

**T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**PSİKOSOMATİK HASTALIKLARLA STRES ARASINDAKİ
İLİŞKİDE DUYGUSAL ŞEMALARIN ARACI ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Esra Nur ÖZTÜRK

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

**OCAK 2025
İSTANBUL**

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**PSİKOSOMATİK HASTALIKLARLA STRES ARASINDAKİ
İLİŞKİDE DUYGUSAL ŞEMALARIN ARACI ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Esra Nur ÖZTÜRK
(221287023)
(0009-0001-5673-5538)

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Çağatay KARŞIDAĞ

İstanbul 2025



T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Jüri Tez Onay Formu

24 Ocak 2025

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu çalışma 24 Ocak 2025 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji (Tezli Yüksek Lisans) Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Çağatay KARŞIDAĞ

Danışman
İstanbul Gedik Üniversitesi

Prof. Dr. Fatma Yeşim CAN
Üye (İmza)
İstanbul Gedik Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Selçuk ASLAN
Üye (İmza)
Nişantaşı Üniversitesi

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Psikosomatik Hastalıklar ile Stres Arasındaki İlişkide Duygusal Şemaların Aracı Rolü” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını, patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım (23/01/2025).

Esra Nur ÖZTÜRK

ÖNSÖZ

İçinde yaşadığımız bu kâinata faydalı bilgiler öğrendikçe ve bu bilgileri hayatımızda uyguladıkça hayat daha da anlamlı hale geliyor. Hakiki bir öğrenme beraberinde ne kadar çok şey bilmediğini gösteriyor insana. Hangi işi yaparsak yapalım insanın gerçeğini arama niyetinde olmamızı diliyorum. Her şey için önce Allah'a şükrediyorum.

Akademik hayatımda bana unutmayacağım bir desteği gösteren Sn. Hülya GEDİK'e, Sayın Rektörümüz Prof. Dr. Ahmet KESİK'e; tez danışman hocam Sayın Prof. Dr. Çağatay KARŞIDAĞ'a teşekkür eder bu akademik çalışmayı kendilerine ithaf etmekten onur duyarım.

Bana akıyla, kalbiyle, merhametiyle, fedakârlıklarıyla, cesaretiyle destek olan annem Feriha ÖZTÜRK'e teşekkür ederim. Bu akademik çalışmanın manevi yazarının kendisi olduğunu bildirmekten gurur duyarım.

Aralık 2024

Esra Nur ÖZTÜRK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	ix
ÇİZELGE LİSTESİ	x
ŞEKİL LİSTESİ	xii
ÖZET	xv
ABSTRACT	xvi
1. GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı	2
1.2 Araştırmanın Hipotezleri.....	2
1.3 Araştırmanın Önemi	2
1.4 Araştırmanın Sınırlılıkları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Psikosomatik Hastalıklar.....	4
2.1.1 Beden – zihin arasındaki ilişki.....	4
2.1.1.1 Zaman algısı ve fiziksel konum açısından zihin ve beden arasındaki ilişki	6
2.1.1.2 Psikosomatik bağlamda zihin ve beden ilişkisinin evrimi.....	7
2.1.2 Somatizasyon ve psikosomatik terimlerinin ayrımı	8
2.1.3 Psikosomatik bozukluklar: fiziksel semptomların psikolojik kökenleri üzerine araştırma alanları.....	9
2.1.4 Psikosomatik hastalıkların epidemiyolojisi	9
2.1.5 Hastalıkların ortaya çıkışında psikolojik risk faktörleri	10
2.1.5.1 Psikonöroimmünoloji.....	10
2.1.5.2 Bağışıklık sistemi ve stresin rolü	13
2.1.5.3 Psikonöroimmünoloji çözüm önerileri	16
2.1.5.4 Psikosomatik şikayetler ve kişilik özellikleri	17

2.1.6 Duygusal durumların fizyolojik sağlık üzerindeki etkileri: psikosomatik perspektif	18
2.2 Duygusal Şema.....	20
2.2.1 Duygu kavramı	20
2.2.2 Duygu kavramına tarihsel bakış	21
2.2.2.1 Antik dönemde duygu kavramı.....	21
2.2.2.2 Orta çağda batının duyguya bakış açısı	21
2.2.2.3 Rasyonelleştirilmeye çalışılan duygular	22
2.2.2.4 Dinlerin duygulara bakışı.....	22
2.2.3 Kültürel psikoloji açısından duygu.....	23
2.2.4 Bilim dünyasında bir sentez	23
2.2.5 Duygu kavramını ekol ve terapi süreci merkezine alan psikoterapiler	24
2.2.5.1 Geleneksel ve Modern Psikanalizde duygu kavramı	24
2.2.5.2 Geleneksel ve modern psikanalizde duygu perspektifinden terapi süreci.....	26
2.2.5.3 Bilişsel davranışçı terapide duygu kavramı	27
2.2.5.4 Bilişsel davranışçı terapide duygu perspektifinden terapi süreci.....	28
2.2.5.5 Duygu odaklı terapide duygu kavramı.....	28
2.2.5.6 Duygu odaklı terapide duygu perspektifinden terapi süreci	30
2.2.6 Duygusal şema kavramı.....	32
2.2.6.1 Tanımı.....	32
2.2.6.2 Duygusal şema ve kendilik	33
2.2.6.3 Duygusal şemaların oluşumu ve şekillenmesi	33
2.2.6.4 Duygusal şema ve baş etme stratejileri geliştirme.....	35
2.2.7 Duygusal şema terapi	38
2.2.7.1“Onaylanma” duygusal şeması	38
2.2.7.2 İşlevsiz duygusal inançlar	39
2.2.7.3 Duygusal zeka.....	40
2.2.8 Duygusal şema ve psikosomatik hastalıklar.....	41
2.2.8.1 Duygusal şemalar ile hastalıklar arasındaki ilişkiye yönelik araştırmalar	41
2.2.8.2 Duygunun fizyolojik temeli	43
2.3 Stres.....	44

2.3.1 Allostatik yük: sağlık ve iyilik halini tehdit eden fizyolojik ve psikolojik stres faktörlerinin birikimi	46
3. YÖNTEM.....	48
3.1 Araştırma Modeli	48
3.2 Araştırma Örnekleme	48
3.3 Veri Toplama Araçları	48
3.3.1 Sosyo-demografik bilgi formu	48
3.3.2 Leahy Duygusal Şema Ölçeği	48
3.3.3 Somatizasyon ölçeği	49
3.3.4 Algılanan stres ölçeği	50
4. BULGULAR.....	51
4.1 Verilerin Analizi.....	51
4.2 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Tanımlayıcı İstatistikler	52
4.3 Araştırmaya Yönelik Tanımlayıcı Bulgular	55
4.4 Araştırma Verilerinin Normallik Dağılımına Yönelik Bulgular	56
4.5 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki Bulgular	57
4.6 Algılanan Strese Yönelik Değerlerin Katılımcıların Demografik Değişkenlerine Göre İncelenmesi	59
4.7 Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Değerlerinin Katılımcıların Demografik Değişkenlerine Göre İncelenmesi	66
4.8 Somatizasyon Ölçeği Değerlerinin Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	74
4.9 Algılanan Stres Ölçeği, L. Duygusal Şema Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	77
4.10 Psikosomatik Hastalıklar ile Stres Arasındaki İlişkide Duygusal Şemaların Aracı Rolüne İlişkin Bulgular	83
4.10.1 Rahatsızlık algısı ile psikosomatik hastalıklar arasındaki ilişkide duygusal şema alt boyutlarının aracı rolü	85
4.10.2 Yetersiz öz yeterlilik algısı ile psikosomatik hastalıklar arasındaki ilişkide duygusal şema alt boyutlarının aracı rolü.....	95
5. TARTIŞMA	105
5.1 Duygusal Şema, Stres ve Psikosomatik Hastalıklara Yönelik Bulguların Tartışılması.....	105

5.2 Duygusal Şema, Stres ve Psikosomatik Hastalıkların Demografik Değişkenlere Göre Elde Edilen Bulgularının Tartışılması.....	109
5.3 Demografik değişkenler arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılması..	113
6. SONUÇ.....	115
7. ÖNERİ.....	118
KAYNAKÇA	119
EKLER.....	130
Ek 1: Sosyo-Demografik Bilgi Formu	130
Ek 2: Leahy Duygusal Şema Ölçeği	132
Ek 3: Somatizasyon Ölçeği	134
Ek 4: Algılanan Stres Ölçeği	135
Ek-5: Etik Onay Formu	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZGEÇMİŞ.....	136

KISALTMALAR

BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
CRP	: C-Reaktif Protein
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DOT	: Duygu Odaklı Terapi
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DŞT	: Duygusal Şema Terapi
HPA	: Hipotalamus-hipofiz-Adrenal Aks
IL-6	: İnterlökin
LDŞÖ	: Leahy Duygusal Şema Ölçeği
MS	: Multiple Skleroz
TNF-α	: Tümör Nekroz Faktörü-alfa
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÇİZELGE LİSTESİ

	Sayfa No.
Çizelge 4.1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Frekans ve Yüzdeleri	52
Çizelge 4.2: Katılımcıların Yaş Bilgilerinin Tanımlayıcı Değerleri.....	54
Çizelge 4.3: Algılanan Stres Ölçeği, L.Duygusal Şema Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeği Toplam Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler	55
Çizelge 4.4: Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları, L. Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyutları ve Somatizasyon Ölçeğinin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	56
Çizelge 4.5: Katılımcıların Ruhsal Sıkıntı Yaşama Durumları ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki	57
Çizelge 4.6: Katılımcıların Ruhsal Sıkıntı Yaşama Durumları ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişki	58
Çizelge 4.7: Katılımcıların Ruhsal Sıkıntı Yaşama Durumları ile Yaşamakta Oldukları Yer Arasındaki İlişki.....	58
Çizelge 4.8: Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre T-Testi Sonuçları.....	59
Çizelge 4.9: Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarının Medeni Durumuna Göre T-Testi Sonuçları.....	60
Çizelge 4.10: Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre T-Testi Sonuçları.....	60
Çizelge 4.11: Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaşanılan Yerleşim Yerine Göre ANOVA Sonuçları	61
Çizelge 4.12: Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaşanılan Kişi Grubuna Göre ANOVA Sonuçları	62
Çizelge 4.13: Algılanan Stres Ö. ve Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	63
Çizelge 4.14: Algılanan Stres Ö. ve Alt Boyutlarının Gelir Durumuna Göre ANOVA Sonuçları.....	64

Çizelge 4.15: Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ruhsal Bir Sıkıntı Yaşama Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	65
Çizelge 4.16: Duygusal Şema Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre T-Test Sonuçları....	66
Çizelge 4.17: Duygusal Şema Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre T-Test Sonuçları.....	68
Çizelge 4.18: Duygusal Şema Alt Boyutlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre T-Test Sonuçları	70
Çizelge 4.19: Duygusal Şema Alt Boyut Değerlerinin Ruhsal Sıkıntı Yaşama Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	72
Çizelge 4.20: Somatizasyon Ölçeği Değerlerinin Cinsiyet, Medeni Durum ve Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre T -Testi Sonuçları.....	74
Çizelge 4.21: Somatizasyon Ölçeğinin Katılımcıların Yaşanılan Yerleşim Yeri Göre ANOVA Sonuçları	75
Çizelge 4.22: Somatizasyon Ölçeğinin Çalışma Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	75
Çizelge 4.23: Somatizasyon Ölçeğinin Gelir Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları	76
Çizelge 4.24: Somatizasyon Ölçeğinin Ruhsal Sıkıntı Yaşama Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	76
Çizelge 4.25: Algılanan Stres Ölçeği, L. Duygusal Şema Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Pearson Korelasyon Analizi.....	78

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 4.1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	53
Şekil 4.2: Katılımcıların Yaşlarının Frekans Grafiği	54
Şekil 4.3. Duygusal Şema Boyutlarının Cinsiyete Göre Değişimi	67
Şekil 4.4: Duygusal Şema Boyutlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşması	69
Şekil 4.5: Duygusal Şema Boyutlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Farklılaşması.....	71
Şekil 4.6: Duygusal Şemaların Ruhsal Sıkıntı Yaşama Duruma Göre Anlamlı Farklılık Gösteren Boyutları.....	73
Şekil 4.7: Model 4 (Hayes, 2012)	84
Şekil 4.8: Araştırmanın Aracılık Modeli.....	85
Şekil 4.9: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Onaylanma Alt Boyutunun Aracı Modeli	85
Şekil 4.10: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Hislerin Kabullenilmesi Alt Boyutunun Aracı Modeli.....	86
Şekil 4.11: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Suçluluk Alt Boyutunun Aracı Modeli.....	87
Şekil 4.12: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Duygulardan Kaçınma Alt Boyutunun Aracı Modeli	87
Şekil 4.13: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Ruminasyon Alt Boyutunun Aracı Modeli	88
Şekil 4.14: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Kontrol Edilemezlik ..	89
Şekil 4.15: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Farklılık Alt Boyutunun Aracı Modeli.....	89
Şekil 4.16: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Anlaşılabilirlik Alt Boyutunun Aracı Modeli	90
Şekil 4.17: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Süreklilik Alt Boyutunun Aracı Modeli	91

Şekil 4.18: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Uzlaşma Alt Boyutunun Aracı Modeli.....	91
Şekil 4.19: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Duyguları Zararlı Görme Alt Boyutunun Aracı Modeli.....	92
Şekil 4.20: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Duygulara Karşı Zayıflık Alt Boyutunun Aracı Modeli.....	93
Şekil 4.21: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Duyguları İnkâr Alt Boyutunun Aracı Modeli.....	93
Şekil 4.22: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Akılcılık Alt Boyutunun Aracı Modeli.....	94
Şekil 4.23: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Onaylanma Boyutunun Aracı Modeli.....	95
Şekil 4.24: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Suçluluk Boyutunun Aracı Modeli.....	95
Şekil 4.25: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Hislerin Kabul edilmesi Boyutunun Aracı Modeli.....	96
Şekil 4.26: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Duygulardan Kaçınma Boyutunun Aracı Modeli.....	97
Şekil 4.27: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Kontrol Edilemezlik Boyutunun Aracı Modeli.....	97
Şekil 4.28: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Ruminasyon Boyutunun Aracı Modeli.....	98
Şekil 4.29: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Farklılık Boyutunun Aracı Modeli.....	99
Şekil 4.30: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Anlaşılabilirlik Boyutunun Aracı Modeli.....	99
Şekil 4.31: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Süreklilik Boyutunun Aracı Modeli.....	100
Şekil 4.32: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Uzlaşma Boyutunun Aracı Modeli.....	101
Şekil 4.33: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Duyguları Zararlı Görme Boyutunun Aracı Modeli.....	101
Şekil 4.34: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Duygulara Karşı Zayıflık Boyutunun Aracı Modeli.....	102

Şekil 4.35: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Duyuları İnkâr Boyutunun Aracı Modeli	103
Şekil 4.36: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Akılcılık Boyutunun Aracı Modeli.....	103



PSİKOSOMATİK HASTALIKLARLA STRES ARASINDAKİ İLİŞKİDE DUYGUSAL ŞEMALARIN ARACI ROLÜ

ÖZET

Bu çalışmada psikosomatik hastalıkların stres ile ilişkisinde duygusal şemaların aracı rolünün incelenmesi amaçlanmıştır. Temel amaçla beraber katılımcıların stres düzeyinin, sahip oldukları duygusal şemalarının ve somatizasyonlarının sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermeme durumunun incelenmesi de amaçlanmıştır.

İlişkisel tarama olarak tasarlanan araştırmaya 18 yaş üstü 350 kişi katılmıştır. Katılımcılara sosyo-demografik veri formu, Leahy Duygusal Şema Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Somatizasyon ölçeği dağıtılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 30.0 programı ile araştırmacı tarafından analiz edilmiştir.

Çalışmada anlaşılabilirlik duygusal şemasının psikosomatik hastalıklar ve stres arasında kısmi aracı rolü olduğu gözlenmiştir. Duygusal şemalar ile stres alt boyutları ve duygusal şemalar ile somatizasyon arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Stres düzeyi, duygusal şemalar ve somatizasyon sosyo-demografik özelliklere göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Kadınların daha fazla suçluluk, hislerin kabullenilmesi gibi şemalara sahip oldukları, erkeklerin ise duygulardan kaçınma şemasını daha yaygın olarak benimsediği bulunmuştur. Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşamadığını belirten bireylerin, onaylanma ve duyguları zararlı görme gibi şemalarla daha sık ilişkilendirildiği tespit edilmiştir. Stres düzeyi ile gelir düzeyi arasında bir ilişki bulunmuş, gelir düzeyi yüksek olan bireylerin daha yüksek yetersiz öz yeterlilik algısına sahip olduğu, düşük gelir düzeyi olan bireylerin ise daha fazla rahatsızlık hissettikleri belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Stres, Duygusal Şema, Psikosomatik Hastalık*

THE MEDIATING ROLE OF EMOTIONAL SCHEMAS IN THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOSOMATIC DISORDERS AND STRESS

ABSTRACT

This study aimed to examine the mediating role of emotional schemas in the relationship between psychosomatic disorders and stress. In addition to the primary objective, the study also sought to investigate whether the participants' stress levels, emotional schemas, and somatization exhibited significant differences based on their socio-demographic characteristics.

The study was designed as a relational survey and included 350 participants aged 18 and above. Participants were provided with a socio-demographic data form, the Leahy Emotional Schema Scale, the Perceived Stress Scale, and the Somatization Scale. The data obtained were analyzed using SPSS 30.0 by the researcher.

The study found that the emotional schema of comprehensibility partially mediated the relationship between psychosomatic disorders and stress. Significant relationships were observed between emotional schemas and stress sub-dimensions, as well as between emotional schemas and somatization. Stress levels, emotional schemas, and somatization varied significantly based on socio-demographic characteristics. It was found that women were more likely to have schemas such as guilt and acceptance of feelings, while men more commonly adopted the schema of emotional avoidance. Individuals who reported never having experienced mental distress were more frequently associated with schemas such as approval-seeking and perceiving emotions as harmful. A relationship was found between stress levels and income level, with higher-income individuals having a higher perception of inadequate self-efficacy, while lower-income individuals experienced more discomfort.

Keywords: *Stress, Emotional Schema, Psychosomatic Disorder*

1. GİRİŞ

Düşünceler, duygular ve davranışlar birbirine bağlıdır. Birbirlerini etkilemektedirler. Duyguların ve düşüncelerin hangi sırada birbirini etkilediği ile ilgili farklı görüşler bulunmaktadır. Duygu, düşünce ve davranışların karmaşık yapısı insanın sağlık ve hastalık durumlarını anlamlandırabilmek adına önem taşımaktadır.

Somatizasyon psikolojik sıkıntıların beden aracılığı ile dışarıya yansıma şeklidir. Psikosomatik hastalıklar ise psikolojik belirtilerin bağışıklık sisteminin güçsüzleşerek çeşitli organlarda hastalıkların ortaya çıkması, var olan hastalıklarının şiddetinin artması veya iyileşme sürecindeki etkisini ifade etmektedir. Psikosomatik hastalıklar; hastalıkların başlangıcında, seyrinde veya tedavi sürecinde psikolojik faktörlerin etkisini ifade etmektedir. Günümüzde birçok bedensel hastalığın önlenmesi veya tedavisinde psikolojik destek almak tavsiye edilmektedir. Çeşitli hastalıklardan teşhisi bulunan veya tedavisi devam hastalarla yapılan araştırmalarda hastaların duygu düzenleme konusunda zorluk yaşadığı görülmüştür. Bu araştırma ile bağımlı değişken olan psikosomatik hastalıkları psikolojik olarak detaylı inceleyebilmek için üzerinde etkili olan stres ve aracı değişken olarak belirlenen duygusal şema psikolojik faktörleri ele alınacaktır (Okumura, Serbena, Doro, 2020).

Stresin fizyolojik ve psikolojik hastalıklara yol açan en önemli psikolojik faktör olduğu yapılan birçok araştırma ile kanıtlanmıştır. Strese neden olan olayların sonucunda yaşanan duyguların her bireyde çağrıştırdığı his farklı olacağından o olayı anlamlandırma şekli ve vereceği tepki de farklı olacaktır. Her stresli olayın her kişide aynı etkiye yol açmamasının nedenlerinden biri olarak duygusal şema görülebilmektedir (Ghoussoub, Côté, Fortier, Bénédictte, Rainville, Pagé,2024).

Duygusal şema, bilişsel şemadan ve duygu düzenlemeden farklı bir olgudur. Duygulara sahip olarak dünyaya geliriz. Onları yeniden keşfetmemiz gerekmez. Ama duyguların nasıl ve hangi koşullarla ortaya çıkacağı her kişiye özeldir ve deneyimlerle şekillenir. Duygusal şema kendimize ve başkalarına ait duyguları yorumlama, anlama ve tepki verme şeklimizi ifade etmektedir. İçerdikleri duygusal bilgiler düşünce ve davranışları etkilemektedir (Abuheidari, Tavakoli, 2024).

Yaygın anksiyete bozukluğu olan yetişkinlerin aşırı rasyonalizasyon, duygusal güvensizlik, belirsizliğe tahammülsüzlük, kişilik özelliği kaygısı gibi çeşitli 12 alt boyutta olumsuz duygusal şemaya sahip olduğu bilinmektedir (Morvaridi, Chesli, Farahani, Mashhadi, 2024). Öte yandan duygusal şemaların negatif ruh sağlığı ile pozitif yönde ve pozitif ruh sağlığı ile negatif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu bildirilmektedir. Strese ve psikopatolojilere karşı olumlu duygusal şemalar ve psikolojik esneklik koruyucu görev üstlenmektedir (Sebastiao, Neto, 2024). Bu araştırmanın konusu psikosomatik hastalıklar ile stres arasındaki ilişkide duygusal şemaların aracı rolünü incelemektir.

1.1 Araştırmanın Amacı

Yaptığımız araştırmanın amacı psikosomatik bozukluklar ile stres arasındaki ilişkide duygusal şemaların aracı rolünü ve psikolojik sağlık üzerinde etkili olan stres ve duygusal şemaların psikosomatik hastalıklar üzerindeki etkisini incelemektir. Temel amacın yanı sıra psikosomatik hastalıkların, stresin ve duygusal şema düzeylerinin; cinsiyet, eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılaşma bulunup bulunmadığının incelenmesi de amaçlanmaktadır.

1.2 Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1: Psikosomatik hastalıklar ile stres arasında duygusal şemaların aracı rolü bulunmaktadır.

1.3 Araştırmanın Önemi

Literatürdeki çalışmalara incelendiği zaman psikosomatik hastalıklar, stres ve duygusal şemalar özelinde birçok farklı araştırma elde edilmektedir. Duygusal şemalar ve psikopatolojiler arasındaki ilişkiyi, stres ve psikosomatik hastalıklar arasındaki ilişkiyi farklı bakış açıları ile inceleyen araştırmalar mevcuttur. Ancak duygusal şemanın psikosomatik hastalıklar ve stres üzerindeki aracı etkisini inceleyen bir araştırma bulunmamaktadır. Bu nedenle bu çalışma özgün bir nitelik taşımakta ve literatüre katkı sunmaktadır.

1.4 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemini daha yüksek sayılarda tutulduğunda sonuçlarda bazı değişikliklerin görülebilmesi muhtemeldir. Ölçekleri katılımcıların tek başlarına doldurmalarından dolayı soru maddelerini yanlış anlama, yanlış cevap verme gibi durumların görülme ihtimali mevcuttur. Bununla beraber psikosomatik hastalıkları daha nitelikli ve detaylı bir şekilde ölçebileceğimiz ölçüm aracının sonuçları güçlendirme durumu da bulunmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Psikosomatik Hastalıklar

Bu bölümde beden ve zihin ilişkisinin ele alınış şekline, psikosomatik hastalıkların epidemiyolojisine, risk faktörlerine, hastalıkların ortaya çıkışındaki etkisine ve kişilik özellikleri ile ilişkisine yer verilmiştir.

2.1.1 Beden – zihin arasındaki ilişki

Semantik olarak Yunan etiolojisinden gelen psikosomatik kelimesi psyche (zihin) ve somatikos (beden) kelimelerinin birleşiminden oluşmaktadır (Okumura, Serbena, Doru,2020). Beden ve zihnin arasındaki ilişki tarih boyunca birçok bilim insanı, filozof tarafından tartışılmış ve çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Felsefede bu olgu “zihin felsefesi” alanında inceleme konusu olmuştur.

Zihnin ne olduğu, fiziksel olarak bulunabilirliği ve işlevi konusunda sorulan sorulara günümüzde cevap aranmaya devam etmektedir. Hipokrat beden-zihin etkileşimini zihnin ve duyguların fiziksel sağlığı etkilediği şeklinde savunmaktadır. Bu konuya yönelik tarihte bilinen önemli gelişmelerden biri Hipokrat’ın humoral teorisidir (Ansari, Rahman, Zulkifle, 2021). M.Ö. 5. Yüzyılda Hipokrat’ın öğrencisi ve damadı tarafından kaleme alınan Hipokrat risalesinde açıklanan İnsanın Doğası eserinde, Hipokrat insan doğasının dört farklı mizaçtan oluştuğunu savunmaktadır. Doğanın 4 elementiyle ilişkilendirilen sarı safra, kara safra, balgam ve kan dengesinin insan sağlığının gereği olarak görülürken dengesiz bir karışım haline gelmeleri hastalıkların sebebi olarak açıklamaktadır. Hipokrat insanlar arasındaki mizaç farklılıklarının bu dört temel elementten kaynaklandığını düşünmektedir. Kanları oldukça saf olan kişilerin dost canlısı ve şakacı olduğunu; sarı safradan oluşanların öfke acı ile dolu olduğunu; kara safranın tembellik ve iradesizlikle ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Hipokrat bu teorisiyle beden ve zihnin birbiriyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Jouanna,2012).

Tarih içerisinde beden-zihin soruları Descartes döneminde sistemli bir hale gelmektedir. Descartes, beden ve zihnin birbirinden ayrı kendine özgü cevherler

olduğunu ve beyinde yer alan kozalaklı yapı (pineal bez) aracılığı ile birbirlerini etkilediğini savunmaktadır. Ruh olarak da ifade ettiği zihin insanın aslıdır ve sonu bulunmamaktadır. Beden ölüm sonucu yok olsa da zihin (ruh) asla yok olmaz. Zihnin farkına bedenden önce varılır ve zihin aracılığı ile insan sadece gerçekte olan durumları değil olmayan durumları da tasavvur edebilmektedir (Coştu, 2020).

Bedenin ve zihnin birbirinden ayrı ve etkileşim halinde olduğunu savunan bu görüşe Davranışçılık (Behaviorism) karşı çıkmaktadır. Davranışçılığın temelinde zihinsel süreçlerin gözlemlenebilir davranışlar ile ilgili olduğu fikri savunulmaktadır. Ryle, davranışçılığa giden yolda Descartes'e karşı çıkan bilim insanları arasında yer almaktadır. Ryle'a göre insanların yaptığı en büyük hata kavramları yanlış kullanmaktır. Bu durumu şöyle açıklamaktadır: Bir kişi, diğerine Oxford Üniversitesinin yerini sorduğunda karşısındaki kişi açık bir şekilde binanın yerini göstermeyecektir. Çünkü "üniversite" kelimesi doğrudan bir binayı ifade etmemektedir. Bu hatadaki bağlamdan dolayı da Ryle, insanların zihni, gözle görülemeyen akıl erdirilemeyen bir yapı olarak tanımladığını ifade etmektedir. Ryle ayrıca zihinde olan bütün bilgilerin ve simgelerin gözle görülen kulakla duyulan bilgilerden elde edildiğini savunmaktadır. Bu süreçler zihnin işlevi değil bir temsil oluşturma egzersizidir. Ryle, zihin ve bedenin birbirinden bağımsız olmadığını ama bu bağımsızlığın zihnin beden üzerinde etkisinin olmamasından kaynaklandığını ve insanın bilinmeyecek gizli bir yönünün olmadığını savunmaktadır (Coştu, 2020).

John Watson 1920'de beden ve zihin arasındaki ilişkiyi davranışların zihin ile ilişkisi olmadığını belirterek açıklamıştır. Watson'a göre davranışlar zihinsel nedenlerden bağımsızdır. O dönemde radikal davranışçılık olarak tanımlanan bu fikir psikolojide gözle görülmeyen konularla çalışmaktansa bilinen ve görülebilen ile çalışılmasının tercih edilmesi sebebi ile yaygın bir kabul olmuştur. Radikal davranışçılığa göre davranışların zihinsel nedenleri yoktur, davranışlar uyaranlara verilen salt tepkilerdir. Mantıksal davranışçılık olarak gelişen bir davranışçılık türü ise radikal davranışçılığın bu fikrini kısmen değiştirmiştir. Mantıksal davranışçılığa göre davranışların kısıtlı da olsa zihinsel temsili bulunmaktadır. Bu zihinsel temsil, cam sürahinin kırılmasının camın kırılmasını ifade etmesi gibi kısıtlı bir temsilden oluşmasından dolayı tam olarak radikal davranışçılıktan farklılaşmamaktadır. Bu konuda sonraki tüm çalışmalar insanların davranışlarının inanç, beklenti ve sahip oldukları bilgiye göre şekillendiğini ifade etmektedir. Sosyal hayattaki gözlemin

davranışları belirleme ve tercih yapma noktasında önemli yeri olduğunu bildirilmektedir (Fodor,1980).

Kindi iki görüşün de eksikleri olduğunu savunmaktadır. Kindi'ye göre hiçbir şeyin nedeni kendisi olamaz. Davranışçılık gerçek olanın sadece beden olduğunu savunduğu için gözle görülebilen maddeyi tek gerçek varsaymaktadır. Ancak bedeni yöneten bedenden farklı bir şey olmalıdır. Düalist görüş beden dışında bir varlığı da kabul etmesi nedeniyle monist görüşe göre daha kapsamlıdır. Ancak düalist görüş de beden ve zihin arasındaki ilişkinin nasıl gerçekleştiğini tam olarak açıklayamamaktadır. Kindi bu durumda 3 gerçeklik alanı teorisini öne sürmektedir. Bütün olarak maddi olan, maddi olmayan ve maddi olan ile olmayan arasındaki ilişkiyi sağlayan gerçeklik alanları olarak açıklamaktadır (Zehir,2023).

Farabi zihnin bir organla eşleştirilmesi gerekirse bu organın beyin olmaması gerektiğini düşünmektedir. Beyin, bedendeki tüm süreçlerden sorumlu olan organdır. Zihin, duyum ve algı ile benlik hissinden oluşmaktadır. Beyin, zihnin duyum ve algı ile ilgili olan kısmından sorumlu iken benlik hissinden kalp sorumludur. Farabi'nin kalbin, insanın uyanık ve uyku halinde bile sıcaklık üretiyor olması, beynin bu sıcaklığı dengelemeye çalışması ve uyku sırasında beynin kimi işlevleri yerine getiremiyor olması kalbin zihnin merkezini oluşturduğunu kanısına varmasında etkili fikirler olduğu düşünülmektedir. Kalp, refleksif tepkilerden oluşan iradesiz hareketler ile düşünme gücünden oluşan iradeli tepkileri üretebilmektedir. Bu durumu tepkilerin kalpten çıkan iki sinir ağı aracılığıyla oluşmasıyla açıklamaktadır. Bu açıklamasıyla Farabi benliğin ve düşünme gücünün merkezini kalp olarak görmektedir (Zehir,2023).

2.1.1.1 Zaman algısı ve fiziksel konum açısından zihin ve beden arasındaki ilişki

Beden ve zihin arasındaki ilişki deneylerin de araştırma konusu olmaktadır. İnsanın içinde bulunduğu mekânın düşüncelerine olan etkisini araştıran Boroditsky ve arkadaşları (2001), “çarşamba günü olan toplantı 2 gün ileri alındı. O zaman toplantı hangi gün olur?” diye havalimanında uçuştan gelen, uçuş bekleyen ve yolcu bekleyen 3 ayrı kesime bu soruyu sormuşlardır. Uçuştan gelen kişilerin %76'sı, uçuşu bekleyen kişilerin %62'si, yolcu bekleyenlerin %48'i cuma günü cevabını vermiştir. Aynı soruyu yemek sırasında bekleyen Stanford Üniversitesi Psikoloji

bölümü öğrencilerine de sormuşlardır. Sıranın önünde bekleyenlerin sıranın gerisinde bekleyenlere göre daha çok cuma günü dediği kaydedilmiştir. Sıranın en önünde bulunan öğrencilerden cuma cevabını verenler %79 iken sıranın arkasında bulunanların %45'i bu cevabı vermiştir. Bu sorunun cevabı zaman hakkındaki düşüncelerimizin hareketlerimizle olan ilişkisi ile ilgilidir. Zamanın hareketini kabul etmek gibi zaman içinde kişinin kendisinin hareket ettiğini düşünmesi beklenen bir durumdur. Sorunun cevabını “cuma” olarak vermek zaman içinde hareket eden “egoyu harekete geçiren” durumu ifade ederken “pazartesi” olarak cevap vermek zamanın hareket ettiği durumun kabulünü ifade etmektedir. Sorunun yöneltildiği gruptaki hareket halinde olan ve olmayan kişilerin cevapları arasındaki farklılığın düşünce ve hareket arasındaki bu ilişkiden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla beraber beden ve zihin arasındaki iletişimin farklı çalışmalarla desteklenmeye ve geliştirilmeye olan ihtiyacı vurgulanmaktadır.

Tarih boyunca yapılan araştırma, tartışma ve insanın doğasına bakıldığı zaman insanın sadece biyolojik bir bütünden oluşmadığını zihin, ruh ve biyoloji olarak birbirini etkileyen 3 ayrı bütünden oluştuğunu söylemek mümkündür. Zihinsel süreçlerin ve ruhun insanı etkilemediğini söylemek imkânsızdır çünkü düşünce, duygu ve inançlar insanların davranışlarını, düşüncelerini, deneyimlerini etkilemektedir.

2.1.1.2 Psikosomatik bağlamda zihin ve beden ilişkisinin evrimi

Zihin ve beden arasındaki ilişkiyi psikosomatik kelimesi ile ifade eden ilk bilim insanı 1818 yılında Heinrich Schütz olmuştur. Heinrich, akıl sağlığını, istekler ile düşünceler arasındaki dengeli uyuma bağlamaktadır. Ona göre beden ve ruh birbirinden ayrı düşünülemezdir. Birinde ortaya çıkabilecek bir hastalık diğerini de etkilemekte ve iş birliği içinde çalışmaktadırlar (Okumura, Serbena, Doro, 2020).

20. y.y. psikosomatik hastalıkların tanı, tedavi ve süreçlerinin daha detaylı incelenmeye başlandığı bir dönem olmuştur. Bu dönemde stres yönetiminin ve psikoterapinin psikosomatik hastalıkların neden ve tedavisi üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Bu yüzyılın sonlarına doğru stresin biyolojik süreçler üzerindeki önemli etkisi bilimsel olarak kanıtlanmaya başlanmaktadır. Stresin, fizyoloji üzerinde etkilediği alanlar arasında bağışıklık sistemi ve hormonlar ilk tespit edilen birimler olmaktadır. Sonraki süreçte “biyo-psiko-sosyal” olarak bilinen tıbbi model

geliştirilmiştir. Bu model hastalıkların biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin hepsinden etkilendiğini savunarak bütüncül bir bakış açısı sunmaktadır (Ackerknecht,2009).

Psikosomatik çalışma alanının genişlemeye ve beden-zihin araştırmalarının artmaya başladığı dönemlerde farklı ekoller farklı şekillerde açıklamalarda bulunmuştur. Psikanalize göre egonun kontrol edemeyeceği yoğunlukta yaşanan duygusal deneyim birey tarafından anlamlandırılmakta zorlaşır ve kişiselleştirilmiş bir yapıya dönüşür. Karşılıklı bir şekilde etkileşime girmektedirler. Jung bu yapının kişilikten bağımsız olarak varlığını sürdürdüğünü ve yoğunluğu arttıkça da psişenin etkilendiğini savunmaktadır. Michael Fordham (1905-1995) zihin ve beden arasındaki ilişkiyi gelişim dönemlerine bağlamaktadır. Çocukluk döneminde zihinsel temsillerin bedensel temsillerden ayırt edilememesinin psikosomatik olduğunu ifade etmektedir. Fordham, yaşam boyu çeşitli ayrışma ve bütünleşmelerin benlik duygusunu beslediğini ve çocukluk döneminde yaşanan zihin-beden ayrışmasının bunun başlangıç noktası olduğunu belirtmektedir. Driver (2005), zihin ve beden arasındaki dengenin kurulabilmesinin kişinin benliğini anlayabilme ve geliştirebilme kapasitesi ile bağlantılı olduğunu belirtmektedir. Kradin bu dengenin kurulabilmesinde çocuğun ebeveynleri ile olan ilişkisine de vurgu yaparak ebeveynlerin empati becerisinin önemine değinmektedir (Okumura, Serbena, Doro, 2020).

2.1.2 Somatizasyon ve psikosomatik terimlerinin ayrımı

Somatizasyon ve psikosomatik terimleri birbiri ile oldukça yakın anlamlı olmalarına rağmen farklı durumları ifade etmektedirler. Bir kişinin yaşadığı yoğun duygusal durumlarla, stresle ve çeşitli psikolojik durumlarla baş ederken bu süreçte bedensel belirtilerin eşlik etmesi durumuna somatizasyon denilmektedir. Somatizasyon için tıbbi bir durumun var olması gerekmemektedir. Teşhis olsa bile fiziksel bir neden bulunamamaktadır (Macina vd., 2021).

Psikosomatik terimi, yaşanan var olan fiziksel belirtilerin nedenleri arasındaki psikolojik faktörleri ifade etmektedir. Psikosomatik belirtiler yaşanmakta olan bir hastalığın seyrini etkileyebileceği gibi çeşitli hastalıkların da görülmesinde etkili olabilmektedir. Somatizasyon bedensel semptomların bilinçli olmayan şekilde ortaya

çıkması iken psikosomatik beden ve zihin arasındaki bilinçli ilişkinin görülmesidir (Macina vd., 2021).

2.1.3 Psikosomatik bozukluklar: fiziksel semptomların psikolojik kökenleri üzerine araştırma alanları

Psikosomatik bozukluklar, stres, anksiyete türleri, depresyon veya duygusal ve psikolojik kaynaklı semptomların fiziksel olarak ortaya çıkışını ifade etmektedir (Huang ve diğerleri, 2023).

Psikosomatik tıp, hastalık ve sağlıklı olma arasındaki ilişkide fizyolojik faktörleri, psikolojik ve sosyal faktörlerle birlikte inceleyen bir alandır. Psikosomatik tıp, hastalıklara etki eden ve sürmesine neden olan bireysel savunmasızlığa yol açan nedenleri araştırmaktadır. Hastalıkların tedavisinde ve önlenmesinde farmakolojik tedavinin yanı sıra psikososyal tedavi yöntemlerinin etkili olduğunu savunmaktadır. Tıp ve psikoloji alanlarında oldukça önemli bir yeri olmasından dolayı sadece bu alanda yayınlara sahip olan uluslararası birçok önemli dergi bulunmaktadır. Bunlardan birkaçı Journal of Psychosomatic Research, Psychotherapy and Psychosomatics, Psychosomatic Medicine'dır. Multidisipliner bir alan olmasından dolayı psiko-onkoloji, psikonefroloji, psikonöroendokrinoloji, psikonörogastroenteroloji, psikonöroimmünoloji, psikodermatoloji gibi alt alanlara ayrılmaktadır (Fava, Cosci, Sonino, 2016).

2.1.4 Psikosomatik hastalıkların epidemiyolojisi

Toplum sağlığı içinde somatizasyon hastalıkları nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuru oranı oldukça yüksektir (Macina, 2021). Yaygınlığı gençlerde %11 - %21, yetişkinlerde %10 - %20, yaşlılarda %1,5 - %13 arasındadır. Dünya üzerinde her 5 hastadan 1'ine psikosomatik hastalık tanısı konulmaktadır (Farahi, Naziri, Davodi, Fath,2023). Teşhis ve tedavi süreci ise oldukça karmaşık, zor ve maliyetlidir. Amerika'da yapılan araştırmaya göre birinci derece sağlık kuruluşlarına somatizasyon ile başvuran hastalara yaklaşık olarak 256 milyar dolarlık tıbbi harcama yapılmaktadır ve bu hastalıkların birçoğu kesin olarak tedavi edilememektedir. Hastalar, devlet kurumları ve toplum için zor bir süreç oluşturmaktadır. Bu sebeple somatizasyon semptomlarının erken teşhis ve tedavisi önem taşımaktadır (Macina vd., 2021).

Covid 19 pandemi döneminde Çin ve Fransa'da yapılan araştırmalara göre salgının neden, etki ve sonuçlarının tahmin edilemeyişinin getirdiği kaygı, sebep olduğu sosyal izolasyon, salgına yakalanan kişilerin geçirdikleri hastalıklar toplumda bireylerin psikolojik olarak da sağlığını etkilemiştir. Dönemin şartlarının sosyal, ekonomik, psikolojik olarak zorlayıcı hale gelmesi insanların bağışıklık sistemlerinin zayıflamasına yol açarak hastalığa daha kolay yakalanma riskini arttırmıştır. Çeşitli psikosomatik rahatsızlıkların görülme sıklığında artış yaşanmıştır. Bu hastalıklar arasında uyku bozuklukları, baş ağrısı, mide ağrısı ve çeşitli mide rahatsızlıkları yer almaktadır (Huang ve diğerleri, 2023).

Covid-19 salgınından kurtulan ve iyileşen kişilerle yapılan araştırmalarda İngiltere'de katılımcıların %39'unda yorgunluk, İtalya'da katılımcıların %17'sinde TSSB, Londra'daki katılımcıların %82,6'sında baş ağrısı, Fransa'daki katılımcıların %28'sinde dikkat ve konsantrasyon bozukluğu görülmeye başlamıştır (Arnold ve ark. 2021, Bellan ve ark., 2021, Dennis, 2021, Garrigues, 2020, Huang, 2023) Japonya'da pandemiden sonra yapılan araştırmaya göre toplumun büyük bir çoğunluğu kendisinin ve çocuklarının ruh sağlığını koruyamamaktan endişelenmektedir (Kawakami ve diğerleri, 2022).

Covid-19'un sebep olduğu kaygılar göz önüne alındığında psikosomatik rahatsızlıkların artışı bu bağlamda anlaşılmaktadır. Bu bakımdan Çin Hükümeti pandemi döneminde halkın duygusal ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurarak psikolojik olarak yalnız kalmaması, psikolojik sorunlarını paylaşabilmesi için çevrimiçi ulaşılabilir ruh sağlığı hizmeti desteği sunmuştur (Huang ve diğerleri, 2023).

2.1.5 Hastalıkların ortaya çıkışında psikolojik risk faktörleri

Bu bölümde psikonöroimmünoloji, stres, bağışıklık sistemi ve hastalıklar arasındaki ilişki anlatılmaktadır.

2.1.5.1 Psikonöroimmünoloji

Bağışıklık sistemi bedeni her türlü enfeksiyon, yara ve hasara karşı korumak ile görevlidir. Fizyolojik ve psikolojik birçok hastalık ile yakından ilişki içindedir. Bağışıklık sistemi beyin, psikoloji ve davranış üzerinde etki göstermektedir. Yapılan çeşitli araştırmalarla hastalık, sağlık, hisler, düşünceler, davranışlar üzerindeki

önemli etkisinden dolayı psikoloji alanı içinde bir çalışma konusu olmuştur. Bu alanda araştırılan konuların başında bağışıklık sisteminin aktivasyonu için psikolojik müdahalelerin kullanımı, erken dönem stresli yaşantılarının bağışıklık sistemine olan etkisi, psikolojik stresin nöroimmün sisteme olan etkisinin hafifletilme yolları yer almaktadır. Psikolojik açıdan psikosomatik hastalıkları anlayabilmek ve üzerinde çalışabilmek için bağışıklık sisteminin düşünce, davranış, duygu üzerindeki işleyiş ve işlevinin bilinmesi önem taşımaktadır (Bower, Kuhlman, 2023).

Psikoloji, nöroloji, endokrin ve immünoloji alanların karşılıklı olarak insan sağlığı ve hastalıkları üzerindeki etkisini araştırma amacıyla psikonöroimmünoloji alanı gelişim göstermiştir. Psikonöroimmünoloji sinir sisteminin, bağışıklığın ve hormonların iş birliği içinde çalıştığını güçlü kanıtlarla savunmaktadır. Tarihin bilinen ilk dönemlerinden beri gelen zihin-beden etkileşiminin somutlaşarak bir bilim dalı haline gelmiş şeklini ifade etmektedir (Ganesan, Kumar, Gauthaman, Lakshmi, Kumbalaparambil, 2024).

Bağışıklık sistemi doğuştan ve adaptif olarak iki ayrı kola ayrılmaktadır. Doğuştan gelen bağışıklık sisteminin monositlerden üretilen hücresi makrofaj bedende enfeksiyon veya bir hasar ile karşılaştığında inflamatuvar tepki oluşturmaktadır. Hasarlı hücreler temizlenmektedir. Doğuştan gelen bağışıklık sisteminin temizleyemediği hasarlar için ise çalışma hedefi belirli bir bölge olan o alana özgü hücreler geliştiren adaptif bağışıklık sistemi görev almaktadır. Bağışıklık sistemi hücrelerinin yarısını beynin bağışıklık hücresi olan glial hücreler oluşturmaktadır (Bower, Kuhlman, 2023).

Bağışıklık sistemi enfeksiyon veya hasarlı yapı tespit ettiğinde bağışıklık hücreleri beyne uyarı gitmesi için proinflamatuvar sitokinler üretir. Sitokinler bağışıklık hücrelerinin dışındaki hücreler arasındaki iletişimi sağlamaktadır. Sitokinler aracılığıyla iletilen sinyal beyne ulaştıktan sonra sinirler üzerinde çeşitli etkiler gösteren ilgili nörotransmitter salınımı başlamaktadır. Bu nörotransmitterler ruh hali, duygular ve düşünceler üzerinde de değişiklikler sağlamaktadır. Yaşanan değişikliklerden sonra hareketlerde azalma, sosyal geri çekilme, iştah azalması görülebilmektedir. Bu değişiklik bir yerde enerjinin enfeksiyon veya hasarın onarımına, iyileştirilmesine, yayılımın azaltılma görevine yönlendirilmesini sağlamaktadır (Bower, Kuhlman, 2023).

İnterferon alfa tedavisi alan hastaların %40'nın depresif ruh hali ve depresif belirtiler gösterdiği gözlemlenmiştir. Çeşitli aşılama yöntemleri ile endotoksin olan kişilerin yüz ifadelerinin plasebo enjeksiyonu alan kişilere kıyasla daha üzgün, daha mutsuz olarak görüldüğü bildirilmiştir (Sarolidou ve ark. 2019). Eisenberger ve ark. (2009), Kuhlman ve ark. (2018), yaptıkları araştırmalara göre endotoksin veya aşılama yoluyla inflamatuvar aktivasyonu yaşayan kişilerde olumsuz ruh hali oluşmakta ve olumsuz duygular ortaya çıkaran durumlara karşı dikkat yanlılığı meydana gelmektedir.

İntihar eden depresyon hastalarının ve majör depresyon yaşayan hastaların üzerinde yapılan detaylı araştırma ve analizlere göre bu hastaların yüksek inflamasyon geliştirdikleri bu inflamasyonun klinik depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasından önce oluştuğu çeşitli önemli araştırmalar tarafından ortaya konulmaktadır (Haapakoski ve ark. 2015, Osimo ve ark. 2020, Miller & Raison 2016, Khandaker ve ark. 2014). Depresyon hastalarının %30'unda enflamasyon yüksek (CRP > 3 ng / L olarak tanımlanır) tespit edilmiştir (Osimo ve ark. 2019). Enflamasyon ile depresif belirtilerin komorbid olma şekli hakkında kesin bilgiler henüz bulunmamakla birlikte yorgunluk ve uyku bozukluğu ile daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Frank ve ark. 2021, Jokela ve ark. 2016).

Vücutta oluşan iltihaplanmaya karşı üretilen interlökin (IL-6), tümör nekroz faktörü-alfa (TNF- α) ve CRP değerleri travma sonrası stres (TSSB) yaşayan kişilerde sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek çıkmıştır (Peruzzolo ve ark. 2022, Renna ve ark. 2018). Karşılıklı etkileşimlerinin araştırıldığı araştırma sonuçlarına göre hangisinin diğerini etkilediği konusunda henüz fikir birliğine varılamamaktadır (Sumner ve ark. 2020). Yüksek inflamasyonun psikoz riskini arttırdığı da artık bilinmektedir. Doğum öncesi inflamasyona maruz kalmak da beyin ve davranışı etkileyerek nörogelişimsel şizofreniye neden olabilmektedir (Khandaker ve ark. 2015, Brown & Derkits 2010, Khandaker ve ark. 2014, Goldsmith ve ark. 2016, BJ Miller ve ark. 2014).

Yaralanma veya hastalık sonucu ortaya çıkan enflamasyonun haricinde psikolojik stresin de enflamasyon ve bağışıklık üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır.

2.1.5.2 Bağışıklık sistemi ve stresin rolü

Stres, hastalıkların ortaya çıkışında ve bağışıklık sistemini etkileyen en önemli psikosomatik faktörlerden biridir. Dönemsel olarak yoğun stresli yaşantıların çeşitli psikosomatik hastalıklara da yol açabileceği bilinmektedir. Erken yaşam döneminde yaşanan mahrumiyet, ihmal, istismar ve taciz olaylarının ileriki yaşlarda stresli olaylara karşı dayanıklılığı da olumsuz yönde etkilediğine dair araştırma sonuçları bulunmaktadır (Fava, Cosci, Sonino, 2016).

Yapılan çeşitli araştırmanın sonuçlarına göre erken dönem sıkıntılı yaşantıları DSM-5 bozukluklarının yaklaşık olarak %30'unu karşılamaktadır. Erken dönem sıkıntılı yaşantıları yaşam boyunca bağışıklık hücrelerini, inflamatuvar şeklini etkilemektedir. Erken dönem sıkıntılı yaşam deneyimi olan ergenler daha düşük erken dönem sıkıntılı yaşam deneyimi olan akranlarına kıyasla grip aşısı enjeksiyonu olduktan sonra daha fazla depresif ruh hali ve bilişsel zorluk yaşamıştır (Kuhlman ve ark. 2020). Erken dönem sıkıntılı yaşantılarının kimi şartlarda yaşam boyu olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılabileceği de belirtilmektedir. Çocukluk döneminde düşük sosyo-ekonomik durumu olan ama anne ile duygusal ve fiziksel yakınlığı olan kişilerin inflamatuvar geliştirmedikleri görülmüştür (Chen ve ark. 2011).

Kronik strese yol açan olaylar bir risk faktörüdür. Kronik stres baş etme becerilerini zorladığı ve limitleri aştığı durumda çeşitli hastalıklar görülmektedirler (Fava, Cosci, Sonino, 2016).

Stresli yaşam olaylarının yaşandığı dönemde insanlar alışkanlıklarına daha sıkı bağlanmaktadır. Değişen yaşam koşullarında ise alışkanlıklar her zaman çözüm getirmemektedir. Şartlara uyum sağlayamamak ve yeni çözümler üretememek beraberinde stresi arttırmaktadır. Schwabe ve Wolf'un (2009) stresli durum içinde olan ve olmayan yetişkinlerle yaptığı araştırmada stresli yetişkinler belirli doğunluğa ulaşmasına rağmen içmekte oldukları içeceği içmeye devam ederken stresi bulunmayan katılımcılar belirli bir noktada içmeyi bırakmıştır (Seehagen ve ark. 2015). 15 aylık bebeklere ses üreten bir düğmeye basma alışkanlığı kazandırdı. Daha sonra basmaya alışkanlık kazandıkları düğme dışında farklı bir düğme sundu onlara. Alışkanlıklar ve stres arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında stres oluşturan uyaranlara maruz bıraktıkları bebeklerin alışkanlık kazandıkları düğmeye basmaya devam ettiği, stresli uyaranlara maruz bırakılmayan bebeklerin ise alternatif

düğmeye basma ve keşfetme konusunda daha rahat hareket ettiği gözlemlenmiştir. Anne karnında bebeklerin strese en savunmasız halde olduğu ve annenin maruz kaldığı stresli durumlarda hormonlarda yaşanan değişikliklerden dolayı bebeklerin de olumsuz olarak etkilendiği bilinmektedir. Bu da yaşam boyu etkisini gösterebilmektedir (Tisborn, Kumsta, Zmyj, Seehagen,2023).

Yaşam içindeki stresörler prefrontal korteksi, hipokampüsü, amigdalayı aktive etmektedir. Strese yanıt olarak katekolaminleri serbest bırakan sempatik sinir sistemi ve kortizol salınımından sorumlu hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenine hareket etmektedir. Akut stresin sebep olabileceği zararı ve iltihaplanmayı önlemek için aktif olan katekolaminler ve HPA eksenine kortizol salgılamaya başlamaktadır. Kronik stres HPA ekseninin devamlı aktif kalmasına neden olarak hiperkortizolizme, sitokin üretiminin bozulmasına, lenfoid, timik ve dalak dokusunda tükenmişliğe ve bağışıklık sisteminin baskılanmasına neden olmaktadır (Ganesan, Kumar, Gauthaman, Lakshmi, Kumbalaparambil, 2024).

Kronik stresin insan sağlığı üzerindeki etkileri, son yıllarda yapılan araştırmalarla daha iyi anlaşılmaya başlanmıştır. Çeşitli hastalıkların gelişiminde ve seyrinde önemli bir rol oynayan stres, özellikle bağışıklık sistemi ve DNA tamir mekanizmaları üzerinde yıkıcı etkiler yaratmaktadır. Akciğer kanseri, sedef hastalığı, multipl skleroz (MS), tip 2 diyabet ve romatoid artrit gibi hastalıkların stresle ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar, stresin bu hastalıkların hem başlangıcını hem de ilerlemesini etkilediğini göstermektedir. Bu bölümde, stresin farklı hastalıklar üzerindeki biyolojik etkileri ve bu hastalıkların seyrini nasıl değiştirdiği ele alınacaktır.

Belirli kanser türlerinde genetik geçiş faktörü bulunmaktadır. Ama yapılan çeşitli araştırma sonuçlarına göre akciğer kanseri ve meme kanserinde hasarlı gen aktarımı görülmemektedir. Tütün tüketimi akciğerde kanserli tümör oluşumun en önemli nedenlerindedir. Tütün ve türevleri akciğerin çeşitli noktalarında hasarlara yol açmaktadır. Bu hasarlar her kişide tümöre dönüşmemektedir. Tümöre dönüşmesini engelleyen iki faktör bulunmaktadır: DNA tamiri ve hücre ölümü. Hasarlı lezyonlar normal şartlarda kendini kopyalamadan önce DNA kendini tekrar düzenlemekte ve tamir etmektedir. Bu tamir sürecinde hasarlı lezyonlar yok olabilmektedir. Lezyonların kaybolmadığı veya hücrelerin ölmediği lezyonların tümöre dönüştüğü vakalarda stresin aracı faktör olduğu vurgulanmaktadır. Ohio

Üniversitesinde konu ile ilgili yapılan çalışmanın sonuçlarına göre uzmanlar stresin DNA tamiri sürecini bozduğunu ifade etmektedir. DNA tamirinin bozulması ve bağışıklık sisteminin düşmesi organizmanın korunmasız hale gelmesine ve işlevlerini yerine getirememesine yol açmaktadır (Glase, Glaser, 1999).

Meme kanseri kadınlar üzerinde yapılan gözlem ve araştırma sonuçlarına göre hayatlarında algıladıkları stres düzeyi vücutlarında ortaya çıkan inflamasyon ile yaşadıkları depresif semptomları ile anlamlı ilişki göstermektedir. İnflamatuvar daha yüksek stres bildiren kadınlarda daha yüksek seyretmektedir (Manigault ve ark. 2021).

Kronik stres HPA sistemin sürekli olarak aktif hale gelmesine neden olarak endokrin, bağışıklık ve sinir sistemi ve cilt üzerinde hasarlara yol açmaktadır. (Rajasekharan,2023). MS hastalığının teşhisinde ve alevlenmesinde stresli yaşam olaylarının yaşanması belli başlı nedenler arasında yer almaktadır. HPA eksen düzensizliği ile MS hastalığı arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmada stresin MS hastalığının bulgularını ve ilerleme hızını etkilediği ön görülmüştür. Majör stres kaynaklarının bağışıklık sistemini bozması endojen inhibitör sinyallerinde inflamasyona yol açması MS hastalığının nedeni olarak yorumlanmaktadır (Mohr, Gold, Huitinga, Flachenecker, Sternberg, Heseen,2005).

Kronik stres sonucu HPA aksının aktivasyonunun artması ile pro-inflamatuvar sitokinler salgılanarak bir deri hastalığı olan sedef hastalığının seyri şiddetlenmekte ve kötüleşmektedir. Sedef hastası olan kişilerle günlük stresli olayları da içeren stresli yaşantıların etkisinin hastalık ile olan ilişkisinin incelendiği araştırmaya göre sedef hastası kişilerin stres skorları kontrol grubuna göre daha yüksek çıktığı bildirilmektedir (Rajasekharan,2023). Özellikle sedef hastalarında fiziksel travmatik yaşantıların olumsuz etkisi bilinmektedir (Fan, Glace, Pereira, Malochet-Guinamand, Couderc, Mathieu, Tournadre, Soubrier, Dubost,2023).

Wang ve araştırma ekibinin (2023) tip 2 diyabet hastalık teşhisi alan kişilerin tanıları ile kognitif bozukluk arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırma sonuçlarına göre stresli yaşam olayları diyabet hastalığı üzerinde de risk faktörüdür. Çalışmanın sonuçlarına ailesinde ölüm, ayrılık gibi bir yaşam olayı diyabet hastalarında diyabet hastası olmayanlara göre daha sık kaydedilmiştir ve kognitif bozukluk için risk

faktörü olduğu görülmüştür. Bununla beraber orta yaş grubunda yoğun çalışma stiline diyabette kognitif bozulmaya karşı koruma sağladığı belirtilmektedir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun kişilerde sadece davranışsal problemlere yol açmadığı bağışıklık sistemini de etkilediği bilinmektedir. TSSB sonrası inflamatuvar sitokin seviyesi artmakta anti-inflamatuvar meditör seviyeleri azalmakta bunun sonucunda bağışıklık sistemi dengesini kaybetmektedir (Fan, Glace, Pereira, Malochet-Guinamand, Couderc, Mathieu, Tournadre, Soubrier, Dubost, 2023). Irak, Afganistan ve Vietnam Savaşı gazileri ile yapılan araştırmaya göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı (TSSB) olan deneklerde kontrol grubuna göre daha çok romatoid artrit (RA) teşhisi gözlenmiştir (Fan, Glace, Pereira, Malochet-Guinamand, Couderc, Mathieu, Tournadre, Soubrier, Dubost,2023). Toplum içinde RA teşhisi konulan kişilerin yaşam öyküleri alındığında normal popülasyona kıyasla son 1 yılda travmatik yaşam olayı yaşadıkları kaydedilmiştir (Fan, Glace, Pereira, Malochet-Guinamand, Couderc, Mathieu, Tournadre, Soubrier, Dubost,2023).

İnflamatuvar barsak hastalıklarında erken dönem stresli yaşam olaylarının etkisini araştırmada hastaların Çocukluk Çağı Travma Anketi, Erken Yaşam Olayı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Başa Çıkma Yolları Kontrol Listesi, Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi anketi ve semptomlarla ilgili özel sorulara verdiği cevaplara göre hastaların %53'ünün en az 1 çocukluk çağı istismarı yaşadığı bulgulanmıştır. Erken dönem istismarının hastalığın yaşam kalitesine olan etkisine de olumsuz etkisi bulunmaktadır (Minjoz, Sinniger, Pellissier, 2023).

Covid-19 ve bronşit astım (BA) hastası olan ile Covid-19 olmayan BA hastası ergenlerin kontrol grubuyla psikosomatik açıdan karşılaştırıldığı araştırmada BA hastası ergenlerin topluma kıyasla daha çok stresli durum yaşadıkları, yetersiz adaptasyon kabiliyetine sahip oldukları, Covid-19 geçiren BA hastalarının, Covid-19 geçirmeyen BA hastalarına ve sağlıklı kontrol grubuna göre daha içe dönük olduğu görülmüştür (Turdixodjaevna,2023).

2.1.5.3 Psikonöroimmünoloji çözüm önerileri

Terapi ekolleri arasında Farkındalık temelli terapiler ile Bilişsel Davranışçı Terapinin inflamatuvar ile yakın ilişkili olan stres, anksiyete, depresyon ile mücadele konusunda etkili olduğu bildirilmektedir. Farkındalık kazanımları aynı zamanda

yalnızlık hissinin azaltılmasını da sağlamaktadır. Hayatın anlam amacını kapsayan eudaimonik refahın bağışıklık sisteminin sağlığı ve iltihaplanma ile yakın ilişkisinin varlığı çeşitli araştırmalarla güçlü bir şekilde desteklenmektedir. Ödömoni düşük inflamasyon ile anlamlı negatif ilişki göstermektedir (Cole ve ark. 2015; Fredrickson ve ark. 2013). Gönüllük çalışmalarına katılımın, egzersizin, diyet, oruç gibi kalori kısıtlanmalarının, sosyal etkileşimin artması da inflamasyonu azaltma konusunda faydalı görülmüştür (Bower ve ark. 2019, Schreier ve ark. 2013, Muscat & Barrientos 2020).

2.1.5.4 Psikosomatik şikayetler ve kişilik özellikleri

Psikosomatik şikayetleri olan kişilerle somatik belirtileri ve kişilik özellikleri ile ilgili yapılan araştırmalarda kendini eleştirme, kendini feda etme, aleksitimi, depresif kişilik özelliği, içe dönük kişilik özelliği, zarardan kaçınma, yenilik arayış ihtiyacının ve ödül bağımlılığının düşüklüğünün somatik belirtiler ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bildirilmektedir. Benzer bir diğer araştırmanın sonucunda nevroz düzeyi somatik şikayetlerle anlamlı korelasyon göstermiştir (Macina vd., 2021).

Değişmesinin mümkün olmadığı veya çok zor olduğu çevresel stres faktörleri dışında kişinin sağlıksız olan ve strese neden olan davranışlarının da kolaylıkla değişmediği bildirilmektedir. Yapılan araştırmada kardiyovasküler hastalığı bulunan kişilere sağlıklı yaşamaları konusunda gerekli bilgilendirmeler yapıldıktan sonra %75'inin sağlıksız olan davranışlarında değişiklik yapmadığı görülmektedir. Bilginin tek başına koruyucu ve önleyici bir etki olduğuna dair kesin bir bulgu bulunmamaktadır (Fava, Cosci, Sonino, 2016).

Travmatik bir olay veya stresli yaşantı sonucunda meydana gelen psikojenik bozuklukların oluşum nedenleri arasında kişinin hastalık öncesi kişiliği, ruhsal dayanıklılığı, sosyal destek ve ilişkileri, çözüm üretebilme beceresi ve yöntemleri de yer almaktadır (Vladimirovna vd.,2022).

Kişiliğin psikosomatik hastalıklar ile ilişkisi özellikle 1930-1960 yıllarında oldukça güçlü kabul edilmekteydi. Yapılan tüm araştırmalarla kişilik yapısının tam olarak psikosomatik hastalıkları açıklayamadığı ama tip A davranışının bu hastalık türleriyle görülme sıklığının daha çok olduğu ifade edilmektedir. Bu maddelerden en

az 5'inin görülmesi beklenmektedir. Buna göre tip A davranışı şunları içermektedir (Fava, Cosci, Sonino, 2016):

1. Sürekli devam eden aciliyet duygusu
2. Hızlı ve patlayıcı tarza konuşma, ani hareketlerde bulunma, yüz kaslarında gerilme
3. Düşmanca ve alaylı davranışlar
4. Sinirlilik
5. Fiziksel ve zihinsel aktiviteleri hızlı gerçekleştirme
6. Başarıya ve tanınırlığa çok önem vermek
7. Yüksek rekabet

2.1.6 Duygusal durumların fizyolojik sağlık üzerindeki etkileri: psikosomatik perspektif

Günümüzde, duygusal durumların beden üzerindeki etkileri giderek daha fazla ilgi çekmektedir. Özellikle, negatif duyguların fiziksel sağlık üzerindeki belirgin etkileri incelenmekte ve araştırılmaktadır. Negatif duygular yaşadığını fark etmemek kişileri umutsuz ve çaresiz hissetmesine yol açmaktadır. Bu bağlamda, negatif duyguların bedensel belirtilere yol açması ve bazı durumlarda psikosomatik rahatsızlıklara neden olması, bilim dünyasında önemli bir konu olarak ele alınmaktadır.

Kardiyovasküler hastalıklar ve kanser ile duygusal durum arasındaki ilişkiyi 20 yıl süren bir izleme çalışmasıyla değerlendiren araştırma sonuçlarına göre, öfkenin uzun süreli varlığı ve agresif bir şekilde dışa vurulması, bu hastalıklardan kaynaklı ölüm riski ile anlamlı derecede ilişkilendirilmiştir (Fitzgerald, Reduron, Kawachi, Kubzansky,2021).

Kronik hastalıkların duygusal istikrar ile olan ilişkisini ve bu hastalıkların belirli duygusal sistemlerle ilişkili olup olmadığını araştırmayı amaçlayan bir diğer çalışmada meme kanseri, kan kanseri ve hipertansiyon hastaları ve kontrol grubu 1 yıl boyunca incelenmiştir. Bu incelemenin sonucuna göre kronik hastalığı bulunan denekler kontrol grubuna göre duygusal olarak daha karmaşık ve istikrarsız sonuçlar göstermiştir. Bu kişiler olumsuz bir duygu ile karşılaştığında bunu düzenlemekte daha çok zorlanmıştır. Hastaların yaşam şartlarının, refah düzeylerinin, yaşamlarına etki etme şekillerinin duygusal kırılganlıklarının yüksek çıkmasının nedenleri olarak

görülmektedir. Araştırmayı yürüten uzmanlara göre kronik hastalıkların yol açabileceği fiziksel ve duygusal tüm durumlar kişilerin duygusal kaynaklarını daha fazla ihtiyaç duymasına neden olmaktadır. Uyum sağlamayı kolaylaştıracak duygusal kaynaklar yetersiz olduğunda veya dengeli olarak kullanılmadığında duygusal ihtiyaçlar bastırılmaya başlanmakta ve tükenmişliğe neden olmaktadır (Ciuluvica, Amerio, Grossu,2020).

Lenfoma veya lösemi hastalığı bulunan kişileri on beş yıl boyunca izleyip incelemelerde bulunan Rochester Üniversitesi uzmanlarına göre bu hastalıklardan herhangi birine yakalanan kişilerin hayatlarında kaygının, üzüntünün, umutsuzluk halinin, kayıp veya ayrılıkların çok daha ön planda yer almaktadır. Kronik hale gelen stresin kortizol hormonunu sürekli yüksek seviyelerde tutması lösemi için risk oluşturmaktadır (Goldberg,1981). Altı ay içinde çaresizlik ve hüsrana duygusu yaşamış olan kadınlarda kanser oluşma eğiliminin daha yüksek olduğu da bildirilmektedir (Goldberg, 1981).

Renklerin psikoloji üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalar, ruh sağlığının beden sağlığını etkilediğini bu süreçte duyguların aracı faktör olduğunu dolayısıyla renklerin duyguları, ruh sağlığını ve beden sağlığını etkileyerek psikoloji üzerinde etkili olduğunu savunmaktadır. Niels Ryberg Finsen (1860-1904) ağırlı tüberküloz ve çiçek hastalığının tedavisinde yapay radyasyon tedavisi ile renklerin hastalıklar üzerindeki etkisi konusunda Nobel Ödülü almıştır. Edwin D. Babbitt, kronik romatizma gibi ağırlı hastalıklarda kırmızı renk; siyatik ağrılar, sinir hastalıklar, güneş çarpması ve menenjit gibi hastalıkların tedavisinde mavi renk terapisini kullanmıştır (Shahid,2023).

Bu sonuçlar, duygusal durumların fizyolojik sağlık üzerindeki etkisi konusunda önemli bir anlayış sağlıyor gibi görünmektedir. Özellikle stres, öfke ve agresif duyguların uzun süreli olarak vücutta olumsuz etkilere neden olabileceği bilinmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi ciddi sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilmesi, duygusal iyilik halinin fiziksel sağlık üzerindeki derin etkisini vurguluyor.

Bu tür duyguların vücutta oluşturduğu kronik stresin, bağışıklık sistemi fonksiyonlarından hormon düzenlemesine kadar bir dizi biyolojik süreci etkileyebileceği düşünülüyor. Özellikle stres hormonları olan kortizol gibi

kimyasalların, uzun süreli maruz kalma durumunda inflamasyonu artırabileceği ve bu da kardiyovasküler hastalıkların ve kanserin gelişimine katkıda bulunabileceği bilinmektedir.

Bu tür araştırmalar, duygusal sağlığı korumanın fiziksel sağlık için de önemli olduğunu vurgular ve duygusal refahı artırmak için stratejiler geliştirmenin sağlık sonuçları üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğini öne sürer. Bu stratejiler, stres yönetimi tekniklerinden duygusal zeka geliştirmeye kadar çeşitli alanları kapsayabilir.

2.2 Duygusal Şema

Bu bölümde araştırmanın aracı değişkeni olan duygusal Şema kavramı ele alınmaktadır. Duygusal Şemanın daha doğru anlaşılabilmesi için öncelikle duygu kavramı bilimsel, kültürel, dini, psikoterapiler açısından ele alınmıştır. Daha sonra duygusal Şema hakkında bilgi verilmiştir.

2.2.1 Duygu kavramı

İnsanlığın en temel kavramlarından biri duygulardır. Tarih boyunca sanat, bilim, felsefe, din alanlarında önemli bir konu olarak yer almıştır. Günümüzde nörobilim, kültürel, sosyolojik, biyolojik, psikolojik ve inanç açısından da önemini korumaya devam etmektedir. Psikoloji ekolleri de duyguyu farklı bakış açıları ile ekollerinde ve terapi süreçlerinde işlemektedir.

Psikoloji bir bilim olarak Şekillenmeye başlamadan önce de duygular ve psikoloji insanların hayatındaki en temel konulardan biriydi. Duygulara insanın toplumun bakış açısını anlamak onları kontrol etme ve yönlendirme yöntemlerini değerlendirebilmek açısından önemlidir. Öncelikle farklı kültürlerin ve dinlerin duygulara bakış açısı sonraki başlıkta ele alınacaktır. Sonra psikoloji bilimi açısından duygu kavramı ve terapiye olan etkisi incelenecektir.

2.2.2 Duygu kavramına tarihsel bakış

Bu bölümde duygu kavramı dini, kültürel, bilimsel ve tarihsel olarak incelenmiştir.

2.2.2.1 Antik dönemde duygu kavramı

Terim anlamı olarak duygu ile aynı karşılığa denk gelen duygulanım, tutku, devinim gibi kavramlar antik dönemde Batı dillerinde kullanılmaktaydı. Duygularla ilgili teorilerde Antik Yunan'da pathos kavramı ile açıklama yapılmaktadır. Akıl-ruh ikililiğinin tartışıldığı bu dönemde Platon tutkuya varan duyguların bir sonu olan bedenle bağlantılı olduğunu kesinlik ve iyilik içeren bilgi ve akla ulaşabilmek için bu zayıflatıcı duygulardan arınması gerektiğini savunmaktadır (Kurt,2021).

Aristoteles duyguların insanlar üzerindeki olumlu etkisini kullanmaktan yanaydı. Retorik adlı eserinde duygusal manipülasyondan ve duyguların karşılıklı etkisinden söz etmektedir. Hedeflerde başarılı olmanın yolu muhatap üzerinde hoş giden duygular ortaya çıkarmaktan geçmektedir. Bu sebeple insanın ruhunda neler olduğunu bilmek önemlidir. Ruhun zayıf noktalarını ve ihtiyaçlarını bilmek erdemde kapı aralamaktadır. Çünkü acıdan kaçan insan zevke yakınlaşmaktadır. Duyguları zirvesinde yaşamak ve hiç yaşamamak erdem ve ahlakın gelişmesine engel olmaktadır (Aristoteles, 2019).

Stoacılar duygulara bakış açılarında kesinlikle uzak durulması gereken hastalık sebebi olarak savunanlar ile iyi ve kötü şeklinde ayırmanın daha işlevsel olduğunu savunanlar olarak ikiye ayrılmaktadır. İlk savunma için mantık daha önemlidir (Kurt,2021).

2.2.2.2 Orta çağda batının duyguya bakış açısı

Bu dönemde Batı'da kilise etkisi ile gülmek, hoş gelen duygular kötü sonuçlara yol açabilecek felaketler olarak görülmekteydi. Duyguların cinsiyetlere göre ayrılması ve belirgin bir hal alması da bu mantığa dayanmaktadır. Kiliseye göre kadınların acı çekmeleri ve bunu yansıtmaları İsa'ya bir atıf olarak görülmekteydi (Faroghi, 1985).

2.2.2.3 Rasyonelleştirilmeye çalışılan duygular

Orta Çağ'da istenmeyen zayıf düşürücü çocuksu olarak görülen duyguların Batı'da modern dönem olarak isimlendirilen bu dönemde özellikle baskılanması ve kontrol altında tutulması gerektiği kabul edilmektedir. Akıl ve mantık perspektifinin yaygın olmaya başladığı 17.yüzyılda Descartes düşünmenin sadece arzu, istek, anlamdan ibaret olmadığını hissetmek demek olduğunu da söyleyerek farklı bir bakış açısı sunmaktadır (Faroghi, 1985).

2.2.2.4 Dinlerin duygulara bakışı

Tek tanrılı dinler olan İslam, Hristiyanlık ve Yahudilik, duygulara yönelik derin perspektifler sunar. Bu dinler, duyguların Tanrı ile olan ilişkiyi ve ahlaki davranışları nasıl şekillendirdiğini vurgular.

İslam'da duygular, Allah'ın insana verdiği bir nimet olarak görülür ve doğru yönlendirilmesi gereken önemli bir güçtür. Kur'an ve Hadislerde, öfke, sevgi, korku ve umut gibi duyguların kontrol edilmesi ve dengelenmesi gerektiği belirtilir. Örneğin, öfkenin kontrolü ve sabırlı olma, bir erdem olarak vurgulanır (Kuran-ı Kerim, 3:134). İslam peygamberi Muhammed (s.a.v.) , duyguların ifadesinde itidal ve dengeyi öğütlemiş, aşırıya kaçmamayı ve orta yolu takip etmeyi tavsiye etmiştir (Sahih Buhari, 8-76, Hadis 470).

Hristiyanlıkta, duygular Tanrı'nın insanlara verdiği doğal bir özellik olarak kabul edilir ve doğru kullanıldığında insanı Tanrı'ya yaklaştırır. İncil'de, sevgi (agape), umut ve inanç, Hristiyan erdemlerinin merkezinde yer alır (1. Korintliler 13:13). Aynı zamanda, öfke ve kıskançlık gibi olumsuz duyguların kontrol edilmesi ve dönüştürülmesi gerektiği vurgulanır. İsa'nın öğretileri, sevgi ve merhamet gibi duyguların Tanrı ile olan ilişkide ve insan ilişkilerinde nasıl merkezi bir rol oynadığını gösterir (Matta, 22:37-39).

Yahudilikte, duyguların hem Tanrı'ya ibadette hem de ahlaki yaşamda önemli bir rolü vardır. Tevrat ve diğer kutsal metinlerde, duyguların Tanrı'ya yönlendirilmesi ve kontrol edilmesi gerektiği vurgulanır. Örneğin, Mezmurlar (Psalms) kitabı, insanın Tanrı'ya karşı duyduğu sevgi, korku ve güven duygularını dile getirir (Mezmur, 23). Ayrıca, Yahudi ahlakında öfke, kıskançlık ve nefret gibi olumsuz duyguların kontrol edilmesi ve doğru bir şekilde yönetilmesi öğütlenir (Proverbs 29:11).

Tek tanrılı dinlerin perspektifleri, duyguların manevi ve ahlaki boyutlarını vurgulayarak, bireylerin duygusal yaşamlarını nasıl yönlendirmeleri gerektiğine dair rehberlik sunar. Bu, duyguların hem bireysel hem de toplumsal düzeyde daha derinlemesine anlaşılmasını sağlar.

Budizm, duyguları insan deneyiminin doğal bir parçası olarak kabul eder, ancak aşırı arzuların ve bağılıkların ıstıraba yol açabileceğini öğretir. Bu nedenle, duyguların dengelenmesi ve zihnin sakinleştirilmesi önemlidir. Meditasyon ve farkındalık uygulamaları, duygusal dengeyi sağlamak için kullanılır.

Hinduizm'de duygular, karma ve samsara döngüsü (yeniden doğuş) ile ilişkilidir. Olumsuz duyguların kontrolü ve olumlu duyguların teşviki, ruhsal gelişim için önem taşır. Bhakti yoga gibi uygulamalar, sevgi ve bağılılık yoluyla duygusal arınmayı hedefler.

Japonya'nın yerli dini olan Şintoizm, doğa ile uyumu ve saflığı vurgular. Duyguların doğal olduğu kabul edilir, ancak aşırı duygusal ifadelerden kaçınılması ve toplumla uyum içinde olunması önemlidir. Ritüeller ve ibadetler, duygusal dengeyi korumaya yardımcı olur.

2.2.3 Kültürel psikoloji açısından duygu

Kültürel psikoloji ise duyguların kültürel bağlamda nasıl farklılık gösterdiğini incelemektedir. Hazel Markus ve Shinobu Kitayama, Batı ve Doğu kültürlerinin duygusal deneyimleri ve ifadeleri nasıl farklı şekilde yapılandırıldığını araştırmışlardır. Batı kültürlerinde bireysellik ve bağımsızlık vurgulanırken, Doğu kültürlerinde topluluk ve bağılılık daha ön plandadır ve bu durum, duygusal ifadeleri ve deneyimleri etkiler (Markus & Kitayama, 1991).

2.2.4 Bilim dünyasında bir sentez

Duygular, insan deneyiminin temel bir parçasıdır ve hem Batı hem de Doğu kültürlerinde farklı bakış açılarıyla ele alınmıştır. Bu kültürel perspektifler, modern bilim dünyasında duyguların anlaşılmasına önemli katkılarda bulunmuştur. Batı'nın bireysel ve biyolojik temelli yaklaşımları ile Doğu'nun topluluk ve etik odaklı bakış açıları, duyguların daha kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini sağlamaktadır.

Ayrıca, tek tanrılı dinler de duygulara yönelik derin ve anlamlı perspektifler sunmuştur.

Modern bilim, Batı ve Doğu kültürlerinin duygulara ilişkin perspektiflerini harmanlayarak kapsamlı bir anlayış geliştirmiştir. Nörobilim ve psikoloji alanlarında yapılan araştırmalar, bu kültürel ve dini perspektiflerin birleşimini yansıtır. Joseph LeDoux ve Antonio Damasio gibi nörobilimciler, duyguların beyindeki biyokimyasal süreçlerle nasıl ilişkili olduğunu araştırmışlardır. LeDoux, duyguların beyindeki spesifik bölgelerle bağlantılı olduğunu ve nörotransmitterler aracılığıyla düzenlendiğini göstermiştir (LeDoux, 1996). Damasio ise duyguların karar verme süreçlerinde önemli bir rol oynadığını ve rasyonalite ile iç içe geçtiğini vurgulamıştır (Damasio, 1994).

Sonraki başlıkta psikoloji bilimindeki önemli 3 ekolün duyguya bakış açısı, terapide duygu ele alma biçimleri açıklanmıştır. Psikoloji biliminde önemli yer tutmasından dolayı psikanaliz, davranışçılığı aşarak bilişlerin önemini vurgulayan birçok bozukluktaki tedavi başarısı kanıtlanan bilişsel davranışçı terapi ile duyguyu ekolünün ve terapi sürecinin merkezine alarak duygusal şemaları duygusal şema terapi dışında kullanan bir ekol olması nedeniyle duygu odaklı terapi ele alınmaktadır.

2.2.5 Duygu kavramını ekol ve terapi süreci merkezine alan psikoterapiler

Bu bölümde duygu ve duygusal şemayı terapi ekolü ve terapi sürecinin önemli bir konusu olarak kabul eden 3 terapi ekolü ele alınmaktadır. Psikanaliz, bilişsel davranışçı teapi ve duygu odaklı terapinin duyguyla nasıl çalıştığı incelenmektedir.

2.2.5.1 Geleneksel ve Modern Psikanalizde duygu kavramı

Psikanalitik zihin kuramına göre duygulanım kişinin bizzat deneyimlediği duyguları değil çevreden gözlemlenebilen durumunu anlatmaktadır. Kişinin içsel durumunu ifade eden daha öznel kavram ise histir. Hisleri doğrudan gözlemlenem mümkün olmamakla birlikte oluşturduğu etkiler gözlemlenebilmektedir. Freud duygulanım-travma modelinde travmatik durumların çeşitli duygularla eşleştiğini ve bu duyguların üzerinde durulmayarak boşaltılmadığında hastalıkların ortaya çıktığını

belirtmektedir. Dürtü ve boşaltma fenomenlerine göre bahse husus duygular ruhta tutularak organlar aracılığı ile dışarıya yansımaya başlamaktadır. Travmatik yaşantıların yol açtığı olumsuz duygular depolanarak zaman içinde histerik semptomlara dönüşmektedir (Greenberg, Malberg, Tompkins, 2017).

Bu kuramda duygu ve beden arasındaki ilişki gösterilse de sürecin ifadesi kimi durumlarda yetersiz ve hatalı kalmaktadır. Dış kaynaklı bir travmanın ruhsal açıdan dengelenmesi ve yönetilmesine verilen kuramsal dikkat sebebiyle kişinin yaşam boyu kendisine yönelik algısının etkisi, psikolojik dayanıklılık ve öz düzenleme kabiliyetinin göz ardı edilmesine neden olmuştur.

Freud topografik zihin kuramı ile duygu kavramını buna bağlı olan kaygı duygusunu geliştirmiştir. Duygular sadece belirli anılarla eşleşerek hayat boyu çeşitli çağrışımlarla tekrar aktifleşen bir ürün değil arzularla da bağlantılı bir süreç olarak yorumlanmaya başlanmıştır. Rüyalarla ve bilinçdışıyla ilişkilidiler. Duygu zihnin bir durumu ile sınırlı değildir aynı zamanda dürtüsel bir fenomendir. Dürtüler bastırılmış duygularla bağlantılıdır. Kaygı bunun sonucunda ortaya çıkmaktadır. Fakat duyguların dürtülerle ilişkili açıklanması da yetersiz kalmaktaydı. Agresyon tam olarak açıklanmamaktaydı (Becker, Sjöström, 2024).

Freud yaşamı boyunca kuramını değiştirmeye ve geliştirmeye devam etti. Kuramlar insanlar üzerinde doğru noktalara işaret etse de eksiklikler ve cevaplanmayan sorular bulunmaktaydı.

Topografik kuramın eksik kalan cevapları ile yapısal kuram şekillendi. Bu modele göre ise kaygı içsel veya dışsal uyaranlara karşı verilen bir tepki olarak açıklanmaktadır. Bu tepki bilinç düzeyine çıkmak zorunda değildir. Bu kuramıyla Freud duygunun niceliğinden ziyade niteliğine odaklanmıştır. Freud zaman içinde savunmayı kaygının nedeni değil sonucu olarak yorumlamaya başlamıştır. Gelişim ve değişimlere rağmen duyguların değişebilirlik ve dönüşebilirlik fikrinde sabit kalmıştır. Kaygı, travmatik kaygıdan dönüşen uyarıcı ve bilinçdışı bir duygudur (Horvath, 2023).

Geleneksel psikanaliz bu kavramlara daha geniş bir bakış açısından bakarak insanı bir bütün olarak ele almaktadır.

Ego psikologları ise duygu gelişimini olgunluk, sabır, erteleyebilme ve tolere edebilme kapasitesi ve enerjiye yön verebilme becerisi olarak yorumlamaktadır.

Duygu ehlileştirilebilmektedir. Duygu, bir bilgi kaynağı ve egoya bilişsel ve dürtüsel anlamda aracılık eden savunma deneyimidir (Rapaport, 1953). Nesne ilişkilerinde ise erken dönemde kurulan ilişki türlerinin kişilik gelişimi ve iletişim yöntemi üzerindeki etkisi vurgulanmaktadır.

İçsel çatışma ve kişiler arası ilişkilerin duygular üzerindeki etkisi modern psikolojide birbirinden ayrı görülmemektedir ve sentezlenerek çalışılması vurgulanmaktadır.

Bion, seans odasında yaşanan her durumun duygusal bir tepki olduğunu düşünmektedir. Ruhun en önemli işlevi duygu ve düşünceleri kendi içinde dengeleyerek ehlileştirerek duygusal tolereyi arttırmaktır. Duygusal yaşantı gerçeğe ışık tutmaktadır ve ruhun iyileşmesi duygulardan geçmektedir (Bion, 1962) Sandler duygular üzerindeki çalışmaları ile alana katkıda bulunan önemli araştırmacılardandır. İnsanların içsel ve dışsal uyaranlara değil o uyaranların ortaya çıkardığı duygulara karşı savunmaya geçtiğini belirtmektedir. Duygular arzuların ne tek başına nedeni ne de tek başına sonucudur. Duygular, arzuların neden ve sonucunu oluşturmaktadır. Duyguların şuan ve anılar arasındaki ilişkiyi yansıtması açısından terapist ve danışan açısından önem taşımaktadır. Freud'un dürtü teorisi ile nesne ilişkileri arasında bağ kuran Sandler psişik enerjiyi merkezden alarak yerine duyguları koyarak alana katkı sağlamıştır (Fonagy,2005).

Zihinselleştiremeye Dayalı Terapi (ZDT) bireylerin üst biliş gibi kendisinin ve başkalarının duygulara yönelik düşünceleri üzerinde düşünme kapasitesinin önemine vurgu yaparak bunun için esneklik ve buna yönelik özel bir ilginin gerekliliğini ifade etmektedir. ZDT'de seans sırasında yaşananlar seansın ilk konusudur. Terapiye başvurma öyküsünden ziyade anlık duygu takibi seansı etkili hale getirmektedir (Bateman, Fonagy,2016).

2.2.5.2 Geleneksel ve modern psikanalizde duygu perspektifinden terapi süreci

Psikanalizin ilk zamanlarında terapide salt bilinçdışı duyguların farkına varılarak bilinç düzeyine getirilmesi amaçlanmaktaydı. Freud bu durumu "Dönüşüm, bilinçdışı olanın bilince gelmesiyle sağlanır." (Freud,1916\1963, s.194) sözüyle açıklamaktadır. Bu anlayışta terapistin empati süreci dışlanmaktaydı.

Modern psikanalist bakış terapist ve danışan arasındaki ilişkinin duyguları da içermesi gerektiğini savunmaktadır. Karşı aktarım olarak bilinen kavram analistin duygusal tepkisi olarak gelişim göstermiştir. Buna göre danışanın jest, mimikleri, sözleri, ses tonunun terapistin kendi duygu ve düşüncelerine olan etkisini araştırılmasını teşvik etmekteydi. Yüzeysel konulardan daha derin konulara doğru, dürtülerin serbest bırakılarak duygusal yaşantıların sembolleştirildiği dönüşüm planlanmaktadır. Danışana psikanalistin eşlik ettiği ama bilinçdışının merkezde olma durumunun değişmedi bir terapi söz konusudur psikanalizde (Bateman, Fonagy,2016).

Kabul edilemeyen duygular tehlikeli olarak görülen arzular ve korkular, kıskançlık, haset, gücenme olarak yorumlanmaktadır. Bu kabul edilemeyen duygular sembolleşerek hayatımızda başka duygularla ortaya çıkmakta ve işlevselliği düşürmektedir. Heyecan, çöşku, sevinç, ilgi gibi olumlu duygular bireye olgunluk katmaktadır ve iyi olma halini arttırmaktadır. Arzuların, duyguların tehlikeli olup olmadığının kararı ise küçük yaşta bakım verenle olan ilişki belirleyici olmaktadır. Bu bağlamda terapide danışanın tehlikeli olarak gördüğü duyguları, arzuları güvenli bir alanda anlaşılmalı ve düzenlenmelidir (Greenberg, Malberg, Tompkins, 2017).

2.2.5.3 Bilişsel davranışçı terapide duygu kavramı

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) duyguların sadece yönetilmesi gereken bir bileşen olmadığını etkili kullanıldığı takdirde yeni kabiliyetler kazanmayı kolaylaştıran işlevselliği arttıran bileşen olduğunu savunmaktadır. Terapi sürecinin biliş-duygu- davranış üçlüsünün en temel ayağını oluşturmaktadır. BDT, duygu ve güdülenmenin birbiriyle bağlantılı bir süreç olduğunu ifade etmektedir. Güdüler dürtülerin giderilmesini sağlamaktadır. Güdüler duyguların parçasıdır. Susuzluk dürtüsünü gidermek için su içmeye güdüleniriz. Hobilere zaman ayırıp onları gerçekleştiririz çünkü ödül dürtüsünü gidermek isteriz (Barlow,2014).

Depresyon da duygu ve güdülenme ilişkisiyle gerçekleşir. Olumsuz durum\duygudan kaçınmak için veya olumlu durum\duygulara ulaşmanın çok zor görüldüğü durumlarda depresyon artmaktadır. Bu ilişkiye etki eden faktörlerden biri insanın duygusal tepkiler verirken gelecekteki olası durumlar ile ilgili tahminleridir. Davranışlara karar verirken sadece anlık olumsuzdan kaçınma ödüle ulaşma duygusu

değil gelecekteki beklenti ve seziler de belirleyici olmaktadır (Wirtz, Hofmann, Riper, Berking, 2014).

Psikolojik rahatsızlıklar duygular ile güdülerin aynı doğrultuda hareket etmemesinden ortaya çıkmaktadır. Terapide amaç duygunun tam tersi şekilde dürtüler oluşturabilmektedir (Wirtz, Hofmann, Riper, Berking, 2014).

2.2.5.4 Bilişsel davranışçı terapide duygu perspektifinden terapi süreci

BDT, kişilerarası problemlerin duygu düzenleme ve duyguları etkili kullanma kabiliyetinin eksikliğinden doğduğunu kabul etmektedir. Seans süresinde imajinasyon, canlandırma gibi tekniklerle ilişkilerin seansa taşınması sağlanmaktadır. Bu ilişkilerde danışanın verdiği duygusal tepkiler gözlenmektedir. Danışanın sorgulamalarla maladaptif duygularının farkına varması sağlanmaktadır. Tekniklerle ise bu duygularının aksi yönünde dürtüler oluşumu desteklenerek adaptif duyguların beslenmesi amaçlanmaktadır (Okajima, Komada, Inoue, 2011).

Duyguların düşünceler üzerindeki önemli etkisi göz önünde bulundurularak duygular ile çalışılmakta ve bununla hayatta karşılaşılabileceği problemleri de yönetebilmeyi öğrenmeleri sağlanmaktadır (Barlow,2014).

2.2.5.5 Duygu odaklı terapide duygu kavramı

Duyguları birincil ve ikincil şeklinde ayırarak ele alan Duygu Odaklı Terapi'de (DOT) duygular merkezi konumdadır. Bilişlerin duygular tarafından etkiye uğradığı ve duyguların bilişler aracılığı ile anlamlandırıldığı savunulmaktadır (Lane, Ryan, Nadel, Greenberg, 2015). Biliş ile duyguyu ayırmaktadır. Düşünceler doğru ve yanlışın bilgisini verirken duygular iyi ve kötünün bilgisini vermektedir. Durumlara tepki vermeyi, bilgiyi işlemeyi ve adaptasyonu sağlayan duygulardır. Duygular temel ihtiyaçlarla doğrudan ilişkilidir ve sebepten ziyade sonucu ifade etmektedir. Mevcut istek, kaygı, ihtiyaçlar duyguları etkilemektedir (Eker, Ticic, Hulley, 2024).

Duygu odaklı terapide duygular düşüncelerden önce gelmektedir. Duygusal deneyimler beynin biliş, dikkat, hafıza süreçlerinin ve davranışların birleşiminden oluşmaktadır. İnsan erken yaşam döneminden itibaren çeşitli duyguları işleyerek

daha hızlı tepkiler vermeye başlamaktadır. Hayata adaptasyonu, güvenliği ve ihtiyaçları karşılamayı sağlamaktadır (Eker, Ticic, Hulley, 2024).

Duyguların fizyolojik temelinden de bahsedilmektedir. Duyguların fizyolojik olarak ortaya çıkış yerleri onların nitelik ve etkilerini de değiştirmektedir.9 Limbik sistem ve frontal lop burada önemlidir.

Temel ve odak nokta olarak görülen duygular sözel düzlemde tanımlanan orbito frontal korteksten üretilen duygular değildir. Bu duygular limbik sistemden üretilen hayati ihtiyaç ve kaygılara hizmet eden duygulardır. Bu duygular belirli davranış kalıpları geliştirmeye neden olmaktadır. Bu kalıplar aracılığı ile hayatı devam ettirebilmekte, düzenleyebilmekte ve daha hızlı tepkiler verebilmekteyiz. Hızlı ve pratik olarak gelişen deneyimsel duygu işleme süreci daha karmaşık olan kavramsal işleme sürecinde öyküsel hale gelmektedir (Potter, 2024).

Duygular kompleks yapılardan oluşmaktadır. Birbiriyle ilişki olduklarını söyleyerek duygusal şema kavramından bahsetmektedir.

Duygu şeması kavramını hem teoride tem terapide kullanan DOT öyküsel forma dönüşmüş olan kavramsal işleme sürecinin yaşam deneyimlerinin artması ile duygu şemalarını oluşturduğunu belirtmektedir. Duygu şemaları birçok çağrışımı içeren daha kompleks bir yapıdır. Kavramsal işleme süreci, duygusal şema gibi otomatik olarak duyguyu ortaya çıkaran deneyimsel sistem ile bilinçli olarak farkına varılmayan davranışlar sergilenmektedir. Bu davranışlara daha sonra tekrardan anlık duruma, geçmiş deneyimlere ve gelecekteki olası deneyimlere göre açıklamalar getirilerek kişisel bütünlüğü sağlayan anlayış geliştirilmektedir (Potter, 2024). Duygu odaklı terapide bu süreç ile ilgilenmektedir.

Duygu Odaklı Terapi için duyguların farkına varmak onlar hakkında yüzeysel bir düşünmeyi ifade etmemektir. Bu daha derin bir düşünceyi gerekli kılmaktadır. İnsanlar duygusal tepkilerini “Benim için iyi mi yoksa kötü mü?” şeklinde sorgulamakta, hayat amaçları ve değerleri ile olan uyumunu kıyaslayarak üst düzeyde bir kanaat geliştirmektedir (Taylor,1985).

DOT, duyguların derin bir havuzu oluşturmasını beklemektedir. Ancak bu şekilde işlevsel olabilmektedirler. Diğer yaklaşımlardan farkı ise duygunun farkına varılması yeterli bulmamasıdır. Farkına varmak duyguyu serbest bırakmak gelişim ve değişimi sağlamamaktadır. Duyguyu seans sırasında ve sonrasında

deneyimlemek, birincil ve ikincil maladaptif duyguları, birincil adaptif duyguyu yaşamak, bu duygulara ve travmatik anıların acı duygularını yatıştırabilmek gereklidir. Yeniden öykülendirme yapılmalıdır. Duygular ihtiyaçlarla yakından bağlantılıdır. Bu sebeple duygular terapideki değiştirilmesi gereken temel odak noktasıdır.

2.2.5.6 Duygu odaklı terapide duygu perspektifinden terapi süreci

DOT için duyguların bilgi sunmaması bir bozukluğa işaret etmektedir. Mevcut duruma yönelik duygulardan bilgiler edinilmemesi uygun tepkiler verememeye uyum gösterememeye çözüm üretememeye neden olmaktadır. Yeni tepkiler geliştirmek konusunda yetersiz kalmaktadır. Duyguların yeterli bilgi sunmayarak işlevsiz hale gelmesinde duygusal farkındalığın az olması, adaptif olmayan duygusal tepkiler, duyguların düzenlenememesi ve en önemlisi olaylar ilgili yeni anlamlar oluşturamamak kaynak oluşturmaktadır (Bazyari, Hooman, Shoushtari, Saadi, 2024).

DOT danışanın duyguları üzerinde aktif etkisi olduğunu ifade etmektedir. Terapi ile duygularını anlamlandırmaya ve onlar üzerinde düşünmeye başlayarak düzenlemek için çeşitli yöntemler geliştirmektedir. Duygu odaklı terapi bulunulan ana odaklanmaktadır. Anlık yapılan duygu takipleri ve aktifleşen duygu şemaları duygunun kabulünü sağlarken sonrasında duyguların başka duygularla değişmesi hedeflenmektedir (Brubacher, 2024).

Duygusal gelişim kendilik ile bağlantılıdır. Duyguların hedef olabilmesi kendilik ile çalışmaktan geçmektedir.

Terapide asıl amaç kendiliğin süreçleri ve gelişimidir. DOT, kendiliği sabit olmayan akışkan, çevreyle kurulan ilişkilerle yeniden şekillenen bir dinamik bir süreç olarak görmektedir. Kendiliğin tutarlılığı içinde barındırdığı karakteristik duygusal örüntülerden kaynaklanmaktadır. Temelde sahip olduğumuz kurallar bütünlüğü korumaktadır. Bu örüntülerin değişimini ifade eden gelişim sürecinde yaşanan yeni öğrenmelerle ise bu kuralların da işlevsel hale gelebileceğini savunmaktadır (Brubacher, 2024).

DOT, kendilik gelişimini diğer yaklaşımların öğrenmelerinden farklı yorumlamaktadır. Öğrenmeyi yüzeysel ve karmaşık süreçler olarak ayırmaktadır.

Kendilik gelişimi yeni beceriler öğrenmekten farklı daha karmaşık bir süreçtir. Kendilik gelişimi maruz bırakma ile gerçekleşmeyecek kadar üst düzey bir gelişimdir. Burada “içselleştirme” kavramı kullanılmaktadır. Duygusal gelişim ve bununla beraber kendilik gelişimi duygu şemalarının içselleştirilmesi ve sentezlenmesi aracılığa ile gerçekleşmektedir. Sadece mantıklı açıklamalarla, beceri eğitimi ve psikoeğitim ile bu gelişimi sağlamak mümkün değildir. Psikoeğitim ve beceri eğitimi ile doğru tepkilerin öğrenilmesi, işlevsel olmayan tepkilerini azalması, sorunlarına pratik çözümler bulması sağlanmaktadır. Duygu ve kendilik gelişimi için bu öğrenmeler zayıf kalmaktadır (Rahimian, Namazi, Mojtaba, Aghili, 2024).

Duyguların ana mesele olduğu Duygu Odaklı Terapi’de duyguların işlenmesi de kendiliğin ele alınışı kadar detaylı bir süreçtir.

Psikodinamik temelli terapilerde olduğu gibi katartik bir duygu boşalmasını hedeflememektedir. Duygular hissedildiği anda deneyimlenerek ve anlamlandırılarak bilinç düzeyine getirilir ve yeni bir duyguyla değişimi sağlanarak bedende değişim yaşanarak yeni bir öykü oluşturulmaktadır. İkincil duygulardan ziyade birincil duyguların söze dökülmesi ve farkına varılması amaçlanır. Böylelikle temel duygusal ihtiyaçlarının farkına varılabilmekte ve kaygı ile ihtiyaçları netleşmektedir. Yine danışanı tetikleyen etkenler bulunarak bunları izole etmenin yolları aranmakta, duygularını tolere etmenin yolları araştırılmakta ve sevilmeyen duygulara yönelik eşik düzeyini artırılması amaçlanmaktadır. Acı verici duyguların kabullenmesi ve gevşeme teknikleri ile parasempatik sinir sisteminin sakinleştirilmesi yoğun duyguları yatıştırılmalarını sağlamaktadır (Kraft, Sonnenschein, Lindenberg, 2024).

Terapide duyguların dışı vurumu ve kendiliğinden geçişi beklenmemektedir. Maladaptif duyguların anıları seansta canlandırılarak ihtiyaç duyulan tepki ve duygular ortaya çıkarılır ve yaşatılır. Anılar yeni deneyimlerle yer değiştirmektedir (Balcıoğlu, Gürmen, Söylemez, 2024).

Duygu odaklı terapide duyguların ve kendiliğin gelişimi için en önemli faktörlerden biri danışan ve terapist arasındaki ilişki, empati ile şeffaf ve terapistin olumsuz duygularını yansıtırken kullanması gereken “ben dilidir”. Suçlama olmaksızın anlayış ve saygı mesleki etik ilkedden çok daha fazla anlam taşımaktadır.

Terapistin empatik varsayımları birincil duygulara ulaşmak konusunda çok faydalıdır. Danışan duygularını tarif etmekte zorlandığında terapistin odağı ile

empatik varsayımlarını paylaşması danışanın dikkatini bedenine vermesini ve duygularının bedendeki yansımaları anlamasını sağlamaktadır (Balcıoğlu, Gürmen, Söylemez, 2024).

2.2.6 Duygusal şema kavramı

Duygu Odaklı Terapi ve Duygusal Şema Terapi (DŞT) ekollerinde önemli bir kavram olan duygusal şema bu araştırmanın önemli başlıklarından biridir. Düşünce, duygu ve davranışın bu kadar iç içe bir ilişkide olduğu döngüde insan gibi bir canlıyı anlayabilmenin en iyi yollarından biri duygulara atfettiği anlamı ve insana özgü bir kabiliyet olan üst biliş kavramını incelemekten geçmektedir.

2.2.6.1 Tanımı

İnsan, duygusal, davranışsal ve bilişsel deneyimlerden her an çok sayıda bilgi edinmektedir. Bu bilgiler birbiriyle sentezlenerek organize bir yapıya dönüşmekte ve kullanılması kolay pratik bilgiler oluşturmaktadır. Bu süreç insanın iç dünyasının organizasyonunun temelini karşılamaktadır. Biyolojik olarak temel duygularla dünyaya gelsek de bu duyguların yaşanma şekli deneyimlerle elde edilmektedir. Bu deneyim ve anlam her insanda farklılaşabilmektedir. Bu temsillere duygusal şema denilmektedir. Bu kavram, bilişsel şemadan farklıdır. Bilişsel şemalar kavramlara yönelik bilgileri sunarken duygusal şemalar daha deneyim odaklı eğilimleri ifade eden davranışları etkileyen bir sentezi ifade etmektedir (Greenberg, Malberg, Tompkins, 2019).

Duygusal şema kavramı temellerini her insanın duygularını anlama ve onları düzenleme konusunda farklı teorik bilgilere göre hareket ettiği varsayımından almaktadır. Herkesin sahip olduğu deneyime göre teorileri de birbirinden farklılaşmaktadır. Bu farklılaşma ailesel, çevresel ve biyolojik nedenlerden kaynaklanmaktadır. Kişisel bilgi birikimine dayanan bu teoriler olay, kişi, düşünce ve davranışlara yönelik tepki sürelerimizi hızlandırarak bu süreci pratik hale getirir de kimi zaman duyguları yorumlama ve düzenleme konusunda sağlıklı ve hatalı çözüm yolları sunmaktadır (Leahy,2018).

LeDoux duygusal şema kavramını “spesifik bir duyguya ait bilgi repertuarı” olarak açıklamaktadır. Burada semantik hafıza, bedensel uyarımlar, davranışsal

tepkiler öne çıkmaktadır (Leahy, 2015). Bu faktörlerden yaptığımız çıkarımlar, ulaştığımız stratejiler duygusal şemaların içeriğini oluşturmaktadır.

2.2.6.2 Duygusal şema ve kendilik

Duygular ve davranışların hangi sıraya göre ortaya çıktığı ile ilgili çeşitli kuramlar bulunmaktadır. DŞT’de de bu konu tartışılmaktadır. Yaşanan deneyim belirli bir anıyı ve o anıya ait duygu şemasını hatırlatmaktadır.

DŞT’de duygusal şemalar, davranışları ortaya koymadan önce aktifleşmektedir. Fizyolojik bir alt yapısı bulunmakla beraber önceki deneyimler sonucu yaşanan duygusal tepkilere yönelik ipuçları duygusal şemaların aktifleşme sürecinde etkilidir. Aktif hale geldiklerinde dikkat, hafıza gibi üst düzey bilişsel sistemler de daha aktif hale gelmektedir. Üst düzey bilişsel sistemlerin en geniş birimi kendiliktir. Duygusal şemalar daha üst bir yapı olan kendiliğin parçalarıdır. Durumlara göre değişen “ben” algısını şekillendirmektedir (Greenberg, Malberg, Tompkins, 2019).

Duygusal şemalar ile kendilik yapısı iç içedir. Duygusal şemaların kalıcı hale gelmesi kişinin içinde bulunduğu farklı ortam ve şartlardaki benlik algısını da belirlemektedir. “Kalabalık ortamlarda hep çok kaygılıyım. Dilim tutulur.” gibi kendisiyle ilgili sonuçlara varmaktadır (Leahy, 2015).

Kendilik oluşumunu da sağlayan duygusal şemalar dünyaya gelindiği ilk andan itibaren oluşmaya başlamaktadır.

2.2.6.3 Duygusal şemaların oluşumu ve şekillenmesi

İlk yaşam deneyimleriyle tohumu atılmaya başlanan duygu şemaları zamanla güçlenmektedir. Bakım verenle kurulan ilişkide ses tonu, koku, sesler, dokunuş hissiyatı, mimikler nöral yollar aracılığı ile bir araya getirilerek o an bedende hissettirdikleri ile bağlantı kurulmaktadır. Bu deneyimlerin sayısı arttıkça şema güçlenir ve çeşitli hatırlatıcılarla karşılaştıkça daha kolay şekilde aktifleşir. Beden ve organlar ile duygusal anlamlar arasında bağlantı kurulmaya başlanmaktadır (Greenberg, Malberg, Tompkins, 2019).

Beden ve duygular arasındaki bu etkileşim kişinin kendisini tanıyabilmesi duygularını anlayabilmesi ve onları ifade ederek duygusal ihtiyaçlarını giderebilmesine yaramaktadır. Ayrıca beden ile duygular arasındaki ilişki ön plana

çıkılmaktadır. Bedensel rahatsızlıkların bir kısmının başlangıcında bir kısmının seyirinde bir kısmının iyileşme sürecindeki etkisi buradan kaynaklanmaktadır. Burada da yaşam deneyimlerini incelemek gerekmektedir (Pijakelai, Akbari, Mohammadkhani, Hasani, 2024).

Aile içi ilişkiler, anne ve baba arasındaki ve ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişki duygusal şemaların oluşum ve gelişimi için ilk ve en önemli faktördür. Burada oluşmaya başlayan duygu şemaları çocukların duygusal ihtiyaçlarını nasıl karşılayacağını, nasıl yaşayacağını ve nasıl ifade edebileceğini de öğrenmesini sağlamaktadır. Aile içinde duyguların gizlenmesi, utanç sebebi olarak görülmesi, üzüntü ve öfke gibi zorlayıcı duyguların sağlıklı bir şekilde işlenmeden baskılanması, çocukların duygu gelişimlerinin farkına varılmaması duygu düzenleme ve yönetme kapasitesini örselemektedir (Jam, Fard, 2023). Bu durum duygu şemalarının şekillenmesinde de önemli bir rol oynamaktadır.

Her yeni deneyimle duygusal tepkileri üreten sistemler değişme kapasitesi ve yeteneğine sahiptir. Ama depolanmış olan olumsuz duygusal şemalar sebebi ile yeni anılar maladaptif duygu ile eşleşmektedir. Belli duygularla bağlanarak ortaya çıkan anı adacıları o anı adacığını oluşturan duyguyu hatırlatan farklı bir deneyimle karşılaşınca tetiklenir ve o anı adacığindeki duygulara göre yeni duygular değerlendirilir (Greenberg, Malberg, Tompkins, 2019). Bunun sonucunda objektif bir değerlendirmeden ziyade önyargılı bir değerlendirme gerçekleşmiş olmaktadır.

Bilişsel şemalar, bir duyguyla ilgili anıları hatırlamak istediğimizde yanlış davranmamıza yol açmaktadır. Burada o duygunun hatırlanması kişiden kişiye değiştiği gibi o duyguya kişinin verdiği öneme ve zihinde çağrıştırdığı temsilin niteliğine göre de değişmektedir. Bu noktada hatırlayamamak da bir savunma mekanizmasını işaret ettiği için duygusal şemaların bu durumda ele alınması gerekmektedir (Leahy, 2021).

Korku verici bir an yaşandığında korkuya yönelik duygusal şematik anılar canlanmaktadır. Maladaptif duyguların adaptif duygulara dönüşebilmesi için bu şemaların aktifleşmesi gerekmektedir. DOT, duygusal şemaların koşullu öğrenme ile değil yeniden sentezlenme yoluyla yeniden öğrenme ve değişiminin gerçekleşeceğini savunmaktadır (Greenberg, Malberg, Tompkins, 2019).

2.2.6.4 Duygusal şema ve baş etme stratejileri geliştirme

Duygusal şemalar o duyguya yönelik nasıl bir baş etme stratejisi geliştirileceğini de belirlemektedir (Leahy, 2021). Olayların sonuçlarını ve bu sonuçların ortaya çıkardığı duyguları işlevsel olmayan şekilde yorumlamanın sonucunda duyguları bastırma, içe kapanma, bağımlılık türlerinin baş göstermesi, yok sayma, kabullenme, inkar ve suçlama gibi tepkilerin verilmesine yol açabilmektedir. İlgili duygu belirli bir yorumlama ve davranış sergileme ile kodlanır hale gelebilmektedir. Bu durumun uzun süre devam etmesi psikolojik rahatsızlıkları beraberinde getirebilmektedir (Leahy,2018). Panik bozuklukta bireylerin duygularına yönelik yorumları genelde “duyguların hayatları boyu devam edeceği ve bununla baş edemeyecekleridir.” Sosyal fobide ise “yaşanan duyguların diğer insanlar tarafından fark edilmesi küçük düşürülmenin nedeni” olarak yorumlarda bulunulabilmektedir (Leahy,2002).

Sağlıksız baş etme yollarının ortaya çıkmasının nedenini DŞT, süreklilik ile açıklamaktadır.

Zorlayıcı ve istenmeyen duyguların hayat boyu kalıcı olduğu ve bu duyguları insanlar arasında tek başına yaşadığı gibi çarpık yorumlar sağlıksız baş etme yöntemlerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Belli bir yaşantı sonucunda yaşanabilecek olan üzüntü, isteksizlik, hayal kırıklığı, kaygı gibi hayatı zorlaştıran duyguları yaşanan o durum özelinden ziyade hayatın geneline yaymak bu stratejilerin pekişmesine neden olmaktadır (Leahy,2018). Burada kişinin kendisini kendi zihninde nasıl tanımladığı da önem taşımaktadır. Kendisini daima “sorunları çözen, makul, mantıklı” olarak tanımlayan biri yaşadığı acı verici bir ayrılıktan sonra ortaya çıkabilecek üzüntüye bağlı tüm duygularını utanç verici olarak görebilecek ve bunları yok saymak isteyecektir. Bu açıdan Rasyonel Duygusal Davranış Terapistleri terapisinin en önemli unsurunu danışanın öncelikle duygularını kabul etmesi ve yüzleşmesi olarak görmektedir.

Segal, Williams ve Teasdale (2002)’e göre bilişsel terapisinin farkındalık kazanımı hedefi ile duygular gerçekçi şekilde yaşanmaya ve işlevsel çözüm yolları için işlenmeye başlanır (Leahy,2002). Duygu ve düşüncelerin bastırılması ile ilgili yapılan bazı araştırmalara göre bir duygu veya düşüncenin bastırılması onun daha uzun süreli ortaya çıkmasına yol açtığını göstermektedir (Leahy,2002).

Burada duygularla işlem yapıp onları işleyebilmenin önünde de engeller çıkabilmektedir.

Üst biliş

Gerçeklik ve duygusallık arasındaki dengenin bozulması ve birine diğerine göre aşırı vurgu yapılması duyguların sağlıklı olarak düzene girmesini engellemektedir. Travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini üstbiliş, duygusal şema ve duygu düzenleme faktörleri açısından inceleyen araştırmanın sonuçlarına göre duygusal şema üstbilişin bir uzantısı olarak görünmektedir (Mazloom, Yaghub, Mohammadkhani, 2016).

Üstbiliş; kişinin kendi düşüncelerinin farkında olmasını, onların birbiri ile olan ilişkisini takip edebilmesini, düşüncelerin altında yatan inançları incelemesini ifade etmektedir. İşlevsel olan ve olmayan baş etme stratejileri üzerine düşünme bu inanışların içeriğinin bir kısmını oluşturmaktadır. (Yılmaz,2016).

Metakognitif terapiye göre psikolojik bozukluklarının temelinde endişe, kaygı ve olumsuz düşünce içeriklerini tekrarlayıcı şekilde düşünme ve bu tür düşüncelere yönelik seçici dikkat gösteren bunun sonucunda işlevsel olmayan baş etme stratejileri geliştiren bilişsel dikkat sendromu (BDS) yer almaktadır. Olumlu üstbiliş inanışlar, işlevsel olmayan bu stratejileri faydalı olarak görmeyi ifade etmektedir. Olumsuz üstbiliş inanış ise tercih edilen uyumsuz stratejilerin yol açabileceği ilişki sorunları kapsamaktadır. Üst bilişlerde bu inanışlara bağlı olarak yaşanan bozulmalar duygu düzenlemeye yönelik bozulmalara da neden olmaktadır (Çelikbaz, Batmaz, Bal, Aslan 2018).

Mazloom, Yaghub, Mohammadkhani'nin (2016) çalışmasında üstbiliş ile duygusal şema arasındaki ilişkinin duygu düzenleme aracılığı ile sağlandığı belirtilmektedir. Düşünmeyi düşünme ve duyguları düzenleme arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğu ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösteren kişilerin duygusal şemalara bağlı olarak duygularını düzenlemede zorluk yaşadığı düşüncelerini de bu doğrultuda toparlayamadığı bildirilmektedir.

Bu konuyla ilgili olarak bir başka araştırmanın sonuçları psikoterapi almakta olan 53 yetişkinin Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçek sonuçları duygusal şema ölçümlerinin sonuçları ile anlamlı ilişki göstermektedir. Buna göre depresyon ölçeğinden yüksek puan alan kişilerin içinde buldukları duyguyu utanç verici

olarak gördüğü, duyguları üzerinde daha derin düşündüğü bu duygu içinde kendisini yalnız gördüğü bildirilmektedir. Kaygı içindeki kişilerin duygularından suçluluk duyduğu ve onları kabullenemediği görülmektedir (Soorena,2019).

Duygusal şema ve biliş

Duygusal şemaların hastalıklarla ilişkili olmasında gelecek duygulara yönelik tahminler aracı faktör olmaktadır. Bu tahminleri yaparken duygusal şemalar kullanılmaktadır. Bu sırada kişi dayanma kapasitesini ve ortaya çıkabilecek yeni fırsatları göz ardı etmektedir. Aynı zamanda olumsuz bir duygu yaşarken duygu hafızasından sürekli olumsuz anıların getirilmesi, yarattıkları etkinin olduğundan daha büyük görülmesi yaşanan durumu objektif olarak değerlendirememeye yol açmaktadır. Bu durumlar bedende ve ruhta yansıma bularak bedensel ve ruhsal hastalıklara yol açabilmektedir.

Duygu ve düşünceleri birbirine bağlı iki halka olarak görmek mümkündür. Izard, duyguların bilince öncülük ettiğini savunmaktadır. Buna göre en ufak sayılabilecek duygusal olaylar bile birçok düşünce içeriğinin nedenini oluşturabilmektedir (Izard,2007). Bilişsel Davranışçı Terapi ve üçüncü kuşak terapiler bireylerin duygu, düşünce ve anıları arasındaki ilişkiyi bugüne odaklanarak yeniden şekillendirmeyi amaçlayarak duygu ve düşünce arasındaki ilişkiyi tedavi yöntemi olarak kullanmaktadır (McGinn,2012).

Robert L. Leahy duygu ve biliş arasındaki ilişkiyi 3 farklı model ile incelemektedir (Soorena,2019):

- a. Havalandırma Teorisi: Duyguların daha fazla dile getirilmesi rahatlık sağlar.
- b. Duygu Odaklı Terapi: Duygunun farkına vararak onu kabul etmek insanın kendisini anlamasını sağlar.
- c. Duygusal İşlemenin Bilişsel Modeli: Duygulara yüklediğimiz anlam ve verdiğimiz tepkiler birbirinden farklılaşmaktadır.

Duygusal şema terapi sınırları Leahy tarafından çizilen duygulara yönelik düşünce içeriklerine odaklanıldığı geleneksel bilişsel davranışçı terapi ilkelerinden ve üstbilişten faydalanılan bir terapi yöntemidir. Duygusal şema terapisinde duygulara yönelik yorum, algılama ve onlar hakkındaki inanışları ele alarak

kullanılan baş etme stratejileri üzerinde araştırma ve düzenleme yapılmaktadır (Erfan, Noorbala, Mohammadi, Adibi, 2018).

2.2.7 Duygusal şema terapi

Her terapi yöntemi kuramsal çerçevesinde duygulara yer vermektedir. Her bir terapi ekolünün insanı okuma ve analiz etme yöntemi farklı olduğu için duyguları konumlandırma şekli de farklıdır. Duygusal şema terapinin (DŞT) diğer ekollerden farklılaştığı noktalara değinmek duygusal şemaların insan üzerindeki etkisini görmek açısından da önem taşımaktadır.

Kabul ve kararlılık terapisine göre hayatta anlamlı değerlere sahip olmak sıkıntı verici deneyimlere tahammül ederken amaç edinmeyi sağlamaktadır. DŞT, Kabul ve Kararlılık terapisindeki gibi hayatın anlamına önem vermekte ve onun yöntemlerinden de faydalanmakla beraber temeli duygu kuramlarına ve duygu düzenleme yöntemlerine dayanmaktadır (Leahy, 2015).

DŞT, teorik alt yapı olarak metakognitif (üst-bilişsel) model ile çok benzemektedir. Aralarındaki fark şema terapinin asıl meselesinin düşünceler değil duygular olmasıdır. Duygu Odaklı Terapi ise DŞT'nin gelişiminde temel oluşturmaktadır. Birbiriyle ilişkili iki ekoldür (Leahy, 2015).

DŞT, duyguların her türlü bileşeninin izini süren bir araştırmacı ruhunu temsil etmektedir. Duyguların fizyolojik temelleri kabul edilir ama bu süreç tek etken olarak görülmez. Sosyal etkileşimler, yetiştirilme tarzı, kişilik, mizaç duyguların oluşumunda etkilidir. Kültürel, tarihsel, ırk, kabile, dini inanç farklılıklarının insanların duyguları tanımlama ve onları yaşama konusundaki etkisi de DŞT'nin en önemli odak noktalarından biridir (Leahy, 2021).

2.2.7.1“Onaylanma” duygusal şeması

En temel duygusal şemalardan biri “onaylanmadır.” Olumlu veya olumsuz tüm duyguların bir görünürlüğünün olduğu ve bir cevap alınabildiğinin inancısıdır onaylanma duygusal şeması. Bu şemanın temelleri erken yaşam deneyimleriyle ile atılmaktadır. Bağlanma kuramı bunu desteklemektedir (Edwards, Leahy, Snyder, 2023).

İstenen veya istenmeyen bir cevap bile olsa duygularına karşı tepki alabilen duyulduğunu bilen kişilerin daha olumlu duygusal şemalara sahip olduğu

bildirilmektedir. Bu şema benzer duyguların başkaları tarafından da yaşanabileceğini ve kalıcı olmadığını anlamayı kolaylaştırmaktadır. Bu açıdan terapistin bu şemayı beslemesi önem taşımaktadır(Edwards, Leahy, Snyder, 2023).

Terapist, danışanın kendini daha uzun ve detaylı şekilde açıklamasını teşvik etmekte, empati yaparak danışanın duygularını yansıtmakta, danışanın duygularının ortaya çıkmasında rol oynayan değerlerini bularak bu iki durumu birbirine bağlamakta ve danışana ifade etmektedir(Leahy, 2015).

2.2.7.2 İşlevsiz duygusal inançlar

Bireysel, kültürel farklılardan da ortaya çıkabilecek olan duygulara yönelik işlevsiz inanç ve kurallar olabilmektedir. Bilişsel çarpıtmalara benzer şekilde duygulara yönelik yanlış inanışlar da DŞT’de işlenmektedir (Leahy, Tirch, Melwani, 2012).

“Duygular, zayıflığın belirtisidir.”

“Duygular ya iyidir ya kötü.”

“Olumsuz duygular hemen kurtulunması gereken duygulardır.”

“Gerçek duygular toplum tarafından bilinirse saygınlık kaybedilir.” gibi yanlış inanışlar nedeniyle olumsuz duygulara yönelik dayanma eşiği ve tolerans düşmektedir. Dayanma eşiği düştükçe gelecekte bu duygularla nasıl baş edileceği bilinmez hale gelmektedir. Çünkü duygusal şemalar geleceğe yönelik kararları da yönlendirmektedir. Özellik büyürken aile ortamında duyguların konuşulmamaya alışılmış olması ve sonraki ilişkilerde de bunun devam etmesi ilişkilerdeki bağı da zayıflatmaktadır. Terapide güvenli ortam oluşturularak duygular hakkında konuşmaya başlamak aradaki bağı güçlendirerek altta yatan olumsuz inançlara ulaşmayı kolaylaştırmaktadır (Leahy, Tirch, Melwani, 2012).

Terapide bu durum göz önünde bulundurularak terapist danışanın gelecekteki duygularına yönelik sezgilerini sorgulamalıdır. Burada terapist danışana rehberlik etmelidir. Öngörülen duygular ile gerçekte yaşanan duyguların tutarlılığını not ettiği bir çizelge tutması istenmektedir (Leahy, Tirch, Melwani, 2012).

Kişinin duygulara yönelik beklenti ve sezgilerini bilmek duygulara verdiği tepkileri anlayabilmek için de önemlidir. Duyguları olumsuz veya işlevsiz olarak yorumlamak onlara karşı işlevsiz tepkiler üretmeye de neden olmaktadır. Terapideki

amaç duygulara yönelik bu bakış açısını ve sonuçlarını fark ettirmektir. Danışanın duyguları üzerinde rolü olduğu, duyguların kalıcı olmadığı hatırlatılmaya çalışılır. Soruna odaklanma, kaygı, kaçınma, suçlama, şikayette bulunma, bastırma gibi işlevsiz stratejiler duygusal şemayı yeniden şekillendirme, kararlılık, onaylama, öz-kabul, sefkat, dikkati farklı yönere çekmek, hedef değişikliği gibi işlevsel stratejilerle değiştirilmektedir (Leahy, Tirsch, Napolitano, 2011).

Danışanın duygusal şemalarının içeriği hakkında bilgi alırken bu şemaların nasıl oluştuğunu da öğrenmek gerekir. Duygularını aile içinde ifade ettiğinde nasıl tepkiler aldığı bilinmelidir. Duygularını her ifade edişinde reddedilmiş veya yok sayılmış olmak aşırı düzeyde mantıksal davranmaya ve kontrollü olmaya teşvik etmektedir. Bu anlayışa göre de rahatsız edici duygular işe yaramadığı için onlara zaman ayırmamak gerekmektedir (Leahy, Tirsch, Napolitano, 2011).

Duygusal Şema Terapide duygular katarsis olarak ifade edilmekten kaçınıldığından bahsedilmişti. Şemaların içeriği, nasıl edinildiği önemli olduğu kadar buradaki bilgilerden ortaya çıkan tepkiler de önemlidir. Duyguların ifade edilme şekli, bulunulan ortamın ve zamanın bunu ifade etmeye olan uygunluğu, olası sonuçların objektif olarak değerlendirilmesi ve en önemli nokta hissedilen her duygunun ifade edilip edilmemesi gerektiği de şema terapide konuşulması hedeflenen konulardır. Bunları fark edebilme kabiliyeti ise duygusal zeka ile çok yakın olarak bağlantılıdır (Leahy, Tirsch, Napolitano, 2011).

2.2.7.3 Duygusal zeka

Duygusal zekâ kavramı; yaşam içinde gerek içsel gerek dışsal faktörler tarafından yaşanan zorlayıcı durumların duygusal etkilerini anlık olarak sağlıklı bir yolla sindirebilmek şeklinde tanımlanmaktadır. Sosyal becerinin bir türünü karşılamaktadır. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisine göre kişinin kendisini gerçekleştirmesinin gerekliliklerinden biridir (Öztürk, Karşıdağ, 2023).

Duygusal zekâ ile ilgili yapılan araştırma sonuçları duygusal zekâ bireysel ve toplumsal huzur için önemli bir kilit taşıdır. Evliliklerde eşlerin ilişki kalitesinde, öğrencilerin motivasyon ve dikkat sağlayabilmesinde, ruh sağlığını koruma ve geliştirmede, bağımlılık yapıcı maddelerden korunmada, var olma amacını sorgulama ve hedefleri belirlemede rol oynamaktadır (Öztürk, Karşıdağ, 2023).

2.2.8 Duygusal şema ve psikosomatik hastalıklar

Duygusal şemaların belirli duygulara karşı olumsuz yorumlar içermesi ve işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin kullanılmasına sebep olması psikolojik rahatsızlıklara, psikolojik sıkıntılara ve psikosomatik hastalıklara sebep olabilmekte ve kanser, astım, hipertansiyon gibi hastalıkların ortaya çıkışında etken rol almaktadır (Leahy, 2002, Mohammadkhani, Foroutan, Akbari, Shahbahrami, 2022).

Yapılan araştırmalara göre birincil duyguları sözel olarak ifade edememek ilişkilerde daha çok öfke ve şiddete yol açarken ikincil duyguların ifade edilmemesi psikosomatik hastalıklara ve fiziksel semptomlara yol açmaktadır (Jam, Fard, 2023). Mide ülseri, astım, diyabet, fibromiyalji, irritabl bağırsak sendromu, kalp-damar hastalıklarının ortaya çıkmasında duygular ve onlara atfedilen anlamlar önemli rol oynamaktadır (Manavipour, Miri, 2015).

2.2.8.1 Duygusal şemalar ile hastalıklar arasındaki ilişkiye yönelik araştırmalar

Duygusal şemaların psikolojik rahatsızlıklar üzerindeki etkisine yönelik araştırmalar bulunmaktadır. Tirsch, Leahy, Melwani'nin (2012) çalışmasında duygusal şemalarla ilgili olan olumsuz duyguların sürekli devam edeceği tahmini, suçluluk ve utanç, ruminasyon, duyguları anlamlandıramamanın depresyon ve anksiyete ile yakın ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

326 kişi ile yapılan çalışmada Westphal, Leahy, Pala ve Wupperman (2016) erken dönem deneyimlerinde bakım verenin ilgisizliği ve onaylamamasının borderline kişilik örgütlenmesi ile ve borderline kişilik örgütlenmesinin onaylanma duygusal şeması ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Batmaz ve Özdel'in (2015) 457 psikiyatrik hasta ile yaptırdığı araştırmanın sonucuna göre olumsuz duygusal şemalar kaygı veren metakognitif faktörlerle ilişkilidir.

Duygusal şemaların ruh sağlığı üzerindeki etkisi çeşitli çalışmalarla sunulurken bu ilişkinin psikosomatik hastalıklarda da rol oynaması kaçınılmaz bir durum olarak öngörülmektedir. Farklı yaşam faktörleri bir araya gelmesi bu sonucu ortaya çıkarabilmektedir.

Olumsuz çocukluk olaylarının (fiziksel, duygusal ve psikolojik ihmal, istismar, taciz, travmatik deneyim vb.) etkisi altında şekillenen duygu şemalarının yetişkinlik döneminde olumsuz olaylara yönelik işlevsiz tepkiler vermeye yol açtığı bildirilmektedir. Olumsuz çocukluk deneyimlerinin hayat boyu işlevsiz tepkilerin alışkanlık haline gelmesine sebep olması kortizol gibi hormonları sık sık aktif hale gelmesine ve vücudun savunma sisteminin güçsüz kalmasına yol açmaktadır. Yapılan çalışmalar bu durumun meme kanseri gibi hastalık risklerini arttırdığı göstermektedir (Pino, Rosalinda, Cadena, Poli, 2022).

Salariard ve meslektaşlarının meme kanseri teşhisi konan ve kemoterapi tedavisi gören hastalarla yürüttüğü çalışmada duygu odaklı terapi kapsamında hastaların duyguları içinde derinleşmesi ve yüzleşmesi amaçlanmaktadır. Bu tedavi planına göre hastaların duygularına yönelik farkındalıklarını arttırmak duyguları sonucunda ortaya çıkan uyumsuz tepkileri üzerine düşünmeleri ve sorgulama yapmaları sağlanmaktadır. Uyumsuz tepkiler daha işlevsel tepkilerle ve duyguları inkar onları kabul ile değiştirilmektedir. Duygu odaklı terapi tedavisinin diğer aşamalarında meme kanseri olan hastaların duygusal ihtiyaçlarının farkına varmaları, duygularını sözel olarak ifade etmeleri, ortaya çıkan duygularını ve belirlenen yeni baş etme metotlarını deneyimlemeleri yer almaktadır. Program sonunda hastaların kemoterapiye bağlı gelişen fiziksel, duygusal ve ilişkisel sorunlarla daha rahat baş edebildiği, geçmişe ve geleceğe yönelik kaygıların azalmaya başladığı, hayat memnuniyetlerin ve kemoterapinin sağladığı faydanın arttığı bildirilmektedir. Buradan yola çıkarak duygu odaklı terapinin kanser teşhisi konulmadan önce de koruyucu faktör olarak kullanılabileceği öne sürülmektedir (Salarirad, Leilabadi, Salehi, Mujembari, 2022).

Dünya Sağlık Örgütüne göre baş ağrısı en sık görülen sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Yetişkinlerin %47'sinin hayatlarının önemli bir kısmında baş ağrısından şikayetçi olduğu bildirilmektedir. Kas kasılmasına bağlı olarak kafatasının sağ ve sol her iki tarafında görülen kısa ve uzun süreli olarak ortaya çıkabilen ağrıya gerilim tipi baş ağrısı denilmektedir. Hastalar başın etrafı bir kemer tarafından sıkılmış gibi bir ağrıdan yakınmaktadır. Gerilim tipi baş ağrısı depresyon ve anksiyete ile yakından ilişkili bulunmaktadır. Stres risk faktörüdür (Dogahneh, Yoosefi, Kami, 2015).

Migren, gerilim tipi baş ağrısından daha şiddetli bir ağrı ile görülen baş dönmesi, göz kararması, mide bulantısı ile seyredabilen bir baş ağrısıdır (Dogah, Yoosefi, Kami,2015). Migren hastalığı olan kişilerin duygusal şema, aleksitimi ve ebeveynlerine yönelik algılarının incelendiği araştırmada migrenin tüm değişkenlerle ilişkili olduğu görülmektedir. Migrenli hastaların bazı duyguları olumsuz ve utanç verici olarak görmeleri sonucunda bunları ifade etmeyerek sakladıkları ayrıca bu alışkanlığın kendi aile bireyleri içerisinde de var olduğuna inandıkları bildirilmektedir. Buna göre araştırmanın sonucunda migren tedavisinde duygu şemalarına yönelik psikoterapi faktörünün eklenmesinin hem önleyici hem iyileştirici etkisi olduğu vurgulanmaktadır (Jam, Fard, 2023).

İrritabl bağırsak sendromu, karın ağrısı, şişkinlik, mide bulantısı, hazımsızlık, göğüs ağrısı ile seyreden; psikolojik, immünolojik ve genetik kaynaklı hastaların ağrı eşliğini düşüren bir hastalıktır. Hafif düzeydeki hastalarda diyet ve yaşam şekli değişikliği ile iyileşme görülebilmektedir. Orta ve şiddetli hastalarda farmakolojik ve psikolojik tedaviler uygulanmaktadır. Yapılan araştırmalar iritabl bağırsak sendromunda olumsuz içerikli şemaların karın ağrısı ile ilişkisinde depresyonun aracı faktör olduğunu göstermektedir. Hastalarla duygu şema terapi tedavisi uygulandığında hastaların anksiyete, stres ve depresyon düzeylerinde anlamlı azalma olduğu bildirilmektedir (Erfan, Noorbala, Mohammadi, Adibi, 2018).

2.2.8.2 Duygunun fizyolojik temeli

Duygu, insanların algılama, düşünme şekli, bilgileri zihinde işleme süresi, iletişim kurabilme ve problem çözme şekli üzerinde etkili olan kişiliğin ve benlik algısının oluşumu için önemli bir işlev üstlenen oluşumu ifade etmektedir. Bu oluşumun fizyolojik temeli bulunmaktadır. Duyguların oluşumunda ve şekillenmesinde nöronlar ile hormonlar görev almaktadır. Duygular limbik sistemde işlenmektedir. Bu süreç kısa ve uzun olmak üzere iki yoldan oluşmaktadır (Greenberg, 2002, akt. Çelik, Aydoğdu, 2018):

- a. Kısa Yol: Limbik sistemin amigdala bölümü herhangi bir tehdit karşısında korunmak ve tepki vermek amacıyla beyne ve vücuda sinyal göndermesidir.

- b. Uzun Yol: Algılanan durum doğrudan amigdalyaya gitmeden önce aracı talamusa gidip oradan neokortekse gönderilmesi ve bilişsel işlemeden sonra amigdalanın yanıt vermesidir.

Duyguların, düşüncelerin ve davranışların birbirine bağlı bir süreç içinde ortaya çıktığı bilinmektedir. Ama bu sürecin nasıl başladığı, ve ilerlediği ile ilgili farklı bakış açıları bulunmaktadır (Cannon 1927, James 1884, Myers 2004):

- a. James-Lange Teorisi: Bu teoriye göre bir olay sonucu önce fizyolojik olarak tepki verilmektedir. Fizyolojik tepkiler duyguların oluşmasına yol açmaktadır. Üzücü bir olay sonucu ağlama tepkisi ile üzüntü anlaşılmaktadır. Davranış duygudan önce ortaya çıkmaktadır ve davranış gözlemlenerek duygu fark edilmektedir.
- b. Cannon-Bard Teorisi: James-Lange teorisini eleştirmektedirler. Farklı duyguların aynı fizyolojik tepkiyle ilişkili olabileceğini savunmaktadırlar. Bu teorisyenlere göre fizyolojik tepkiler duygularla aynı anda oluşmaktadır.
- c. Schachter- Singer Teorisi: Bu teoriye göre fizyolojik tepkiler düşünceler ile birlikte duyguların oluşumunu sağlamaktadır. Olay ve nedeni tanımlandıktan sonra duygu ortaya çıkmaktadır.
- d. Lazarus Teorisi: Schacter-Singer teorisine benzemekte olup farklar bulunmaktadır. Yaşanan bir olayın beraberinde o olaya dönük kültürel, bireysel ve durumsal faktörlere göre değişen yapılan olumlu veya olumsuz değerlendirmeler sonrasında duygu ve fizyolojik tepkiler oluşmaktadır. Olayla ilgili deneyimler yapılan değerlendirmeleri etkilemektedir.

Duyguların fizyolojik temeli duygusal şemaların daha detaylı incelenebilmesi ve stresle olan bağı kurabilmek adına önem taşımaktadır.

2.3 Stres

Stres, sempatik sinir sistemini aktive eden vücutta gerginlik ve kimi durumlarda hastalıklara neden oluşturan çevresel faktördür (Boboc,2023). Stres, psikososyal ve fiziksel faktörler etkisiyle duygular, psikoloji ve fizyoloji üzerinde değişikliklere neden olan bir süreç olarak tanımlanabilmektedir (Ghoussoub, Côté, Fortier, Bénédictte, Rainville, Pagé,2024). Bu çevresel faktörler arasında travmatik

olaylar, zorlayıcı yaşantılar, duygular örnek verile bilmektedir. Stres her bireyin hayatında bulunmaktadır (Boboc,2023).

Stres yaşamın içinde her zaman olumsuz sonuçlara sebep olmamaktadır. Sinirbilim alanında yapılan araştırmalar stresin hayal gücünü genişlettiği ve yenilikçi fikirler üretmeyi kolaylaştırdığını göstermektedir. Stres, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olsa da doğrudan psikolojik ve fizyolojik sorunlara yol açmaması bu alanda çalışan araştırmacıları stres ve hastalıklar arasındaki aracı faktörü bulmaya teşvik etmektedir (Ghoussoub, Côté, Fortier, Bénédicte, Rainville, Pagé,2024).

Stresin tamponlanmasını sağlayan çeşitli faktörler bulunmaktadır ve bu faktörlere genel olarak psikolojik sermaye adı verilmektedir. Mevcut araştırmalar kapsamında temel psikolojik sermaye ve potansiyel psikolojik sermaye olarak iki alana ayrılmaktadır. Kendine güvenmeyi, umut etmeyi, iyimserliği ve dayanıklı olmayı temel psikolojik sermaye; duysal zeka, entelektüel zeka, ruhsal büyüme, samimiyeti potansiyel psikolojik sermaye içine almaktadır (Ghoussoub, Côté, Fortier, Bénédicte, Rainville, Pagé,2024).

Temel psikolojik sermayesi güçlü olan bireyler sorumluluklarını daha kolay yerine getirebilmekte, olayların olumlu taraflarına daha çok dikkat etmekte olumsuz tarafları karşısında manevi dengesini kurabilmekte ve sağlıklı bir ruh sağlığına sahip olmaktadır. Psikolojik sermaye mutluluk ile pozitif ilişkiliyken depresyon ile negatif ilişki içindedir. Yüksek seviyelerdeki stres düşük psikolojik sermaye ile ilgilidir (Ghoussoub, Côté, Fortier, Bénédicte, Rainville, Pagé,2024).

Strese tampon etki oluşturacak faktörlerin incelendiği araştırmaların önemli bir çoğunluğunda fiziksel temas yer almaktadır. Özellikle evli çiftlerin birbirine olan fiziksel teması karşı cins bir yabancıнын temasına kıyasla kadınlarda kortizol ve stres seviyesini düşürmektedir. Erkeklerde böyle bir etki görülmemektedir. Kadın ve erkek arasındaki bu farkın kadınların stresli bir olay ardından desteğe ihtiyaç duyması ve başkalarına yönelme istemesi erkeklerin ise böyle bir destek beklentisinin olmamasından kaynaklandığı öngörülmektedir. Fiziksel temasın hayali de stresin azaltılmasında benzer etkiyi göstermektedir (Debrot, Stellar, Glauser, Klumb,2024).

Ergenler ile yapılan farkındalık temelli çalışmalarda stresli uyaranlar üzerinde gerçekleşen farkındalık ilk etapta ergenler üzerinde daha fazla strese yol açmıştır.

Farkındalığın zamanla daha da artması ise bu stresi azaltmaya başlamıştır (Lucas-Thompson, Prince, Adams, Miller, Rayburn, Seiter,2024). Farkındalık çalışmalarında kişilerin ihtiyaç, beklenti, arzu ve niyetleri süreci ve sonucu belirleyici olmaktadır (Choi, Levallet, Bharti,2024).

Yüksek seviyede yaşanan stres ise çeşitli psikolojik ve fizyolojik hastalıklara neden olmakta ve hayat kalitesini olumsuz etkilemektedir (Boboc,2023).

Strese yol açan faktörlerden biri olan travma şu şekilde tanımlanmaktadır: "Travma sinir sisteminde bir tepki olarak doğar ve bir olaydan doğmaz. Travma belirtileri olayın kendisinden kaynaklanmaz. Deneyimden kaynaklanan artık enerjinin vücuttan atılmaması durumunda ortaya çıkarlar. Bu enerji sinir sisteminde sıkışıp kalır ve burada bedene ve psişeye zarar verebilir." Dr. Peter A. Levine

Travmanın oluşum ve sürecini kişinin yaşı, hayat deneyimleri, duygusal dengesi, psikolojik dayanıklılığı etkilemektedir (Boboc,2023).

Stres duygular ile yakından ilişkilidir. Duygular ise sinir sisteminin kimyasal şarj üniteleridir. Yaşanan duyguların ve bedene olan etkilerinin farkına varmak sinir sistemini düzenlemek için yetenek kazanılmaktadır. Duygusal kaynaklı stres birçok yoğun duygunun ortaya çıkmasına neden olarak kişiyi bulunduğu zaman diliminden koparabilmektedir. Ortaya çıkan duyguların bastırılması bedenin farklı yerlerde ve yoğunluklarda hastalıklar aracılığı ile olumsuz enerjiden kurtulmaya çalışmasına sebebiyet vermektedir (Boboc,2023).

Stres sinir sisteminin dengesini bozarak kas-iskelet, solunum, kardiyovasküler, endokrin, gastroentoloji, üreme sistemi hastalıklarına yol açabilmektedir. Bununla beraber kronik baş, boyun ağrılarına, çarpıntıya, sinir nöbetine, iştahsızlığa, gerginliğe sebep olabilmektedir. Hastalıkların tedavisinde psikosomatik bakış açısıyla psikoterapi desteği ile yol izlenmektedir (Boboc, 2023).

2.3.1 Allostatik yük: sağlık ve iyilik halini tehdit eden fizyolojik ve psikolojik stres faktörlerinin birikimi

Organizmanın değişen yaşam şartlarına uyum sağlayarak düzen kurabilme ve buna devam edebilme kapasitesine allostatis adı verilmektedir. Bu kapasitenin oluşması ve etki alanında kardiyovasküler, endokrin, bağışıklık ve endokrin gibi hayati önemi olan birimler bulunmaktadır. Aralarındaki karşılıklı etkileşim her

ikisinin de sağlıklı işleyişi için önem taşımaktadır. Allostatik yk, organizmanın homeostazisini sürdürmek için karşılaştığı fizyolojik ve psikolojik stres faktörlerinin birikimini ifade eder. Bu terim, vücut sistemlerinin, i ve dış streslere uyum sağlamak için sürekli olarak değişen bir dengeyi korumak için sarf ettiği çabayı tanımlar. Bu sürekli uyum, biyolojik ve psikolojik adaptasyon süreçlerinin bir sonucudur. Allostatik yk, vücudun stresle başa çıkma kapasitesini açan bir noktaya ulaştığında, sağlık üzerinde zararlı etkilere neden olabilir (Fava, Cosci, Sonino, 2016, McEwen, 2016, Pfaltz, Schnyder,2016).

Allostatik yk, kişinin başa çıkma becerilerinin üstüne çıktığında veya böyle bir algı oluştuğunda allostatik aşırı yüklenme adı verilen durum meydana gelmektedir. Hem biyolojik hem de davranışsal yüklenmeyi ifade eden bu terim çaresizlik ve kontrol kaybı duygusunu da ortaya çıkarmaktadır. Kaldırabileceğinden çok yk taşındığına yönelik algı psikosomatik hastalıkların hazırlayıcı nedenleri arasında yer almaktadır. Allostatik yükün artması kişisel ve sosyal ilişkilerin bozulmasına, uyku bozukluğlarına ve sinirlilik ve bunalma haline yol açabilmektedir. (Fava, Cosci, Sonino, 2016, McEwen, 2016, Pfaltz, Schnyder,2016).

3. YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Bu çalışma psikosomatik hastalıklarla stres arasındaki ilişkide duygusal şemanın rolünü incelemektedir. Bu araştırmada ilişkisel tarama yöntemi kullanılmaktadır.

3.2 Araştırma Örneklemi

Araştırma ölçekleri Google Forms aracılığı ile dağıtılmıştır. Katılımcılara araştırmaya katılmadan önce bilgilerinin gizli kalacağına, araştırmanın konu ve amacına yönelik bilgilendirmeler yapılmış olup gönüllülük onamları alınmıştır. Araştırmaya toplamda 350 kişi katılmıştır. Kayıp veri ve araştırmadan çıkarılan katılımcı bulunmamaktadır.

3.3 Veri Toplama Araçları

Araştırmada sosyo-demografik bilgi formu, Leahy Duygusal Şema Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği kullanılmıştır.

3.3.1 Sosyo-demografik bilgi formu

Sosyo-demografik bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Katılımcılara cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, halen yaşamakta oldukları yer, birlikte yaşadıkları kişi grubu, gelir düzeyi çalışma durumu, eğitim düzeyi ve daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşama durumu sorulmaktadır.

3.3.2 Leahy Duygusal Şema Ölçeği

Robert Leahy her bireyin duygulara yönelik farklı şemalara sahip olduğuna dair savunmasını Duygusal Şema Ölçeğini 2002 yılında geliştirerek desteklemiştir. Farklı duygusal şemalar farklı algı ve deneyimlere yol açtığı için Leahy Duygusal

Şema ölçeği ile bireylerin duygulara yönelik tutumlarını ölçmeği amaçlamıştır (Karakoyun, 2018, Yavuz,2009).

Leahy Duygusal Şema Ölçeğinin orijinal versiyonunda geçerlilik ve güvenilirlik testi anksiyete ve depresyon hastası olan yetişkin psikiyatri hastalarında yapılmıştır. Türkçeye çevrilen versiyonu ise Türkçapar, Yavuz, Demirel tarafından 2011 yılında 436 üniversite öğrenci ve personelinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Bu teste göre iç tutarlılık 0.86, güvenilirlik katsayısı 0.83'tür. Bu sonuca göre ölçek duygulara yönelik tutumu güvenilir şekilde ölçmektedir (Yavuz,2009). Bu araştırmada Leahy Duygusal Şema Ölçeğinin iç tutarlık katsayısı 0,83; güvenilirlik katsayısı 0,87 çıkmıştır. Buna göre ölçek mevcut araştırma için güvenilir bir ölçüm aracı olmaktadır.

Ölçek 14 alt boyuttan toplam 50 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar 2-7 arasında soru maddeleri içermektedir (Yavuz,2009).

Ölçeğin alt boyutları onaylanma (4. ve 8. maddeler), hislerin kabullenilmesi (23, 33, 38, 40, 42. maddeler), suçluluk (25, 26 ve 43. maddeler), duygulardan kaçınma (1, 2, 20, 21, 36. maddeler), kontrol edilemezlik (7, 13, 27, 31, 44, 45. maddeler), ruminasyon (22, 24, 37, 48. maddeler) , farklılık (3, 11, 14, 15, 16. maddeler) , anlaşılabilirlik (5, 10, 12.maddeler), süreklilik (29 ve 30. maddeler) , uzlaş (39. ve 41. maddeler) , duyguları zararlı görme (9. ve 28. maddeler), duygulara karşı zayıflık (6, 18, 19, 34, 35. maddeler), duyguları inkar (49. ve 50. maddeler) , akılcılık (17, 32, 46,47. maddeler) olarak düzenlenmiştir (Yavuz,2009).

Çeşitli tezlerde ölçeğin ters maddeleri ile ilgili farklı uygulamalar kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonunu hazırlayan Dr. Kaasım Fatih Yavuz'a çalışmaya başlamadan önce ulaşılmış olup ilgili konuda bilgi alınmıştır. Buna göre ölçekte 4, 5, 6, 10, 12, 29,33,50 numaralı maddeler ters puanlanmaktadır (Yavuz,2009).

Duygusal şema ölçeği 6'lı likert olup toplam puan bulunmamaktadır. Her alt boyut kendi içinde değerlendirilmektedir.

3.3.3 Somatizasyon ölçeği

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'nin (MMPI) somatizasyon ile ilgili bölümünün 2,3,10,14,18,23,29,36,44,47,51,55,62,68,72,103,108,125,153,160,161,16

3,175,189,190,191,192,230,243,263,330,481,544 numaralı soruları alınarak hazırlanan ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Türkiye’de ilk kez 1970 yılında kullanılmıştır (Dülgerler, 2000).

Ölçek soruları “doğru” ve “yanlış” şeklinde cevaplanmaktadır. Doğrular psikosomatik belirtilerin varlığını göstermektedir. Toplam puan 0-33 aralığında kalmaktadır. 1,4,5,6,7,10,11,19,20,21,22,23,26,27,32,33 numaralı maddelere “Doğru” olarak cevap verildiği takdirde 1 puan “Yanlış” olarak cevap verildiğinde 0 puan verilmektedir (Dülgerler, 2000).

2,3,8,9,12,13,14,15,16,17,18,24,25,28,29,30,31 numaralı maddelere ise “Yanlış” cevabı verildiğinde 1 puan, “Doğru” cevabı verildiğinde 0 puan verilmektedir. Cevaplanmamış sorular 0 olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça somatizasyonun arttığı kabul edilmektedir(Dülgerler, 2000).

3.3.4 Algılanan stres ölçeği

Ölçek 1983’de Cohen, Kamarck ve Mermelstein tarafından geliştirilmiştir. 2013’te Mehmet Eskin ve ekip arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. İlk çalışmaya göre iç tutarlık katsayısı 0.84; test-tekrar test katsayısı 0.87 çıkmıştır (Bağlı, 2024).

4,5,6,7,9,10,13 maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek 14 maddeden oluşmaktadır. 2 alt boyut bulunmaktadır. 4,5,6,7,9,10,13 maddeler yetersiz öz yeterlilik algısı alt boyutunu; 1,2,3,8,11,12,14 numaralı maddeler rahatsızlık algısı alt boyutunu oluşturmaktadır (Bağlı, 2024).

Cevaplar “Hiçbir Zaman (1)” ile “Çok Sık (5)” arasında 5’li likert şeklindedir. Toplam puan 0 - 56 arasında yer almaktadır. Puan arttıkça algılanan stres düzeyinin yüksekliği anlaşılmaktadır (Bağlı, 2024).

4. BULGULAR

4.1 Verilerin Analizi

Bu araştırma psikosomatik bozuklar, stres ve duygusal şemalar arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda 350 kişiden veri toplanmıştır. Kayıp veri bulunmamaktadır. Toplanan veriler SPSS-30.0.0 istatistik programı kullanılarak araştırmacının kendisi tarafından analiz edilmiştir. Araştırma sorularını cevaplamak ve hipotezleri test amacıyla yapılan tüm analizler çizelge ve şekiller ile bu bölümde rapor edilmektedir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik frekans ve yüzde değerleri çizelge ve grafik şeklinde sunulmuştur. Sosyo demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla çapraz tablo analizleri yapılmıştır. Katılımcıların yaş bilgilerinin, Algılanan Stres Ölçeği, Leahy Duygusal Şema Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri (en küçük değer, en büyük değer, mod, ortalama, standart sapma) hesaplanmıştır. Araştırma ölçeklerinin normallik analizi için çarpıklık-basıklık değerleri incelenmiştir. Uç değerler trimmed mean ortalaması ile kontrol edilmiştir.

Algılanan Stres Ölçeği, Duygusal Şema Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeğinin sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşmasını ele almak için 2 gruplu değişkenlerde Bağımsız Gruplar T-Testi, 3 ve üstü gruplu değişkenlerde Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) kullanılmıştır. Tek yönlü anova analizinde gruplar arasında çıkan anlamlı farklar post-hoc testlerinden Tukey testi ile incelenmiştir.

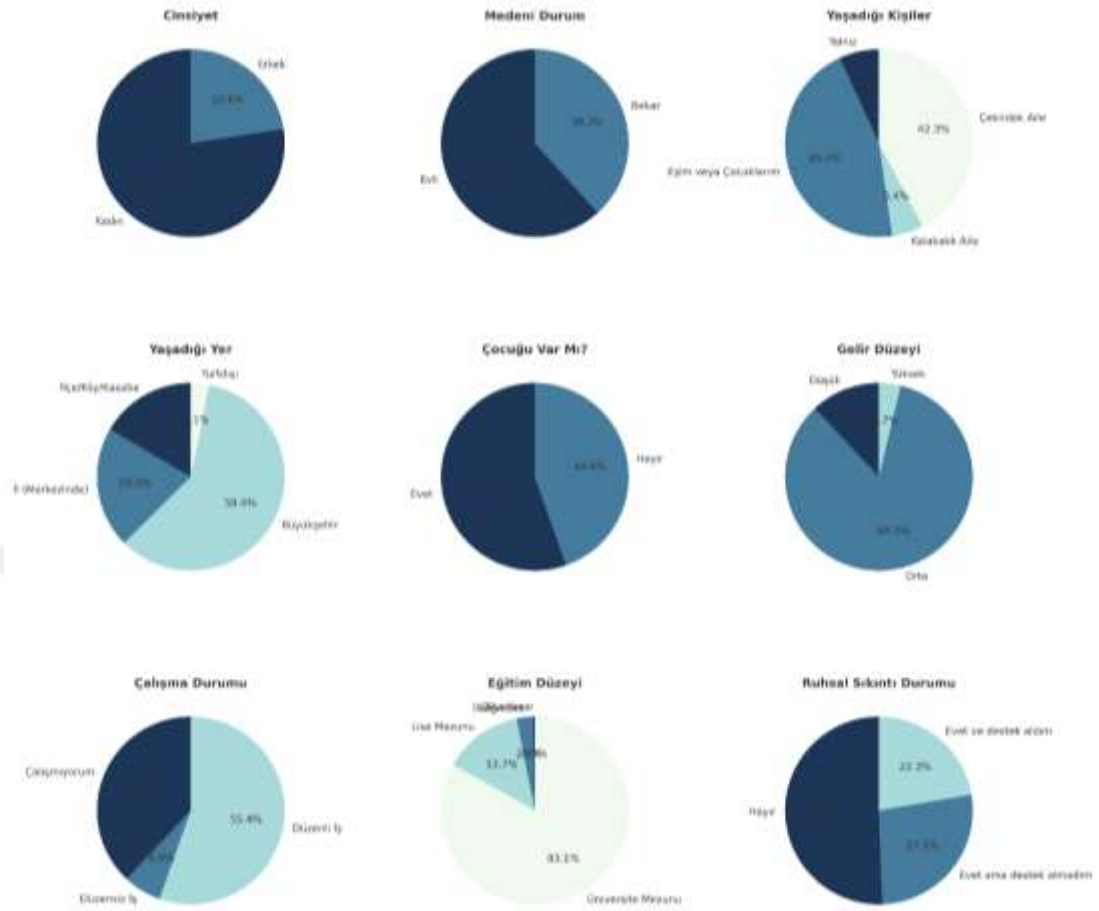
Somatizasyon Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, L.Duygusal Şema Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir. Araştırmanın, duygusal şemanın stres ve somatizasyon ölçeği arasındaki aracılık modeli Process eklentisi ile analiz edilmiştir. Bu eklenti SPSS 30.0.0 programı Hayes-Process eklentisi model 4 ile gerçekleştirilmiştir.

4.2 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Tanımlayıcı İstatistikler

Çizelge 4.1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Frekans ve Yüzdeleri

Değişken	Kategori	f	%
Cinsiyet	Kadın	271	77,4
	Erkek	79	22,6
Medeni Durum	Evli	216	61,7
	Bekar	134	38,3
Yaşadığı Kişiler	Yalnız	24	6,9
	Eşim veya Çocuklarım	159	45,4
	Kalabalık Aile	19	5,4
	Çekirdek Aile	148	42,3
Yaşadığı Yer	İlçe/Köy/Kasaba	58	16,6
	İl (Merkezinde yaşıyorum)	73	20,9
	Büyükşehir	208	59,4
	Yurtdışı	11	3,1
Çocuğu var mı?	Evet	194	55,4
	Hayır	156	44,6
Gelir Düzeyi	Düşük	42	12
	Orta	295	84,3
	Yüksek	13	3,7
Çalışma Durumu	Çalışmıyorum	133	38
	Düzensiz bir işte çalışıyorum	23	6,6
	Düzenli bir işte çalışıyorum	194	55,4
Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar	1	0,3
	İlköğretim	10	2,9
	Lise Mezunu	48	13,7
	Üniversite Mezunu	291	83,1
Ruhsal Sıkıntı Yaşama Durumu	Hayır	177	50,6
	Evet ama psikolojik destek almadım	95	27,1
	Evet ve psikolojik destek aldım	78	22,3

N=350



Şekil 4.1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

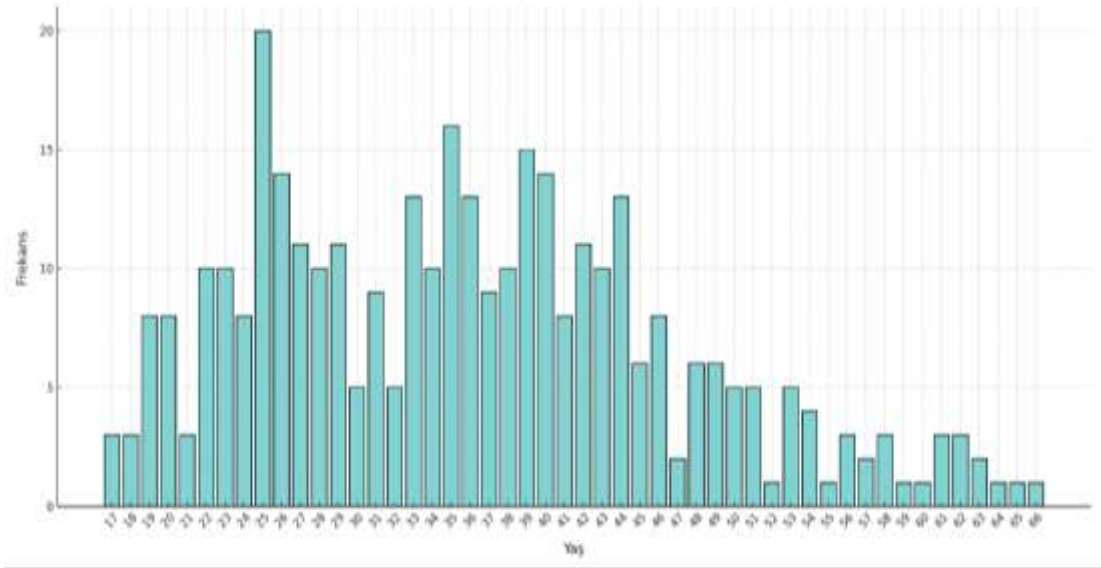
Çizelge 4.1.'e göre araştırmaya toplamda 350 kişi katılmıştır, kayıp veri bulunmamaktadır. Katılımcıların 271'i kadın (%77,4) 79'u erkektir (%22,6). Medeni durumu evli olanlar 216 (%61,7), bekar olanlar 134 (%38,3) kişidir. 159 kişi (%45,4) eşi veya ailesiyle, 148 kişi (%42,3) çekirdek ailesiyle, 24 kişi (%6,9) yalnız ve 19 kişi (%5,4) kalabalık ailesiyle yaşamaktadır. Büyükşehirde yaşayan kişilerin sayısı 208 (%59,4), il merkezinde yaşayanların sayısı 73 (%20,9), ilçe/köy/kasabada yaşayanların sayısı 58 (%16,6) ve yurtdışında yaşayanların sayısı 11 (3,1)'dir. Katılımcılardan 194 kişinin (%55,4) çocuğu vardır. Katılımcıların 295'i (%84,3) gelir düzeyini orta olarak belirtirken 42 kişi (%12) düşük ve 13 kişi (%3,7) yüksek olarak belirtmektedir. 194 kişi (%55,4) düzenli bir işte çalışmakta iken 133 kişi (%38) çalışmamakta ve 23 kişi (%6,6) düzensiz bir işte çalışmaktadır. Katılımcıların 291'i (%83,1) üniversite mezunu, 48'i (%13,7) lise mezunu, 10'u (%2,9) ilköğretim mezunu iken 1 kişi (%0,3) okur - yazardır. Araştırmaya katılan kişilerin 177'si (%50,6) daha önce bir ruhsal sıkıntı yaşamadığını, 95'i (%27,1) daha önce bir ruhsal

sıkıntı yaşadığını ama buna yönelik bir psikolojik destek almadığını ve 78'si (%22,3) daha önce bir ruhsal sıkıntı yaşadığını ve buna yönelik psikolojik destek aldığını belirtmektedir.

Çizelge 4.2: Katılımcıların Yaş Bilgilerinin Tanımlayıcı Değerleri

	N	En Büyük Değer	En Küçük Değer	Ort.	SS	Mod
Yaş	350	72	17	36	11	25

Çizelge 4.2' e göre 350 katılımcının yaş ortalaması 36, standart sapması 11, modu 25'tir. En yaşlı katılımcı 72, en genç katılımcı 17 yaşındadır. Araştırma kapsamı 18 yaş ve üstü katılımcıları kapsamakta ve 18 yaşın altındaki katılımcılar araştırmaya katılmamıştır. Katılımcıların doğum tarihleri alınarak yapılan araştırmanın kontrolünde 18 yaşına 1 ay kalan 17 yaşında 2 katılımcıya rastlanmıştır. Araştırmanın sonuçlarını olumsuz etkilemeyeceğine karar verilerek verilere dahil edilmiştir.



Şekil 4.2: Katılımcıların Yaşlarının Frekans Grafiği

4.3 Araştırmaya Yönelik Tanımlayıcı Bulgular

Çizelge 4.3: Algılanan Stres Ölçeği, L.Duygusal Şema Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeği Toplam Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçek/Alt Boyut	Ortalama (M)	Standart Sapma	En Büyük Değer	En Küçük Değer
Stres Ölçeği	43,76	2,997	58	34
Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı	21,73	3,997	32	7
Rahatsızlık Algısı	22,03	3,838	35	9
Onaylanma	7,29	7,31	12	2
Hislerin Kabullenilmesi	16,63	16,65	29	5
Suçluluk	13,11	13,13	18	3
Duygulardan Kaçınma	14,89	14,92	27	5
Kontrol Edilemezlik	20,51	20,53	30	9
Ruminasyon	15,57	15,59	24	6
Farklılık	15,43	17,42	27	7
Anlaşılabilirlik	11,05	11,01	18	3
Süreklilik	6,7	6,7	12	2
Duyguları Zararlı Görme	7,89	7,94	12	2
Duygulara Karşı Zayıflık	17,54	19,31	30	7
Uzlaşım	7,94	7,99	12	2
Duyguları İnkâr	7,42	7,46	12	2
Akılcılık	15,42	15,45	23	4
Somatizasyon	15,58	2,593	25	9

Çizelge 4.3'e göre Algılanan Stres Ölçeği'nden katılımcıların aldıkları toplam puanların ortalaması 43,76'dır. Alınan toplam en düşük puan 34 ve toplam en yüksek puan 58'dir. Yetersiz öz yeterlilik algısı alt boyutundan alınan ortalama puan 21,73 ve rahatsızlık algısı alt boyutundan alınan ortalama puan 22,03'tür. Duygusal Şema alt boyutları arasında kontrol edilmezlik alt boyutundan alınan puanların ortalaması 20,51'dir. Duygulardan kaçınma alt boyutundan alınan ortalama puan ise 19,46'dır. Duygulara karşı zayıflık alt boyutundan toplam puanların ortalaması 6,11'dir. Somatizasyon ölçeğinden alınan puanların ortalaması 15,70'dir. Bu ölçekten alınan en yüksek puan 25 en düşük puan ise 9'dur.

4.4 Araştırma Verilerinin Normallik Dağılımına Yönelik Bulgular

Ölçeklerle analize başlamadan önce normallik analizi yapılmıştır. Normallik dağılımı analizi ölçeklerin çarpıklık ve basıklık değerleri incelenerek gerçekleştirilmiştir. Bu değerlerin hangi aralıkta normal dağılım olarak yorumlandığına dair farklı açıklamalar bulunmaktadır. Büyüköztürk (2010) -1 ve +1 arasındaki değerlerin; Tabachnick ve Fidell (2013) -1,5 ve +1,5 arasındaki değerlerin; George ve Mallery (2010) ise -2 ve +2 arasındaki değerlerin normal dağılım için uygun olduğunu belirtmektedir.

Çizelge 4.4: Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutları, L. Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyutları ve Somatizasyon Ölçeğinin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Ölçek/Alt Boyut	Ortalama (M)	Trimmed Mean	Çarpıklık		Basıklık	
			İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Stres Ölçeği	43,76	43,72	0,36	0,13	1,99	0,26
Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı	21,73	21,73	0,06	0,13	0,7	0,13
Rahatsızlık Algısı	22,3	22,05	0,1	0,13	0,11	0,26
Onaylanma	7,29	7,31	0,7	0,13	0,63	0,13
Hislerin Kabul edilmesi	16,63	16,65	-0,4	0,13	0,36	0,26
Suçluluk	13,11	13,13	0,2	0,03	0,4	0,13
Duygulardan Kaçınma	14,89	14,92	0,4	0,1	0,2	0,26
Kontrol Edilemezlik	20,51	20,53	0,1	0,1	0,7	0,13
Ruminasyon	15,57	15,59	-0,2	0,1	0,13	0,26
Farklılık	15,43	17,42	0,35	0,1	0,65	0,13
Anlaşılabilirlik	11,05	11,01	0,2	0,1	0,22	0,26
Süreklilik	6,7	6,7	0,01	0,1	1,7	0,13
Duyguları Zararlı Görme	7,89	7,94	0,21	0,1	-0,18	0,26
Duygulara Karşı Zayıflık	17,54	19,31	0,29	0,1	0,21	0,13
Duyguları İnkâr	7,42	7,46	0,0	0,1	1,8	0,13
Akılcılık	15,42	15,45	-0,2	0,1	-0,5	0,13
Somatizasyon Ölçeği	15,58	15,54	0,17	0,13	0,25	0,26

Çizelge 4.4'e bakıldığı zaman Algılanan Stres Ölçeği ve 2 alt boyutunun, L.Duygusal Şema Ölçeğinin 14 alt boyutunun ve Somatizasyon ölçeğinin çarpıklık

ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 arasında olduğu görülmektedir. Bu değerlere göre ölçekler ve alt boyutları normal dağılmaktır. Çizelge 4.4.’deki bilgilere göre trimmed mean değerleri ölçeklerin mean değerlerinden farklılaşmamaktadır. Buna göre sonuçları olumsuz etkileyen u değerler bulunmamaktadır.

Veriler normal dağılım gösterdiği için bundan sonra analizlerde T-Test, Anova ve Pearson Korelasyon Analizi ile devam edilmektedir.

4.5 Katılımcıların Sosyo-Demografik zellikleri Arasındaki Bulgular

Çizelge 4.5: Katılımcıların Ruhsal Sıkıntı Yaşama Durumları ile Eğitim Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Eğitim Düzeyiniz							
		Okur-Yazar		İlköğretim		Lise Mezunu		niversite	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı?	Hayır	0	0,00	4	0,02	29	0,16	144	0,81
	Evet ama psikolojik destek almadım	1	0,01	5	0,05	14	0,15	75	0,79
	Evet, psikolojik destek aldım	0	0,00	1	0,01	5	0,06	72	0,92

Çizelge 4.5’e göre daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı sorusuna “hayır” olarak cevap verenlerin 144’ (%0,81) niversite mezunu, 29’u (%0,16) lise mezunu, 4’ (%0,02) ilköğretim mezunudur. “Evet ama psikolojik destek almadım” olarak cevap verenlerin 75’i (%0,79) niversite mezunu, 14’ (%0,15) lise mezunu, 5’i (%0,05) ilköğretim mezunu, 1’i (%0,01) okur-yazardır. “Evet, psikolojik destek aldım” olarak cevap verenlerin 72’si (%0,92) niversite mezunu, 5’i (%0,06) lise mezunu, 1’i (%0,01) ilköğretim mezunudur.

Çizelge 4.6: Katılımcıların Ruhsal Sıkıntı Yaşama Durumları ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişki

		Cinsiyetiniz			
		Kadın		Erkek	
		n	%	n	%
Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı?	Hayır	122	0,69	55	0,31
	Evet, psikolojik destek almadım	79	0,83	16	0,17
	Evet, psikolojik destek aldım	70	0,90	8	0,10

Çizelge 4.6'ya göre “Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı?” sorusuna “Hayır” olarak cevap verenlerin 122’si (%0,69) kadın iken 55’i (%0,31) erkektir. “Evet ama psikolojik destek almadım” olarak cevap verenlerin 79’u (%0,83) kadın, 16’sı (%0,17) erkektir. “Evet, psikolojik destek aldım” olarak cevap verenlerin ise 70’i (%0,90) kadın, 8’i (%0,10) erkektir.

Çizelge 4.7: Katılımcıların Ruhsal Sıkıntı Yaşama Durumları ile Yaşamakta Oldukları Yer Arasındaki İlişki

		Halen Yaşadığınız Yer;							
		İlçe/Köy/Kasaba		İl (Merkezinde yaşıyorum)		Büyükşehir		Yurtdışı	
				n	%	n	%	n	%
Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı?	Hayır	30	0,17	37	0,21	102	0,58	8	0,05
	Evet ama psikolojik destek almadım	19	0,20	21	0,22	54	0,57	1	0,01
	Evet, psikolojik destek aldım	9	0,12	15	0,19	52	0,67	2	0,03

Çizelge 4.7'ye göre “Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı?” sorusuna “Hayır” olarak cevap veren katılımcıların 102’si (%0,58) büyükşehirde, 30’u (%0,17) ilçe/köy veya kasabada, 37’si (%0,21) il merkezinde, 8’i (%0,05) yurtdışında yaşamaktadır. “Evet ama psikolojik destek almadım” olarak cevap verenlerin 54’ü (%0,57) büyükşehirde, 21’i (%0,22) il merkezinde, 19’u (%0,20)

ilçe/köy veya kasabada ve 1'i (%0,01) yurtdışında yaşamaktadır. “Evet ve psikolojik destek aldım” olarak cevap verenlerin 52'si (%0,67) büyükşehirde, 15'i (%0,19) il merkezinde, 9'u (%0,12) ilçe/köy veya kasabada ve 2'si (0,03) yurtdışında yaşamaktadır.

4.6 Algılanan Strese Yönelik Değerlerin Katılımcıların Demografik Değişkenlerine Göre İncelenmesi

Çizelge 4.8: Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre T-Testi Sonuçları

Ölçek/Alt Boyut	Grup	n	Ortalama (M)	Standart Sapma	t	p
Stres Ölçeği	Kadın	271	43,9	3,08	1,75	0,08
	Erkek	79	43,24	2,88		
Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı	Kadın	271	22,04	3,83	2,83	,00*
	Erkek	79	20,66	3,68		
Rahatsızlık Algısı	Kadın	271	21,87	4,10	1,38	0,16
	Erkek	79	22,58	3,56		

*p<0,05, t: Independent Sample T Testi

Algılan stres puanının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplar için T-testi sonuçlarını gösteren Çizelge 4.8.'den hareketle, yetersiz öz yeterlilik alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0,05). Elde edilen sonuçlara göre kadınların yetersiz öz yeterlilik alt boyutundan aldıkları puanlar erkeklerin aldıkları puanlardan anlamlı olarak daha yüksektir.

Fakat stres toplam puan ve rahatsızlık alt boyutu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasa da rahatsızlık algısı alt boyutunda erkekler kadınlara göre daha yüksek puan almıştır. Bu durum örneklem boyutu ile ilgili olabilir.

Çizelge 4.9: Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarının Medeni Durumuna Göre T-Testi Sonuçları

Ölçek/Alt Boyut	Grup	n	Ortalama (M)	Standart Sapma	t	p
Stres Ölçeği	Evli	216	43,79	3	0,2	0,84
	Bekar	134	43,72	2,8		
Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı	Evli	216	21,20	3,66	-3,31	,00*
	Bekar	134	22,58	3,97		
Rahatsızlık Algısı	Evli	216	22,59	3,95	3,33	,00*
	Bekar	134	21,14	3,91		

*p<0,05, t: Independent Sample T Testi

Çizelge 4.9'daki T-Test sonuçlarına göre algılanan stres toplam puanı evli katılımcıların bekar katılımcılara göre puanı nispeten daha yüksek olsa da istatistiksel olarak stres toplam puanı medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Yetersiz özyeterlilik alt boyutu ve medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0,05). Bekar katılımcıların (M=22,58 SS=3,97) yetersiz özyeterlilik algısı puanı evli katılımcılara (M=221,20 SS=3,66) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (t=-3,31)

Rahatsızlık algısı alt boyutu ile medeni durum arasında anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,05). Evli katılımcıların rahatsızlık algısı bekar katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek düzey göstermektedir (t=3,33)

Çizelge 4.10: Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre T-Testi Sonuçları

Ölçek/Alt Boyut	Değişken	Grup	n	Ortalama (M)	Standart Sapma	t	p
Stres Ölçeği	Çocuğunuz var mı?	Evet	194	43,7	2,9	0,2	0,7
		Hayır	56	43,8	3		
Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı	Çocuğunuz var mı?	Evet	194	22,8	3,9	0,9	,00*
		Hayır	56	21	3,8		
Rahatsızlık Algısı	Çocuğunuz var mı?	Evet	194	20,8	3,6	0,6	,00*
		Hayır	56	22,7	3,8		

*p<0,05, t: Independent Sample T Testi

Çizelge 4.10'da bağımsız gruplar için uygulanan t-testi sonuçlarına göre stres toplam puanı çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ve Rahatsızlık Algısı alt boyutlarında ise anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p < 0,05$).

Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı alt boyutunda, çocuk sahibi olan katılımcılar ($M= 22,8$ $SS=3,9$), çocuk sahibi olmayan ($M=21,3$ $SS=3,8$) katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır ($t = 0,9$ $p< 0,05$).

Rahatsızlık algısı çocuk sahibi olmayan katılımcıların ($M= 22,7$ $SS = 3,8$), çocuk sahibi olanlara ($M= 20,8$ $SS= 3,6$) göre anlamlı olarak daha yüksek düzeydedir ($t = 0,6$ $p <0,05$).

Bu bulgular, çocuk sahibi olma durumunun bireylerin öz yeterlilik algıları ve rahatsızlık algıları üzerinde farklı etkiler yarattığını göstermektedir.

Çizelge 4.11: Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaşanılan Yerleşim Yerine Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek/Alt Boyut	Grup	n	Ortalama (M)	Standart Sapma	F	p	Fark
Stres Ölçeği	İlçe/Köy/Kasaba	58	44,24	3,27	1,8	0,1	-
	İl (Merkezinde yaşıyorum)	73	43,09	3,02			
	Büyükşehir	208	43,87	2,88			
	Yurtdışı	11	43,78	3,11			
Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı	İlçe/Köy/Kasaba	58	22,58	3,97	1,92	0,1	-
	İl (Merkezinde yaşıyorum)	73	21,34	3,69			
	Büyükşehir	208	22,02	4,04			
	Yurtdışı	11	23,9	4,65			
Rahatsızlık Algısı	İlçe/Köy/Kasaba	58	21,65	4	0,92	0,4	-
	İl (Merkezinde yaşıyorum)	73	21,74	3,57			
	Büyükşehir	208	21,84	3,86			
	Yurtdışı	11	19,87	4,22			

* $p<0,05$, F: One Way Anova

Çizelge 4.11'de katılımcıların yaşadıkları yer değişkenine göre Algılanan Stres Ölçeği ve alt boyutlarının toplam puanlarının farklılık gösterip göstermediği tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Gruplar arasında algılanan stres

düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,80$ $p>0,05$). Elde edilen sonuçlara göre, katılımcıların yaşadıkları yaşamakta oldukları yerin (ilçe/köy/kasaba, il, büyükşehir veya yurtdışı) algılanan stres düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Yetersiz öz yeterlilik algısı alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($F=1,92$, $p>0,05$). Rahatsızlık algısı boyutunda da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,92$, $p>0,05$). Bu, yaşanan yerin yetersiz öz yeterlilik algısı ve rahatsızlık algısı puanları arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığını ifade etmektedir. Tabloda görülen küçük farklılıklar, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte gruplar arası değişkenliği gösterebilir.

Çizelge 4.12: Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaşanılan Kişi Grubuna Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek/Alt Boyut	Grup	n	Ortalama (M)	Standart Sapma	F	p	Fark
Stres Ölçeği	Yalnız	24	44,47	3,86	1,02	0,36	-
	Eşim veya Çocuklarım	159	43,93	2,64			
	Kalabalık Aile	19	43,67	2,95			
	Çekirdek Aile	148	43,48	3,19			
Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı	Yalnız	24	23,45	3,05	5,22	,00*	1,2>4
	Eşim veya Çocuklarım	159	22,71	3,97			
	Kalabalık Aile	19	21,26	3,49			
	Çekirdek Aile	148	21,17	4,04			
Rahatsızlık Algısı	Yalnız	24	21,01	3,38	2,52	0,057	-
	Eşim veya Çocuklarım	159	21,22	3,47			
	Kalabalık Aile	19	22,4	3,8			
	Çekirdek Aile	148	22,3	4,2			

* $p<0,05$, F: One Way Anova, Fark: Tukey

Algılanan stres ve alt boyutlarından katılımcıların aldıkları toplam puan ile aynı evde yaşadıkları kişiler arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının incelendiği ANOVA sonuçlarını gösteren Çizelge 4.12'de stres toplam puanı katılımcıların yaşadığı kişilere göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır ($F=1,02$ $p>0,05$).

Fakat yetersiz öz yeterlilik algısı ile katılımcının yaşadığı kişiler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=5,22$ $p < 0,05$). Bu anlamlı farklılığın incelenmesinde post-hoc testleri arasından Tukey testi kullanılmıştır. Bu sonuca göre çekirdek ailesiyle yaşayan katılımcılar ($M=21,17$ $SS=4,04$) yalnız yaşayan ($M=23,45$ $SS=3,05$) ve eşi veya çocukları ile yaşayan katılımcılara ($M=22,71$ $SS=3,97$) göre daha düşük düzeyde yetersiz öz yeterlilik algısı yaşamaktadır.

Rahatsızlık algısı ile katılımcının yaşadığı kişiler arasındaki anlamlı fark değeri sınırda çıkmıştır ($F=2,52$ $p > 0,05$). Fakat daha detaylı bir inceleme için yapılan Tukey testinde anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır.

Çizelge 4.13: Algılanan Stres Ö. ve Alt Boyutlarının Çalışma Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek/Alt Boyut	Grup	n	Ortalama (M)	Standart Sapma	F	p	Fark
Stres Ölçeği	Çalışmıyorum	133	43,88	3,09	1,36	0,25	-
	Düzensiz bir işte çalışıyorum	23	44,61	4			
	Düzenli bir işte çalışıyorum	194	43,59	2,77			
Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı	Çalışmıyorum	133	21,6	4,11	1,81	0,16	-
	Düzensiz bir işte çalışıyorum	23	21,43	4,56			
	Düzenli bir işte çalışıyorum	194	22,39	3,82			
Rahatsızlık Algısı	Çalışmıyorum	133	22,26	3,88	4,97	,00*	1>3
	Düzensiz bir işte çalışıyorum	23	23,18	3,89			
	Düzenli bir işte çalışıyorum	194	21,18	3,72			

* $p < 0,05$, F: One Way Anova, Fark: Tukey

Algılanan Stres Ölçeği ve alt boyutlarının katılımcıların çalışma durumuna göre farklılık sonuçları Çizelge 4.13'te sunulmuştur. Stres ölçeği ve yetersiz öz-yeterlilik algısı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Ancak, rahatsızlık algısı boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($F= 4.97$, $p < 0,05$) . Tukey testine göre bir işte çalışmayan katılımcıların ($M=22,6$ $SS=3,88$) rahatsızlık algısı puanı düzenli bir işte çalışan

katılımcıların (M=21,18 SS=3,72) puanına göre anlamlı olarak yüksek farklılık göstermektedir.

Çizelge 4.14: Algılanan Stres Ö. ve Alt Boyutlarının Gelir Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek/Alt Boyut	Grup	n	Ortalama (M)	Standart Sapma	F	p	Fark
Stres Ölçeği	Düşük	42	44,04	2,68	0,4	0,67	-
	Orta	295	43,7	3,06			
	Yüksek	13	44,24	2,33			
Yetersiz Öz Yeterlilik A.	Düşük	42	19,45	4,02	11,3	,00*	1<2,3
	Orta	295	22,32	3,84			
	Yüksek	13	23,69	4,32			
Rahatsızlık Algısı	Düşük	42	24,58	3,8	14,5	,00*	1>2,3
	Orta	295	21,37	3,66			
	Yüksek	13	20,54	4,04			

*p<0,05, F: One Way Anova, Fark: Tukey

Çizelge 4.14'te elde edilen sonuçlar ile katılımcıların stres düzeyi, yetersiz öz-yeterlilik algısı ve rahatsızlık algısının gelir düzeyleri arasında değişip değişmediği tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Sonuçlar, grupların bazı ölçütler üzerinde anlamlı farklılıklar gösterdiğini, bazılarında ise fark bulunmadığını ortaya koymaktadır. Stres toplam puanına ilişkin analizde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (F=0,4 p>0,05). Katılımcıların stres düzeyleri, düşük, orta ve yüksek düzeydeki gruplar arasında benzerlik göstermiştir. Bu durum, stres algısının grup düzeylerinden etkilenmediğini düşündürmektedir.

Yetersiz öz-yeterlilik algısı boyutunda, gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur (F= 11,03 p < 0,05). Anlamlı farklılığı incelemek amacıyla yapılan Tukey testinde orta gelirli (M=22,32 SS=3,84) ve yüksek gelirli (M=23,69 SS=4,32) katılımcıların, düşük gelirli (M= 19,45 SS=4,02) katılımcılara kıyasla daha yüksek düzeyde bir öz yetersizlik algısına sahip olduğu görülmüştür.

Rahatsızlık algısı boyutunda, gruplar arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir (F= 14,05 p <0,05). Düşük gelirli olduğunu ifade eden katılımcıların (M=24,58 SS=3,8) rahatsızlık algısı orta gelirli (M=21,37 SS=3,66) ve yüksek gelirli (M=20,54 SS=4,04) katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek bir farklılık göstermektedir.

Çizelge 4.15: Algılanan Stres Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ruhsal Bir Sıkıntı Yaşama Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek/Alt Boyut	Grup	n	Ortalama (M)	Standart Sapma	F	p	Fark
Stres	Hayır	177	43,5	2,76	2,21	0,11	-
	Evet ama psikolojik destek almadım	95	43,8	3,5			
	Evet ve psikolojik destek aldım	78	44,4	2,77			
Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı	Hayır	177	23,2	3,58	17,75	,00*	1>2,3
	Evet ama psikolojik destek almadım	95	20,4	4,22			
	Evet ve psikolojik destek aldım	78	21,4	3,8			
Rahatsızlık Algısı	Hayır	177	20,3	3,53	28,54	,00*	2,3>1
	Evet ama psikolojik destek almadım	95	23,4	3,69			
	Evet ve psikolojik destek aldım	78	22,9	3,47			

*p<0,05, F: One Way Anova, Fark: Tukey

Çizelge 4.15'te katılımcıların “Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı?” sorusuna verdikleri cevaplara göre aldıkları Algılanan Stres Ölçeği ve alt boyut toplam puanlarının farklılık gösterip göstermediği ANOVA ile incelenmiştir. Bu sonuçlara göre stres toplam puanı katılımcıların psikolojik sorun yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (F=2,21 p > 0,05).

Fakat yetersiz öz yeterlilik ve rahatsızlık algısı alt boyutları toplam puanları katılımcıların ruhsal bir sıkıntı yaşama durumu ile anlamlı olarak farklılaşmaktadır (F=17,75 p<0,05). Anlamlı farklılığı gözlemleyebilmek için post hoc testlerinden Tukey testi uygulanmıştır. “Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı?” sorusuna “Hayır” olarak cevap veren katılımcıların (M=23,2 SS=3,58) yetersiz öz yeterlilik algısı puanı “Evet ama psikolojik destek almadım” (M=20,4 SS=4,22) ve “Evet ve psikolojik destek aldım” (M=21,4 SS=3,8) olarak cevap veren katılımcıların puanından anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır.

Rahatsızlık algısı puanının verilen cevaplara göre nasıl farklılaştığını incelemek amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Buna göre “Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı?” sorusuna “Evet ama psikolojik destek almadım” (M=23,4 SS=3,69) ve “Evet ve psikolojik destek aldım” (M=22,9 SS=3,47) olarak cevap

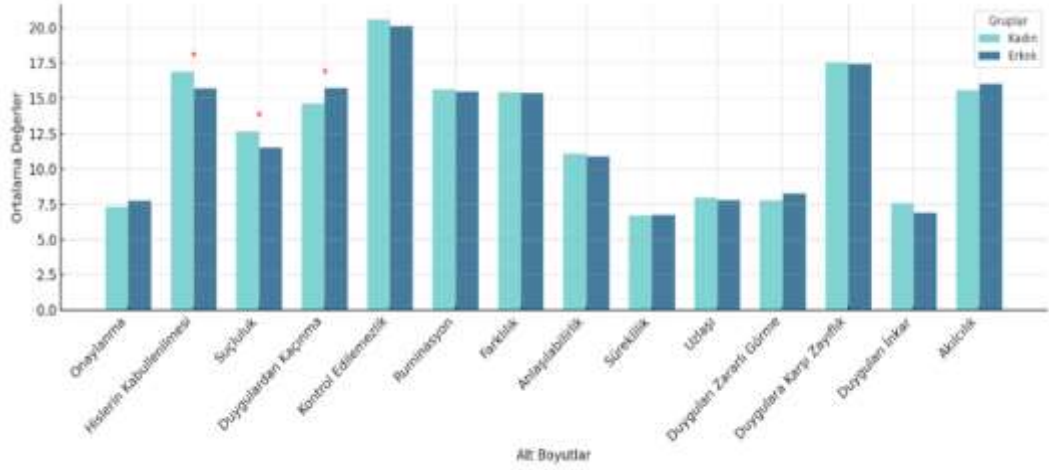
veren katılımcıların rahatsızlık algısı puanı “Hayır” (M=20,3 SS=3,53) olarak cevap veren katılımcıların puanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

4.7 Leahy Duygusal Şema Ölçeği Alt Boyut Değerlerinin Katılımcıların Demografik Değişkenlerine Göre İncelenmesi

Çizelge 4.16: Duygusal Şema Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre T-Test Sonuçları

Alt Boyut	Grup	n	Ortalama (M)	Standart Sapma	t	p
Onaylanma	Kadın	271	7,32	1,85	1,79	0,74
	Erkek	79	7,76	2,08		
Hislerin Kabullenilmesi	Kadın	271	16,9	3,34	2,7	0,00*
	Erkek	79	15,72	3,61		
Suçluluk	Kadın	271	12,65	2,69	3,42	0,00*
	Erkek	79	11,51	2,3		
Duygulardan Kaçınma	Kadın	271	14,65	3,31	2,5	0,00*
	Erkek	79	15,73	3,3		
Kontrol Edilemezlik	Kadın	271	20,59	3,17	1,17	0,24
	Erkek	79	20,11	3,03		
Ruminasyon	Kadın	271	15,61	3,22	0,36	0,71
	Erkek	79	15,46	3,22		
Farklılık	Kadın	271	15,44	2,96	0,13	0,89
	Erkek	79	15,38	3,65		
Anlaşılabilirlik	Kadın	271	11,1	2,54	0,71	0,47
	Erkek	79	10,87	2,35		
Süreklilik	Kadın	271	6,67	1,77	0,29	0,76
	Erkek	79	6,73	1,65		
Uzlaş	Kadın	271	7,98	2,24	0,62	0,53
	Erkek	79	7,8	7,8		
Duyguları Zararlı Görme	Kadın	271	7,78	7,78	1,61	0,10
	Erkek	79	8,25	1,96		
Duygulara Karşı Zayıflık	Kadın	271	17,56	4,28	0,22	0,82
	Erkek	79	17,44	4,15		
Duyguları İnkâr	Kadın	271	7,58	2,73	1,97	0,49
	Erkek	79	6,9	6,9		
Akılcılık	Kadın	271	15,6	2,43	1,17	0,24
	Erkek	79	16,04	3,06		

*p<0,05, t: Independent Sample T Testi



*anlamli farklılık görülen boyutlar

Şekil 4.3. Duygusal Şema Boyutlarının Cinsiyete Göre Değişimi

Katılımcıların duygusal şemanın farklı alt boyutlardaki puanlarının kadın ve erkek grupları açısından karşılaştırılmasına ilişkin ortalamalar ve standart sapmalar Çizelge 4.16'da sunulmuştur. Gruplar arası farklılıklar bağımsız örneklemeler için t testi ile değerlendirilmiştir.

Hislerin kabullenilmesi, suçluluk ve duygulardan kaçınma alt boyutları katılımcıların cinsiyetine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($p < 0,05$).

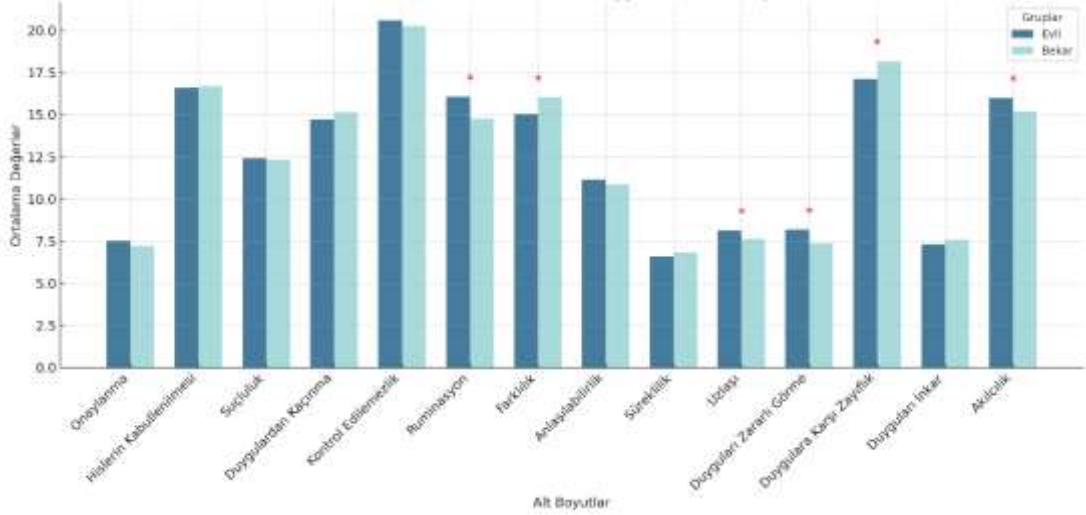
Hislerin kabullenilmesi boyutunda kadınlar ($M = 16,9$ $SS = 3,34$), erkeklerden ($M = 15,72$ $SS = 3,61$) anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır ($t = 0,31$, $p = ,00$). Benzer şekilde, suçluluk boyutunda da kadınlar ($M = 12,65$, $SS = 2,69$), erkeklere ($M = 11,51$, $SS = 2,3$) göre anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır ($t = 0,45$, $p = ,00$).

Duygulardan kaçınma boyutunda erkekler ($M = 15,73$ $SS = 3,3$), kadınlara ($M = 14,65$, $SS = 3,31$) kıyasla daha yüksek puan almış ve bu fark anlamlı bulunmuştur ($t = 0,36$, $p = ,00$). Diğer alt boyutlarda kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.17: Duygusal Şema Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre T-Test Sonuçları

Alt Boyut	Grup	n	Ortalama (M)	ss	t	p
Onaylanma	Evli	216	7,54	1,9	1,45	0,14
	Bekar	134	7,23	1,93		
Hislerin Kabullenilmesi	Evli	216	16,6	3,51	0,25	0,79
	Bekar	134	16,69	3,32		
Suçluluk	Evli	216	12,4	2,72	0,60	0,95
	Bekar	134	12,35	2,54		
Duygulardan Kaçınma	Evli	216	14,72	3,34	1,20	0,22
	Bekar	134	15,16	3,32		
Kontrol Edilemezlik	Evli	216	20,61	3,28	0,99	0,32
	Bekar	134	20,27	2,91		
Ruminasyon	Evli	216	16,07	3	3,78	0,00*
	Bekar	134	14,76	3,34		
Farklılık	Evli	216	15,04	3,16	2,94	0,00*
	Bekar	134	16,04	2,98		
Anlaşılabilirlik	Evli	216	11,15	2,54	0,96	0,33
	Bekar	134	10,89	2,45		
Süreklilik	Evli	216	6,59	1,67	1,29	0,19
	Bekar	134	6,84	1,84		
Uzlaş	Evli	216	8,13	2,25	2,07	0,03
	Bekar	134	7,62	2,25		
Duyguları Zararlı Görme	Evli	216	8,19	2,14	3,17	0,00*
	Bekar	134	7,4	2,36		
Duygulara Karşı Zayıflık	Evli	216	17,14	4,21	2,23	0,02
	Bekar	134	18,18	4,24		
Duyguları İnkâr	Evli	216	7,31	2,65	0,95	0,34
	Bekar	134	7,6	2,81		
Akılcılık	Evli	216	16	2,49	2,84	0,00*
	Bekar	134	15,2	2,67		

*p<0,05, t: Independent Sample T Testi



*anlamlı farklılık görülen boyutlar

Şekil 4.4: Duygusal Şema Boyutlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşması

Çizelge 4.17.'de duygusal şema alt boyutlarının katılımcıların medeni duruma göre analizinin bağımsız gruplar t-test sonucu yer almaktadır. Sonuçlara göre ruminasyon, farklılık, uzlaşma, duyguları zararlı görme, duygulara karşı zayıflık ve akılcılık alt boyutları katılımcıların medeni durumlarına göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($p < 0,05$).

Evli katılımcıların ruminasyon puanları ($M=13,07$ $SS=3$) bekar katılımcıların ruminasyon puanına ($M=14,76$ $SS=3,34$) göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur ($t=0,58$ $p=,00$).

Farklılık alt boyutunda bekar katılımcılar ($M=16,04$ $SS=2,98$) evli katılımcılara göre ($M=15,04$ $SS=3,16$) daha yüksek puan almıştır.

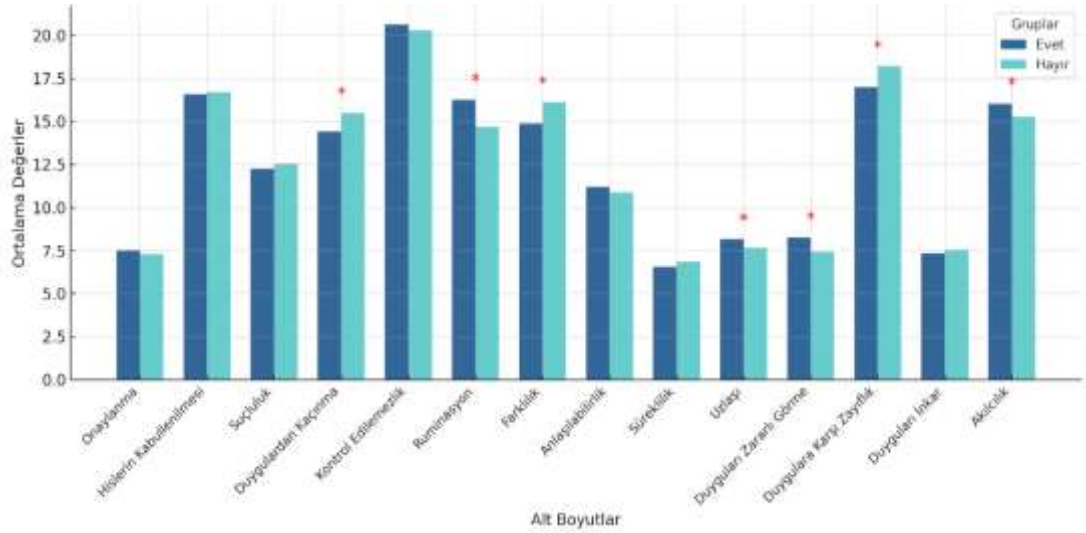
T-test sonuçlarına göre evli katılımcıların ($M=8,13$ $SS=2,25$) bekar katılımcılara ($M=7,62$ $SS=2,25$) göre uzlaşma boyutu anlamlı olarak daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Evli katılımcıların ($M=8,19$ $SS=2,14$) duyguları zararlı görme boyutu bekar katılımcılara ($M=7,4$ $SS=2,36$) kıyasla daha farklı ve anlamlı olarak yüksektir. Benzer şekilde evli katılımcıların ($M=16$ $SS=2,49$) akılcılık boyutundan aldıkları puan bekar katılımcılara ($M=15,2$ $SS=2,67$) göre anlamlı bir yükseklik göstermektedir.

Onaylanma, hislerin kabullenilmesi, suçluluk, duygulardan kaçınma, kontrol edilemezlik, anlaşılabilirlik, süreklilik ve duyguları inkâr alt boyutları medeni duruma göre anlamlı olarak farklılaşma göstermemektedir ($p > 0,05$).

Çizelge 4.18: Duygusal Şema Alt Boyutlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre T-Test Sonuçları

Alt Boyut	Grup	n	Ortalama	ss	t	p																																																																																																																																												
Onaylanma	Evet	194	7,52	1,86	1,03	0,3																																																																																																																																												
	Hayır	156	7,3	1,97			Hislerin Kabullenilmesi	Evet	194	16,59	3,63	0,25	0,8	Hayır	156	16,69	3,18	Suçluluk	Evet	194	12,26	2,66	1,05	0,29	Hayır	156	12,56	2,64	Duygulardan Kaçınma	Evet	194	14,4	3,49	3,09	0,00*	Hayır	156	15,5	3,03	Kontrol Edilemezlik	Evet	194	20,64	3,34	1,09	0,27	Hayır	156	20,28	2,87	Ruminasyon	Evet	194	16,28	3,18	4,75	0,00*	Hayır	156	14,69	3,03	Farklılık	Evet	194	14,86	3,11	3,84	0,00*	Hayır	156	16,13	3	Anlaşılabilirlik	Evet	194	11,19	2,48	1,61	0,24	Hayır	156	10,88	2,52	Süreklilik	Evet	194	6,55	1,62	1,57	0,11	Hayır	156	6,85	1,87	Uzlaş	Evet	194	8,17	2,33	2,15	0,00*	Hayır	156	7,65	2,14	Duyguları Zararlı Görme	Evet	194	8,25	2,11	3,38	0,00*	Hayır	156	7,44	2,39	Duygulara Karşı Zayıflık	Evet	194	16,99	4,36	2,68	0,00*	Hayır	156	18,21	4,02	Duyguları İnkâr	Evet	194	7,33	2,65	0,721	0,47	Hayır	156	7,54	2,72	Akılcılık	Evet	194	16,04	2,47	2,75	0,00*	Hayır
Hislerin Kabullenilmesi	Evet	194	16,59	3,63	0,25	0,8																																																																																																																																												
	Hayır	156	16,69	3,18			Suçluluk	Evet	194	12,26	2,66	1,05	0,29	Hayır	156	12,56	2,64	Duygulardan Kaçınma	Evet	194	14,4	3,49	3,09	0,00*	Hayır	156	15,5	3,03	Kontrol Edilemezlik	Evet	194	20,64	3,34	1,09	0,27	Hayır	156	20,28	2,87	Ruminasyon	Evet	194	16,28	3,18	4,75	0,00*	Hayır	156	14,69	3,03	Farklılık	Evet	194	14,86	3,11	3,84	0,00*	Hayır	156	16,13	3	Anlaşılabilirlik	Evet	194	11,19	2,48	1,61	0,24	Hayır	156	10,88	2,52	Süreklilik	Evet	194	6,55	1,62	1,57	0,11	Hayır	156	6,85	1,87	Uzlaş	Evet	194	8,17	2,33	2,15	0,00*	Hayır	156	7,65	2,14	Duyguları Zararlı Görme	Evet	194	8,25	2,11	3,38	0,00*	Hayır	156	7,44	2,39	Duygulara Karşı Zayıflık	Evet	194	16,99	4,36	2,68	0,00*	Hayır	156	18,21	4,02	Duyguları İnkâr	Evet	194	7,33	2,65	0,721	0,47	Hayır	156	7,54	2,72	Akılcılık	Evet	194	16,04	2,47	2,75	0,00*	Hayır	156	15,28	2,68								
Suçluluk	Evet	194	12,26	2,66	1,05	0,29																																																																																																																																												
	Hayır	156	12,56	2,64			Duygulardan Kaçınma	Evet	194	14,4	3,49	3,09	0,00*	Hayır	156	15,5	3,03	Kontrol Edilemezlik	Evet	194	20,64	3,34	1,09	0,27	Hayır	156	20,28	2,87	Ruminasyon	Evet	194	16,28	3,18	4,75	0,00*	Hayır	156	14,69	3,03	Farklılık	Evet	194	14,86	3,11	3,84	0,00*	Hayır	156	16,13	3	Anlaşılabilirlik	Evet	194	11,19	2,48	1,61	0,24	Hayır	156	10,88	2,52	Süreklilik	Evet	194	6,55	1,62	1,57	0,11	Hayır	156	6,85	1,87	Uzlaş	Evet	194	8,17	2,33	2,15	0,00*	Hayır	156	7,65	2,14	Duyguları Zararlı Görme	Evet	194	8,25	2,11	3,38	0,00*	Hayır	156	7,44	2,39	Duygulara Karşı Zayıflık	Evet	194	16,99	4,36	2,68	0,00*	Hayır	156	18,21	4,02	Duyguları İnkâr	Evet	194	7,33	2,65	0,721	0,47	Hayır	156	7,54	2,72	Akılcılık	Evet	194	16,04	2,47	2,75	0,00*	Hayır	156	15,28	2,68																			
Duygulardan Kaçınma	Evet	194	14,4	3,49	3,09	0,00*																																																																																																																																												
	Hayır	156	15,5	3,03			Kontrol Edilemezlik	Evet	194	20,64	3,34	1,09	0,27	Hayır	156	20,28	2,87	Ruminasyon	Evet	194	16,28	3,18	4,75	0,00*	Hayır	156	14,69	3,03	Farklılık	Evet	194	14,86	3,11	3,84	0,00*	Hayır	156	16,13	3	Anlaşılabilirlik	Evet	194	11,19	2,48	1,61	0,24	Hayır	156	10,88	2,52	Süreklilik	Evet	194	6,55	1,62	1,57	0,11	Hayır	156	6,85	1,87	Uzlaş	Evet	194	8,17	2,33	2,15	0,00*	Hayır	156	7,65	2,14	Duyguları Zararlı Görme	Evet	194	8,25	2,11	3,38	0,00*	Hayır	156	7,44	2,39	Duygulara Karşı Zayıflık	Evet	194	16,99	4,36	2,68	0,00*	Hayır	156	18,21	4,02	Duyguları İnkâr	Evet	194	7,33	2,65	0,721	0,47	Hayır	156	7,54	2,72	Akılcılık	Evet	194	16,04	2,47	2,75	0,00*	Hayır	156	15,28	2,68																														
Kontrol Edilemezlik	Evet	194	20,64	3,34	1,09	0,27																																																																																																																																												
	Hayır	156	20,28	2,87			Ruminasyon	Evet	194	16,28	3,18	4,75	0,00*	Hayır	156	14,69	3,03	Farklılık	Evet	194	14,86	3,11	3,84	0,00*	Hayır	156	16,13	3	Anlaşılabilirlik	Evet	194	11,19	2,48	1,61	0,24	Hayır	156	10,88	2,52	Süreklilik	Evet	194	6,55	1,62	1,57	0,11	Hayır	156	6,85	1,87	Uzlaş	Evet	194	8,17	2,33	2,15	0,00*	Hayır	156	7,65	2,14	Duyguları Zararlı Görme	Evet	194	8,25	2,11	3,38	0,00*	Hayır	156	7,44	2,39	Duygulara Karşı Zayıflık	Evet	194	16,99	4,36	2,68	0,00*	Hayır	156	18,21	4,02	Duyguları İnkâr	Evet	194	7,33	2,65	0,721	0,47	Hayır	156	7,54	2,72	Akılcılık	Evet	194	16,04	2,47	2,75	0,00*	Hayır	156	15,28	2,68																																									
Ruminasyon	Evet	194	16,28	3,18	4,75	0,00*																																																																																																																																												
	Hayır	156	14,69	3,03			Farklılık	Evet	194	14,86	3,11	3,84	0,00*	Hayır	156	16,13	3	Anlaşılabilirlik	Evet	194	11,19	2,48	1,61	0,24	Hayır	156	10,88	2,52	Süreklilik	Evet	194	6,55	1,62	1,57	0,11	Hayır	156	6,85	1,87	Uzlaş	Evet	194	8,17	2,33	2,15	0,00*	Hayır	156	7,65	2,14	Duyguları Zararlı Görme	Evet	194	8,25	2,11	3,38	0,00*	Hayır	156	7,44	2,39	Duygulara Karşı Zayıflık	Evet	194	16,99	4,36	2,68	0,00*	Hayır	156	18,21	4,02	Duyguları İnkâr	Evet	194	7,33	2,65	0,721	0,47	Hayır	156	7,54	2,72	Akılcılık	Evet	194	16,04	2,47	2,75	0,00*	Hayır	156	15,28	2,68																																																				
Farklılık	Evet	194	14,86	3,11	3,84	0,00*																																																																																																																																												
	Hayır	156	16,13	3			Anlaşılabilirlik	Evet	194	11,19	2,48	1,61	0,24	Hayır	156	10,88	2,52	Süreklilik	Evet	194	6,55	1,62	1,57	0,11	Hayır	156	6,85	1,87	Uzlaş	Evet	194	8,17	2,33	2,15	0,00*	Hayır	156	7,65	2,14	Duyguları Zararlı Görme	Evet	194	8,25	2,11	3,38	0,00*	Hayır	156	7,44	2,39	Duygulara Karşı Zayıflık	Evet	194	16,99	4,36	2,68	0,00*	Hayır	156	18,21	4,02	Duyguları İnkâr	Evet	194	7,33	2,65	0,721	0,47	Hayır	156	7,54	2,72	Akılcılık	Evet	194	16,04	2,47	2,75	0,00*	Hayır	156	15,28	2,68																																																															
Anlaşılabilirlik	Evet	194	11,19	2,48	1,61	0,24																																																																																																																																												
	Hayır	156	10,88	2,52			Süreklilik	Evet	194	6,55	1,62	1,57	0,11	Hayır	156	6,85	1,87	Uzlaş	Evet	194	8,17	2,33	2,15	0,00*	Hayır	156	7,65	2,14	Duyguları Zararlı Görme	Evet	194	8,25	2,11	3,38	0,00*	Hayır	156	7,44	2,39	Duygulara Karşı Zayıflık	Evet	194	16,99	4,36	2,68	0,00*	Hayır	156	18,21	4,02	Duyguları İnkâr	Evet	194	7,33	2,65	0,721	0,47	Hayır	156	7,54	2,72	Akılcılık	Evet	194	16,04	2,47	2,75	0,00*	Hayır	156	15,28	2,68																																																																										
Süreklilik	Evet	194	6,55	1,62	1,57	0,11																																																																																																																																												
	Hayır	156	6,85	1,87			Uzlaş	Evet	194	8,17	2,33	2,15	0,00*	Hayır	156	7,65	2,14	Duyguları Zararlı Görme	Evet	194	8,25	2,11	3,38	0,00*	Hayır	156	7,44	2,39	Duygulara Karşı Zayıflık	Evet	194	16,99	4,36	2,68	0,00*	Hayır	156	18,21	4,02	Duyguları İnkâr	Evet	194	7,33	2,65	0,721	0,47	Hayır	156	7,54	2,72	Akılcılık	Evet	194	16,04	2,47	2,75	0,00*	Hayır	156	15,28	2,68																																																																																					
Uzlaş	Evet	194	8,17	2,33	2,15	0,00*																																																																																																																																												
	Hayır	156	7,65	2,14			Duyguları Zararlı Görme	Evet	194	8,25	2,11	3,38	0,00*	Hayır	156	7,44	2,39	Duygulara Karşı Zayıflık	Evet	194	16,99	4,36	2,68	0,00*	Hayır	156	18,21	4,02	Duyguları İnkâr	Evet	194	7,33	2,65	0,721	0,47	Hayır	156	7,54	2,72	Akılcılık	Evet	194	16,04	2,47	2,75	0,00*	Hayır	156	15,28	2,68																																																																																																
Duyguları Zararlı Görme	Evet	194	8,25	2,11	3,38	0,00*																																																																																																																																												
	Hayır	156	7,44	2,39			Duygulara Karşı Zayıflık	Evet	194	16,99	4,36	2,68	0,00*	Hayır	156	18,21	4,02	Duyguları İnkâr	Evet	194	7,33	2,65	0,721	0,47	Hayır	156	7,54	2,72	Akılcılık	Evet	194	16,04	2,47	2,75	0,00*	Hayır	156	15,28	2,68																																																																																																											
Duygulara Karşı Zayıflık	Evet	194	16,99	4,36	2,68	0,00*																																																																																																																																												
	Hayır	156	18,21	4,02			Duyguları İnkâr	Evet	194	7,33	2,65	0,721	0,47	Hayır	156	7,54	2,72	Akılcılık	Evet	194	16,04	2,47	2,75	0,00*	Hayır	156	15,28	2,68																																																																																																																						
Duyguları İnkâr	Evet	194	7,33	2,65	0,721	0,47																																																																																																																																												
	Hayır	156	7,54	2,72			Akılcılık	Evet	194	16,04	2,47	2,75	0,00*	Hayır	156	15,28	2,68																																																																																																																																	
Akılcılık	Evet	194	16,04	2,47	2,75	0,00*																																																																																																																																												
	Hayır	156	15,28	2,68																																																																																																																																														

*p<0,05, t: Independent Sample T Testi



*anlamli farklılık görülen boyutlar

Şekil 4.5: Duygusal Şema Boyutlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Farklılaşması

Katılımcılara demografik form aracılığıyla sorulan “Çocuğunuz var mı?” sorusuna verilen “Evet/Hayır” şeklindeki cevaplara göre duygusal şema alt boyut puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığının analiz edildiği bağımsız gruplar t-test sonuçları tablo 4.18’de sunulmaktadır.

Tabloya göre duygulardan kaçınma, ruminasyon, farklılık, uzlaş, duyguları zararlı görme, duygulara karşı zayıflık ve akılcılık alt boyutları katılımcının çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($p < 0,05$).

Duygulardan kaçınma alt boyutunda ilgili soruya “hayır” olarak cevap veren katılımcıların ($M=15,5$ $SS = 3,03$) “Evet” olarak cevap veren katılımcılara ($M=14,4$ $SS = 3,49$) göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir.

Çocuk sahibi olan katılımcılar ($M=16,28$ $SS = 3,18$) çocuk sahibi olmayan katılımcılara ($M=14,69$ $SS = 3,03$) göre ruminasyon alt boyutunda anlamlı olarak daha yüksek bir puan ortalamasına sahiptir.

Farklılık alt boyutunda çocuk sahibi olmayan katılımcıların ($M=16,13$ $SS = 3$) çocuk sahibi olan katılımcılara ($M=14,86$ $SS = 3,11$) göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Uzlaş alt boyutunda çocuk sahibi olan katılımcılar ($M=8,17$ $SS = 2,33$) çocuk sahibi olmayan katılımcılara ($M=7,65$ $SS = 2,14$) göre anlamlı olarak daha yüksek bir düzeyde farklılık göstermektedir.

Duyguları zararlı görme alt boyutunda çocuk sahibi olan katılımcılar (M=8,25 SS =2,11) olmayan katılımcılara (M=7,44 SS =2,39) göre anlamlı olarak daha yüksek bir farklılık göstermektedir.

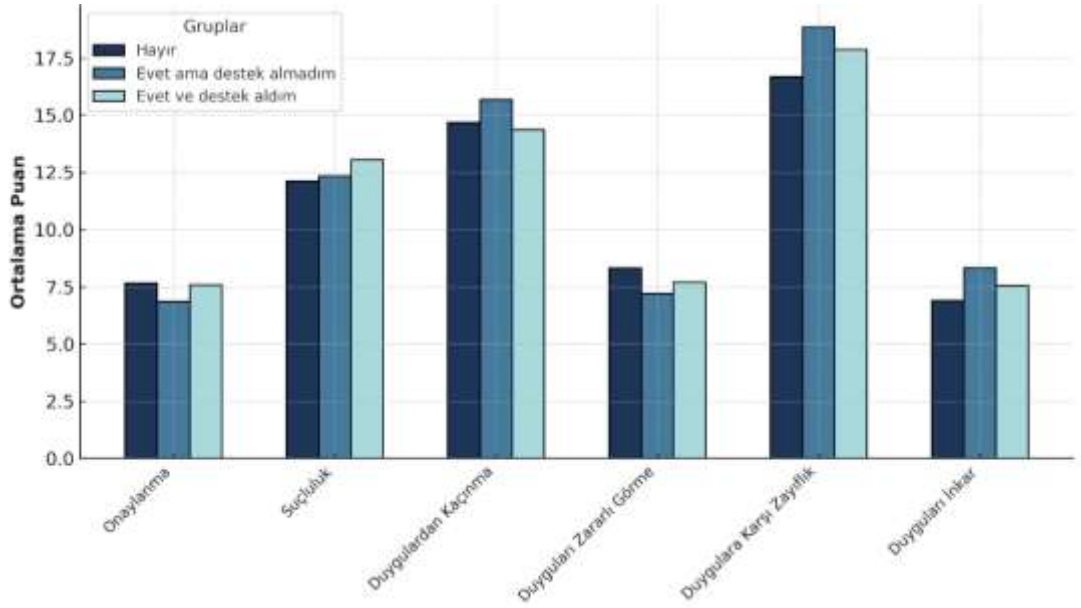
Duygulara karşı zayıflık alt boyutunda çocuk sahibi olmayan katılımcılar (M=18,21 SS =4,02) çocuk sahibi olan katılımcılardan (M=16,99 SS =4,36) anlamlı olarak daha yüksek puan ortalamasına sahiptir.

Akılcılık alt boyutunda ise çocuk sahibi olan katılımcıların (M=16,04 SS =2,47) puan ortalaması çocuk sahibi olmayan katılımcılara (M=15,28 SS =2,68) göre anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır.

Diğer alt boyutlar ile gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmemektedir (p>0,05).

Çizelge 4.19: Duygusal Şema Alt Boyut Değerlerinin Ruhsal Sıkıntı Yaşama Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Alt Boyut	Hayır (n=177)		Evet ama psikolojik destek almadım(n=95)		Evet ve psikolojik destek aldım (n=78)		F	p	Fark
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	Ort.	S.S			
Onaylanma	7,65	1,93	6,85	1,87	7,58	1,82	5,9	0,00*	1>2
Hislerin Kabullenilmesi	16,5	3,51	16,48	3,58	17,13	3,05	1,03	0,4	-
Suçluluk	12,12	2,6	12,34	2,62	13,06	2,69	3,47	0,00*	3>1
Duygulardan Kaçınma	14,69	3,38	15,68	3,52	14,37	2,82	4	0,00*	2>3
Kontrol Edilemezlik	20,6	3,03	20,71	3,51	19,94	2,86	1,54	0,2	-
Ruminasyon	15,42	3,13	15,55	3,19	15,65	3,28	0,13	0,9	-
Farklılık	15,08	3,09	15,91	3,39	15,63	2,79	2,25	0,1	-
Anlaşılabilirlik	11,11	2,61	15,91	3,93	11,14	2,2	0,33	0,7	-
Süreklilik	6,57	1,59	6,82	2,13	6,57	1,59	0,73	0,5	-
Uzlaş	7,95	2,33	8,02	2,27	7,79	2,11	0,22	0,8	-
Duyguları Zararlı Görme	8,31	1,99	7,2	2,6	7,7	2,29	7,76	0,00*	1>2
Duygulara Karşı Zayıflık	16,69	4,04	18,84	4,62	17,86	3,8	8,52	0,00*	2>1
Duyguları İnkâr	6,89	2,54	8,32	2,63	7,55	2,78	9,26	0,00*	2>1
Akılcılık	15,82	2,6	15,71	2,82	15,41	2,25	0,67	0,5	-



Şekil 4.6: Duygusal Şemaların Ruhsal Sıkıntı Yaşama Duruma Göre Anlamli Farklılık Gösteren Boyutları

Çizelge 4.19’da katılımcıların Duygusal Şema Ölçeği alt boyutlarından aldıkları toplam puanlar ile katılımcılara sorulan “Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı?” sorusuna verdikleri cevaplar arasındaki anlamlı farklılığın incelenmesi amacıyla yapılan Tek Faktörlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) sonuçları gösterilmektedir. Onaylanma, hislerin kabullenmesi, suçluluk, duygulardan kaçınma, kontrol edilemezlik, ruminasyon, anlaşılabilirlik, uzlaş, duyguları zararlı görme, duygulara karşı zayıflık, duyguları inkar ve akılcılık alt boyutlarının varyansları homojen dağıldığı için bu alt boyutların analizinde ANOVA ile devam edilmiştir ($p>0,05$).

Farklılık ve süreklilik alt boyutlarının varyansları homojen dağılmadığı için bu iki alt boyutun analizinde Welch testi ile devam edilmiştir ($p<0,05$). Welch testi sonuçlarına göre farklılık ve süreklilik alt boyutu ile gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Farklılık alt boyutu için $F=2,25$ ve $df_1=2$, $df_2=181,78$; süreklilik alt boyutu için $F=0,73$ ve $df_1=2$, $df_2=173,32$ ’dir.

Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiği tespit edebilmek için Tukey testi uygulanmıştır. Tukey sonuçlarına göre onaylanma alt boyutunda “Hayır” olarak cevap veren katılımcılar ($M=7,65$ $SS =1,93$) “Evet ama psikolojik destek almadım” ($M=6,85$ $SS =1,87$) olarak cevap veren katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek farklılık göstermektedir ($F=5,9$ $p=,00$).

Suçluluk alt boyutunda “Evet ve psikolojik destek aldım” (M=13,06 SS =2,69) olarak cevap veren katılımcıların puanları “Hayır” olarak (M=12,12 SS =2,6) cevap veren katılımcıların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Duygulardan kaçınma boyutunda “Evet ama psikolojik destek almadım” (M=15,68 SS =3,52) olarak cevap veren katılımcılar “Evet ve psikolojik destek aldım” (M=14,37 SS =2,82) olarak cevap veren katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek bir düzeyde sonuç göstermektedir.

Duyguları zararlı görme boyutunda “Hayır” cevabını verenler (M=8,31 SS =1,99) “Evet ama psikolojik destek almadım” cevabını verenlere (M=7,2 SS =2,6) göre anlamlı bir yükseklik göstermektedir.

Duygulara karşı zayıflık boyutunda “Evet ama psikolojik destek almadım” cevabını verenler (M=18,84 SS =4,62) “Hayır” cevabını verenlerden (M=16,69 SS =4,04) anlamlı olarak daha yüksek bir puan almıştır.

Duyguları inkar alt boyutunda da benzer şekilde “Evet ama psikolojik destek almadım” cevabını verenlerin puanları (M=8,32 SS =2,63) “Hayır” cevabını verenlerin (M=6,89 SS =2,54) puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

4.8 Somatizasyon Ölçeği Değerlerinin Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi

Çizelge 4.20: Somatizasyon Ölçeği Değerlerinin Cinsiyet, Medeni Durum ve Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre T -Testi Sonuçları

Grup	N	Somatizasyon			
		Ort. (M)	Standart Sapma	t	p
Kadın	271	14,81	2,59	0,7	0,48
Erkek	79	15,05	2,69		
Evli	216	15,54	2,52	0,3	0,75
Bekar	134	15,63	2,87		
Çocuğu var	194	15,45	2,38	0,9	0,34
Çocuğu yok	156	15,73	2,96		

* p<0,05, t: Independent Sample T Testi

Somatizasyon ölçeği puanlarının katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve çocuk sahibi olma değişkenlerine göre farklılaşma analizinin T-test sonuçları Çizelge 4.20’de sunulmaktadır. Somatizasyon ölçeğinden kadınlar 14,81 ve erkekler 15,05 ortalama puan almıştır. Evli katılımcılar 15,54 ve bekar katılımcılar 15,63 ortalama puan almıştır. Çocuğu olan katılımcılar 15,45 çocuğu olmayan katılımcılar 15,73 ortalama puan almıştır. T-test sonucuna göre somatizasyon cinsiyete, medeni duruma ve çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>,005$).

Çizelge 4.21: Somatizasyon Ölçeğinin Katılımcıların Yaşanılan Yerleşim Yerine Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek	Grup	N	Ort. (M)	Standart Sapma	F	p	Fark
Somatizasyon	İlçe/Köy/Kasaba	58	14,74	2,58	3,11	0,02*	3>1
	İl (Merkezinde yaşıyorum)	73	15,78	2,59			
	Büyükşehir	208	15,79	2,68			
	Yurtdışı	11	14,55	2,16			

* $p<0,05$, F: One Way Anova, Fark: Tukey

Çizelge 4.21’de katılımcıların somatizasyon ölçeğinden aldıkları puanların şuanda yaşadıkları yere göre farklılaşma durumunu test etmek amacıyla yapılan ANOVA sonuçları yer almaktadır. Somatizasyon düzeyleri, yaşanılan yer grupları arasında farklılık göstermektedir ($p<,005$). Tukey test sonucuna göre büyükşehir grubundaki bireyler ($M = 15.79$ $S.S=2,68$), ilçe/köy/kasaba grubundakilere ($M=14.74$ $S.S=2,59$) göre daha yüksek somatizasyon düzeyleri sergilemektedir. Bu fark, istatistiksel olarak anlamlıdır. Fakat, diğer gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Çizelge 4.22: Somatizasyon Ölçeğinin Çalışma Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek	Grup	N	Ort. (M)	Standart Sapma	F	p	Fark
Somatizasyon	Çalışmıyorum	133	15,51	2,61	0,65	0,93	-
	Düzensiz bir işte	23	15,61	3,23			
	çalışıyorum	94	15,62	2,63			
	Düzenli bir işte						
çalışıyorum							

* $p<0,05$, F: One Way Anova, Fark: Tukey

Katılımcıların somatizasyonunun mevcut çalışma durumlarına farklılık gösterip göstermemesinin ANOVA sonuçları Çizelge 4.22’de sunulmaktadır. Bu bulgulara göre, "çalışmıyorum", "düzensiz bir işte çalışıyorum" ve "düzenli bir işte çalışıyorum" olarak cevaplandırma yapan katılımcıların somatizasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p>0,05$). Ortalama puanlar sırasıyla "çalışmıyorum" grubunda 15,51, "düzensiz bir işte çalışıyorum" grubunda 15,61 ve "düzenli bir işte çalışıyorum" grubunda 15,62 olarak bulunmuştur. Buna göre çalışma durumu somatizasyonu etkilememektedir.

Çizelge 4.23: Somatizasyon Ölçeğinin Gelir Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek	Grup	N	Ort. (M)	Standart Sapma	F	p	Fark
Somatizasyon	Düşük	42	15,33	3,03	1,32	0,26	-
	Orta	295	15,56	2,56			
	Yüksek	13	16,69	3,42			

* $p<0,05$, F: One Way Anova, Fark: Tukey

Çizelge 4.23’te yer alan ANOVA sonuçları, gelir düzeyinin somatizasyon üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ortaya koymuştur ($p>0,05$). Verilere göre, düşük gelir grubundaki katılımcılar ($M = 15,33$, $SS = 3,03$), orta gelir grubundaki katılımcılara ($M = 15,56$, $SS = 2,56$) ve yüksek gelir grubundaki katılımcılara ($M = 16,69$, $SS = 3,42$) benzer somatizasyon düzeyleri sergilemektedir.

Çizelge 4.24: Somatizasyon Ölçeğinin Ruhsal Sıkıntı Yaşama Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek	Grup	N	Ort. (M)	Standart Sapma	F	p	Fark
Somatizasyon	Hayır	177	15,64	2,7	0,49	0,6	-
	Evet ama psikolojik destek almadım	95	15,35	2,75			
	Evet ve psikolojik destek aldım	78	15,71	2,3			

* $p<0,05$, F: One Way Anova, Fark: Tukey

Katılımcıların somatizasyon ölçeğinden aldıkları puanlarının “Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı?” sorusuna verdikleri “Hayır”, “Evet yaşadım ama psikolojik destek almadım” ve “Evet yaşadım ve psikolojik destek aldım”

cevaplarına göre anlamlı bir farklılık gösterme durumunu inceleyen ANOVA sonuçları Çizelge 4.24'te gösterilmektedir. Bu sonuçlara göre somatizasyon üzerinde daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşamamanın veya destek alıp almamanın farkı gözlenmemiştir ($p>0,05$).

4.9 Algılanan Stres Ölçeği, L. Duygusal Şema Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Bu bölümde, algılanan stres, duygusal şemalar ve somatizasyon arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Elde edilen korelasyon sonuçları, farklı değişkenler arasındaki ilişki düzeylerini ortaya koymaktadır. Aşağıda, somatizasyonun diğer değişkenlerle olan ilişkileri detaylı bir şekilde tartışılacaktır.

Çizelge 4.25: Algılanan Stres Ölçeği, L. Duygusal Şema Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Pearson Korelasyon Analizi

Ölçek/Alt Boyut	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
1.Stres	1														
2.Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı	0,43**	1													
3.Rahatsızlık Algısı	0,34**	-0,78**	1												
4.Onaylanma	0,02	0,21**	-0,22**	1											
5.Hislerin Kabul edilmesi	0,05	0,03	0,05	-0,12*	1										
6.Suçluluk	0,1	0,1	-0,02	0,08	0,17*	1									
7.Duygulardan Kaçınma	-0,13*	-0,34**	0,25**	-0,18**	-0,12*	-0,17*	1								
8.Kontrol Edilemezlik	-0,08	0,09	-0,16*	0,02	0,24**	0,03	-0,17*	1							
9.Ruminasyon	0,10*	0,37**	-0,31**	0,14*	0,16*	0,19*	-0,39**	0,19*	1						
10.Farklılık	0,02	-0,21**	0,23**	-0,16*	0,10*	-0,10	0,15**	0,01	-0,18**	1					
11.Anlaşılabilirlik	0,04	0,26**	-0,24**	0,03	-0,08	-0,08	-0,02	0,04	0,11*	-0,1	1				
12.Süreklilik	0,06	-0,01	0,06	-0,15*	0,05	-0,02	0,03	0,07	-0,04	0,15*	-0,09	1			
13.Uzlaşım	0,18*	0,22**	-0,09	0,07	0,24**	0,28**	-0,3**	0,2**	0,4**	-0,07	0,01	-0,07	1		

**Çizelge 4.25 (Devam) : Algılanan Stres Ölçeği, L. Duygusal Şema Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları
Pearson Korelasyon Analizi**

Ölçek/ Alt Boyut	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
14.Duyguları Zararlı Görme	0,04	0,44**	-0,45**	0,19**	-0,5	0,01	-0,26**	0,09	0,28**	-0,15*	0,26**	-0,09	0,07	1				
15.Duygular a Karşı Zayıflık	0,04	-0,32**	0,37**	-0,19*	0,19*	0,18*	-0,03	0,02	-0,05	0,21**	-0,42**	0,03	0,09	-0,34*	1			
16.Duyguları İnkâr	0,0	-0,15*	0,2**	-0,2**	0,3**	0,3**	0,1*	0,0	0,15*	0,2**	-0,2**	0,1*	0,25**	-0,4*	0,4*	1		
17.Akılcılık	0,0	0,2**	-0,2**	0,14*	0,1	0,0	-0,23**	0,1*	0,36**	-0,21**	0,0	-0,0	0,3**	0,2*	0	0,0	1	
18.Soma.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,07	0,06	0,03	0,02	0,04	-0,02	-0,12*	0,06	0,01	0,07	0,1	0,04	0,05	1

**Korelasyon 0,01 düzeyinde *Korelasyon 0,05 düzeyinde, Soma.=Somatizasyon

Çizelge 4.25'te görüldüğü üzere stres toplam puanı ile yetersiz öz yeterlilik algısı ($r=0,43$ $p<0,01$), rahatsızlık algısı ($r=0,34$ $p<0,01$), ruminasyon ($r=0,10$ $p<0,05$), uzlaşma ($r=0,18$ $p<0,05$) alt boyutları arasındaki pozitif ve anlamlı ilişki bulunmaktadır. Stres toplam puanı ile duygulardan kaçınma ($r=-0,13$ $p<0,05$) alt boyutu arasında negatif ve anlamlı ilişki bulunmaktadır. Fakat stres toplam puanı ile onaylanma, hislerin kabullenmesi, suçluluk, kontrol edilemezlik, farklılık, anlaşılabilirlik, süreklilik, duyguları zararlı görme, duygulara karşı zayıflık, duyguları inkar, akılcılık ve somatizasyon arasındaki anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.25'e göre yetersiz öz yeterlilik algısı boyutu ile onaylanma ($r=0,21$ $p<0,01$), ruminasyon ($r=0,37$ $p<0,01$), uzlaşma ($r=0,22$ $p<0,01$), duyguları zararlı görme ($r=0,44$ $p<0,01$), duyguları inkar ($r=0,2$ $p<0,01$), akılcılık ($r=0,2$ $p<0,01$) arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Yetersiz öz yeterlilik algısı ile rahatsızlık algısı ($r=-0,78$ $p<0,01$), duygulardan kaçınma ($r=-0,34$ $p<0,01$), farklılık ($r=-0,21$ $p<0,01$), duygulara karşı zayıflık ($r=-0,32$ $p<0,01$), duyguları inkar ($r=-0,15$ $p<0,05$) arasında negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat yetersiz öz yeterlilik ile hislerin kabullenilmesi, suçluluk, kontrol edilemezlik, süreklilik ve somatizasyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çizelge 4.25'e göre rahatsızlık algısı ile duygulardan kaçınma ($r=0,25$ $p<0,01$), farklılık ($r=0,23$ $p<0,01$), duygulara karşı zayıflık ($r=0,37$ $p<0,01$), duyguları inkar ($r=0,2$ $p<0,01$) arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Rahatsızlık algısı ile onaylanma ($r=-0,22$ $p<0,01$), kontrol edilemezlik ($r=-0,16$ $p<0,05$), ruminasyon ($r=-0,31$ $p<0,01$), anlaşılabilirlik ($r=-0,24$ $p<0,01$), duyguları zararlı görme ($r=-0,45$ $p<0,01$), akılcılık ($r=-0,2$ $p<0,01$) arasında negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat rahatsızlık algısı ile hislerin kabullenilmesi, suçluluk, süreklilik, uzlaşma ve somatizasyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çizelge 4.25'e göre onaylanma ile akılcılık ($r=0,14$ $p<0,05$) arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Onaylanma ile hislerin kabullenmesi ($r=-0,12$ $p<0,05$), duygulardan kaçınma ($r=-0,18$ $p<0,01$), farklılık ($r=-0,16$ $p<0,05$), süreklilik ($r=-0,15$ $p<0,05$), duygulara karşı zayıflık ($r=-0,19$ $p<0,05$), duyguları inkar ($r=-0,2$ $p<0,05$) arasında negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat onaylanma suçluluk, kontrol edilemezlik, anlaşılabilirlik, uzlaşma ve somatizasyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çizelge 4.25'e göre hislerin kabullenilmesi ile suçluluk ($r=0,17$ $p<0,05$), kontrol edilemezlik ($r= 0,24$ $p<0,01$), ruminasyon ($r=0,16$ $p<0,05$), farklılık ($r=0,10$ $p<0,05$), uzlaşa ($r=0,24$ $p<0,01$), duygulara karşı zayıflık ($r=0,19$ $p<0,05$) duyguları inkar ($r=0,3$ $p<0,01$) arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Hislerin kabullenilmesi ile duygulardan kaçınma($r=-0,12$ $p<0,05$) arasında negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat hislerin kabullenilmesi ile anlaşılabilirlik, süreklilik, duyguları zararlı görme, akılcılık ve somatizasyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çizelge 4.25'e göre suçluluk ile ruminasyon ($r=0,19$ $p<0,05$), uzlaşa ($r=0,28$ $p<0,01$), duygulara karşı zayıflık($r=0,18$ $p<0,01$), duyguları inkar ($r=0,3$ $p<0,01$) arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Suçluluk ile duygulardan kaçınma ($r=-0,17$ $p<0,05$) arasında negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat suçluluk ile kontrol edilemezlik , farklılık, anlaşılabilirlik, süreklilik, duyguları zararlı görme, akılcılık ve somatizasyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çizelge 4.25'e göre duygulardan kaçınma ile farklılık ($r=0,15$ $p<0,05$), duyguları inkar ($r=0,1$ $p<0,05$) arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Duygulardan kaçınma ile kontrol edilemezlik ($r=-0,17$ $p<0,05$), ruminasyon ($r=-0,39$ $p<0,01$), uzlaşa ($r=-0,32$ $p<0,01$), duyguları zararlı görme ($r=-0,26$ $p<0,01$), akılcılık ($r=-0,23$ $p<0,01$) arasında negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat duygulardan kaçınma ile anlaşılabilirlik, süreklilik, duygulara karşı zayıflık ve somatizasyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çizelge 4.25'e göre kontrol edilemezlik, ruminasyon ($r=0,19$ $p<0,05$), uzlaşa ($r=0,2$ $p<0,01$), akılcılık ($r=0,1$ $p<0,05$) arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat kontrol edilemezlik ile farklılık, süreklilik, anlaşılabilirlik, duyguları zararlı görme, duygulara karşı zayıflık, duyguları inkar ve somatizasyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çizelge 4.25'e göre ruminasyon, anlaşılabilirlik ($r=0,11$ $p<0,05$), uzlaşa ($r=0,4$ $p<0,01$), duyguları zararlı görme ($r=0,28$ $p<0,01$), duyguları inkar ($r=0,15$ $p<0,05$), akılcılık ($r=0,36$ $p<0,01$) arasında anlamlı ve pozitif ilişki bulunmuştur. Ruminasyon ile farklılık ($r=-0,18$ $p<0,05$) arasında negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat ruminasyon ile süreklilik, duygulara karşı zayıflık ve somatizasyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çizelge 4.25'e göre farklılık ile süreklilik ($r=0,15$ $p<0,05$), duygulara karşı zayıflık ($r=0,21$ $p<0,01$), duyguları inkar ($r=0,2$ $p<0,01$) arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Farklılık ile duyguları zararlı görme ($r=-0,15$ $p<0,05$), akılcılık ($r=-0,21$ $p<0,01$) arasında negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat farklılık ile anlaşılabilirlik, uzlaşa ve somatizasyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çizelge 4.25'e göre anlaşılabilirlik ile duyguları zararlı görme ($r=0,26$ $p<0,01$) arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Anlaşılabilirlik ile duygulara karşı zayıflık ($r=-0,42$ $p<0,01$), duyguları inkar ($r=-0,2$ $p<0,01$), somatizasyon ($r=-0,12$ $p<0,05$) arasında negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat anlaşılabilirlik ile süreklilik, uzlaşa ve akılcılık arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çizelge 4.25'e göre süreklilik ile uzlaşa ($r=0,1$ $p<0,05$) arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat süreklilik ile uzlaşa, duyguları zararlı görme, duygulara karşı zayıflık, akılcılık arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çizelge 4.25'e göre uzlaşa ile duyguları inkar ($r=0,25$ $p<0,01$) ve akılcılık ($r=0,3$ $p<0,01$) arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat uzlaşa ile duyguları zararlı görme, duygulara karşı zayıflık ve somatizasyon arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çizelge 4.25'e göre duyguları zararlı görme ile akılcılık ($r=0,2$ $p<0,01$) arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Duyguları zararlı görme ile duygulara karşı zayıflık ($r=-0,34$ $p<0,01$), duyguları inkar ($r=-0,4$ $p<0,01$) arasında negatif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat duyguları zararlı görme ile somatizasyon arasında ilişki bulunamamıştır.

Çizelge 4.25'e göre duygulara karşı zayıflık ile duyguları inkar ($r=0,4$ $p<0,01$) arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Fakat duygulara karşı zayıflık ile akılcılık ve somatizasyon arasında ilişki bulunamamıştır.

Çizelge 4.25'e göre duyguları inkar ile akılcılık arasında; akılcılık ile somatizasyon arasında ilişki bulunamamıştır.

4.10 Psikosomatik Hastalıklar ile Stres Arasındaki İlişkide Duygusal Şemaların Aracı Rolüne İlişkin Bulgular

Psikosomatik hastalıklar ile stres arasındaki ilişkide duygusal şemaların aracı rolünün incelenmesi amacıyla aracı değişken analizi yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda somatizasyon ölçeği bağımlı değişken, stres boyutları (yetersiz öz yeterlilik algısı ve algılanan rahatsızlık) bağımsız değişken ve duygusal şema boyutları (onaylanma, hislerin kabullenilmesi, suçluluk, duygulardan kaçınma, kontrol edilemezlik, ruminasyon, farklılık, anlaşılabilirlik, süreklilik, uzlaşma, duyguları zararlı görme, duygulara karşı zayıflık, duyguları inkar, akılcılık) aracı değişken olarak belirlenmiştir. Bu analiz için SPSS PROCESS eklentisi ve bu eklentinin Model 4'ü kullanılmıştır (Hayes, 2012).

Hayes'in aracı değişken analizi yöntemi ile Baron ve Kenny'nin (1986) yöntemi arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Baron ve Kenny (1986) tarafından önerilen yöntem, aracı değişkenin etkisini belirlemek için dört adımlı bir süreç öngörmektedir. Bu süreçte, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin (c yolu) anlamlı olması, bağımsız değişkenin aracı değişken üzerindeki etkisinin (a yolu) anlamlı olması, aracı değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin (b yolu) anlamlı olması ve son olarak bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki doğrudan etkisinin (c' yolu) aracı değişken modele eklendiğinde anlamlılığını kaybetmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım, aracı değişkenin tam aracılık mı yoksa kısmi aracılık mı oluşturduğunu değerlendirmeyi hedeflemektedir (Baron & Kenny, 1986).

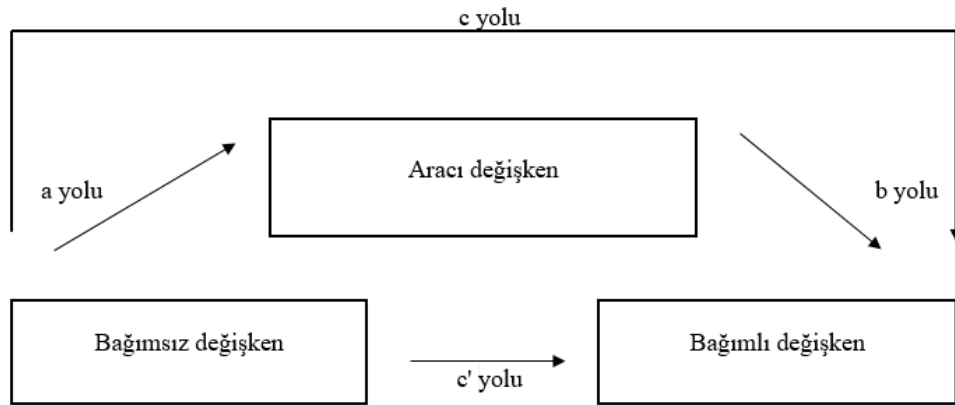
Hayes (2013) tarafından önerilen yöntem ise bu sürecin istatistiksel zayıflıklarını ve sınırlamalarını gidermeye odaklanmaktadır. Hayes, özellikle bootstrap yöntemi ile dolaylı etkilerin anlamlılığını test etmeye vurgu yapar. Bootstrap yöntemi, örneklemelerden tekrar eden çekimlerle elde edilen dağılım üzerinden güven aralıkları oluşturarak dolaylı etkinin anlamlılığını değerlendirir. Bu yaklaşım, dağılım varsayımlarına dayalı testlerin eksikliklerini gidererek daha güçlü bir istatistiksel çerçeve sunar (Hayes, 2013). Ayrıca, Hayes'in yöntemi, birden fazla aracı değişkenin aynı anda modele dâhil edilmesini ve karmaşık aracı etkilerin analiz edilmesini kolaylaştıran PROCESS makrosu gibi araçlar sunar.

Sonuç olarak, Baron ve Kenny'nin (1986) yöntemi daha çok süreç temelli bir yaklaşıma dayanırken, Hayes'in (2013) yöntemi istatistiksel güç ve esneklik sağlamaya odaklanmaktadır. Bu farklılık, özellikle karmaşık modellerin analizinde Hayes'in yöntemini daha tercih edilir kılmaktadır.

Aracı değişken analizine göre, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi "toplam etki" olarak adlandırılmakta ve literatürde genellikle c yolu ile ifade edilmektedir. Aracı değişkenin modele dâhil edilmesi durumunda, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi "doğrudan etki" olarak tanımlanmakta ve c' yolu ile gösterilmektedir. Bununla birlikte, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene aracı değişken üzerinden etkisi ise "dolaylı etki" (ab^*) şeklinde ifade edilmektedir (Hayes, 2012).

Bu tür bir çerçeve, bağımsız değişkenin etkisinin doğrudan mı, dolaylı mı gerçekleştiğini veya her iki mekanizmanın bir arada işlediğini analiz etmede önemlidir.

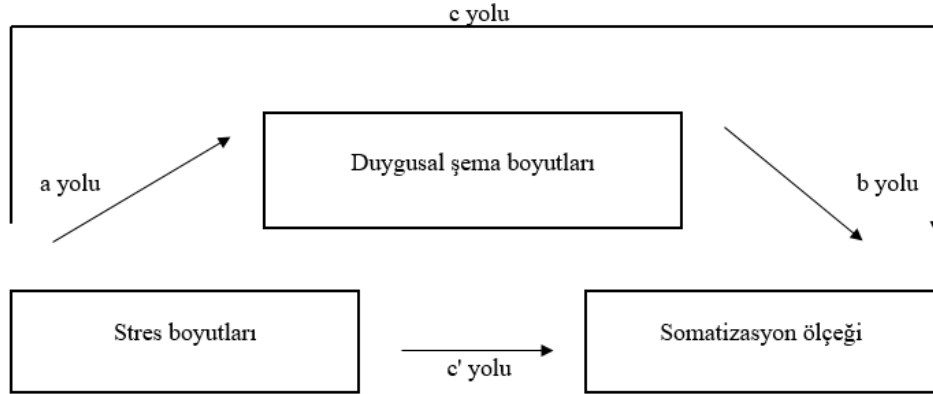
Modern yaklaşımlar, Sobel testine kıyasla daha geçerli ve güvenilir sonuçlar elde etmek için bootstrap tekniğiyle dolaylı etkinin test edilmesini önermektedir. Bootstrap yöntemi, verilerin yanlılık ve çarpıklık gibi problemlere karşı düzeltilmesini sağlayarak daha sağlam ve güvenilir sonuçlar sunmaktadır. Bu teknik kullanıldığında, yanlılık düzeltilmesi yapılmış güven aralığı (CI) değerleri elde edilir.



Şekil 4.7: Model 4 (Hayes, 2012)

Hayes (2012), geliştirdiği SPSS PROCESS makrosunda, güven aralığının alt ve üst sınırlarının (LLCI ve ULCI) sıfır (0) değerini içermemesi durumunda aracılık etkisinin anlamlı olduğunu belirtmiştir (Hayes, 2018; Gürbüz & Bayık, 2018).

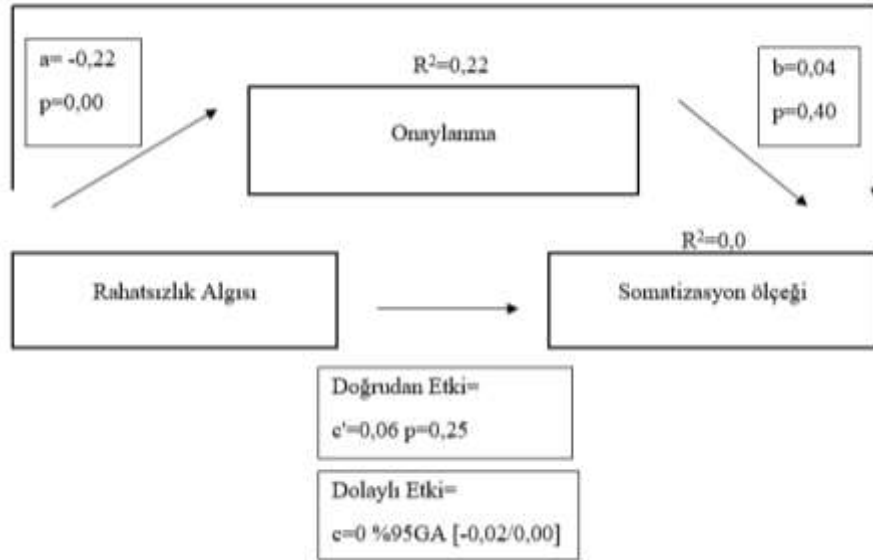
Şekil 4.3.'teki modelin psikosomatik hastalıklar ile stres arasındaki ilişkide duygusal şemaların aracı rolüne uyarlanmış hali Şekil 4.8'de sunulmaktadır.



Şekil 4.8: Araştırmanın Aracılık Modeli

4.10.1 Rahatsızlık algısı ile psikosomatik hastalıklar arasındaki ilişkide duygusal şema alt boyutlarının aracı rolü

Bu bölümde stres ölçeğinin rahatsızlık algısı boyutu bağımsız değişken, somatizasyon ölçeği puanı bağımlı değişken ve duygusal şema alt boyutu olan onaylanma ise aracı değişken olarak analize dahil edilmiştir.

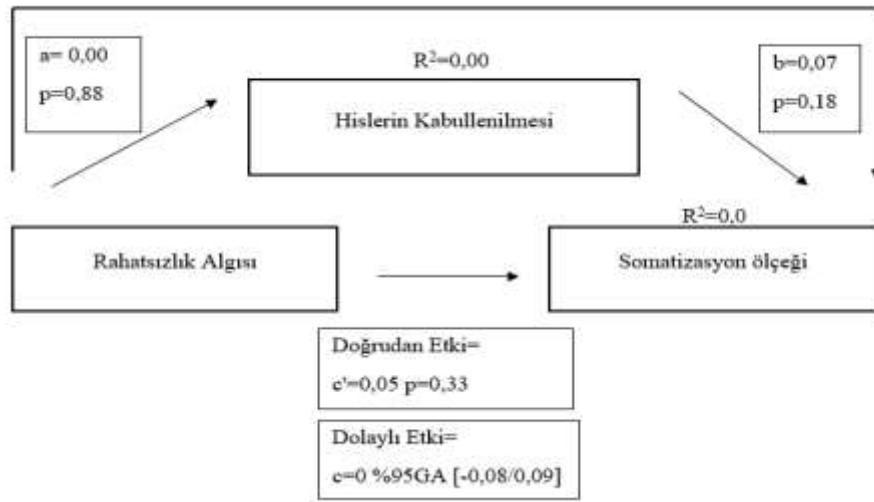


Şekil 4.9: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Onaylanma Alt Boyutunun Aracı Modeli

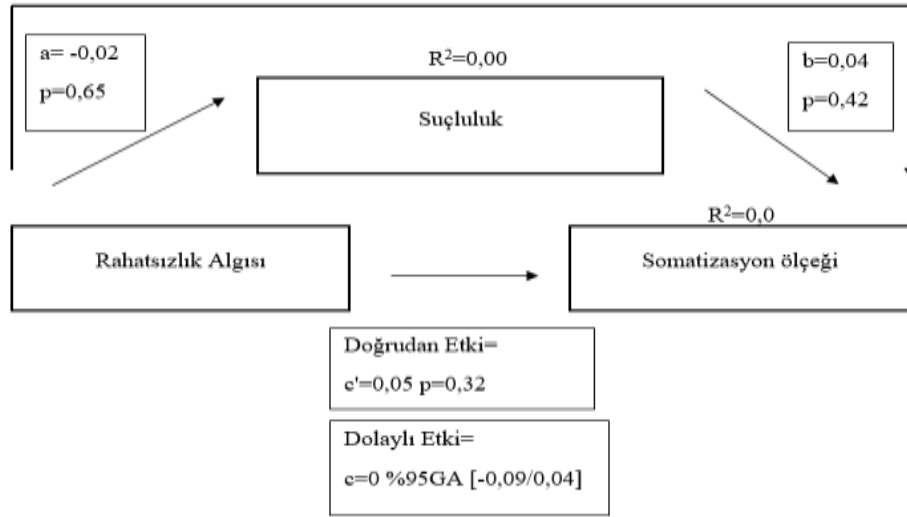
Şekil 4.9.'da rahatsızlık algısının somatizasyon ile ilişkisinde onaylanmanın aracı rolünü gösteren a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. A yolu rahatsızlık algısının onaylanma üzerindeki etkisini göstermektedir. Buna göre rahatsızlık algısı

onaylanmayı negatif ve anlamlı şekilde yordamaktadır ($a=-0,22$ G.A= $-0,16/-0,6$). Rahatsızlık algısı, onaylanma şemasının %22'sini açıklamaktadır ($R^2=0,22$). B yolu onaylanmanın somatizasyon üzerindeki etkisini göstermektedir. Onaylanma somatizasyonu yordamamaktadır ($b=0,04$ G.A= $-0,08/0,21$). Dolaylı etki ($c=0,0$ %95 GA $[-0,02/0,00]$) ve doğrudan etki ($c'=0,06$ GA $[-0,03/0,11]$) onaylanmanın rahatsızlık algısı ve somatizasyon arasında aracı etkisi olmadığını ortaya koymaktadır($p>0,05$).

Şekil 4.10'da rahatsızlık algısı alt boyutu ile somatizasyon ölçeği arasında hislerin kabullenilmesi alt boyutunun a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Yapılan analize göre rahatsızlık algısı hislerin kabullenilmesini yordamamaktadır ($a=0,00$ $p=0,88$). Hislerin kabullenilmesi rahatsızlık algısını yordamamaktadır ($b=0,07$ $p=0,18$). Doğrudan etki ($c'=0,05$ $p=0,33$) ve dolaylı etki ($c=0$ %95GA $[-0,08/0,09]$) sonuçlarına göre rahatsızlık algısı ve somatizasyon ölçeği arasında hislerin kabullenilmesinin aracı rolü bulunmamaktadır ($p>0,05$).

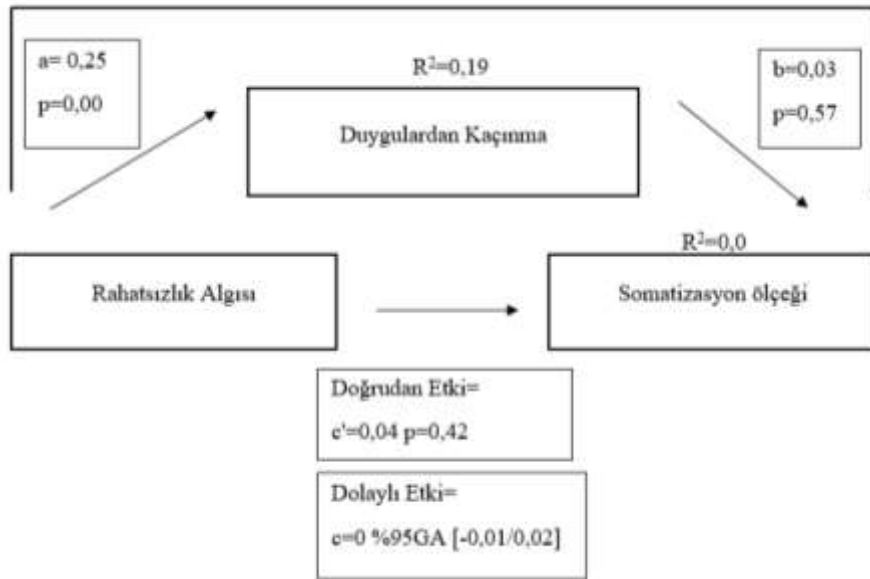


Şekil 4.10: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Hislerin Kabullenilmesi Alt Boyutunun Aracı Modeli



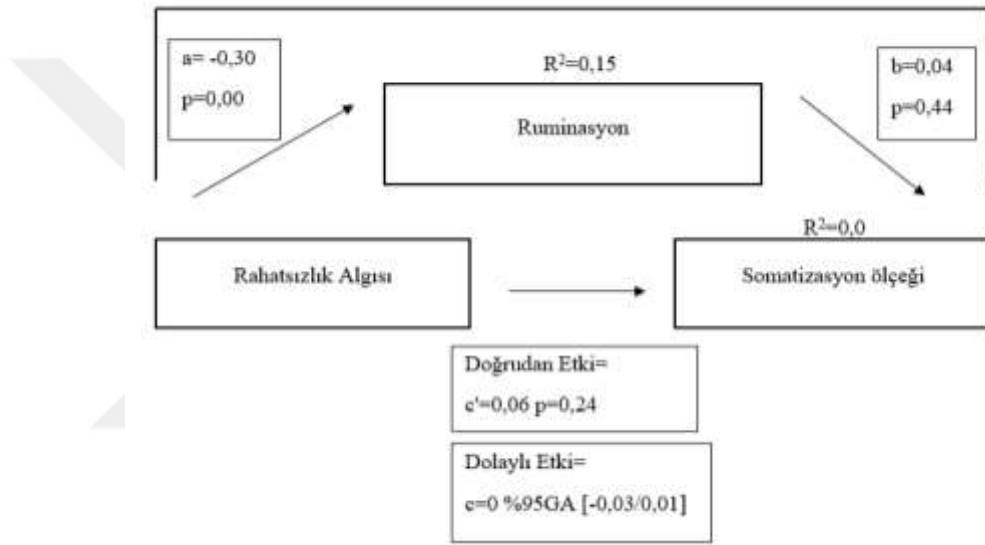
Şekil 4.11: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Suçluluk Alt Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.11'de rahatsızlık algısı ile somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide suçluluk alt boyutunun a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Yapılan analiz sonucuna göre rahatsızlık algısının suçluluğa olan etkisini ifade eden a yolunda anlamlı bir etki gözlenmemektedir ($a = -0,02$ $p = 0,65$). Benzer şekilde suçluluk boyutunun somatizasyon üzerindeki etkisini gösteren b yolunda da anlamlı ilişki gözlenmemektedir ($b = 0,04$ $p = 0,42$). Doğrudan etki ($c' = 0,05$ $p = 0,32$) ve dolaylı etki ($c = 0$ %95 GA [-0,09/0,04]) göz önüne alındığında rahatsızlık algısı ile somatizasyon ölçeği arasında suçluluk boyutunun aracılık rolü bulunmamaktadır ($p > 0,05$).



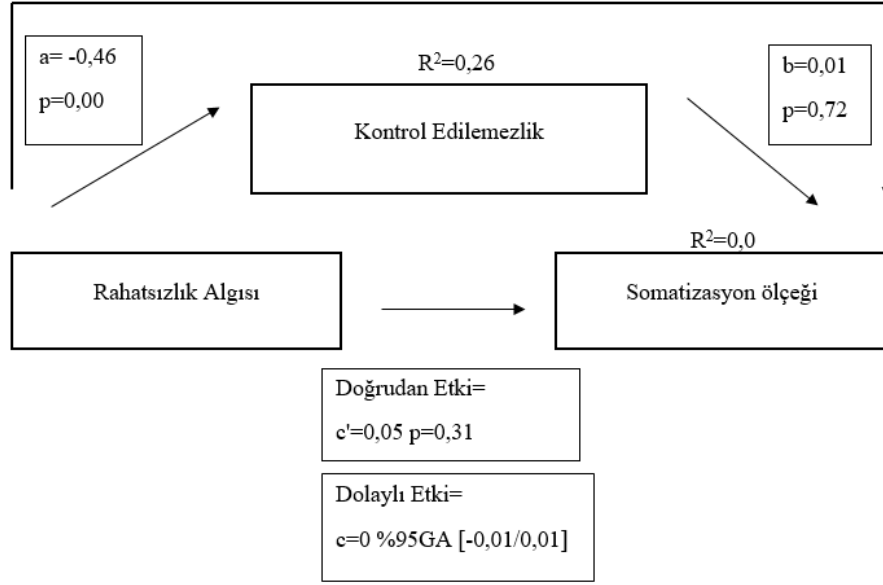
Şekil 4.12: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Duygulardan Kaçınma Alt Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.12’de rahatsızlık algısı ile somatizasyon ölçeği arasında duygulardan kaçınma boyutunun aracılık rolünü gösteren a, b, c, c' yolları sunulmaktadır. Buna göre rahatsızlık algısı duygulardan kaçınmayı pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır ($a=0,25$ $p=0,05$ $G.A=0,12/0,309$). Rahatsızlık algısı suçluluk şemasının %19’unu açıklamaktadır ($R^2=0,19$). Duygulardan kaçınma somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır ($b=0,03$ $p=0,57$). Doğrudan etki ($c'=0,04$ $p=0,42$) ve dolaylı etki ($c=0$ %95 GA $[-0,01/0,02]$) bulgularına göre duygulardan kaçınma boyutunun rahatsızlık algısı ve somatizasyon arasında aracılık rolü bulunmamaktadır ($p>0,05$).



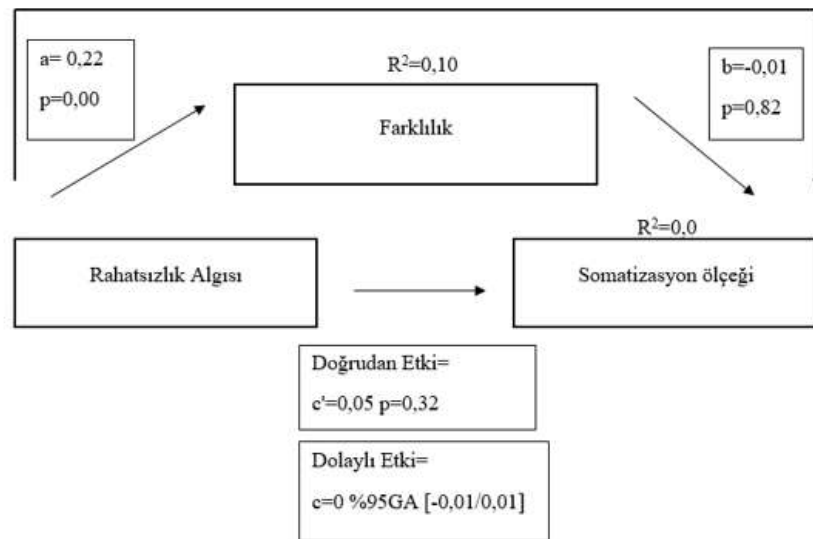
Şekil 4.13: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ölçeği Arasında Ruminasyon Alt Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.13’te rahatsızlık algısı, somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide ruminasyonun aracı rolünü gösteren a, b, c, c' yolları sunulmaktadır. Elde edilen bulgulara göre rahatsızlık algısı ruminasyonu negatif ve anlamlı olarak yordamaktadır ($a=-0,30$ $p=0,00$). Rahatsızlık algısı ruminasyonun %15’ini açıklamaktadır ($R^2=0,015$). Ruminasyon ($b=0,04$ $p=0,44$) somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır. Doğrudan etki ($c'=0,06$ $p=0,24$) ve dolaylı etki ($c=0$ %95 GA $[-0,03/0,01]$) sonuçlarına göre rahatsızlık algısı ve somatizasyon arasındaki ilişkide ruminasyonun aracılık rolü bulunmamaktadır.



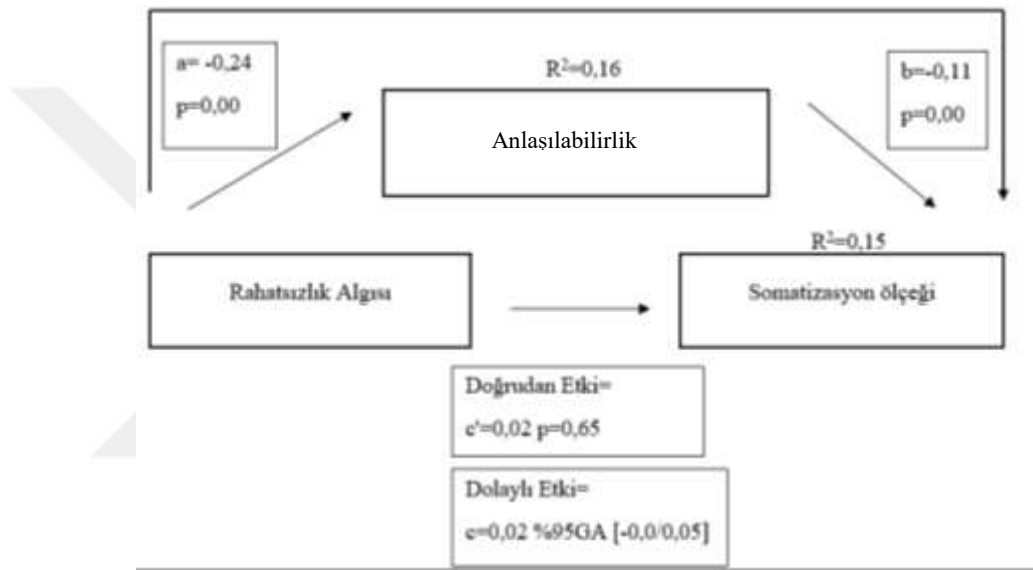
Şekil 4.14: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Kontrol Edilemezlik

Şekil 4.14'te rahatsızlık algısı ile somatizasyon ölçeği arasında kontrol edilemezlik boyutunun aracılık rolünü gösteren a, b, c, c' yolları sunulmaktadır. Yapılan analize göre rahatsızlık algısı kontrol edilemezliği negatif ve anlamlı olarak yordamaktadır (a=-0,46 p=0,0 GA [-0,21/-0,04]). Rahatsızlık algısı kontrol edilemezlik alt boyutunun %26'sını açıklamaktadır (R²=0,26). Kontrol edilemezlik somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır (b=0,01 p=0,72) doğrudan etki (c'=0,05 p=0,31) ve dolaylı etki (c=0 %95 GA [-0,01/0,01]) sonuçlarına göre rahatsızlık algısı ve somatizasyon ölçeği arasında kontrol edilemezlik alt boyutunun aracı rolü bulunmamaktadır (p>0,05).



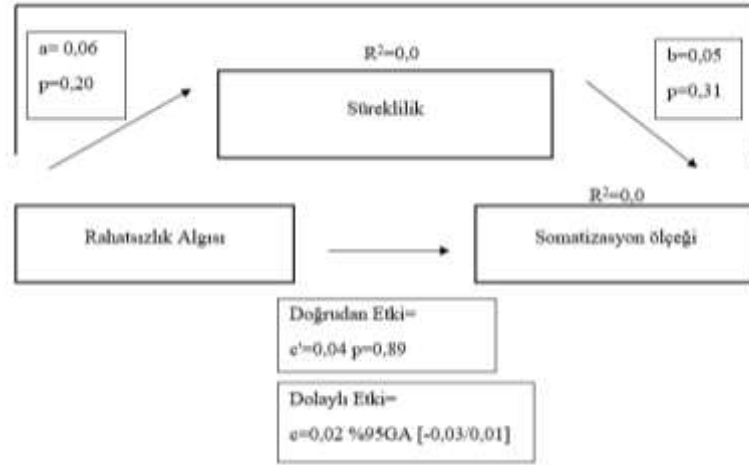
Şekil 4.15: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Farklılık Alt Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.15.'te rahatsızlık algısı ile somatizasyon ölçeğinin arasındaki ilişkide farklılık boyutunun aracılık rolünün a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Analiz sonucu elde edilen bulgulara göre rahatsızlık algısı farklılık boyutunu olumlu ve anlamlı olarak yordamaktadır ($a=0,22$ $p=0,00$ %95 GA [0,09/0,26]). Rahatsızlık algısı farklılık boyutunun %10'unu açıklamaktadır ($R^2=0,10$). Farklılık boyutu somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır ($b=-0,01$ $p=0,82$). Kurulan aracılık modelinde doğrudan etki ($c'=0,05$ $p=0,32$) ve dolaylı etki ($c=0$ %95 GA [-0,01/0,01]) sonuçlarına göre farklılık boyutu rahatsızlık algısı ve somatizasyon ölçeği arasında aracı rolde bulunmamaktadır.



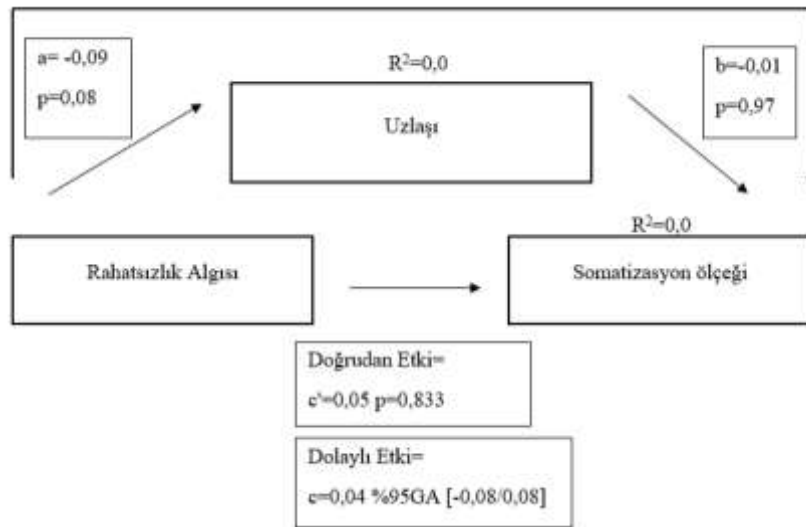
Şekil 4.16: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Anlaşılabilirlik Alt Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.16'da anlaşılabilirlik alt boyutunun rahatsızlık algısı ve somatizasyon arasındaki ilişkide aracılık rolü gösteren a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgularda rahatsızlık algısı anlaşılabilirlik boyutunu negatif ve anlamlı olarak yordamaktadır ($a=-0,24$ $p=0,00$ GA [-0,22/ -0,09]). Rahatsızlık algısı anlaşılabilirlik boyutunun %16'sını açıklamaktadır ($R^2=0,16$). Anlaşılabilirlik boyutu somatizasyon ölçeğini anlamlı ve negatif olarak yordamaktadır ($b=-0,11$ $p=0,00$ GA [-0,22/ -0,001]). Doğrudan etki ($c'=0,02$ $p=0,16$) değerlerine göre anlaşılabilirlik boyutu rahatsızlık algısı ve somatizasyon ölçeği arasında doğrudan aracı role sahip değildir. Fakat dolaylı etki sonuçlarına göre %95 güven aralığında kalan LLCI ve ULCI değerleri anlaşılabilirliğin aracı rolünün anlamlı olduğunu göstermektedir ($c=0,02$ %95 GA [-0,0/0,05]).



Şekil 4.17: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Süreklilik Alt Boyutunun Aracı Modeli

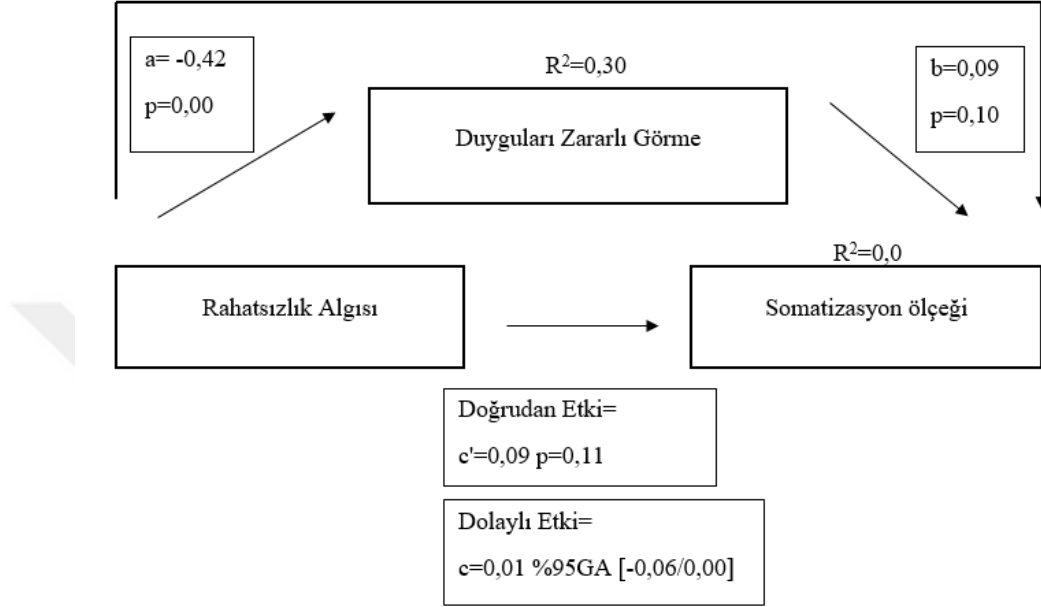
Şekil 4.17’de rahatsızlık algısı ile somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide süreklilik boyutunun aracılığı modelinde a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgularda rahatsızlık algısının süreklilik boyutu üzerinde anlamlı etkisi görülmemektedir (a=0,06 p=0,20). Süreklilik boyutu somatizasyon ölçeğini anlamlı olarak yordamamaktadır (b=0,05 p=0,31). Doğrudan etki (c'=0,04 p=0,89) ve dolaylı etki (c=0,02 %95 GA [-0,03/0,01]) birlikte değerlendirildiğinde süreklilik boyutunun rahatsızlık algısı ile somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide aracılık rolü bulunmamaktadır.



Şekil 4.18: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Uzlaşma Alt Boyutunun Aracı Modeli

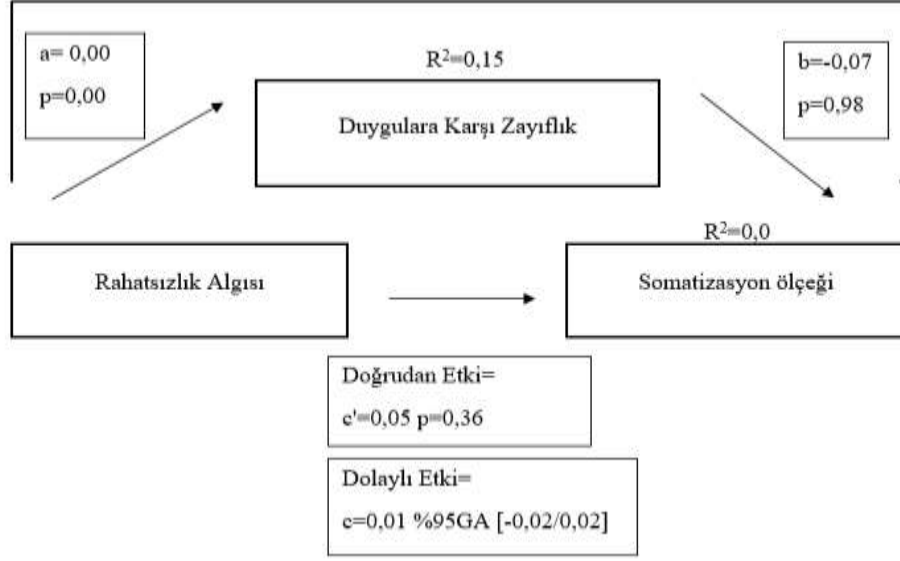
Şekil 4.18’de rahatsızlık algısı ile somatizasyon ölçeği arasında uzlaşma boyutunun aracılık modelinin a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen

bulgulara rahatsızlık algısı uzlaşısı boyutunu anlamlı olarak yordamamaktadır ($a=-0,09$ $p=0,08$). Uzlaşısı boyutunun somatizasyon ölçeğini yordamadığı görülmektedir ($b=-0,01$ $p=0,97$). Doğrudan etki ($c'=0,05$ $p=0,83$)ve dolaylı etki ($c=0,04$ %95 GA [-0,08/0,08]) sonuçları birlikte değerlendirildiğinde uzlaşısı boyutunun rahatsızlık algısı ve somatizasyon ölçeği arasında aracılık rolünün olmadığı görülmektedir.



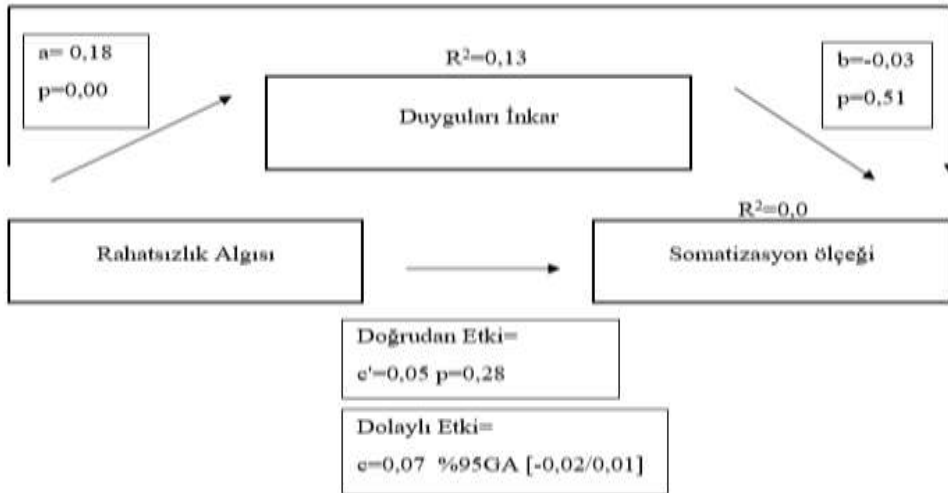
Şekil 4.19: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ölçüğü Arasında Duyguları Zararlı Görme Alt Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.19'da rahatsızlık algısının somatizasyon ölçeği ile olan ilişkisinde duyguları zararlı görmenin aracılık modelinin a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgulara rahatsızlık algısı duyguları zararlı görme boyutunu negatif ve anlamlı olarak yordamaktadır ($a=-0,42$ $p=0,0$ %95 GA [-0,30/-0,19]). Rahatsızlık algısı duyguları zararlı görmenin %30'unu açıklamaktadır ($R^2=0,30$). Duyguları zararlı görme somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır ($b=0,09$ $p=0,10$). Doğrudan etki ($c'=0,09$ $p=0,11$) ve dolaylı etki ($c=0,01$ %95 GA [-0,06/0,00]) bulguları değerlendirildiğinde duyguları zararlı boyutunun rahatsızlık algısı ve somatizasyon ölçeği arasında aracılık boyutunun olmadığı görülmektedir.



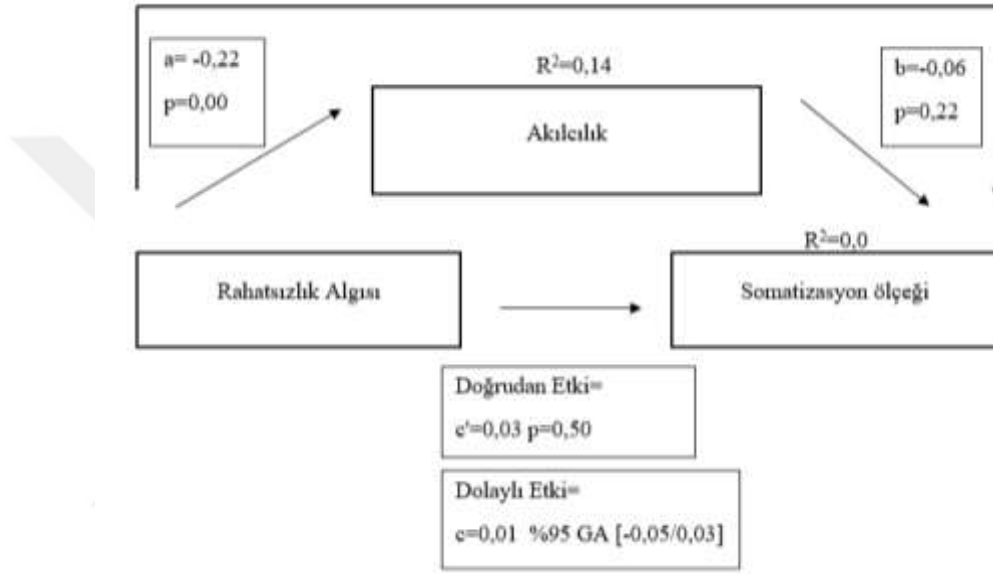
Şekil 4.20. Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Duygulara Karşı Zayıflık Alt Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.20’de rahatsızlık algısının somatizasyon ölçeği ile olan ilişkisinde duygulara karşı zayıflık aracılık modelinin a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgularda rahatsızlık algısı duygulara karşı zayıflık boyutunu pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır (a=0,36 p=0,0). Rahatsızlık algısı duygulara karşı zayıflık boyutunun %15’ini açıklamaktadır ($R^2=0,15$). Duygulara karşı zayıflık somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır (b=-0,07 p=0,98). Doğrudan etki (c’=0,05 p=0,36) ve dolaylı etki (c=0,01 %95 GA [-0,02/0,02]) sonuçlarına göre duygulara karşı zayıflık rahatsızlık algısı ve somatizasyon ölçeği arasında aracılık rolü göstermemektedir.



Şekil 4.21: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Duyguları İnkâr Alt Boyutunun Aracı Modeli

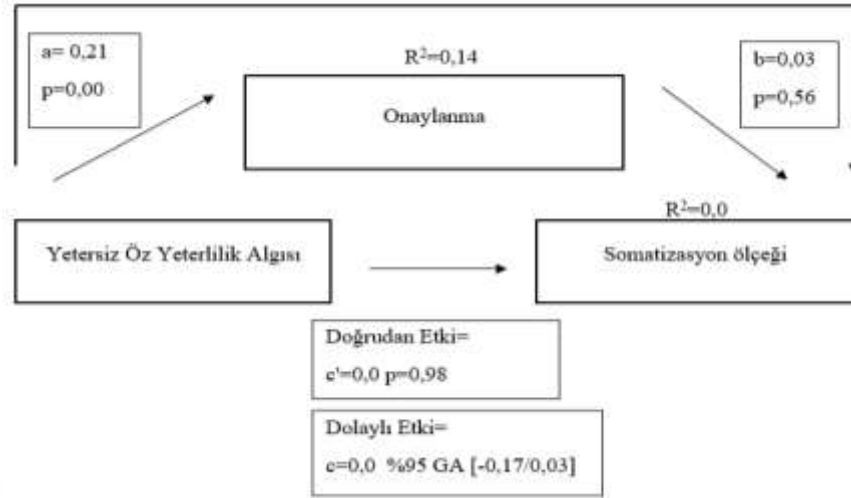
Şekil 4.21’de rahatsızlık algısının somatizasyon ölçeği ile olan ilişkisinde duyguları inkar aracılık modelinin a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgularda rahatsızlık algısı duyguları inkarı yordamaktadır ($a=0,18$ $p=0,0$). Rahatsızlık algısı duyguları inkar boyutunun %13’ünü açıklamaktadır ($R^2=0,13$). Duyguları inkar somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır ($b=-0,03$ $p=0,51$). Doğrudan etki ($c'=0,05$ $p=0,28$) ve dolaylı etki ($c=0,07$ %95GA $[-0,02/0,01]$) sonuçlarına göre duyguları inkar rahatsızlık algısı ve somatizasyon ölçeği arasında aracılık rolü göstermemektedir.



Şekil 4.22: Rahatsızlık Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasında Akılcılık Alt Boyutunun Aracı Modeli

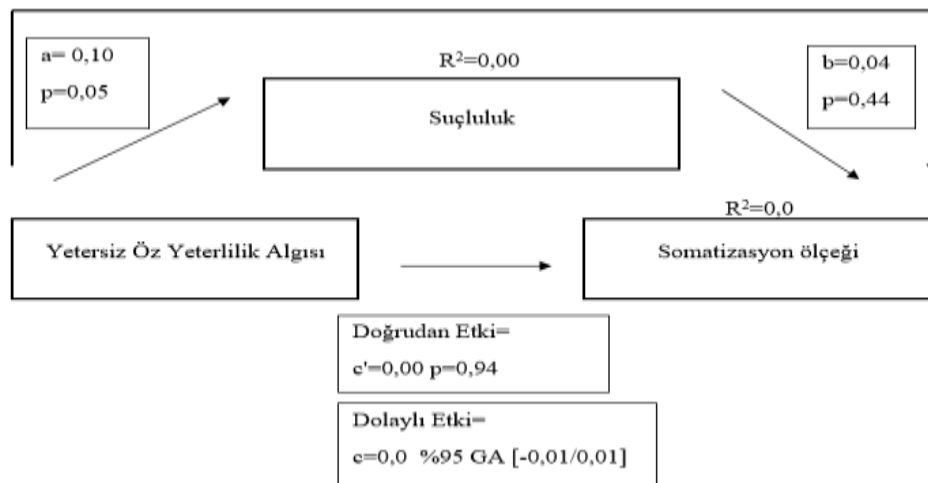
Şekil 4.22’de rahatsızlık algısı ile somatizasyon ilişkisinde akılcılık boyutunun aracılık rolünü gösteren a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgularda rahatsızlık algısı akılcılık boyutunu negatif ve anlamlı olarak yordamaktadır ($a=-0,22$ $p=0,0$). Rahatsızlık algısı akılcılık boyutunun %14’ünü açıklamaktadır ($R^2=0,14$). Akılcılık boyutu somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır ($b=-0,06$ $p=0,22$). Doğrudan etki ($c'=0,03$ $p=0,50$) ve dolaylı etki ($c=0,01$ %95 GA $[-0,05/0,03]$) sonuçlarına göre akılcılık rahatsızlık algısı ve somatizasyon ölçeği arasında aracılık rolü göstermemektedir.

4.10.2 Yetersiz öz yeterlilik algısı ile psikosomatik hastalıklar arasındaki ilişkide duygusal şema alt boyutlarının aracı rolü



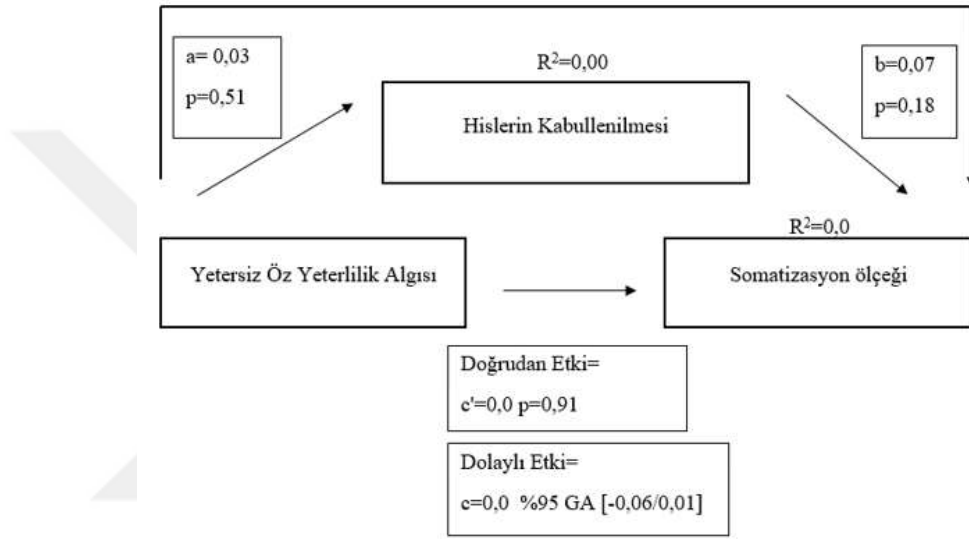
Şekil 4.23: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Onaylanma Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.23'te yetersiz öz yeterlilik algısı ile somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide onaylanma boyutunun aracılık modelinin a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgularda yetersiz öz yeterlilik algısı onaylanma boyutunu anlamlı ve pozitif olarak yordamaktadır ($a=0,21$ $p=0,0$). Yetersiz öz yeterlilik algısı onaylanma boyutunun %14'ünü açıklamaktadır ($R^2=0,14$). Onaylanma boyutu somatizasyon ölçeğini anlamlı olarak yordamamaktadır ($b=0,03$ $p=0,56$). Doğrudan etki ($c'=0,0$ $p=0,98$) ve dolaylı etki ($c=0,0$ %95 GA [-0,17/0,03]) sonuçlarına göre onaylanma boyutu yetersiz öz yeterlilik ve somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide aracı rol üstlenmemektedir.



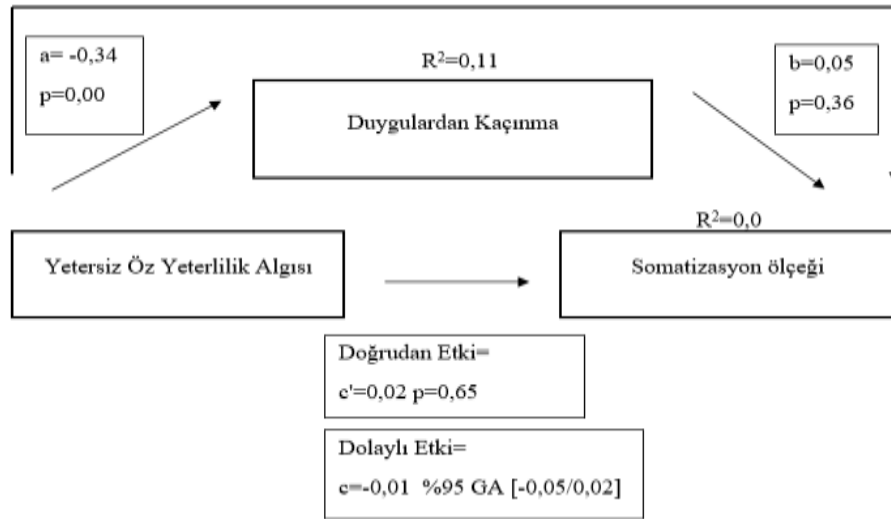
Şekil 4.24: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Suçluluk Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.24'te yetersiz öz yeterlilik boyutu ile somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide suçluluk boyutunun aracılık modelini gösteren a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgulara göre yetersiz öz yeterlilik boyutu suçluluk boyutu anlamlı olarak yordamamaktadır ($a=0,10$ $p=0,05$). Suçluluk boyutu somatizasyon ölçeğini anlamlı olarak yordamamaktadır ($b=0,04$ $p=0,44$). Doğrudan etki ($c'=0,0$ $p=0,94$) ve dolaylı etki ($c=0,0$ %95 GA $[-0,01/0,01]$) sonuçlarına göre yetersiz öz yeterlilik boyutu ile somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide suçluluk boyutunun aracılık rolü bulunmamaktadır.



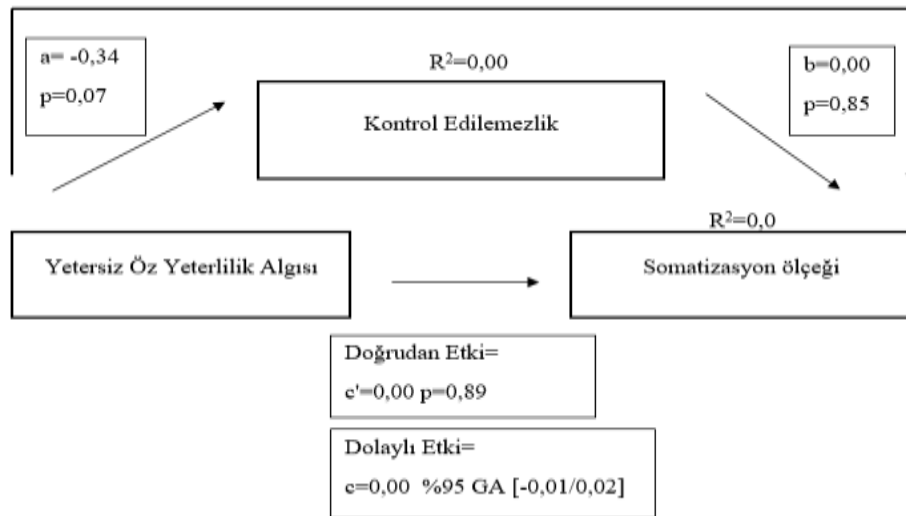
Şekil 4.25: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Hislerin Kabulenişmesi Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.25'te yetersiz öz yeterlilik algısı ve somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide hislerin kabulenişmesi boyutunun aracılık modelini gösteren a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgulara göre yetersiz öz yeterlilik boyutu hislerin kabulenişmesi boyutunu yordamamaktadır ($a=0,53$ $p=0,51$). Hislerin kabulenişmesi somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır ($b=0,07$ $p=0,18$). Doğrudan etki ($c'=0,0$ $p=0,91$) ve dolaylı etki ($c=0,0$ %95 GA $[-0,06/0,01]$) sonuçlarına göre yetersiz öz yeterlilik boyutu ile somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide hislerin kabulenişmesi boyutunun aracılık rolü bulunmamaktadır.



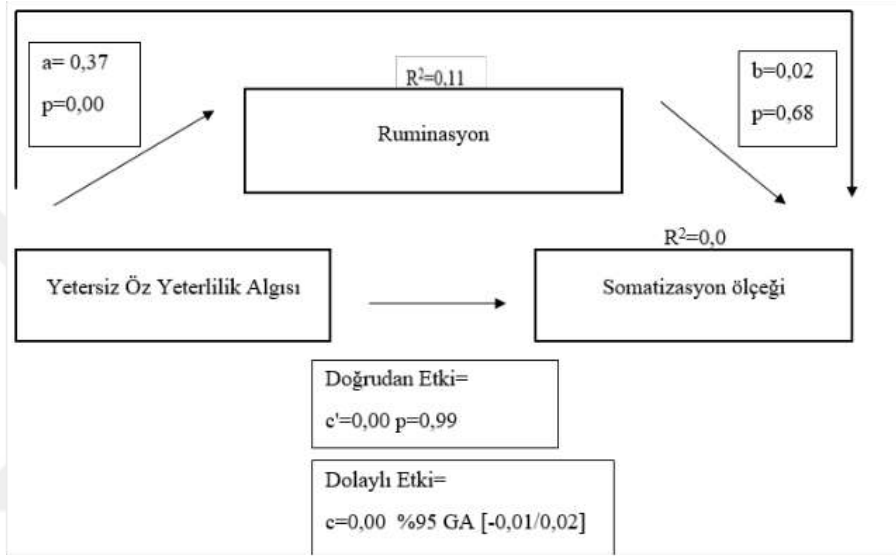
Şekil 4.26: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Duygulardan Kaçınma Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.26'da yetersiz öz yeterlilik algısı ve somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide duygulardan kaçınma boyutunun aracılık modelini gösteren a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgulara göre yetersiz öz yeterlilik boyutu duygulardan kaçınma boyutunu anlamlı olarak negatif şekilde yordamaktadır ($a = -0,34$, $p = 0,00$). Yetersiz öz yeterlilik algısı duygulardan kaçınmanın %11'ini açıklamaktadır ($R^2 = 0,11$). Duygulardan kaçınma boyutu somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır ($b = 0,05$, $p = 0,36$). Doğrudan etki ($c' = 0,02$, $p = 0,65$) ve dolaylı etki ($c = 0,01$, %95 GA [-0,05/0,02]) sonuçlarına göre yetersiz öz yeterlilik boyutu ile somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide hislerin kabullenilmesi boyutunun aracılık rolü boyutu bulunmamaktadır.



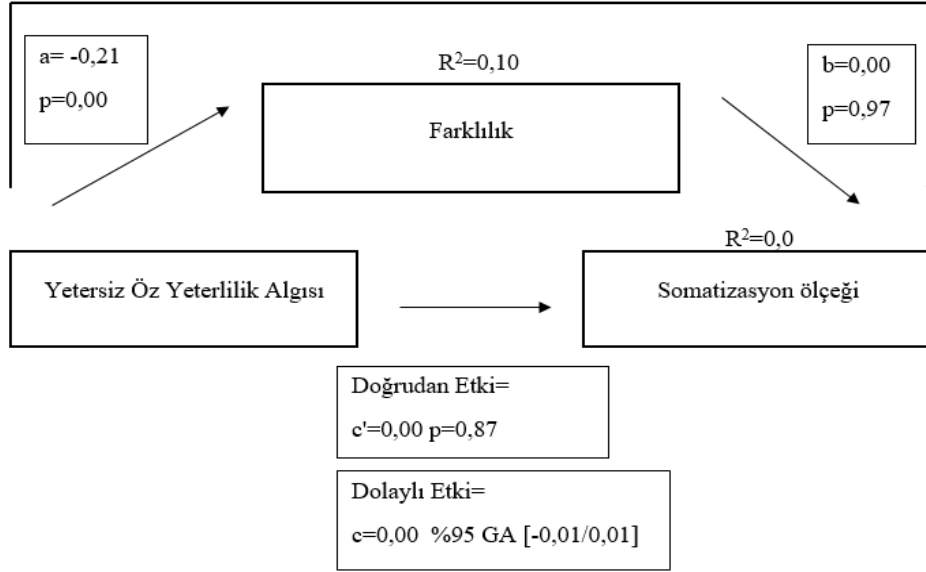
Şekil 4.27: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Kontrol Edilemezlik Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.27’de yetersiz öz yeterlilik algısı ve somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide kontrol edilemezlik boyutunun aracılık modelini gösteren a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgulara göre yetersiz öz yeterlilik boyutu kontrol edilemezlik boyutunu yordamamaktadır ($a=-0,34$ $p=0,07$). Kontrol edilemezlik boyutu somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır ($b=0,0$ $p=0,85$). Doğrudan etki ($c'=0,00$ $p=0,89$) ($c=0,00$ %95 GA [-0,01/0,02]) sonuçlarına göre yetersiz öz yeterlilik boyutu ile somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide kontrol edilemezlik boyutunun aracılık rolü bulunmamaktadır.



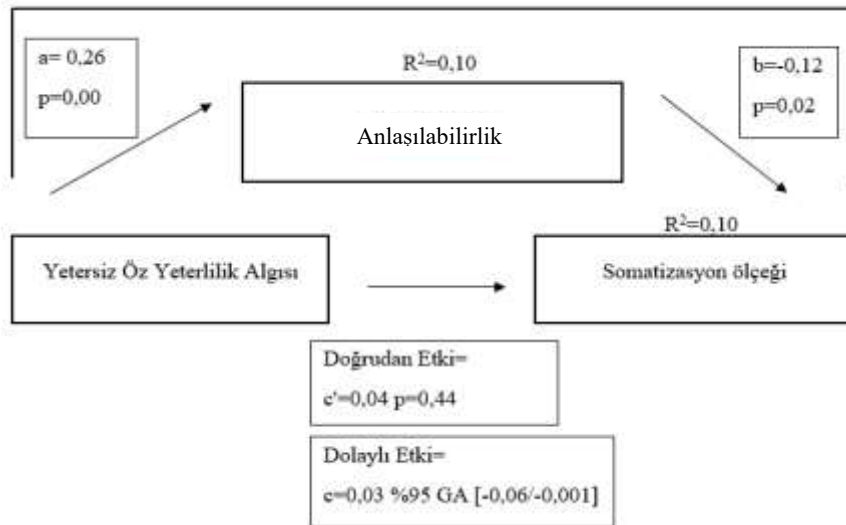
Şekil 4.28: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ölçeği Arasındaki İlişkide Ruminasyon Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.28’de yetersiz öz yeterlilik algısı ve somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide ruminasyon boyutunun aracılık modelini gösteren a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgulara göre yetersiz öz yeterlilik boyutu ruminasyonu anlamlı ve pozitif olarak yordamaktadır ($a=0,37$ $p=0,0$). Yetersiz öz yeterlilik algısı ruminasyonun %11’ini açıklamaktadır. Yetersiz öz yeterlilik algısı somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır ($b=0,02$ $p=0,68$). Doğrudan etki ($c'=0,0$ $p=0,99$) ve dolaylı etki ($c=0,00$ %95 GA [-0,01/0,02]) sonuçlarına göre yetersiz öz yeterlilik boyutu ile somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide ruminasyon boyutunun aracılık rolü bulunmamaktadır.



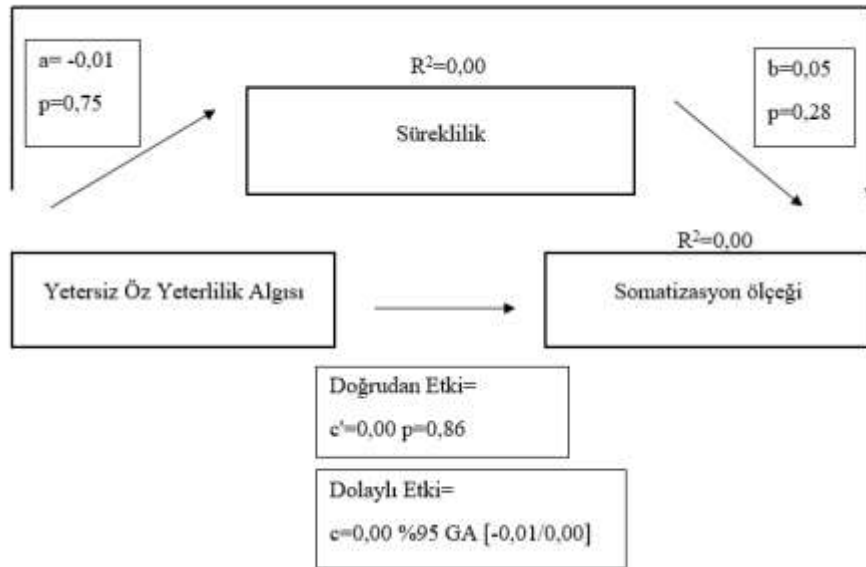
Şekil 4.29: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Farklılık Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.29'da yetersiz öz yeterlilik algısı ve somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide farklılık boyutunun aracılık modelini gösteren a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen Anlaşılabilirlik yetersiz öz yeterlilik boyutu farklılık boyutunu anlamlı ve negatif olarak yordamaktadır ($a = -0,21$, $p = 0,00$). Yetersiz öz yeterlilik algısı ruminasyonun %10'unu açıklamaktadır ($R^2 = 0,10$). Yetersiz öz yeterlilik algısı somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır ($b = 0,00$, $p = 0,97$). Doğrudan etki ($c' = 0,00$, $p = 0,87$) ve dolaylı etki ($c = 0,00$, %95 GA $[-0,01/0,01]$) sonuçlarına göre yetersiz öz yeterlilik boyutu ile somatizasyon ölçeği arasındaki farklılık boyutunun aracılık rolü bulunmamaktadır.



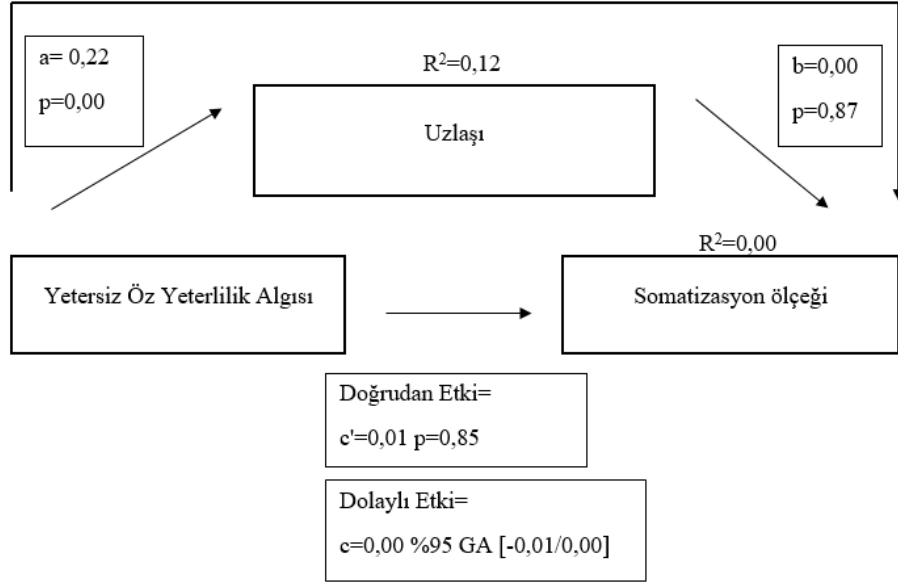
Şekil 4.30: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Anlaşılabilirlik Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.30'da anlaşılabilirlik alt boyutunun yetersiz öz yeterlilik algısı ve somatizasyon arasındaki ilişkide aracılık rolü gösteren a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgularda yetersiz öz yeterlilik algısı anlaşılabilirlik boyutunu pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır ($a=0,26$ $p=0,00$ GA $[-0,20/ -0,05]$). Yetersiz öz yeterlilik algısı anlaşılabilirlik boyutunun %10'unu açıklamaktadır ($R^2=0,10$). Anlaşılabilirlik boyutu somatizasyon ölçeğini anlamlı ve negatif olarak yordamaktadır ($b=-0,12$ $p=0,00$ GA $[-0,20/ -0,001]$). Doğrudan etki ($c'=0,04$ $p=0,44$) değerlerine göre anlaşılabilirlik boyutu yetersiz öz yeterlilik algısı ve somatizasyon ölçeği arasında doğrudan aracı role sahip değildir. Fakat dolaylı etki sonuçlarına göre %95 güven aralığında kalan LLCI ve ULCI değerleri anlaşılabilirliğin aracı rolünün anlamlı olduğunu göstermektedir ($c=0,03$ %95 GA $[-0,06/-0,001]$).



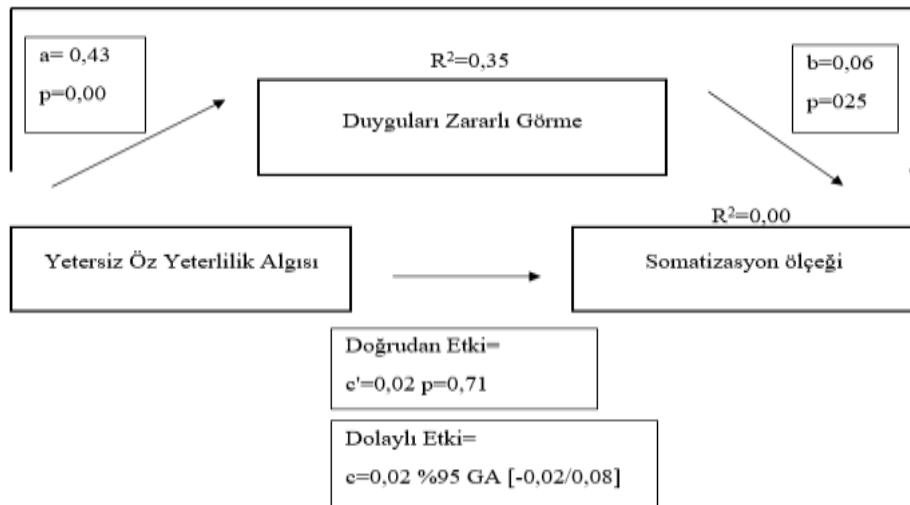
Şekil 4.31: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ölçeği Arasındaki İlişkide Süreklilik Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.31'de yetersiz öz yeterlilik algısı ve somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide süreklilik boyutunun aracılık modelini gösteren a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgulara göre yetersiz öz yeterlilik boyutu süreklilik boyutunu yordamamaktadır ($a=-0,21$ $p=0,0$). Yetersiz öz yeterlilik algısı somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır ($b=0,05$ $p=0,28$). Doğrudan etki ($c'=0,0$ $p=0,86$) ve dolaylı etki ($c=0,00$ %95 GA $[-0,01/0,00]$) sonuçlarına göre yetersiz öz yeterlilik boyutu ile somatizasyon ölçeği arasındaki süreklilik boyutunun aracılık rolü bulunmamaktadır.



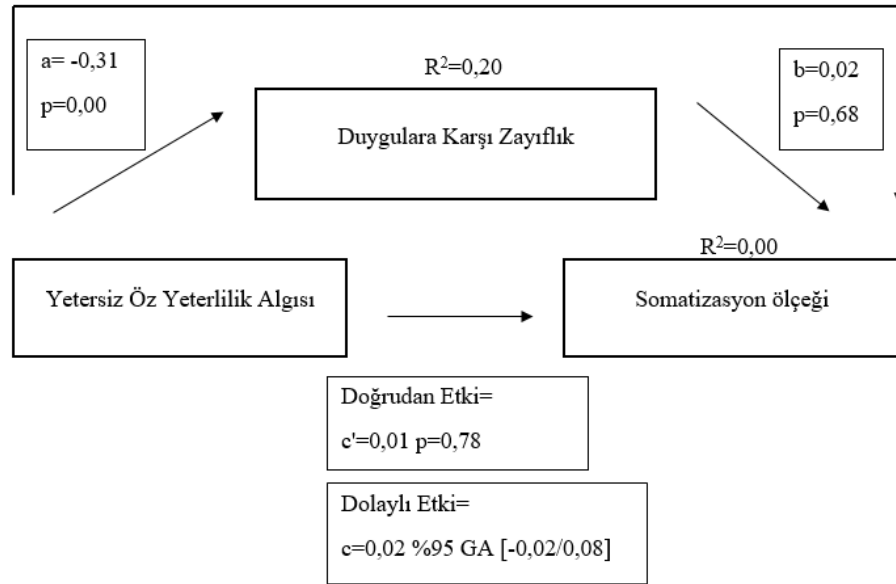
Şekil 4.32: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Uzlaşma Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.32’de yetersiz öz yeterlilik algısı ve somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide uzlaşma boyutunun aracılık modelini gösteren a, b, c, c’ yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgulara göre yetersiz öz yeterlilik boyutu uzlaşma boyutunu anlamlı ve pozitif olarak yordamaktadır ($a=0,22$ $p=0,0$). Yetersiz öz yeterlilik algısı ruminasyonun %12’sini açıklamaktadır ($R^2=0,12$). Yetersiz öz yeterlilik algısı somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır ($b=0,00$ $p=0,87$). Doğrudan etki ($c'=0,0$ $p=0,85$) ve dolaylı etki ($c=0,00$ %95 GA [-0,01/0,00]) sonuçlarına göre yetersiz öz yeterlilik boyutu ile somatizasyon ölçeği arasındaki farklılık boyutunun aracılık rolü bulunmamaktadır.



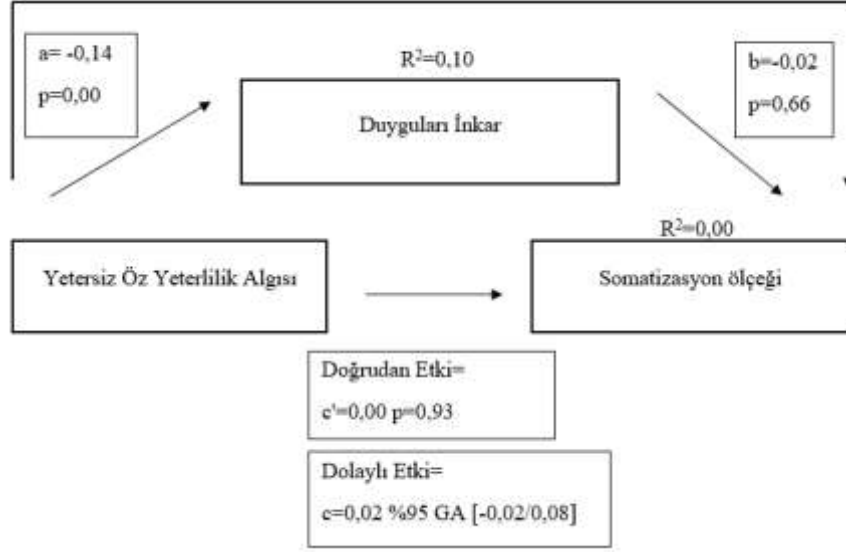
Şekil 4.33: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Duyguları Zararlı Görme Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.33'te yetersiz öz yeterlilik algısı ve somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide duyguları zararlı görme boyutunun aracılık modelini gösteren a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgulara göre yetersiz öz yeterlilik boyutu duyguları zararlı görme boyutunu anlamlı ve pozitif olarak yordamaktadır ($a=0,43$ $p=0,0$). Yetersiz öz yeterlilik algısı duyguları zararlı görmenin %35'ini açıklamaktadır ($R^2=0,35$). Yetersiz öz yeterlilik algısı somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır ($b=0,06$ $p=0,25$). Doğrudan etki ($c'=0,02$ $p=0,71$) ve dolaylı etki ($c=0,02$ %95 GA [-0,02/0,08]) sonuçlarına göre yetersiz öz yeterlilik boyutu ile somatizasyon ölçeği arasındaki duyguları zararlı görme boyutunun aracılık rolü bulunmamaktadır.



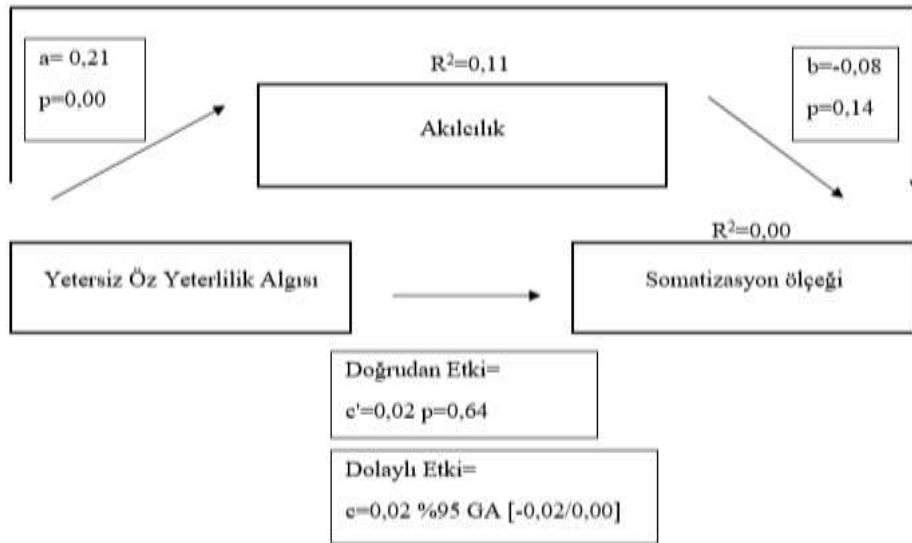
Şekil 4.34: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Duygulara Karşı Zayıflık Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.34'te yetersiz öz yeterlilik algısı ve somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide duygulara karşı zayıflık boyutunun aracılık modelini gösteren a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgulara göre yetersiz öz yeterlilik boyutu duygulara karşı zayıflık boyutunu anlamlı ve negatif olarak yordamaktadır ($a=-0,31$ $p=0,0$). Yetersiz öz yeterlilik algısı duyguları zararlı görmenin %20'sini açıklamaktadır ($R^2=0,20$). Yetersiz öz yeterlilik algısı somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır ($b=0,02$ $p=0,68$). Doğrudan etki ($c'=0,01$ $p=0,78$) ve dolaylı etki ($c=0,02$ %95 GA [-0,02/0,08]) sonuçlarına göre yetersiz öz yeterlilik boyutu ile somatizasyon ölçeği arasındaki duygulara karşı zayıflık boyutunun aracılık rolü bulunmamaktadır.



Şekil 4.35: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Duyguları İnkâr Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.35'te yetersiz öz yeterlilik algısı ve somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide duyguları inkar boyutunun aracılık modelini gösteren a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgulara göre yetersiz öz yeterlilik boyutu duygulara karşı zayıflık boyutunu anlamlı ve negatif olarak yordamaktadır ($a = -0,14$ $p = 0,0$). Yetersiz öz yeterlilik algısı duyguları inkarın %10'unu açıklamaktadır ($R^2 = 0,10$). Yetersiz öz yeterlilik algısı somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır ($b = -0,02$ $p = 0,66$). Doğrudan etki ($c' = 0,00$ $p = 0,93$) ve dolaylı etki ($c = 0,02$ %95 GA $[-0,02/0,08]$) sonuçlarına göre yetersiz öz yeterlilik boyutu ile somatizasyon ölçeği arasındaki duyguları inkar boyutunun aracılık rolü bulunmamaktadır.



Şekil 4.36: Yetersiz Öz Yeterlilik Algısı ile Somatizasyon Ö. Arasındaki İlişkide Akılcılık Boyutunun Aracı Modeli

Şekil 4.36'da yetersiz öz yeterlilik algısı ve somatizasyon ölçeği arasındaki ilişkide akılcılık boyutunun aracılık modelini gösteren a, b, c, c' yolları gösterilmektedir. Elde edilen bulgulara göre yetersiz öz yeterlilik boyutu akılcılık boyutunu anlamlı ve pozitif olarak yordamaktadır ($a=0,21$ $p=0,0$). Yetersiz öz yeterlilik algısı duyguları zararlı görmenin %11'ini açıklamaktadır ($R^2=0,11$). Yetersiz öz yeterlilik algısı somatizasyon ölçeğini yordamamaktadır ($b=-0,08$ $p=0,14$). Doğrudan etki ($c'=0,02$ $p=0,64$) ve dolaylı etki ($c=0,02$ %95 GA [-0,02/0,00]) sonuçlarına göre yetersiz öz yeterlilik boyutu ile somatizasyon ölçeği arasındaki akılcılık boyutunun aracılık rolü bulunmamaktadır.



5. TARTIŞMA

5.1 Duygusal Şema, Stres ve Psikosomatik Hastalıklara Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu araştırma psikosomatik hastalıklar ile stres arasındaki ilişkide duygusal şemanın aracını rolünü; psikosomatik hastalıkların, stresin ve duygusal şemaların katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre nasıl farklılık gösterdiğini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre anlaşılabilirlik duygusal şeması stres ile somatizasyon arasındaki ilişkide kısmi aracı role sahiptir. Stresin hem rahatsızlık algısı hem de yetersiz öz yeterlilik algısı boyutlarının ayrı ayrı bağımsız değişken olarak kabul edilerek kurulan her iki modelde de anlaşılabilirlik şeması psikosomatik hastalık ile stres arasında kısmi aracı rol üstlenmiştir.

Duygusal şemalar, özellikle kaygı, TSSB, aleksitimi gibi psikolojik sorunlarda ve kişilerin sosyalleşme süreci içinde önemli bir kavram olarak ele alınmaktadır (Leahy, 2002, 2007). Faustino, Valco, Silva, Marques (2020) duygusal şemaların çeşitli semptomlarla ilişkisini incelediği araştırmasının sonucuna göre duygusal şemalar ile semptomlar arasında anlamlı ve güçlü ilişki olduğu ifade etmektedir.

Anlaşılabilirlik şeması olumlu işlevsel şemalardan biridir. Kişinin duygularının kaynağını, sebep, sonuç ve olaylarla olan ilişkisini fark etmesi ile ilgilidir (Yavuz,2009). Bishop ve arkadaşları (2021), anlaşılabilirlik ile ruhsal iyilik hali arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve anlaşılabilirliğin stresin vücutta fiziksel belirtilerle somatize edilme olasılığını azalttığını bulmuştur. Anlaşılabilirlik, bireylerin stresli durumlardaki duygusal deneyimlerini daha iyi düzenlemelerini sağlar, bu da somatik belirtilerin ortaya çıkma olasılığını düşürür. Hernandez (2022), stresin somatize edilmesinin, bireylerin duygusal tepkilerini anlamada güçlük çekmelerinden kaynaklandığını, anlaşılabilir duygusal şemaların ise bu süreçleri düzenlediğini ifade etmiştir.

Araştırmamız sonucunda anlaşılabilirlik boyutunun kısmi aracılık göstermesi bu ilişkiye etki eden çeşitli faktörleri ele aldırılmaktadır. Mohammadkhani, Foroutan, Akbari, Shahbahrami (2022) psikolojik sorunlar ile duygusal şemalar arasındaki ilişkide bilişsel esneklik ile psikolojik dayanıklılık faktörlerinin etkisini ortaya koymaktadır. Kişilerin psikolojik dayanıklılığı, bilişsel esnekliği duygusal şemalarını şekillendirmede ve olaylar karşısında bu şemaların etkisi üzerinde önemli bir aracılık rolü üstlenmektedir. Psikolojik dayanıklılığı arttıran uyum sağlama kapasitesi duygularını anlamlandırma ve onları yaşama şeklini de etkilemektedir. Benzer şekilde Aydın, Reisoğlu ve Aydın'a (2022) göre TSSB gösteren bireylerin öz anlayış düzeylerinde düşüş olduğunu bildirmektedir. Kendini anlama düzeyi yüksek bireyler stresli olaylara daha sağlıklı tepkiler vermektedir (Creaser,2022).

Silberstein, Tirch, Leahy ve McGinn (2012) duygusal şemalar ile farkındalık arasındaki ilişkiye yönelik yaptıkları çalışma ile duygusal şemalar, farkındalık ve psikolojik esneklik arasında anlamlı ilişkiler olduğunu raporlamaktadır. Buna göre duygusal şemalar, farkındalık ve psikolojik esneklik ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahipken kaygı ve olumlu duygusal şemalar arasında negatif yönlü ilişki bulunmaktadır.

Faustino, Valco, Silva, Marques'in (2020) duygusal şemalar ile öz şevkat, koşulsuz öz kabul ve farkındalık arasındaki ilişkinin inceledikleri araştırmada aralarında anlamlı ilişkilerin var olduğu görülmektedir. İlgili araştırmanın sonucuna göre olumsuz duygusal şemalar ile öz şevkat, koşulsuz öz kabul ve farkındalık arasında negatif anlamlı ilişki bulunmaktadır. Psikolojik esnekliği yüksek bireylerin duygusal deneyimlerde daha esnek tepkiler verdiği bildirilmektedir. Araştırmada bu ilişkinin tek taraflı değil karşılıklı bir etkileşim ile gelişim gösterdiği vurgulanmaktadır.

Duygusal şemaların etkisi bireylerin bağlanma stiline göre de farklılaşabilmektedir. Kaygılı bağlanma stiline sahip kadın ve erkeklerin mevcut duygusal şemaları, psikolojik belirti ve duygusal zorlanma tolerans düzeylerini düşürmektedir (Şencan,2015). Özgül, Demir ve Ünübol'un araştırması sonucunda (2019) benzer şekilde duygusal şemaların bağlanma stili ile anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmektedir. Bu araştırma sonucuna göre kaygılı bağlanma stili olan bireylerin duygularının anlaşılacağına ve onay alabileceklerine yönelik inançları ile olumsuz duyguları ifade etme alışkanlığında azalma olduğu bildirilmektedir.

Anlaşılabilirlik şeması duyguların anlaşılması ve başkaları tarafından anlaşılabilmesi inancı üzerinde kuruludur. Bu inanç duyguları dile getirme ile ilişkilidir. Bir kişinin duygularına yönelik inancının şekillenmesi ve uygun şartlarda bu duyguları dile getirme yeteneği üzerinde duygusal zekanın da rolü bulunmaktadır (Leahy,2021).

Miller ve Adams (2022), çalışmasında stres ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkilerde duygusal şemaların dolaylı etkiler meydana getirdiğini vurgulamış, bu süreçte anlaşılabilirliğin önemli bir rol oynadığını belirtmiştir. Carter ve Brown (2020), stresin somatizasyon üzerindeki etkilerini incelerken, anlaşılabilir duygusal şemaların, stresin somatize edilmesini engelleyen bir aracılık rolü üstlendiğini bulmuşlardır.

Araştırmamız sonucunda stres ve duygusal şemalar arasında anlamlı bir ilişki rapor edilmiştir. Olumlu ve olumsuz duygusal şemalar stres ile ilişkili bulunmuştur.

Ruminasyon, duyguları zararlı görme, duyguları inkar, kaçınma, farklılık, duygulara karşı zayıflık, akılcılık olumsuz duygusal şema alt boyutları arasında yer almaktadır (Yavuz,2009). Faustino ve Vasco'nun (2020) araştırma bulguları, stresin ruminasyon ve duygulardan kaçınma gibi işlevsiz süreçleri tetikleyerek duygusal şemaların düzenlenmesini zorlaştırdığını ortaya koymaktadır. Bu da stres ve olumsuz duygusal şemalar arasındaki ilişkisinin önemini vurgulamaktadır. Naderi (2017)'nin çalışmasının sonucuna göre de TSSB gösteren bireylerin anlaşılabilirlik boyutundan daha düşük puan aldığı görülmektedir. Buna karşılık katılımcıların ruminasyon, suçluluk, kontrol edilemezlik ve suçlama şemalarından yüksek puan aldığı görülmektedir.

Onaylanma, anlaşılabilirlik, uzlaşma olumlu duygusal şemalar arasındadır (Yavuz,2009). Araştırmamız sonucunda olumlu duygusal şemaların da stres ile anlamlı ilişki gösterdiği görülmektedir. Stresle başa çıkma kapasitesi yüksek olan bireyler, psikolojik esneklik geliştirebilir ve bu da olumlu duygusal şemalarla ilişkilidir. Olumlu şemalar, bireylerin stresli durumlarla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarını sağlar. Sebastiao ve Neto (2024), stresle başa çıkmada psikolojik esneklik ile olumlu duygusal şemaların önemli bir rol oynadığını belirtmiştir. Olumlu duygusal şemalar ile stres arasındaki ilişkiyi doğrudan ele alan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Stresle baş etme ile öznel iyi oluş arasındaki ilişkiyi inceleyen Eroğlu ve

Karaaziz'in (2024) araştırma sonucuna göre yüksek düzeyde olumlu duygular ve iyimserliğe sahip olan bireylerin strese karşı daha dayanıklı oldukları ve problem çözme becerilerinin daha yüksek olduğu bilgisine ulaşılmaktadır.

Araştırmamız kapsamında psikosomatik hastalıkları ölçmek için kullandığımız somatizasyon ölçeği ile stres arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir. Araştırmada psikosomatik hastalıklar Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'nin (MMPI) somatizasyon bölümü ile ölçülmüştür. Somatizasyon ölçeği, psikosomatik hastalıkları değerlendiren yaygın bir araç olmakla birlikte, bazı bireyler psikosomatik belirtilerini dışa vururken daha az belirgin şekilde ifade edebilir. Bu, stresin ve duygusal şemaların etkilerinin ölçülmesinde duyarlılık eksikliği yaratabilir. Örneğin, Smith ve arkadaşları (2021), psikosomatik belirtiler ile stres arasındaki ilişkinin bazen daha dolaylı yollardan gerçekleşebileceğini ve klasik ölçüm araçlarının bu ilişkileri doğrudan yakalayabileceğini belirtmişlerdir.

Araştırmamızın bu sonucunun aksine literatürde stres ile psikosomatik hastalıklar arasındaki ilişkiyi gösteren araştırmalar mevcuttur. Kronik stres HPA sistemin sürekli olarak aktif hale gelmesine neden olarak endokrin, bağışıklık ve sinir sistemi ve cilt üzerinde hasarlara yol açmaktadır. (Rajasekharan,2023). MS hastalığının teşhisinde ve alevlenmesinde stresli yaşam olaylarının yaşanması belli başlı nedenler arasında yer almaktadır. HPA eksen düzensizliği ile MS hastalığı arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmada stresin MS hastalığının bulgularını ve ilerleme hızını etkilediği ön görülmüştür. Majör stres kaynaklarının bağışıklık sistemini bozması endojen inhibitör sinyallerinde inflamasyona yol açması MS hastalığının nedeni olarak yorumlanmaktadır (Mohr,Gold,Huitinga, Flachenecker, Sternberg,Heseen,2005).

Wang ve araştırma ekibinin (2023) tip 2 diyabet hastalık teşhisi alan kişilerin tanıları ile kognitif bozukluk arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırma sonuçlarına göre stresli yaşam olayları diyabet hastalığı üzerinde de risk faktörüdür. Çalışmanın sonuçlarına ailesinde ölüm, ayrılık gibi bir yaşam olayı diyabet hastalarında diyabet hastası olmayanlara göre daha sık kaydedilmiştir ve kognitif bozukluk için risk faktörü olduğu görülmüştür. Bununla beraber orta yaş grubunda yoğun çalışma stiline diyabette kognitif bozulmaya karşı koruma sağladığı belirtilmektedir.

5.2 Duygusal Şema, Stres ve Psikosomatik Hastalıkların Demografik Değişkenlere Göre Elde Edilen Bulgularının Tartışılması

Araştırmamızın sonucunda duygusal şemalar ve stres cinsiyete göre değişmektedir. Somatizasyon ölçeğinden alınan puanlar ise cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

Özgül, Demir ve Ünübol'un (2019) duygusal şemalarla ilgili araştırma sonuçlarında da 14 duygusal şema ve cinsiyet arasında farklılık görülmektedir. Bu araştırmaya göre erkekler kadınlara kıyasla daha fazla "kontrol edilemezlik", "duygulardan kaçınma", "akılcılık", "süreklilik", "onaylanma", "uzlaşma" ve "suçluluk" şemalarına sahiptir. Benzer şekilde Yıldız, Demir ve Ünübol'un (2015)'te yeme tutumları, duygusal şema ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada duygusal şemalar cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

448 üniversite öğrencilerinde stres ve başa çıkma yöntemlerinin cinsiyete göre farklılıklarını inceleyen Graves, Hall, Karch, Haischer ve Apter'in (2021) araştırma sonuçlarına göre kadınların stres düzeyi erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya göre aynı zamanda kadınlar erkeklere göre daha fazla duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini tercih etmektedir. Gefen ve Fish'in (2012) üniversite öğrencilerinde stres düzeyinin ve stres nedenlerinin cinsiyete göre karşılaştırmasını inceleyen araştırma sonuçları da benzer şekildedir. Buna göre kadın öğrencilerin stres düzeyi erkek öğrencilere göre daha yüksek seviyededir. Kadın öğrencilerin yüksek düzeydeki stres nedenleri akademi ve ilişkiler olarak bildirilirken erkek öğrencilerin stres nedenleri finansal olarak bildirilmektedir. Çalışan ve işe başlama durumunda olan 395 katılımcının stres ve sağlık durumlarını cinsiyete göre karşılaştıran bir başka araştırmanın sonucuna göre de kadınların erkeklere göre stres düzeyi iki kat daha yüksek çıkmıştır. Erkeklerin stres düzeyi yaşla birlikte artarken kadınların stres düzeyi yaşla birlikte azalmaktadır. Yazarlar bu durumu kadınların yaş aldıkça olayları daha az stresli şekilde yorumlaması ve erkeklerin iş bulma süresinin artmasının stres düzeylerini olumsuz etkilemesi ile açıklamaktadır. Araştırma sonucunda kadınların duygusal olarak daha fazla tükenmişlik hissettiği ve erkeklerin ise daha fazla duyarsız hissetme eğiliminde olduğu bildirilmektedir (Costa, Briguglio, Mondello, Teodoro, Pollicino, Canalella, Verduci, Italia, Fenga,2021).

Türkiye’de yapılan Altunkol’un (2011) araştırma sonuçlarına göre de kadınlar erkeklere göre daha yüksek bir stres seviyesi göstermektedir.

Bu bilgiler araştırmamızın sonuçlarını desteklemektedir. Elde ettiğimiz sonuçlara göre kadınlar hislerin kabullenilmesi ve suçluluk şemalarına erkeklere göre daha çok sahiptir. Erkekler ise duygulardan kaçınma şemasına kadınlara göre daha fazla sahiptir. Kadınlar erkeklere göre daha yüksek düzeyde yetersiz öz yeterlilik algısına sahiptir. Kadınların erkeklere göre daha yetersiz bir öz yeterlilik algısına sahip olması ve daha fazla suçluluk şemasına sahip olması birlikte ele alındığında ikisinin ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda kadınların ruhsal sıkıntı yaşama öyküsünü daha çok kabul etmeleri ve psikolojik desteğe daha çok başvurmaları hislerin kabullenilmesi şeması ile ilişkili olabilir.

Araştırmamızın sonuçlarına göre duygusal şemalar ve stres medeni duruma göre farklılaşmaktayken somatizasyon ölçeği sonuçları medeni duruma göre farklılaşmamaktadır.

Najafabadi, Alibeigi, Eskandarnia (2021) duygusal şemaların evlilik içinde memnuniyet ile olan ilişkisini araştırmıştır. 100 kadın ile gerçekleştirdikleri araştırmaya göre kontrol edilme, suçluluk, anlaşılabilirlik ve duyguların kabulü haricindeki tüm duygusal şemalar evlilik doyumuna göre farklılaşmaktadır. Türkiye’de duygusal şemalar ile ilişki durumunu inceleyen araştırmanın sonucunda ilişkisi olmayan katılımcıların kontrol edilmezlik, zayıflık, farklılık ve süreklilik şemalarına ilişkisi olan katılımcılara göre daha çok sahip olduğu bilgisi elde edilmiştir (Yıldırım,2023).

Darol ve Karapınar’ın (2022), Psikiyatri, Nöroloji ve Fizik Tedavi ve Rahabilitasyon bölümüne başvuran hastalarla stres, medeni durum ve yaş arasındaki ilişkiyi incelediği araştırma sonucunda evli ve 35-40 yaş aralığındaki kadınların stres düzeyinin daha fazla olduğunu, strese bağlı olarak depresyon, anksiyete ve fibromiyaljinin en sık görülen hastalıklar olduğu görülmüştür. Boşanan kadınların boşanan erkeklere göre daha yüksek strese sahip olduğu bildirilmektedir.

6955 Amerika Birleşik Devleti vatandaşıyla medeni durumun stres ile olan ilişkisini incelemek amacıyla yapılan araştırma sonucunda bekarlık ve stres arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu ilişkide bekarların yalnız yaşamlarının,

aile ve sosyal destek ihtiyacının aracı faktör olduğu bildirilmektedir (Ta, Gesselman, Perry, Fisher, Garcia, 2017).

Yapılan araştırma sonuçları mevcut araştırmamızın sonuçlarını desteklemektedir. Somatizasyon ile medeni durum arasında medeni durum arasında ilişki tespit edilmemiş olsa da mevcut literatür aralarındaki anlamlı ilişkiyi göstermektedir. Araştırmamız sonucunda evli katılımcılar bekar katılımcılara göre daha çok ruminasyon, uzlaş, akılcılık ve duyguları zararlı görme şemasına sahiptir. Bekarlar ise evlilere göre farklılık ve duygulara karşı zayıflık şemalarına daha çok sahiptir. Stres ile olan ilişkide bekarlar daha fazla yetersiz öz yeterlilik düzeyine sahipken evliler daha çok rahatsızlık düzeyine sahiptir.

Araştırmamızın sonucunda duygusal şema ve stresin çocuk sahibi olma durumuna göre farklılaştığı bilgisine ulaşılmıştır. Alacaoğulları'nın (2022) yılındaki araştırma sonucu da bu bulguyu desteklemektedir. İlgili araştırmaya göre duygulara karşı zayıflık, anlaşılabilirlik, duyguları inkar şemaları çocuk sahibi olma durumuna göre değişmektedir. Bizim araştırmamızın sonucunda da çocuk sahibi olan katılımcılar ruminasyon, uzlaş, duyguları zararlı görme ve akılcılık şemalarına; çocuk sahibi olmayan katılımcılar ise daha çok duygulardan kaçınma, farklılık, duygulara karşı zayıflık şemalarına sahiptir. Fakat bu bu farklılığın hangi faktörlerden kaynaklandığını araştıran bir çalışma bulunamamıştır. Çocuk sahibi olma durumu hem ebevenlerin hem de çocukların duygusal şemalarının oluşum, gelişim ve değişimi için önemli olduğu düşünülmektedir. Duygusal şemalar çocukluk döneminde şekillenmeye başlamaktadır ve yaşam boyu değişebilmektedir.

Araştırmamıza göre çocuğu olan katılımcılar daha yüksek düzeyde yetersiz öz yeterlilik düzeyine sahipken çocuğu olmayan katılımcıların rahatsızlık algısı düzeyi daha yüksektir. Çocuğu olan katılımcıların ebeveynliğe yükledikleri bilişsel ve duygusal anlamların araştırılması "mükemmel ebeveyn" kavramı ile ilişkilerini incelemek; çocuk sahibi olmayan bekarların evlenme ve çocuk sahibi olmayı nasıl değerlendirdiğini incelemenin buradaki duygusal dinamikleri anlamak açısından fayda sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çetin'in (2024) 290 çocuk ve anneleri ile çocuk yaşam doyumu ve ebeveyn stresi arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmanın sonucunda çocukların yaşam doyumları arttıkça annelerin stres düzeylerinde artış gözlemlenmiştir. Mak, Yin, Li

ve Cheung'un (2020) ebeveynlik stilleri, ebeveyn stresi ve algılanan çocuk davranışları arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırma sonuçlarında ebeveynlik stresi olumsuz ebeveynlik stilleri ile pozitif anlamlı ilişki göstermiştir. Aynı zamanda yüksek düzeyde ebeveynlik stili çocuk davranış sorunları ile pozitif olarak ilişkilidir. Costa, Briguglio, Mondello, Teodoro, Pollicino, Canalella, Verduci, Italia, Fenga (2021) yaptıkları çalışmada çocuk sahibi katılımcıların daha düşük düzeyde stres yaşadığı, çocuksuz katılımcıların ve bu grup içinde de çocuksuz kadın katılımcıların diğer gruplara göre daha yüksek stres seviyesine sahip olduğu görülmektedir.

Araştırmamızın sonucunda katılımcıların stres düzeyi birlikte yaşadıkları kişi grubuna göre farklılaşmaktadır. Öz ve Bayam'ın (2022) genç yetişkinlerin aldıkları stresi incelediği araştırma sonucunda katılımcıların çekirdek veya kalabalık ailede yaşama durumlarına göre stres düzeylerinde farklılaşma görülmemiştir. Campagne (2019) yalnızlığın stresi nasıl yordadığını incelediği çalışmada stres ve yalnız yaşam arasında pozitif anlamlı ilişki olduğunu bildirmektedir. Gaudin, Polansky, Kilpatrick, Shilton (1993) ihmalkar olan ve ihmalkar olmayan aileler içinde algılanan stres düzeyini ölçtükleri çalışmada ebeveynlerin ihmalkar davrandığı ailelerde stres, depresyon, ve yalnızlık anlamlı olarak daha yüksek düzeydedir. Mevcut çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre yalnız yaşayan katılımcılar ve eşi veya çocukları ile yaşayan katılımcılar çekirdek ailesiyle yaşayan katılımcılara göre daha yüksek düzeyde yetersiz öz yeterliliğe sahiptir. Katılımcıların 18 yaş ve üstü olduğu göz önünde bulundurulursa yetişkin bir bireyin dahi ebeveynlerinin yönlendirici desteğine ihtiyaç duyduğu şeklinde yorum yapılmaktadır. Yalnız yaşama ve eşi veya çocuğuyla yaşama bireylere daha büyük bir sorumluluk yükleyebilmektedir. Bu iddianın ispatı için çalışmaya gerek duyulmaktadır.

Araştırmamızın bir diğer sonucunda stres düzeyi katılımcıların çalışma durumu ve gelir düzeyi durumuna göre farklılaşmaktadır. Costa, Briguglio, Mondello, Teodoro, Pollicino, Canalella, Verduci, Italia, Fenga (2021) stres ve sağlık arasındaki ilişkiyi çeşitli demografik değişkenlere göre inceledikleri çalışmada çalışan ve işe başlama sürecinde olan denekler arasında stres düzeyi bakımından farklılık elde edememiştir. İşe başlama sürecinde olan deneklerin önleyici tıbbi destek almasının ve kısa sürede işe başlamaya yönelik beklentileri strese karşı tampon görevi üstlenmiştir. Ersin, Akel, Erarslan, Karayiğit, bir işte çalışan ve çalışmayan üniversite öğrencileri arasında stres düzeyi açısından anlamlı bir farklılık

tespit edilemediğini bildirmektedir. Mevcut araştırmamızın sonucunda çalışmayan kişiler düzenli bir işte çalışan kişilere göre daha çok rahatsızlık hissetmektedir.

Araştırmamızın sonucunda katılımcıların gelir düzeyi arttıkça öz yeterliliklerinin yetersiz olduğuna dair algıları artmaktadır. Fakat gelir düzeyi artan katılımcıların rahatsızlık algısı azalmaktadır. Polat'ın (2022) araştırma sonucuna göre de gelir düzeyi arttıkça mutluluk seviyesinde düşük de olsa bir azalma görülmektedir. Bu durum gelir düzeyi arttıkça bireylerin daha çok hırs duygusuna kapılmasını düşündürmektedir.

Araştırmamızdaki ruhsal sıkıntı yaşama ve psikolojik destek alma durumu değişkenine göre stres ve duygusal şema boyutlarında farklılık tespit edilmiştir. Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşamadığını belirten katılımcılar diğer katılımcılara göre onaylanma ve duyguları zararlı görme şemalarına daha çok sahiptir. Leahy (2002) onaylanma şemasının psikolojik sağlık için çok önemli olduğunu ve duygusal şema terapide beslenmesi gereken şemanın onaylanma şeması olduğunu savunmaktadır. Buna göre daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşamayan katılımcıların onaylanma şemasının yüksek çıkması desteklenmektedir. Buna karşılık aynı katılımcılarda duyguları zararlı görme şemasının yüksek çıkması bu katılımcıların daha önce bir ruhsal sıkıntı yaşamış olabileceğini ama duygularını zararlı görmelerine bağlı olarak bunun farkına varmakta veya kabullenilmesinde zorluk yaşadıklarını düşündürmektedir.

Psikolojik bir sorun yaşadığını kabul eden ama psikolojik destek almadığını belirten katılımcılar ise duygulara karşı zayıflık ve duygulardan kaçınma şemalarına diğer katılımcılara göre daha çok sahiptir. Bu durum psikoterapi desteği almalarına engel olabilecek inançları hakkında bilgi vermektedir.

5.3 Demografik değişkenler arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılması

Çalışmamızda ruhsal sıkıntı yaşama ve psikolojik destek alma durumu eğitim değişkenine göre farklılaşmaktadır. Şimşek'in (2017) yetişkinlerin psikolojik yardım alma tutumlarını araştırdığı çalışmasında eğitim düzeyinin psikolojik destek alma durumunu etkilemediği sonucuna varılmıştır.

Eğitim düzeyinin destek almayı etkilemesinin çeşitli nedenleri arasında damgalanma korkusu, gelir düzeyi, psikolojik desteği gereksiz görme gibi sebepler olabilir. Bu bilgiyle birlikte psikolojik destek almadığını söyleyen katılımcıların daha sonraki süreçte bu sorunlarının çözüme kavuşup kavuşmadığı ve hangi yöntemle çözüme kavuştuğu bilgisi de alınabilir. Bireylerin psikolojik dayanıklılığını, işlevsel baş etme yöntemlerini anlamak ve daha detaylı bir tablo elde edebilmek adına önemli bir bilgidir. Dinar, Alkar'ın (2021) psikolojik yardım alma tutumunu incelediklerini araştırma sonucunda psikolojik yardım alma konusunda psikoloji bölümü ğrencilerinin genel popülasyona göre daha çok damgalanma algılarının olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yine psikoloji ğrencilerinin genel popülasyona göre daha çok psikolojik sıkıntı yaşadığı görülmektedir. İlgili araştırmada katılımcıların bilimsel değerleri arttı psikolojik yardım almaya yönelik tutumlarının da arttığı bildirilmektedir. Yaşan sıkıntıya yönelik belirtiler psikolojik yardım alma tutumunu etkilememektedir. Araştırmanın en önemli bulgularından biri sosyal damgalanma ve öz damgalanma algısına sahip kişilerin belirti şiddetinin artmasına rağmen psikolojik yardım alma tutumlarında artış görülmemiştir.

Araştırmamızda ruhsal sıkıntı yaşama ve psikolojik destek alma durumunun cinsiyete göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Kahraman (2024) psikolojik yardım alma tutumunu yordayan değişkenleri araştırdığı araştırma sonucuna göre psikolojik yardım alma tutumu cinsiyete, eğitim duruma, ekonomik duruma, yaşa göre farklılaşmamaktadır. Kadın ve erkekler arasında mevcut araştırma sonucumuzda duygusal şemaların farklılaşma şekli dikkate alındığında bu değişkenin cinsiyete göre farklılaşma şekli anlamlı hale gelmektedir. Duygusal şemaların bu konuda yordayıcı bir değişken olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ

Bu çalışma, psikosomatik hastalıklar ile stres arasındaki ilişkilerde duygusal şemaların aracılık rolünü derinlemesine incelemiştir. Araştırma bulguları, duygusal şemaların stres, somatizasyon ve psikosomatik hastalıkların ortaya çıkmasında anlamlı bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle duygusal şemaların, bireylerin ruhsal sağlıklarını şekillendiren önemli bir faktör olarak karşımıza çıkması, psikolojik müdahale stratejilerinin bu şemaların doğasına uygun olarak tasarlanması gerektiğini göstermektedir.

Eğitim düzeyinin ruhsal sağlık ve psikolojik destek alma durumu üzerinde belirgin etkiler yarattığı bulunmuştur. Üniversite mezunlarının, daha düşük eğitim seviyesine sahip bireylere göre psikolojik sorunları daha fazla ifade ettiği ve psikolojik destek alma oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgu, eğitim seviyesi ile psikolojik farkındalık arasındaki ilişkiye işaret etmektedir. Ayrıca, kadınların ruhsal sıkıntı yaşama durumunu erkeklere kıyasla daha fazla bildirdiği, aynı zamanda kadınların psikolojik destek alma oranlarının erkeklerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu cinsiyet farkları, toplumsal cinsiyet rollerinin ve beklentilerinin psikolojik sağlık üzerindeki etkilerini yansıtmaktadır.

Yerleşim yerinin ruhsal sağlık üzerinde farklılık yaratıcı bir faktör olduğu anlaşılmıştır. Büyükşehirlerde yaşayan bireylerin, daha küçük yerleşim yerlerinde yaşayanlara kıyasla daha fazla ruhsal sıkıntı yaşadıkları ve psikolojik destek aldıkları görülmüştür. Bununla birlikte, daha küçük yerleşim yerlerinde yaşayanlar, ruhsal sağlıklarına dair daha az farkındalık geliştirebilmekte ve bu da daha düşük psikolojik destek alımlarına yol açabilmektedir.

Duygusal şemalar, bireylerin demografik özelliklerine bağlı olarak farklılaşmaktadır. Çalışmada, kadınların daha fazla suçluluk, hislerin kabullenilmesi gibi şemalara sahip oldukları, erkeklerin ise duygulardan kaçınma şemasını daha yaygın olarak benimsediği bulunmuştur. Evli bireylerin, bekar bireylere göre ruminasyon, akılcılık, uzlaşma ve duyguları zararlı görme gibi şemalara daha çok sahip oldukları gözlemlenmiştir. Bekar bireyler ise daha çok "farklılık" ve "duygulara karşı

zayıflık" şemalarına sahipken, çocuk sahibi olan bireylerin ruminasyon, uzlaş, duyguları zararlı görme ve akılcılık gibi şemalarla daha fazla ilişkilendirildiği belirlenmiştir. Çocuk sahibi olmayan bireyler ise daha çok duygulardan kaçınma, farklılık ve duygulara karşı zayıflık şemalarıyla bağlantılı bulunmuştur.

Psikolojik sıkıntı geçmişi ve psikolojik destek alma durumu da duygusal şemalar üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşamadığını belirten bireylerin, onaylanma ve duyguları zararlı görme gibi şemalarla daha sık ilişkilendirildiği tespit edilmiştir. Psikolojik rahatsızlık yaşadığı halde psikolojik destek almayan bireyler, duygulardan kaçınma, duygulara karşı zayıflık ve duyguları inkar etme gibi şemalara daha yatkınken; psikolojik destek alan bireyler ise daha çok suçluluk şemalarıyla ilişkilendirilmiştir. Bu bulgular, psikolojik destek almanın, duygusal şemaların yapılarını değiştirme potansiyelini taşıdığını göstermektedir.

Stres düzeyinin bireylerin yaşadıkları yer, aile yapısı ve gelir düzeyine göre farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. Çekirdek ailede yaşayan bireylerin stres düzeylerinin daha düşük olduğu, işsiz bireylerin ise daha yüksek stres düzeylerine sahip oldukları gözlemlenmiştir. Ayrıca, stres düzeyi ile gelir düzeyi arasında bir ilişki bulunmuş, gelir düzeyi yüksek olan bireylerin daha yüksek yetersiz öz yeterlilik algısına sahip olduğu, düşük gelir düzeyi olan bireylerin ise daha fazla rahatsızlık hissettikleri belirlenmiştir.

Çalışmanın bir bulgusu da demografik değişkenlerin öz yeterlilik algısı ve rahatsızlık algısı üzerindeki etkisidir. Yetersiz öz yeterlilik algısı, kadınlar ve bekârlar arasında daha yüksek bir oranla görülmektedir. Rahatsızlık algısı ise evli bireylerde daha fazla tespit edilmiştir. Çocuğu olan bireylerde, yetersiz öz yeterlilik algısının daha fazla olduğu; çocuğu olmayan bireylerde ise rahatsızlık algısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, bireylerin yaşam koşullarının ve aile yapısının psikolojik algıları üzerinde önemli bir etki yarattığını göstermektedir.

Kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşadığını ve psikolojik destek aldığını ifade eden grupta olması ve kadın katılımcıların daha çok hislerin kabullenilmesi ve suçluluk şemalarına erkek katılımcıların ise duygulardan kaçınma şemasına sahip olması araştırmanın dikkat

çekici bulgularından biridir. Bu bulgu sahip olunan duygusal şemaların psikolojik sağlık ve tedavi üzerindeki etkisine işaret etmektedir.

Psikolojik bir sorun yaşamadığını ifade eden katılımcıların daha çok onaylanma ve duyguları zararlı görme şemalarına sahip olması da literatürü desteklemekte ve önemli bir bilgi sunmaktadır. Buna göre psikolojik sorun yaşamadığını ifade eden katılımcılar arasında doğru beyanda bulunan katılımcıların onaylanma şemasına sahip olması anlaşılabilir. Çünkü onaylanma şeması psikolojik sağlık için en önemli şema olup psikoterapide çalışılması gereken ilk şemalardan biridir. Duyguları zararlı görme şemasının bu grupta yüksek çıkması farkındalığı nispeten daha az olan veya yüzleşmek istemeyen katılımcıların varlığını sorgulatmaktadır. Bu durumda da hangi şema ile çalışılmasına yönelik izlenim sunmaktadır. Psikolojik bir yaşadığını ve psikolojik destek aldığını ifade eden katılımcıların ise suçluluk şemasına sahip olduğu görülmüştür. Psikolojik destek alan kadın katılımcıların da suçluluk şemasına sahip olması psikolojik destek almaya yönelik algıların ve terapideki iyileşme süreci etkilerinin araştırılmasını düşündürmektedir. Benzer şekilde psikolojik sorun yaşadığını ifade eden ama psikolojik destek almayan katılımcıların daha çok duygulardan kaçınma, duygulara karşı zayıflık ve duyguları inkâr şemalarına sahip olması psikoterapi almaya yönelik engeller ile ilgili bilgi vermektedir.

Sonuç olarak, bu çalışma, psikosomatik hastalıklar ve stresin yönetilmesinde duygusal şemaların önemli bir rol oynadığını ve bu şemaların cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu gibi demografik faktörlere göre farklılaştığını ortaya koymuştur. Bu bulgular, psikolojik müdahalelerde bireysel farklılıkların göz önünde bulundurulmasının önemini vurgulamaktadır. Duygusal şemaların, stresle başa çıkma, psikolojik rahatsızlıklar ve somatizasyon üzerinde etkili olduğunu gösteren bu çalışma, psikoterapi yaklaşımlarının ve ruhsal sağlık hizmetlerinin bu çeşitliliği dikkate alarak daha etkin ve kişiye özel hale getirilmesini önermektedir.

7. ÖNERİ

Somatizasyonun farklı dinamikleri ve ölçüm aracının sınırlılıkları göz önüne alındığında, stres ile psikosomatik hastalıklar arasındaki ilişkinin daha karmaşık bir şekilde ele alınması gerektiğini vurgulamak önemlidir. Doğrudan anlamlı bir ilişkinin görülmemesi insan psikolojisinin daha karmaşık bir yapıda olduğunu ve bu ilişkiyi daha detaylı bir şekilde inceleyebilmek için çeşitli faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekebilir. Ele alınan değişkenlerin her birini etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Değişkenler arasındaki ilişkinin daha detaylı ele alınabilmesi için bu faktörlerde göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKÇA

- Alacaoğulları, S.M. (2022). Yetişkinlerde duygusal şemaların, psikolojik dayanıklılık, psikolojik iyi oluş ve ruhsal belirti düzeyleri ile arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi. İstanbul Kent Üniversitesi.
- Alma, Ruminasyon ve Stres Arasındaki İlişki. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 51 (2): 95-119, doi:10.30964/auebfd.425619.
- Altunkol, F. (2011). Üniversite öğrencilerinin bilişsel esneklikleri ile algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Ansari Md Kh A, Zulkifle M, Rahman A. Hippocratic categorization and classification of diseases. Res Hist Med. 2021; 10(1): 65-70.
- Aristoteles, (2019). *Ruh üzerine*. Ömer Aygün, Y. Gurur Sev, Çev.. İstanbul: Pinhan Yayıncılık
- Asano, C., Wachsmuth, I.(2015). Affect simulation with primary and secondary emotions. Bielefeld, Germany, University of Bielefeld
- Abuheidari, Z., Tavakoli, A.M. (2024). The relationship between maladaptive early schemas and emotional inhibition with cognitive and behavioral obsessions in graduate students. Acedemic Journal of Psychological Studies, 13, 13-21.
- Aydın, H., Reisoğlu, S. & Aydın, B. (2022). Kovid-19 pandemisi sürecinde bireylerin travma sonrası stres belirtileriyle öz-anlayış düzeyleri ve duygusal şemaları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Mavi Atlas, 10(2), 438-452.
- Bağcı Çetin, B. (2024). 5-6 yaş çocuklarının yaşam doyumunu yordamada annelerin ebeveynlik stres düzeyi ve yaşam doyumunun rolü. Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi, 19(41), 1757-1778.
- Bağlı, D. (2024). Koroner anjiyofragi uygulanacak hastalarda algılanan stres ve stresle baş etme davranışlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi/ Harran Üniversitesi
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology, 51(6), 1173-1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Balcıoğlu, E., Gürmen, M.S., Söylemez, Y. (2024). Systemic individual therapy: therapeutic change from the perspective of clients and therapists. International Journal of Systemic Therapy, 35:1.

- Barlow, D.H., (2014). *Clinical handbook of psychological disorders* (5th ed.). New York, NY: Guilford Press. Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 564-571.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Cambridge, England: Oxford University Press.
- Batmaz, S., Özdel, K. (2015). Psychometric properties of the Turkish version of the Leahy Emotional Schema Scale-2. *Anatolian Journal of Psychiatry/Andolu Psikiyatri Dergisi*, 16(1),23-30
- Bazyari, K., Hooman, Farzanehi Shoushtari M. T., Saadi, Z.E. (2024). Effectiveness of emotionally focused therapy for couples in improving emotion regulation and relationship distress of emotionally divorced couples. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 26(2).
- Becker, M., Sjöström, C.C. (2024). Parallel narratives: trauma, relationality, and dissociation in psychoanalysis and realist fiction, *humanities* 13: 69.
- Bishop, D., Hamilton, S., & Williams, P. (2021). Emotional schemas and mental health: Understanding the role of emotional understanding in well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 77(7), 1590-1605.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and interpretation*. London, England: Maresfield.
- Boboc, C., the impact of stress on the body and mind psychosomatic approach and methods to combat stress. *New Trends in Psychology* 5(2), 7-14.
- Boroditsky, L., Ramscar, M., Frank, M. C., (2001). The roles of body and mind in abstract thought. *Proceedings of the Annual Meeting of the Cognitive Science Society*, 23(23). <https://escholarship.org/uc/item/2wj846s2>
- Bower, J. Ve Kuhlman, K. R. (2023). Psychoneuroimmunology: An introduction to immune to brain communication and its implications for clinical psychology. *Annual Review of Clinical Psychology* 19.
- Brown, A. S., Derkits, E. J. (2010). Prenatal infection and schizophrenia: a review of epidemiologic and translational studies. *Journal of Psychiatry*
- Brubacher, L.L. (2024). *Workouts for tepping into emotionally focused therapy*. New York.
- Campagne, D.M. (2019). Stress and perceived social isolation (loneliness). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 82, 192-199.
- Cannon, W.B. (1927). James –Lange duygu teorisi:Kritik bir inceleme ve alternatif bir teori. *Amerikan Psikoloji Dergisi*,39, 10-124
- Carter, M., & Brown, R. (2020). The influence of emotional schemas on stress and health outcomes: A cross-sectional study. *Journal of Emotional Regulation*, 22(4), 55-70.
- Creaser, J. L., Storr, J., & Karl, A. (2022). Brain responses to a self-compassion induction in trauma survivors with and without post-traumatic stress disorder. *Frontiers in Psychology*, 22, 1- 19. doi: 10.3389/fpsyg.2022.765602

- Chen E., Miller G.E., Kobor, M. S. Ve Cole S. W. (2011). Maternal warmth buffers the effects of low early-life socioeconomic status on pro inflammatory signaling in adulthood. *Journal of Mol. Psychiatry*
- Choi, E., Levallet, N., Bharti, M. (2024). Mindfulness and psychological capital:Examining the tole of intention from the person perspective in a multi-week mindfulness training program. <http://dx.doi.org/10.1108/PR-06-2023-0512>
- Costa C., Briguglio G., Mondello S., Teodoro M., Pollicino M., Canalella A., Verduci F., Italia S., Fenga C. (2021) Perceived stress in a gender perspective: A survey in a population of unemployed subjects of southern Italy. *Front. Public Health* 9:640454. doi: 10.3389/fpubh.2021.640454
- Coştu, F.C. (2020). Descartes ve Ryle'de "zihin –beden ilişkisi" ve "öteki zihinler" sorunu. *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 30, 79-96
- Çelik, H., Aydoğdu, B.N. (2018). Duygu odaklı terapi: Psikoterapide yeni bir yaklaşım. *E-Kafkas Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 50-68
- Çelikbaş, Z., Batmaz, S., Bal, U., Aslan, E.(2018). Aleksitimisi olan bireylerde üstbilişsel inanışlar. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 7(3), 113-119
- Darol, E.S., Karapınar, A. (2022). Cinsiyet ve medeni durum ile stres zemininde oluşan bazı hastalıkların ilişkisi. *Sakarya Tıp Dergisi* 12(2), 263-272. doi: 10.31832/smj.1093762
- Debrot, A., Stellar, J.E., Glauser, E.D.,& Klumb, P.L. (2024). Touch as a stress buffer? Gender differences in subjective and physiological responses to partner and stranger touch. *Journal of Nonverbal Behavior*, 48, 345-365.
- Dinar, C., Alkar, Ö.Y. (2021). Psikolojik yardım alma tutumunun incelenmesi: Psikoloji öğrencileri ve genel popülasyonun karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Yazıları* 24(48), 71-89, doi: 10.31828/tpy1301996120210706m000040
- Dogaheh, E. R., Yoosefi, A., Kami, M. (2015). Early maladaptive schemas in patients with and without migraine and tension headaches. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13(4)
- Durna, B. D., Çetin, İ. ve Filiz M., (2022). Sağlık Çalışanlarında Stres ve Stres Yönetimi Üzerine Bir Algı Çalışması: Sivas Numune Hastanesi Örneği. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (1):1-12, <https://doi.org/10.52976/vansaglik.808956>
- Dursun, A. ve Özkan M.S. (2020). Ergenlerin yaşadıkları yer ve cinsiyet açısından sosyal destek ile problem çözme becerileri. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi* 3(6), 18-32.
- Dülgerler, Ş. (2000). İlk öğretim okulu öğretmenlerinde somatizasyon ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Yüksek Lisans Tezi/ Ege Üniversitesi*
- Edwards, E., Leahy, R., Snyder, S. (2023). Patterns of emotional schema endorsement and personality disorder symptoms among outpatient psychotherapy clients. *Motivation and Emotion*, 47, 412-422.
- Ecker, B., Ticic, R., Hulley, L. (2024). *Unlocking the emotional brain*. Rautledge.

- Efe, İ. A. (2018). Olumsuz Yaşam Olayları, Psikolojik Danışma Hizmeti
- Eisenberger, N. I., Inagaki, T. K., Rameson, L.T., Mashal, N. M., Irwin, M. R. (2009). An fMRI study of cytokine induced depressed mood and social pain: the role of sex differences. *NeuroImage*
- Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? American Psychological Association, *Psychological Review*, 99 (3), 550-553
- Erfan, A., Noorbala, A., Mohammadi, A., Adibi, P. (2018). The effectiveness of emotional schema therapy on psychological symptoms of patients with irritable bowel syndrome. *Advanced Biomedical Research*, doi: 10.4103/abr.abr_113_16
- Eroğlu, Y., Karaaziz, M. (2024). Stresle baş etme stratejilerinin öznel iyi oluş ile ilişkisini yordamak üzerine derleme. *Pearson Journal Of Social Sciences & Humanit*, 8, doi:<http://doi.org/10.5281/zenodo.11613570>
- Ersin A., Akel S., Erarslan S., Karayiğit M., Ölçay A., Polat S., Dörtker K.R., Dilli H.E, Avcı D., Gözlu A., Doğan G., Vural B. (2024). Çalışan ve Çalışmayan üniversite öğrencilerinin stres düzeyleri ve okupansyonel dengelerinin yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi. *Atlas Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(11)
- Fani A., Glace, B., Pereira, B., Guinamand S.M., Couderc, M., Mathieu, S., Tournadre, A., Soubrier M. ve Dubost, J.J. (2023). Post-traumatic stress disorder prior to diagnosis is as rare in spondyloarthritis as in non-inflammatory rheumatic conditions and rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2022.105500>
- Farahi, S., Naziri, G., Davodi, A., Fath, N. (2023). Investigation of psychometric properties of psychosomatic complaints scale among individuals with somatic symptom disorder. *International Journal of Applied Behavioral Sciences* 10 (2), 27-35. doi: 10.22037/ijabs.v10i2.39882
- Fava, G., Cosci, F., Sonino, N. (2017). Current psychosomatic practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 13-30, doi: 10.1159/000448856
- Faroghi, S. (1985). Duyguların da tarihçesi vardır: lucien febre'nin yapıtları. (İsen Arıcanlı, Latife Özkaramete, Çev.). *Toplum ve Bilim*, 28, 149-162.
- Faustino, A., & Vasco, L. (2020). Emotional schemas and their impact on psychological health: Stress and mental health responses. *Journal of Emotional and Psychological Studies*, 15(3), 55-63.
- Faustino, B., Vasco, A. B., Silva, A. N., & Marques, T. (2020). Relationships between emotional schemas, mindfulness, self-compassion and unconditional self-acceptance on the regulation of psychological needs. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 23(2). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2020.442>
- Fitzgerald, T., Kawachi, I., Kubzansky, L. (2021). Specificity in associations of anger frequency and expression with different causes of mortality over 20 years. *Psychosomatic Medicine* 83(5), 402-409.
- Fodori J. The mind-body problem. *Scientific American*.

- Fonagy, P (2005). An overview of Joseph Sandler's key contributions to theoretical and clinical psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 25, 120-147.
- Frank, P., Jokela M., Batty G. D., Cadar D., Steptoe, A., Kivimaki, M. (2021). Association between systemic inflammation and individual symptoms of depression: a pooled analysis of 15 population based cohort studies. *Am J Psychiatry* 178(12):1107-1118. doi: 10.1176/appi.ajp.2021.20121776.
- Fredrickson B. L., Grewen K. M. Algoe S.B., Firestone A. M., Arevalo J. M. (2015). Psychological well-being and the human conserved transcriptional response to adversity. *Plos One Journal* 11(6), doi: 10.1371/journal.pone.0157116.
- Freud, S. (1963). Introductory lectures on psycho-analysis. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological work of Sigmund Freud* (Vols. 16-17, pp. 13-463 & pp. 1-240). London, England: Hogarth Press.
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Ganesan, A., Kumar, G., Gauthaman J., Lakshmi, K.C. ve Kumbalaparambil, Y.A. (2024). Exploring the relationship between psychoneuroimmunology and oral diseases: A comprehensive review and analysis. *Journal of Lifestyle Medicine* 14 (1), 13-19.
- Gaudin, J.M., Polansky, N.A., Kilpatrick, A.C., Shilton, P. (1993). Loneliness, depression, stress and social supports in neglectful families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(4), <https://doi.org/10.1037/h0079475>.
- Gefen, D. R., & Fish, M. C. (2012). Gender Differences in Stress and Coping in First-Year College Students. *Journal of College Orientation, Transition, and Retention*, 19(2). <https://doi.org/10.24926/jcotr.v19i2.2797>
- Ghoussoub, K., Cote, C.I., Fortier, M., Nauche, B., Rainville, P. & Page, M.G. (2024). Investigating the impact of stress on pain: A scoping review on sense of control, social evaluative threat, unpredictability, and novelty (STUN Model). *Journal of Pain Research*, 737-751.
- Glaser, J.K.K., Glaser, R. (1999). Psychoneuroimmunology and immunotoxicology: implications for carcinogenesis. *Psychosomatic Medicine* 61, 271-272.
- Goldsmith D. R., Rapaport M. H. Ve Miller B. J. (2016). A meta-analysis of blood cytokine network alterations in psychiatric patients: comparisons between schizophrenia, bipolar disorder and depression. *Journal of Molecular Psychiatry*
- Gold, S., Mohr, D., Huitinga, I., Flachenecker, P., Sternberg, E., Heesen, C. (2005). The role of stress-response systems for the pathogenesis and progression of MS. *Trends in Immunology* 26 (12). doi:10.1016/j.it.2005.09.010
- Graves B.S, Hall ME, Dias-Karch C, Haischer M.H, Apter C. (2021) Gender differences in perceived stress and coping among college students. *PLoS ONE* 16(8): e0255634. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255634>
- Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy* (Rev.ed.). Washington, DC: American Psychological Association (APA).

- Greenberg, L., Malberg, N.T., & Tompkins, M.A. (2019). Working with emotion in psychodynamic, cognitive behavior, and emotional-focused psychotherapy. American Psychological Association (APA).
- Gürbüz, S., & Bayık, A. (2018). Veri analizi ve yorumlama. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Gazzaniga, M. S. (1988). Mind matters: How mind and brain interact to create our conscious lives. Boston, MA: Houghton Mifflin. Emotion-focused psychotherapy 155
- Haapakoski, R., Mathieu, J., Ebmeier, K. P., Alenius, H., Kivimaki, M. (2015). Cumulative meta analysis of interleukins 6 and 1B, tumour necrosis factor alfa and C-reactive protein in patients with major depressive disorder. *Brain Behavior Immunity* 49:206-15. doi: 10.1016/j.bbi.2015.06.001.
- Hange, D., Bengtsson, C., Sundh, V., Björkelund, C. (2007). The natural history of psychosomatic symptoms and their association with psychological symptoms: Observations from the population study of women in Gothenburg. *The European Journal of General Practice*, 13(2), 60-66, doi: 10.1080/13814780701377497
- Hernandez, S., Rivera, M., & Cruz, J. (2022). The role of emotional schemas in somatic symptom expression: A review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 100, 1-7.
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling [White paper]. Retrieved from <http://www.afhayes.com/>
- Hayes, A. F. (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. Guilford Press
- Hayes, A. F. (2018). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach (2nd ed.). Guilford Press.
- Horvath, L. (2023). Traumatic retroactivity: The phenomenological significance of Freud's retroactive trauma. *Philosophical Psychology*
- Izard, C. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. *Perspectives on Psychological Science* 2(3)
- Jam, M.M., Fard, F.D. (2023). Perceived styles of parents on alexithymia with the mediating role of emotional schemas in married people with migraine. *Brazilian Journal of Education*, <http://dx.doi.org/10.14571/brajets.v16.n2.2023>
- Jokela M., Virtanen M., Batty G. D., Kivimaki, M. (2016). Inflammation and specific symptoms of depression. *Jama Psychiatry* 73, 87-88
- Kahraman, S. (2024). Yetişkinlerde psikolojik yardım almaya ilişkin tutumları yordayan değişkenlerin incelenmesi: Psikolojik belirtiler, içgörü, damgalanma ve demografik değişkenler. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2), 462-486. DOI: <https://doi.org/10.47525/ulasbid.1472685>

- Karakoyun, F. (2018). Fibromiyalji sendromu olan bireylerde duygu ifade etme duygu şeması kişilerarası tarz arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi. İstanbul, Okan Üniversitesi
- Kawakami, N., Kim, Y., Saito, M., Fujishiro, S. (2022). People's worry about long-term impact of COVID-19 pandemic on mental health. *Asian Journal of Psychiatry*, 75, <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103196>
- Khandaker, G. M., Pearson R. M., Zammit, S., Lewis, G., Jones, P. B. (2014). Association of serum interleukin 6 and C-reactive protein in childhood with depression and psychosis in young adult life: a population-based longitudinal study. *JAMA Psychiatry*
- Khandaker G. M., Cousins L., Deakin J., Lennox B. R., Yolken R., Jones P. B. (2015). Inflammation and immunity in schizophrenia: implications for pathophysiology and treatment. *Lancet Psychiatry*
- Kraft, L., Lindenberg, K., & Sonnenschein A., (2024). Hierarchical emotion regulation therapy (HERT): Toward a unified psychotherapy in science and practice. Johannes Gutenberg University.
- Kuhlman, K.R., Robles, T. F., Dooley, L. N., Boyle, C.C., Haydon, M.D., Bower, J. E. (2018). Within subject associations between inflammation and features of depression: using the flu vaccine as a mild inflammatory. *Brain Behavior and Immunity*
- Kurt, K. Ş. (2021). Duyguların tarihsel serüveni ve tarihte duygular. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 18 (40), 2821-2852.
- Lane, R.D., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavior and Brain Sciences*, 38, e1.
- Leahy, R.L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 177-190
- Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice* 14, 36-45
- Leahy, R.L., Tirch, D.D., & Napolitano, L.A., (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford
- Leahy, R.L., Tirch, D.D., & Melwani, P.S. (2012). Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas and psychological flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 362-379.
- Leahy, R.L. (2015). *Emotional schema therapy*. New York: Guilford
- Leahy, R.L. (2018). *The jealousy cure: Learn to trust, overcome possessiveness and save your relationship*. New York: New Harbinger.
- Leahy, R.L. (2019). Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12, 1-4, <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5>
- Macina, C., Bendel, R., Walter, M., Wrege, J. (2021). Somatization and somatic symptom disorder and its overlap with dimensionally measured personality pathology: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110646>

- Mak, M.C.K., Yin, L., Li, M., Cheung, R.Y., Oon, P.T. (2020). The relation between parenting stress and child behavior problems: Negative parenting styles as mediator. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 2993-3003.
- Manavipour, D., Miri, L.S. (2015). Early maladaptive schemas in patients with psychosomatic disorder and multiple sclerosis. doi: 10.18869/acadpub.shefa.5.1.40
- Mazloom, M., Yaghubi, H., Mohammadkhani, S. (2016). Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: A structural equation model. *Personality and Individual Differences* 88, 94–98, <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.053>
- Meydan, M., & Şeşen, H. (2011). Veri analizi ve regresyon: Sosyal bilimler için temel yöntemler (4. baskı). Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- McEwen, B. (2017). Epigenetic interactions and the brain-body communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 1-4, doi: 10.1159/000449150
- Miller, T., & Adams, J. (2022). Emotional schemas as mediators in the relationship between stress and somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 96, 45-55.
- Miller, A. H., Raison, C. L. (2016). The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nat. Rev.* 16(1):22-34. doi: 10.1038/nri.2015.5
- Millington GWM., Shobajo MT., Wall J., Jafferany M. (2022). Somatization in dermatology. *Skin Health Dis.* 2(4), <https://doi.org/10.1002/ski2.164>
- Minjoz, S., Sinniger, V., Pellissier, S. (2023). The burden of early life stress in chronic inflammatory bowel diseases. *Journal Health Psychol* 28 (13), 1204-1216. <https://doi.org/10.1177/13591053231173918>
- Mohammadkhani, S., Foroutan, A., Akbari, M., Shahbahrami, M., (2022). Emotional schemas and psychological distress: Mediating role of resilience and cognitive flexibility. *Iranian Journal of Psychiatry* 17(3), 284-293
- Morvaridi, M., Chesli, R.R., Farahani, H., & Mashhadi, A. (2024). Effective common emotional schemas in iranian adults with generalized anxiety disorder: A gualitative study. *Clinical Psychology Studies*. doi: 10.22054/jcps.2024.17162
- Muscat, S. M., Barrientos, R. M. (2021). The perfect cytokine storm: How peripheral immune challenges impact brain plasticity and memory function in aging. *Brain Plast Journal* 7, 47-60.
- Myers, D.G. (2004). Duygu kuramları. Psikoloji: Yedinci Baskı, New York, NY:Worth Yayıncıları
- Naderi-Rajeh, Y., Zarghami, M., & Bagheri, M. (2017). The efficiency of emotional schema therapy on level of anxiety and depression, symptom and signs of patients suffering from post-traumatic stress disorder (PTSD). *International Journal of Behavioral Sciences*, 11(3), 114- 120.
- Najafabadi, Z.P., Alibeigi, N., Eskandarnia, E. (2021). Comparison of cognitive and emotional schema in women with and without marital satisfaction. *World*

- Neagu, C.C., Amerio, P., Grossu, I.V. (2020). Emotional dysregulation mechanisms in psychosomatic chronic diseases revealed by the instability coefficient. *Brain Sciences*, 10. doi:10.3390/brainsci10100673
- Nolen-Hoeksema, S., Watkins, E. R. (2011). A heuristic for transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 589-609
- Okajima, I., Komada, Y., & Inoue, Y. (2011). A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep and Biological Rhythms*, 9, 24-34.
- Okumura, I. M., Serbena, C. A., & Dóro, M. P. (2020). Psychosomatic illness in the analytical approach: An integrative literature review. *Psicologia: Teoria e Prática*, 22(2), 487–515. doi:10.5935/1980-6906/psicologia.v22n2p487-515
- Pfaltz, M., Schnyder, U. (2023). Allostatic load and allostatic overload: preventive and clinical implications. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 92, 279-282, doi: 10.1159/000534340
- Osimo, E.F., Pillinger, T., Rodriguez, I.M., Khandaker, G.M., Pariante, C. M., Howes, O.D. (2020). Inflammatory markers in depression: a meta analysis of mean differences and variability in 5,16 patients and 5,083 controls. *Brain Behavior & Immunity* 87:901-909. doi: 10.1016/j.bbi.2020.02.010
- Ökdem, S. (2023). Ebubekir Alan. Kindi, Razi ve Farabi'nin zihin felsefeleri. *Nous Academy Journal* 1, 100-107. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8376642>
- Öz, H. B., Bayam, H., (2022). Genç yetişkinlerde algılanan stres ve yalnızlığın duygusal yeme ile ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 31(2), 176-183, doi: 10.34108/eujhs.977915
- Özgül, S.S., Demir, V., Ünübol, H., (2019). Kaygılı ve Kaçınan Bağlanma Örüntülerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Duygusal Şemalarla Olan İlişkinin İncelenmesi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1 (3): 173-9 doi:10.35365/ctjpp.19.1.22
- Pijakelai, A., Akbari, M., Mohammadkhani, S., & Hasani, J. (2024). Behaviors in general population: The mediating compassion. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 42, 381-397.
- Peruzzolo, T. L., Pinto J. V., Roza T.H., Shintani A. O., Anzolin A. P. (2022). Inflammatory and oxidative stress markers in post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta analysis. *Mol Psychiatry*, 27(8):3150-3163. doi: 10.1038/s41380-022-01564-0.
- Polat, Y.E. ve Kılıç, E. (2022). Covid- 19 döneminde mutluluk ile mutluluğun temel belirleyicileri ilişkisi: Isparta örnekleme üzerinden değerlendirme. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 14 (2), 176-202, doi: <https://doi.org/10.55827/ebd.1141852>

- Potter, R.L., (2024). Attachment and working alliance in emotionally-focused individual therapy. Master of Arts in Counselling & Spirituality, Saint Paul University
- Rajasekharan, A., Munisamy, M., Menon, V., Raj, M., Priyadarshini, G., Rajappa, M. (2023). Stress and proriasis: Exploring the link through the prism of hypothalamo pituitary adrenal axis and inflammation. *Journal of Psychosomatic Research*, 170. doi: 10.1016/j.jpsychores.2023.111350
- Rapaport, D., (1953). On the psychoanalytic theory of affects. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 177-178.
- Rahimian, A., Namazi, M., & Aghili, S.M., (2024). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy on experiential avoidance and post-traumatic growth in sexually abused Girls. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studie*, 5 (6): 41-49.
- Renna, M. E., O'Toole, M. S., Spaeth P. E., Lekander M., Mennin, D. S. (2018). The association between anxiety, traumatic stress and obsessive-compulsive disorders and chronic inflammation: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety* 35(11):1081-1094. doi: 10.1002/da.22790.
- Salarirad, Z., Leilabadi, L., Salehi, M., Mujembari, A. K. (2022). Effectiveness of emotion-focused therapy on anxiety and quality of life in women with breast cancer. *Iranian Journal of Health Psychology*, 5(3)
- Sarolidou, G., Axelsson, J., Sundelin, T., Lasselin, J., Regenbogen (2019). Emotional expressions of the sick face. *Brain Behavirol Immunity*, 80, 286-291.
- Schreier H. M., Schonert, K.A. ve Chen, E. (2013). Effect of volunteering on risk factors for cardiovascular disease in adolescents: a randomized controlled trial. *Jama Pediatr* 167
- Sebastio, R., Neto, D.D. (2024). Stress and mental health: The role of emotional schemas and psychological flexibility in the context of COVID-19. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32.
- Soorena, S. (2019). Investigates the role of cognitive and emotional schemas in stress. *Psychological Prospects Journal*, 33, 235-247, doi: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2019-33-235-247>
- Silberstein, L. R., Tirch, D., Leahy, R.L., McGinn, L. (2012). Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 406–419
- Sumner J. A., Nishimi K. M., Koenen K. C., Roberts A. L. Ve Kubzansky, L. D. (2020). Posttraumatic stress disorder and inflammation: untangling issues of bidirectionality. *Journal of Biological Psychiatry*, 14;87(10):885–897. doi:10.1016/j.biopsych.2019.11.005
- Şencan, Buse. (2015). Bağlanma örüntüleri ve psikolojik iyilik hali arasındaki ilişkilerde duygusal şemalar, duygusal zorlanmaya tolerans ve kişilerarası beklentilerin rolü. Yüksek lisan tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Şimşek, P.(2017). Yetişkinlerin psikolojik yardım alma tutumlarının incelenmesi: Mardin ili örneği. *ABMYO Dergisi* 45, 105-126.

- Ta, V., Gesselman, A. N., Perry, B.L., Fisher, H.E., Garcia, J.R. (2017). Stress of singelhood:Marital status, domain-spesific stress and anxiety in a national U.S. sample. *Journal of Social and Clinical Psychology* 36(6).
- Taylor, C. (1985). *Human agency and language*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Thompson, R.G.L., Prince, M.A., Adams, M.S. (2024). Does a mindfulness-based intervention strengthen mindfulness stress buffering effects in a adolescence? A preliminary investigation. *Current Psychology*, 43, 3440-3454.
- Tirch D. D., Leahy R. L., Silberstein L. R., Melwani P. S. (2012). Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: the role of flexible response patterns to anxious arousal. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4):380-91.
- Tisborn, K., Kumsta, R., Zmyj, N., Seehagen, S. (2023). A matter of habbit? Stressful life events and cognitive flexibility in 15 month olds. *Infant Behavior and Development*, 71
- Wang, L., Dong, S., Zhao, C., Gao, Z., Jiang, L., Zhang, R., Shen, T., Guo, Y., Zhou, H., Xu, S.(2023). Association of stressful life events with cognitive impairment in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes Investigation*, 14, 792-800. <https://doi.org/10.1111/jdi.14010>
- Westphal, M., Leahy, R.L., &Wupperman, P. (2016). Self-compassion and emotional invalidation mediate the effects of parental indifference on psychopathology. *Psychiatry Research*, 242, 186-191.
- Vladimirovna, L.A., Hazratovich, K.Z, Nematillayevna, S.D., Farrukh, S. (2022). Psychosomatic relationships in different age groups in patients with facial dermatosis. *Science and Innovation*, 2(11), <https://doi.org/10.5281/zenodo.10206118>
- Yavuz, K.F. (2009). Duygusal Şemalar ve Leahy duygusal şema ölçeğinin Türkçe uyarlaması, geçerlik, güvenilirliği. *Uzmanlık tezi,Ankara Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Psikiyatri Kliniği*
- Yıldırım, A. (2023). Yetişkinlerde bağlanma stilleri duygusal şemalar ve duyguları ifade etme arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi, Düzce*.
- Yıldız, B., Demir, V., Ünübol, H. (2019). Examination of the relation of eating habits with emotional schemes according to gender. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 5(4), 405-417.
- Yılmaz, A.E. (2016). Depresyonun üstbilişsel modeli'nin Türkiye'deki bir üniversite öğrencisi örnekleminde incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(2), 100-9
- Zhong, Y., Huang, J., Zhang, W., Li, S.,Gao, Y. (2023). Addressing psychosomatic issues after lifting the COVID-19 policy in China: A wake-up call. *Asian Journal of Psychiatry*,82, <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103517>

EKLER

Ek 1: Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Doğum tarihiniz:

Halen Yaşadığınız Yer:

- İlçe\Köy\Kasaba
- İl(Merkezinde Yaşıyorum)
- Büyükşehir
- Yurtdışı

Cinsiyetiniz:

- Kadın
- Erkek

Medeni Durumunuz:

- Evli
- Bekar

Kimlerle Yaşıyorsunuz?

- Yalnız
- Eşim veya Çocuklarım
- Kalabalık Aile
- Çekirdek Aile

Çocuğunuz var mı?

- Evet
- Hayır

Gelir düzeyiniz nedir?

- Düşük
- Orta
- Yüksek

Çalışma durumunuz nedir?

- Çalışmıyorum
- Düzensiz bir işte çalışıyorum
- Düzenli bir işte çalışıyorum

Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı?

- Hayır
- Evet ama psikolojik destek almadım
- Evet psikolojik destek aldım

Eğitim düzeyiniz nedir?

- Okur-Yazar
- İlköğretim
- Lise Mezunu
- Üniversite

Ek 2: Leahy Duygusal Şema Ölçeği

Bu ankette duygularınızla, örneğin öfke, üzüntü, endişe veya cinsel duygularınızla, nasıl başa çıktığınız incelenmektedir. Hepimizin bu duygularla başa çıkma şekli farklıdır ve bu nedenle doğru veya yanlış cevap yoktur. Lütfen her cümleyi dikkatle okuyun ve aşağıdaki ölçeği kullanarak geçen ay içinde duygularınızla nasıl başa çıktığınızı belirtecek şekilde puanlayınız. Cevabınızı cümlenin başında bulunan çizgiye yazınız.

- Ölçek:
- 1 = benim için hiç geçerli değil
 - 2 = benim için pek geçerli değil
 - 3 = benim için geçerli değil gibi
 - 4 = benim için geçerli gibi
 - 5 = benim için biraz geçerli
 - 6 = benim için çok geçerli

1. — Kendimi keyifsiz hissettiğim zaman, olaylara nasıl farklı bir şekilde bakabileceğimi düşünmeye çalışırım.
2. — Beni rahatsız eden bir duygum olduğunda, bunun önemli olmadığına dair sebepler düşünmeye çalışırım.
3. — Sıklıkla diğer insanlarda bulunmayan duygularla hareket ettiğimi düşünüyorum.
4. — Bazı duyguları hissetmek yanlıştır.
5. — Kendim hakkında bir türlü anlayamadığım şeyler var.
6. — Duygularımı dışa vurmak için ağlamama izin vermemin önemli olduğunu düşünüyorum.
7. — Kendimi bırakıp bu duygulardan bazılarını hissedersen kontrolü kaybetmekten korkuyorum.
8. — Başkaları duygularımı anlıyor ve kabulleniyor.
9. — Cinsellik ve şiddet ile alakalı duygular gibi belirli bazı duyguları hissetmeye izin vermemeniz gerekir.
10. — Duygularımı anlayamıyorum.
11. — Diğer insanlar değişseydi, kendimi çok daha iyi hissederdim.
12. — Hissettiğim ama tam farkında olmadığım duygular olduğunu düşünüyorum.
13. — Bazen güçlü bir duygu hissetmeme izin verirsem, onun hiç geçmeyeceğinden korkuyorum.
14. — Duygularımdan utanıyorum.
15. — Diğer insanları rahatsız eden şeyler beni rahatsız etmez.
16. — Kimse duygularıma gerçekten önem vermiyor.
17. — Benim için hassas ve duygularıma karşı açık olmak yerine mantıklı ve pratik olmak önemlidir.
18. — Aynı kişiyi hem beğenmek hem beğenmemek gibi birbirinin tersi duygularımın olmasına dayanamıyorum.
19. — Diğer insanlardan çok daha hassasım.
20. — Hoş olmayan bir duygudan hemen kurtulmaya çalışırım.
21. — Kendimi keyifsiz hissettiğimde, hayatta değer verdiğim daha önemli şeyleri düşünmeye çalışırım.
22. — Kendimi kötü veya üzgün hissettiğim zaman değerlerimi sorgularım.
23. — Duygularımı açıkça ifade edebildiğimi düşünüyorum.
24. — Kendime sıklıkla "Benim neyim var?" diye sorarım.
25. — Kendimi sıg bir insan olarak görüyorum.
26. — İnsanların gerçekten hissettiğinden farklı biri olduğuma inanmalarını isterim.
27. — Duygularımı kontrol edemeyeceğimden korkuyorum.
28. — Kendinizi bazı duyguları hissetmekten korumalısınız.
29. — Kuvvetli duygular sadece kısa bir süre devam eder.
30. — Kendiniz için neyin iyi olduğunu söyleme konusunda duygularınıza güvenemezsiniz.
31. — Hissettiklerimin bazılarını hissetmemem gerekir.
32. — Duygusal olarak kendimi "uyuşmuş" hissediyorum, sanki hiç duygum yokmuş gibi.
33. — Duygularımın tuhaf veya saçma olduğunu düşünüyorum.
34. — Diğer insanlar kötü şeyler hissetmeme neden oluyor.
35. — Birisi hakkında birbirinin tersi duygularım olduğunda kendimi kötü hissediyorum veya kafam karışıyor.
36. — Beni rahatsız hissettiren bir duygum olduğunda düşünecek veya yapacak başka birşey bulmaya çalışıyorum.
37. — Kendimi kötü hissettiğim zaman tek başıma oturup ne kadar kötü hissettiğim hakkında uzun süre düşünüyorum.
38. — *Bir başkası* hakkındaki duygularımın çok kesin olmasından hoşlanıyorum.
39. — Herkesin duyguları benimki gibidir.
40. — Duygularımı kabul ediyorum.
41. — Diğer insanlarla aynı duygulara sahip olduğumu düşünüyorum.
42. — Ulaşmak istediğim daha yüksek değerler var.
43. — Şu andaki duygularımın büyütülme şeklimle hiç ilgisi *olmadığını* düşünüyorum.
44. — Belli bazı duyguları hissedersen delirebileceğimden korkuyorum.
45. — Duygularım sanki nedensiz yere ortaya çıkıyor.
46. — Hemen hemen herşeyde akılcı ve mantıklı olmanın önemli olduğunu düşünüyorum.
47. — *Kendimle* ilgili hissettiklerim konusunda çok kesin olmayı seviyorum.
48. — Duygularım veya fiziksel hislerim üzerine çok odaklanıyorum.
49. — Duygularımın bazılarını kimsenin bilmesini istemiyorum.
50. — Bazı duygularımın olduğunu kabullenmek istemiyorum ama bu duygularımın olduğunu biliyorum.

Ek 3: Somatizasyon Ölçeği

Aşağıda sıra ile numaralanmış her soruyu kendi durumunuza göre “Doğru” veya “Yanlış” olarak cevaplayınız. Bazı sorular birbiri ile aynı veya benzeri gelebilir. Lütfen tüm soruları sadece kendinizi düşünerek cevaplayınız.

1.	Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur.	Doğru	Yanlış
2.	İştahım iyidir.	Doğru	Yanlış
3.	Başım pek az ağrır.	Doğru	Yanlış
4.	Ayda bir iki defa ishal olurum.	Doğru	Yanlış
5.	Midemden oldukça rahatsızım.	Doğru	Yanlış
6.	Çoğu kez midem ekşir.	Doğru	Yanlış
7.	Bazen utanınca çok terlerim.	Doğru	Yanlış
8.	Sağlığım beni pek kaygılandırmaz.	Doğru	Yanlış
9.	Hemen hemen hiçbir ağrı ve sızım yok.	Doğru	Yanlış
10.	Bazen başımda sızı hissederim.	Doğru	Yanlış
11.	Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır.	Doğru	Yanlış
12.	Sağlığım birçok arkadaşımunki kadar iyidir.	Doğru	Yanlış
13.	Pek seyrek kabız olurum.	Doğru	Yanlış
14.	Ensemde nadiren ağrı hissederim.	Doğru	Yanlış
15.	Vücudumda pek az seyirme ve kasılma olur.	Doğru	Yanlış
16.	Çabucak yorulmam.	Doğru	Yanlış
17.	Pek az başım döner veya hiç dönmez.	Doğru	Yanlış
18.	Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem.	Doğru	Yanlış
19.	Soğuk günlerde bile kolayca terlerim.	Doğru	Yanlış
20.	Çoğu zaman yorgunluk hissederim.	Doğru	Yanlış
21.	Hemen her gün mide ağrılarından rahatsız olurum.	Doğru	Yanlış
22.	Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir.	Doğru	Yanlış
23.	Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım.	Doğru	Yanlış
24.	Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyi idi.	Doğru	Yanlış
25.	Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş uyanırım.	Doğru	Yanlış
26.	Çoğu zaman bana kafam şişmiş ya da burnum tıkanmış gibi gelir.	Doğru	Yanlış
27.	Çoğu zaman başım sıkı çember içindeymiş gibi hissederim.	Doğru	Yanlış
28.	Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur.	Doğru	Yanlış
29.	Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim.	Doğru	Yanlış
30.	Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır.	Doğru	Yanlış
31.	Hiç felç geçirmediğim ya da kaslarımda olağanüstü bir halsizlik duymadım.	Doğru	Yanlış
32.	Ortada hiçbir neden yokken haftada bir ya da daha sık birdenbire her yanımı ateş basar.	Doğru	Yanlış
33.	Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma ve uyusukluk hissederim.	Doğru	Yanlış

Ek 4: Algılanan Stres Ölçeği

Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok sık
1. Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?	0	1	2	3	4
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?	0	1	2	3	4
3. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sınırlı ve stresli hissettiniz?	0	1	2	3	4
4. Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?	0	1	2	3	4
5. Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?	0	1	2	3	4
6. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?	0	1	2	3	4
7. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?	0	1	2	3	4
8. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?	0	1	2	3	4
9. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?	0	1	2	3	4
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?	0	1	2	3	4
11. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkeleniniz?	0	1	2	3	4
12. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?	0	1	2	3	4
13. Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?	0	1	2	3	4
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?	0	1	2	3	4

ÖZGEÇMİŞ

Uluslararası Pendik Kız Anadolu İmam Hatip Lisesi'nden 2017 yılında derece ile mezun oldu. 2018 yılında tam burslu olarak kazandığı T.C. İstanbul Gedik Üniversitesi Psikoloji Bölümünden 2022 yılında yüksek onur derecesiyle bölüm birincisi olarak mezun oldu. 2023 yılı bahar döneminde %100 YÖK bursu ile T.C. İstanbul Gedik Üniversitesi Tezli Klinik Psikoloji Yüksek Lisans eğitimine başladı. 2019-2021 yılları arasında Anadolu Üniversitesi Açıköğretim İlahiyat Fakültesinde ön lisans eğitimini tamamladı. 2018 yılından beri memuriyet görevine devam etmektedir.

Akademik Yayın

1.Duygusal Zekânın İnsan Hayatındaki Yeri ve Önemi. Esra Nur ÖZTÜRK,
Prof. Dr. Çağatay KARŞIDAĞ. Eklektik Dergisi, 31.12.2023