: Arkadaş Yayınevi.
- Aydın, K. B. (2005). Akış Kuramına Dayalı Stresle Başa Çıkma Grup Programının Ergenlerin Stresle Başa Çıkma Stratejilerine Etkisi. *Doktora Tezi*. Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Aysal, N. (2014). Stres Algısı, Başa Çıkma, Kişilik ve Sağlık Arasındaki İlişkilerin Etkileşimsel Stres ve Başa Çıkma Modelinde İncelenmesi, *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*, Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Aysal, N. (2014). Stres Algısı, Başa Çıkma, Kişilik ve Sağlık Arasındaki İlişkilerin Etkileşimsel Stres ve Başa Çıkma Modelinde İncelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Bağdaççek, S. (2009). Majör Depresyon Ve Panik Bozukluğu Olan Hastaların Erken Disfonksiyonel Şema Aktivasyonlarının Karşılaştırılması, *Uzmanlık Tezi*, Haydarpaşa Numune Hastanesi, İstanbul.
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (2004). *Stresle Başa Çıkma Yolları*. İstanbul: Remzi Kitapevi.



- Baymur, F. (1994). *Genel psikoloji*. İstanbul: İnkılap Kitabevi.
- Beutler, L. E., and Moos, R. H. (2003). Coping and coping styles in personality and treatment planning: Introduction to the special series. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1045-1048.
- Bilgi, A. (2005). Bilgisayar Oyunu Oynayan ve Oynamayan İlköğretim Öğrencilerinin Saldırganlık, Depresyon ve Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Binbay T, Direk N, Aker T ve ark. (2014). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. S: 25:264-281.
- Blascovich, J.ve Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. 1, 115-160.
- Budak, Selçuk (2003). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Cengil, M. (2003). Depresyonu Önlemede Dini İnançın Koruyucu Rolü. *Din bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*. 3.2, 129-152.
- Chrzanowski, G. (1981). The Genesis and Nature of Self-Esteem. *American Journal of Psychotherapy*. 35.1, 38-46.
- Coşkun, S. (2018). Stres Kaynakları, Duygusal Zekâ ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişkiler, *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Çitemel, N. (2010). Lisansüstü Öğrencilerinin Ahlaki Yargı Yetenekleri ile Psikolojik Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Doğan, T. (1999). Başkent niversitesi ğrencilerinin Stresle Başa ıkma Stratejilerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Doğru, N. (2002). *zsaygı geliştirme programının dokuzuncu sınıf ğrencilerinin özsaygı düzeylerine etkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Durak, A. ve şahin, N. (1994). Kısa Semptom Envanteri, *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31): 44-56.
- Durak, M. (2007). Ceza İnfaz Kurumu Personelinde Stresin Bilişsel Değerlendirmesi, Baş Etme Stratejileri ve Psikolojik Yakınmalar Arasındaki İlişki: Bireysel ve evresel Etkenler. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Durmuş, M. ve Gerçek, A. (2017). Üniversite ğrencilerinin algılanan stres durumları, biyo-psiko sosyal durumları ve stresle baş etme davranışlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 53, 616-633.
- Ekmekçi, R. (2008). Basketbol Hakemlerinin Stres Kaynakları İle Stresle Basa ıkma Yöntemlerinin Tespiti Ve nleyici Yönetsel Uygulamaların Geliştirilmesi, *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Ekşi, H. (2010). Personality and Coping among Turkish College Students: A Canonical Correlation Analysis. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 10 (4), 2159-2176.
- Erdoğan T, nsar S, Süt N. (2009) Stresin alışanlar üzerindeki etkileri: Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi. *İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2): 447-61.
- Ertekin, Yücel (1993). *Stres ve Yönetim*. Ankara: TODAİE Yayıncılık.

- Folkman, S., and Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promises. *An Annual Review of Psychology*, 55, 745–774.
- Folkman, S., and Lazarus, R.S. (2008). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a collage examination. In A.S.R. Manstead (Ed.). *Psychology of Emotions* (p. 366-395). London: Sage Publications.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2(2), 171-184.
- Geçtan, E. (1996), *Psikanaliz ve Sonrası*. Ğstanbul: Remzi Kitabevi.
- Göğüş. A. K. (2000). Depresyonun Klinik Belirtileri. *Duygudurum Dizisi*. 1, 39-33.
- Gökalp, M. (2010). Bakıma Muhtaç Çocukların Ailelerinin KarĖılaĖtıkları Sosyal Psikolojik Sorunlar ve Psikolojik Belirtiler. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Göktaş, K. ve Özkan, Ğ. (2006). Yaşlılarda Depresyon. *Türkiye’de Psikiyatri Dergisi*. 8.1, 30-37.
- İlal, G. (1999). Somatizasyonu nasıl anlamalıyız? *Türkiye Klinikleri J Psychiatry* 1(1), 27- 33.
- Karasar, N. (2000). “Bilimsel Araştırma Yöntemi” , Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Kardum, I., ve Krapić, N. (2001). Personality traits, stressful life events, and coping styles in early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 30(3), 503-515.
- Kaya, M., Genç, M., Kaya, B., & Pehlivan, E. (2007). Tıp fakóltesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle basa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 137-146.

- Kaya, M., Genç, M., Kaya, B., ve Pehlivan, E. (2007). Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 137-146.
- Kesebir, S. (2004). Depresyon ve Somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*. 1,14–19.
- Kılıç, M. (1987). Değişik Psikolojik Arazilara Sahip Olan ve Olmayan Öğrencilerin Sorunları. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Hacettepe, Ankara.
- Köroğlu, E. (2007). *DSM-IV-TR Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*.
- Kurt, İ. (2017). İstanbul Amatör Kümede Görev Yapan Antrenörlerde Stres Belirtileri ve Kullandıkları Başa Çıkma Yöntemleri, *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*, Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.
- Laçın, B. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Özyeterlilik ve Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Bilişsel Esnekliği Yordama Düzeyleri, *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., ve Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*, New York: Springer.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. New York: Springer Publishing.
- Lorant, V., Deliege, D., & Eaton, W. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a metaanalysis. *Am. J. Epidemiol*, 157, 98–112.
- Maçkalı, Z. (2014). Bipolar Bozuklukta Bilişsel Yatkınlık Stres Kuramları. *Türk Psikoloji Yazıları*. 17.33, 15-28.
- Morin, C., Rodrigue, S., ve Ivers, H. (2003). Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 259-267.

- Özarslan, Z., Fıstıkçı, N., Keyvan, A., Uğurad, Z. I., & Saygılı, S. (2013). Depresyon hastalarının stres ile başa çıkma stratejileri. *Marmara Medical Journal*, 26(3), 130-135.
- Özbay E. (2007) İstanbul İlinde Askeri Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Stres Kaynakları ve Başa Çıkma Yöntemlerinin Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Özen, İ. D. ve Temizsu, E. (2010). Anksiyete ve Depresif Bozukluklarda Örtüşen ve Ayrışan Belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*. 2.1, 1-14.
- Öztürk, M. O. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Pirinççi, L.N. (2009). Lise Öğrencilerinin Mükemmeliyetçilik Düzeyleri ile Kaygı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Reuter, T., and Schwarzer, R. (2009) Manage stress at work through preventive and proactive coping. In E. A. Locke (Ed.), *Handbook of principles of organizational behavior*, (p. 499-516). United Kingdom: Wiley and Sons.
- Revenson, T. A., and Lepore, S. J. (2012). Coping in social context. A. Baum, T. A. Revenson and J. Singer (Ed.), *Handbook of health psychology* (p.193-218) New York: Taylor and Francis Group, LLC.
- Roskies, E. (1995). “Kişisel Problemleri Çözme Üzerine İpuçları (Çev. Neslihan Rugancı)”, N. 13. Şahin H. (Ed.), *Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım*, İstanbul, Sistem Yayıncılık.
- Saygılı, S. (2001). *Ruh Hastalıkları ve Korunma Yolları*. İstanbul: Türdav A.Ş.
- Schwarzer, R., and Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42(4), 243-252.
- Sevinçok, L. (1999). Somatizasyon Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*. 1, 5–10.

- Stansfeld, S., & Rasul, F. (2006). Psychosocial factors, depression and illness. Steptoe, A. (Edt.), *Depression and Physical Illness* içinde (s. 19-49). Cambridge University Press.
- Şahin, N. H. (1998). *Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Şahin, N. H.(1995). “Stres Nedir Ne Değildir” , N. H. Şahin (Ed.), *Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım*, İstanbul, Sistem Yayıncılık.
- Taylor, S. E. (2010). Health psychology. In R. F. Baumeister and E. J. Finkel (Ed.), *Advanced social psychology : The state of the science*, (p. 697-732). New York: Oxford University Press.
- Turunç Y. (2006) Fabrika İşçilerinde Stres Kaynakları ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, *Yüksek Lisans Tezi*, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 4, 12-16.
- Uysal, G. (2009). Genetik Hastalık Tanısı/Ön Tanısı ile İzlenen Çocukların Ebeveynlerinin Stres Düzeyleri ve Stresle Baş Etme Tarzlarının Belirlenmesi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Uzday, T.İ. (2002). Anksiyetenin Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 1, 5-13.
- Ünal, S. (2000). Depresyon ve Kişilik. *Duygudurum Dizisi*. 2, 72-76.
- Yerlikaya, E. E. (2009). Üniversite Öğrencilerinin Mizah Tarzları İle Algılanan Stres, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

- Yıldırım, Ü. (2011). Ortaöğretim Öğrencilerinin Psikolojik Belirtilerinin Sosyal Destek Algısı ve Akademik Erteleme Açısından İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yıldız, M. (2017). Banka Çalışanlarında Stres Algısı Ve Ruhsal Durum Arasındaki İlişkinin Araştırılması, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Aydın Üniversitesi.
- Yılmaz, N., Gençöz, T. ve Ak, M. (2007). Savunma Biçimleri Testinin Psikometrik Özellikleri: Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (3), 244-253.
- Yörükoğlu, A. (2004). Çocuk Ruh Sağlığı: Çocuğun Kişilik Gelişimi, Yetiştirilmesi ve Ruhsal Sorunları. İstanbul: Özgür Yayın Dağıtım Ltd.Şti.

## EKLER

### EK I

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

**Araştırmanın içeriği:** Bu araştırmanın amacı terapi merkezlerinde bulunan bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişkini incelemektir. İlişikteki ankette sizlerden birçok farklı konuda olan soruları doldurmanız istenmektedir. Araştırmanın objektif olması ve elde edilecek sonuçların güvenilirliği bakımından sorulara içtenlikle ve sizi tam olarak yansıtacak şekilde cevaplamanız çok önemlidir. Bunlardan sonra gelen anket ise demografik bilgilerinizle, stresle başa çıkma özelliklerinizle ve psikolojik belirtilerle ilgili sorular sormaktadır.

**Araştırmacılar:** Dr. Öğr. Üyesi .....

Bilimler

Doğuş Üniversitesi, Sosyal

Enstitüsü, Psikoloji Anabilim

Dalı

.....

**Katılım süresi:** Yaklaşık 10 dakika

**Araştırmanın içeriği:** Araştırma konusu gereği stresle başa çıkma ve psikolojik belirtilere ilişkin sorular sorulmaktadır. Bu tür soruların bir kısmı kimi katılımcılar için rahatsız edici olabilir. Şayet bu tür soruları yanıtlamaktan çok rahatsızlık duyarsanız bunları atlayabilirsiniz veya anketi doldurmayı bırakabilirsiniz. Ankete katılım tamamen gönüllülük temelinde gerçekleşmektedir. Ancak, yarım kalmış ya da çoğu soruların cevapsız bırakıldığı anketlerden elde edilen verileri kullanmamız imkânsız olduğundan, anketi mümkün olduğunca boş bırakmadan tamamlamanız bizim için çok önemlidir. Doldurulan anketlerde bireysel herhangi bir değerlendirme yapılmayacak, toplanan veri genel katılımcı özellikleri bakımından incelenecektir. İhtiyaç duyduğunuzda sorularınızı aşağıda iletişim adresi verilen araştırmacıya yöneltebilirsiniz.

Sizden sadece bu kâğıdı imzalamanız beklenmektedir. Anketlerde vermiş olduğunuz cevaplar herhangi bir kimlik bilgisi ile eşleştirilmeyecektir. Bize verdiğiniz cevaplar sadece akademik amaçla kullanılacaktır. Bu yüzden, sizden cevaplarınızı **samimi** bir şekilde vermeniz beklenmektedir.

Eğer araştırma ile ilgili sorularınız olursa ..... adresinden bizlerle bağlantı kurabilirsiniz.

\*\*\*

Bu formu imzalayarak, yukarıdaki bilgileri anladığımı ve araştırmaya katılmayı kabul ettiğimi beyan ederim.

**İmza:** \_\_\_\_\_

**Tarih:** \_\_\_\_\_



## **EK II**

### Demografik Sorular

#### **Cinsiyet**

Kadın ( ) Erkek ( )

#### **Yaş**

18-25 ( )

26-30 57 ( )

31-35 18 ( )

35 ve üstü ( )

#### **Eğitim Durumu**

Ortaokul ( )

Lise ( )

Üniversite ( )

Yüksek Lisans ve Üzeri ( )

#### **Aile Sosyo-Ekonomik Düzeyi**

Zayıf ( )

Orta ( )

İyi ( )

#### **Psikoloğa İlk Gidişi**

Evet ( ) Hayır ( )

#### **Psikolojik Tanı**

Evet ( ) Hayır ( )

## EK III

### COPE Ölçeği

#### Ek 3. COPE



#### COPE

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak siz seçenekleri “bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı” düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri işaretlerken şu belirlenen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım 4=Çoğunlukla böyle yaparım

CÜMLELER	Asla böyle bir şey yapmam	Çok az böyle yaparım	Orta derecede böyle yaparım	Çoğunlukla böyle yaparım
	1	2	3	4
1. Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
2. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.	( )	( )	( )	( )
3. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.	( )	( )	( )	( )
4. Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
5. Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.	( )	( )	( )	( )
6. Kendi kendime "böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını" söylerim.	( )	( )	( )	( )
7. Allah'a tevekkül eder, O'na dayanırım.	( )	( )	( )	( )

8.	İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.	( )	( )	( )	( )
9.	Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır,ve soruna teslim olurum.	( )	( )	( )	( )
10.	Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm,	( )	( )	( )	( )
11.	Duygularımı bir başkasıyla tartışırım,	( )	( )	( )	( )
12.	Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	( )	( )	( )	( )
13.	Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
14.	Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.	( )	( )	( )	( )
15.	Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.	( )	( )	( )	( )
16.	Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.	( )	( )	( )	( )
17.	Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.	( )	( )	( )	( )
18.	Allah'ın yardımını umarım.	( )	( )	( )	( )
19.	Bir eylem planı yaparım.	( )	( )	( )	( )
20.	Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.	( )	( )	( )	( )
21.	Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.	( )	( )	( )	( )
22.	Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.	( )	( )	( )	( )
23.	Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
24.	Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.	( )	( )	( )	( )
25.	Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.	( )	( )	( )	( )
26.	Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimden geçip olanları unutmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )

27.	Sorun olduğuna inanmayı reddederim.	( )	( )	( )	( )
28.	Duyularımı dışarı vururum.	( )	( )	( )	( )
<b>CÜMLELER</b>		Asla böyle bir şey yapmam	Çok az böyle yaparım	Orta derecede böyle yaparım	Çoğunlukla böyle yaparım
		1	2	3	4
29.	Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
30.	Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.	( )	( )	( )	( )
31.	Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.	( )	( )	( )	( )
32.	Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
33.	Sorunu çözmeye odaklanırım ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	( )	( )	( )	( )
34.	Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.	( )	( )	( )	( )
35.	Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.	( )	( )	( )	( )
36.	Sorunla ilgili şaka yaparım.	( )	( )	( )	( )
37.	İstedigimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.	( )	( )	( )	( )
38.	İyiye giden ya da olumlu bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
39.	Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
40.	Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	( )	( )	( )	( )
41.	Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.	( )	( )	( )	( )
42.	Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )

43.	Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
44.	Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.	( )	( )	( )	( )
45.	Benzer durumlara karşılaştıkça kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.	( )	( )	( )	( )
46.	Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.	( )	( )	( )	( )
47.	Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için daha iyi bir tavır takınırım.	( )	( )	( )	( )
48.	Sorunla karşılaştığımda dini inançta bir huzur bulmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
49.	Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.	( )	( )	( )	( )
50.	Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.	( )	( )	( )	( )
51.	Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.	( )	( )	( )	( )
52.	Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.	( )	( )	( )	( )
53.	Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	( )	( )	( )	( )
54.	Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.	( )	( )	( )	( )
55.	Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.	( )	( )	( )	( )
56.	Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
57.	Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.	( )	( )	( )	( )
58.	Yapmama gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.	( )	( )	( )	( )
59.	Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.	( )	( )	( )	( )
60.	Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.	( )	( )	( )	( )

## EK VI

### Kısa Semptom Tarama Envanteri

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra, o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yere işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyiniz. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı siliniz.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeye göre değerlendiriniz:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

- |                      |                  |
|----------------------|------------------|
| 0. Hiç yok           | 3. Epey var      |
| 1. Biraz var         | 4. Çok fazla var |
| 2. Orta derecede var |                  |

	Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?				
	Hiç				Çok fazla
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2. Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5. Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4

	<b>Hiç</b>					<b>Çok fazla</b>
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4	
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4	
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4	
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4	
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	0	1	2	3	4	
11. İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4	
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4	
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4	
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4	
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4	
16. Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4	
17. Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4	
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4	
19. Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4	
20. Kolayca incinebilme, kırılmak	0	1	2	3	4	
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4	

	<b>Hiç</b>				<b>Çok fazla</b>
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23. Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25. Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26. Yaptığınız şeyler tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27. Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30. Sıcak-soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer yada etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32. Kafanızın "bomboş" kalması	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4



	<b>Hiç</b>				<b>Çok fazla</b>
37. Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46. Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirli hissetmek	0	1	2	3	4
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49. Yerinde duramayacak kadar kendini tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50. Kendini değersiz görmek	0	1	2	3	4
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52. Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4



## **ÖZGEÇMİŞ**

