



TÜRKİYE CUMHURİYETİ ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR

ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**ALGILANAN STRES İLE SOMATİZASYON ARASINDAKİ İLİŞKİDE  
BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE YAŞANTISAL KAÇINMA  
DEĞİŞKENLERİNİN İNCELENMESİ**

AYBÜKE AKKAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur Aktaş

İSTANBUL- 2022

## TEZ ONAY SAYFASI



## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

18.07.2022

Aybüke AKKAYA

## ÖNSÖZ

Tez sürecimin ilk aşamalarından sonuna kadar desteğini benden esirgemeyen, tüm soru işaretlerimi sabırla dinleyen ve beni farklı açılardan bakmaya teşvik eden, süreç içinde bilgi ve deneyimleriyle beni hem akademik hem de psikolojik anlamda motive eden çok kıymetli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur Aktaş'a en içten teşekkürlerimi ve sonsuz saygılarımı sunarım.

Yüksek lisans yolculuğuna beraber başladığımız ve bu yolculuğun tüm aşamasında bana yoldaş olan, başım sıkıştığında her daim yanımda olacaklarını bildiğim, süreç içinde yalnız olmadığımı hissettiren, bilgilerini paylaşırken asla tereddüt etmeyen çok değerli meslektaşlarım ve biricik arkadaşlarım Ezgi Akay ve Melike Balcı'ya çok teşekkür ederim. İyi ki yollarımız birleşmiş.

Yorulduğumda, isteğimi kaybettiğimde, kaygılı hissettiğimde, kısacası bu tez sürecinin beraberinde getirdiği yoğun duygularla başa çıkmaya çalışırken destekleyici konuşmalarıyla beni harekete geçiren, yüzümü hep gülümseten, daha iyi hissetmem için her seferinde elinden gelenin fazlasını yapan en yakın arkadaşım, canım sevgilim Kadir Can Ergenç'e çok teşekkür ederim. İyi ki varsın, iyi ki hayatımdasın.

Küçüklüğümde bu yana bulunduğumuz her ilde en iyi eğitimi almam için maddi ve manevi kaynaklarını benden asla esirgemeyen, beni sevgiyle büyüten, hayatım boyunca şefkatlerini ve ilgilerini kalbimin derinlerinde hissettiğim, bana olan güvenlerinden güç aldığım, kendilerine hayran olduğum, en değerlilerim, canım annem Gülsüm Akkaya'ya ve babam Gürsel Akkaya'ya sonsuz teşekkür ederim. Benim ailem olduğunuz için çok şanslıyım. Her şey için size minnettarım ve sizi çok seviyorum. Bu tez çalışmasını size ithaf ediyorum.

## İÇİNDEKİLER

|                       |      |
|-----------------------|------|
| TEZ ONAY SAYFASI..... | ii   |
| BEYAN.....            | iii  |
| ÖNSÖZ.....            | iv   |
| KISALTMALAR .....     | viii |
| TABLolar LİSTESİ..... | ix   |
| ŞEKİLLER LİSTESİ..... | x    |
| EKLER LİSTESİ .....   | xi   |
| ÖZET.....             | 1    |
| ABSTRACT .....        | 2    |
| GİRİŞ .....           | 4    |

## BİRİNCİ BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| 1.1. Somatizasyon.....                      | 8  |
| 1.1.1. Somatizasyonun tarihçesi.....        | 12 |
| 1.1.2. Somatizasyon ve tanı.....            | 15 |
| 1.1.3. Somatizasyonun etiyolojisi. ....     | 20 |
| 1.1.4. Somatizasyonun epidemiyolojisi. .... | 31 |
| 1.2. Stres .....                            | 35 |

|        |                                                  |    |
|--------|--------------------------------------------------|----|
| 1.2.1. | Algılanan stres.....                             | 37 |
| 1.2.2. | Algılanan stresin etkileri. ....                 | 42 |
| 1.2.3. | Algılanan stres ve somatizasyon. ....            | 45 |
| 1.3.   | Bilinçli Farkındalık.....                        | 46 |
| 1.3.1. | Bilinçli farkındalık tutumları.....              | 47 |
| 1.3.2. | Bilinçli farkındalık ve algılanan stres. ....    | 51 |
| 1.3.3. | Bilinçli farkındalık ve somatizasyon.....        | 54 |
| 1.4.   | Yaşantısal Kaçınma .....                         | 56 |
| 1.4.1. | Yaşantısal kaçınma ve bilinçli farkındalık. .... | 58 |
| 1.4.2. | Yaşantısal kaçınma ve algılanan stres.....       | 59 |
| 1.4.3. | Yaşantısal kaçınma ve somatizasyon. ....         | 60 |
| 1.5.   | Amaç ve Hipotezler .....                         | 62 |

## İKİNCİ BÖLÜM

### YÖNTEM

|        |                                                       |    |
|--------|-------------------------------------------------------|----|
| 2.1.   | Örneklem .....                                        | 66 |
| 2.2.   | Veri Toplama Araçları.....                            | 67 |
| 2.2.1. | Bilgilendirilmiş onam formu.....                      | 68 |
| 2.2.2. | Demografik bilgi formu. ....                          | 68 |
| 2.2.3. | Algılanan stres ölçeği (ASÖ). ....                    | 68 |
| 2.2.4. | Somatizasyon ölçeği (SÖ).....                         | 69 |
| 2.2.5. | Beş boyutlu bilinçli farkındalık ölçeği (BBBFÖ). .... | 70 |
| 2.2.6. | Çok boyutlu yaşantısal kaçınma ölçeği (ÇBYKÖ). ....   | 71 |

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.2.7. Veri toplama araçlarının iç tutarlılık katsayıları ve betimsel özellikleri..... | 73 |
| 2.3. İşlem .....                                                                       | 75 |
| 2.4. Verilerin Analizi.....                                                            | 76 |

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

|                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri Kapsamında Somatizasyon Puanlarının Değerlendirilmesine Yönelik Betimsel Bulgular..... | 78 |
| 3.2. İstatistiksel Bulgular.....                                                                                                  | 85 |
| 3.2.1. Korelasyon analizleri. ....                                                                                                | 85 |
| 3.2.2. Biçimlendirici regresyon analizleri. ....                                                                                  | 90 |

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### TARTIŞMA

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### SONUÇ

|                |     |
|----------------|-----|
| KAYNAKÇA ..... | 140 |
| EKLER.....     | 189 |

## KISALTMALAR

**ASÖ:** Algılanan Stres Ölçeği

**BBBFÖ:** Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık

**BBBFÖ-FD:** Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği Farkındalıkla Davranma

**BBBFÖ-G:** Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği Gözlemle

**BBBFÖ-İDT:** Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği İçsel Deneyimlere Tepkisizlik

**BBBFÖ-IDY:** Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği İçsel Deneyimleri Yargılamama

**BBBFÖ-T:** Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği Toplam

**BBBFÖ-TA:** Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği Tanımlama

**ÇBYKÖ:** Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği

**ÇBYKÖ-Bİ:** Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği Bastırma ve İnkâr

**ÇBYKÖ-DDB:** Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği Dikkat Dağıtma ve Baskılama

**ÇBYKÖ-E:** Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği Erteleme

**ÇBYKÖ-K:** Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği Kaçınma

**ÇBYKÖ-SD:** Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği Sıkıntıya Dayanıklılık

**ÇBYKÖ-T:** Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği Toplam

**SÖ:** Somatizasyon Ölçeği

## TABLÖLAR LİSTESİ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 1.</b> <i>DSM-III Tanı Kriterlerine Göre Somatizasyon Bozukluğu</i> .....                                                                                                                                                                                                               | 16 |
| <b>Tablo 2.</b> <i>DSM-IV Tanı Kriterlerine Göre Somatizasyon Bozukluğu</i> .....                                                                                                                                                                                                                | 18 |
| <b>Tablo 3.</b> <i>DSM-V Tanı Kriterlerine Göre Bedensel Belirti Bozukluğu</i> .....                                                                                                                                                                                                             | 19 |
| <b>Tablo 4.</b> <i>Katılımcıların Demografik Bilgileri</i> .....                                                                                                                                                                                                                                 | 66 |
| <b>Tablo 5.</b> <i>Veri Toplama Araçlarının Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları</i> .....                                                                                                                                                                                                    | 74 |
| <b>Tablo 6.</b> <i>Ölçüm Araçlarından Alınan Puanların Ranj, Medyan, Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri</i> .....                                                                                                                                                           | 75 |
| <b>Tablo 7.</b> <i>Somatizasyon ile Yaş Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Korelasyon Analizi Sonucu</i> .....                                                                                                                                                                           | 79 |
| <b>Tablo 8.</b> <i>Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Somatizasyon Ölçek Puanlarına Göre Karşılaştırılması</i> .....                                                                                                                                                                  | 80 |
| <b>Tablo 9.</b> <i>Çalışma Değişkenlerinin İlişkilerine Yönelik Pearson Korelasyon Katsayıları</i> .....                                                                                                                                                                                         | 86 |
| <b>Tablo 10.</b> <i>Üniversite Öğrencilerinin Algılanan Stres Puanlarının Somatizasyon Eğilimi Üzerindeki Yordayıcısı Etkisinde Genel Bilinçli Farkındalık Eğiliminin ve Alt Boyutlarının Biçimlendirici Rolüne İlişkin Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları</i> ..... | 92 |
| <b>Tablo 11.</b> <i>Üniversite Öğrencilerinin Algılanan Stres Puanlarının Somatizasyon Eğilimi Üzerindeki Yordayıcısı Etkisinde Genel Yaşantısal Kaçınma Eğiliminin ve Alt Boyutlarının Biçimlendirici Rolüne İlişkin Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları</i> .....   | 98 |

## ŞEKİLLER LİSTESİ

|                                                                                                                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Şekil 1.</b> <i>İlişkisel Stres Modeli</i> .....                                                                                                                           | 39  |
| <b>Şekil 2.</b> <i>Algılanan Stres ve Somatizasyon Eğilimi Arasındaki İlişkide Genel Bilinçli Farkındalık Eğiliminin Biçimlendirici Etkisi</i> .....                          | 94  |
| <b>Şekil 3.</b> <i>Algılanan Stres ve Somatizasyon Eğilimi Arasındaki İlişkide Bilinçli Farkındalık Tanımlama Alt Boyutunun Biçimlendirici Etkisi</i> .....                   | 95  |
| <b>Şekil 4.</b> <i>Algılanan Stres ve Somatizasyon Eğilimi Arasındaki İlişkide Bilinçli Farkındalık İçsel Deneyimleri Yargılamama Alt Boyutunun Biçimlendirici Etkisi</i> ... | 96  |
| <b>Şekil 5.</b> <i>Algılanan Stres ve Somatizasyon Eğilimi Arasındaki İlişkide Yaşantısal Kaçınma Sıkıntıya Dayanıklılık Alt Boyutunun Biçimlendirici Etkisi</i> .....        | 100 |

## EKLER LİSTESİ

|                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>EK A.</b> Bilgilendirilmiş Onam Formu .....                                                | 189 |
| <b>EK B.</b> Demografik Bilgi Formu .....                                                     | 190 |
| <b>EK C.</b> Algılanan Stres Ölçeği.....                                                      | 192 |
| <b>EK D.</b> Somatizasyon Ölçeği .....                                                        | 193 |
| <b>EK E.</b> Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği .....                                    | 194 |
| <b>EK F.</b> Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği .....                                      | 196 |
| <b>EK G.</b> Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırma Etik Kurul Kararı..... | 199 |

## ÖZET

Ruhsal sıkıntının bedensel yansıması olan somatizasyon kişiyi çeşitli alanlarda olumsuz anlamda etkilemektedir. Somatizasyon eğiliminin gelişmesinde en büyük role sahip faktörlerden biri ise bireylerdeki stres algısıdır. Bu ilişki içinde hangi psikolojik faktörlerin arttırıcı ya da azaltıcı etki gösterdiğinin çalışılması somatizasyon eğiliminin daha iyi anlaşılması için kritik görünmektedir. Dolayısıyla bu tez çalışmasında üniversite öğrencilerinde algılanan stres ve somatizasyon ilişkisinde bilinçli farkındalık ve yaşantısal kaçınma değişkenlerinin ve bunların alt boyutlarının biçimlendirici etkisini incelemek amaçlanmıştır. Somatizasyon eğiliminin 20-30 yaş aralığındaki yetişkinlerde daha sık görülmesi sebebiyle çalışma 299 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama sürecinde Demografik Bilgi Formu, Algılanan Stres Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği, Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği ve Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği kullanılmıştır. Analiz sonuçları algılanan stres ve somatizasyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin varlığına işaret etmiştir. Ayrıca, algılanan stresin somatizasyon ile ilişkisinde genel bilinçli farkındalığın ve bu eğilimin içsel deneyimleri tanımlama ve içsel deneyimleri yargılamama alt boyutlarının biçimlendirici etkisi tespit edilmiştir. Bunun yanında algılanan stres ile somatizasyon arasında yaşantısal kaçınma eğiliminin sıkıntıya dayanıklılık alt boyutunun biçimlendirici etkisinin olduğu saptanmıştır. Edinilen bulgular ilgili alanyazın kapsamında yorumlanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Yaşantısal kaçınma, Bilinçli farkındalık, Algılanan stres  
Somatizasyon, Somatik belirtiler

## **ABSTRACT**

### **Investigation of Mindfulness and Experiential Avoidance Variables in the Relationship Between Perceived Stress and Somatization**

Somatization, which is the physical reflection of psychological distress, affects the person negatively in various areas. One of the factors that have the greatest role in the development of somatization is the perception of stress. Studying which psychological factors increase or decrease this relationship is considered important for a better understanding of somatization. Thus, in the current thesis study, it was aimed to examine the moderator effects of mindfulness and experiential avoidance and the subdimensions of these variables on the relationship between perceived stress and somatization in university students. The study was conducted with 299 university students, since somatization tendency is more common in young adults between the ages of 20-30. In the data collection process of the study Demographic Information Form, Perceived Stress Scale, Somatization Scale, Five Facet Mindfulness Questionnaire, Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire were used. The analyzes indicated the existence of a positive significant relationship between perceived stress and somatization. Also, a moderator effect of general mindfulness tendency was found on the positive relationship between perceived stress and somatization. In addition to this, it has been observed that the subdimensions of describing and non-judging of inner experience had a moderator effect on the relationship between perceived stress and somatization. Moreover, the distress endurance subdimension of the experiential avoidance scale had a moderator effect between perceived stress and somatization. The findings obtained from the thesis study were evaluated within the framework of the relevant literature.

**Key Words:** Experiential avoidance, Mindfulness, Perceived stress, Somatization, Somatic symptoms



## GİRİŞ

Biyopsikososyal anlamda çok yönlü bir varlık olarak insan, yaşamını sürdürürken çeşitli nedenlerden ötürü duygusal sıkıntı hissi ile karşılaşmaktadır. Bu psikolojik sıkıntının ifade edilmesinde bireysel farklılıklar ağır basmakta olup çeşitli yollara başvurulmaktadır. Bu yollardan en sık karşılaşılanı ve belki de en aşina olunanı kelimeler aracılığıyla sözel olarak anlatım iken bir diğeri psikolojik rahatsızlık hissinin beden kanalıyla deneyimlenmesini ve ifade edilmesini yansıtan somatizasyon (bedenselleştirme) eğilimidir (Heinrich, 2004; Katon, Ries ve Kleinman, 1984; Lipowski, 1987, 1988; Ünal, 2002). Somatizasyon bu anlamda kaynağını psikososyal faktörlerin ruhsal zorlanma ve baskı halinden alan vücut işlevleri üzerindeki ağrı ve acı gibi fiziksel rahatsızlık duyumunu temsil etmektedir. Aynı zamanda somatizasyon kişinin bilişsel, duygusal ve sosyal işleyişini de olumsuz anlamda etkilemekte olup herhangi bir ruhsal rahatsızlığa sahip olsun ya da olmasın toplum içerisinde farklı düzeylerde sıklıkla karşılaşılabilen bir eğilimdir (Heinrich, 2004).

Somatizasyon eğiliminin gelişimi üzerine yapılan birçok kavramsallaştırmada kişilerdeki stres algısının ve olumsuz duyguların rolü sıkça vurgulamaktadır (Garner, 2016; Ingram ve Luxton, 2005; Tak ve Rosmalen, 2010). Durum hakkında yapılan yorumlamaların içeriği ve o duruma nasıl bir tutumla yaklaşıldığı kişilerdeki stres algısını etkileyen faktörler arasındadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Yüksek stres algısı kişide olumsuz duygular doğurmakta olup bu olumsuz duygular fizyolojik olarak uyarılma sürecini tetiklemektedir (Greenberg, 2013; Lazarus, 2001). Kronik olarak stres algılamak bu stres yanıt sisteminde bazı problemler oluşturarak uyarım sonucu ortaya çıkan bedensel belirtileri sürekli hale getirebilmektedir (van

Houdenove ve Egle, 2004). Bu anlamda somatizasyon beden ve zihnin beraber stres algısına karşı verdiği çeşitli bilişsel, duygusal ve fiziksel tepkinin bir sonucu olarak görülmektedir (Ammati ve ark., 2019). Alanyazına bakıldığında yüksek stres algısının somatizasyonla sonuçlanması pek çok bulgu ile desteklenir nitelikte olup bu sürecin şekillenmesinde çeşitli psikolojik faktörlerin rol oynadığı görülmektedir (Janssens ve ark., 2016; Kadzikowska-Wrzosek, 2012; Yu ve ark., 2019).

Düşük stres algısı için etkili olduğu düşünülen faktörlerden biri kişilerin ruhsal yapılarında bir yatkınlık olarak bulunan bilinçli farkındalık eğilimidir. Bu eğilim kişinin bulunduğu anın getirilerini gözlemleyerek olumsuz değerlendirmelerden olabildiğince uzak bir şekilde anlamlandırmayı temsil etmektedir (Bishop ve ark., 2004; Brown, Ryan ve Creswell, 2007; Kabat-Zinn, 2005a). Alanyazında yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalık eğiliminin yüksek stresin beden ve zihin üzerindeki olumsuz etkilerine karşı koruma sağladığı görülmektedir (Brown ve Ryan, 2003; Creswell ve Lindsay, 2014). Bilinçli farkındalık eğiliminin bu koruyucu etkisi alanyazında “tampon etki (buffering role)” olarak isimlendirilmiştir (Bränström, Duncan ve Moskowitz, 2011). Bu etkiyi sağlayan ise bilinçli farkındalığın çok boyutlu bir değişken olarak içeriğinde farklı becerileri ifade eden çeşitli alt boyutları barındırıyor olmasıdır (Moskowitz ve ark., 2015). Kişilerin bilinçli farkındalığa yatkınlığı arttıkça somatizasyon eğilimlerinin azalması yapılan birçok çalışmada bulgulanmıştır (Black, Sussman, Johnson ve Milam, 2012; Brambila-Tapia ve ark., 2020). Ancak bilinçli farkındalığın farklı tutumlarının algılanan stres ve psikolojik sıkıntı kaynaklı bedensel belirtiler üzerindeki tampon etkisini inceleyen çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüş olup bu koruyucu etkiye dair daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu gözlemlenmiştir (Cortazar ve Calvete, 2019).

Stres düzeyinin üzerinde etkisi olduğu düşünölen bir diğör mekanizma ise her türlü bilişsel, duygusal ve bedensel içsel deneyimine yakınlaşmaya isteksiz olunduğı ve böylece deneyimin yarattığı rahatsızlığı ortadan kaldırmak amacıyla çeşitli yolların kullanımına kalkışıldığı yaşantısal kaçınma eğilimidir (Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero ve Watson, 2011; Hayes, Wilson, Gifford, Follette ve Strosahl, 1996; Kashdan, Barrios, Forsyth ve Steger, 2006). Yaşantısal kaçınma eğilimi, kişinin sıkıntı hissettiğı her duruma karşı uzaklaşma girişimlerini etkileyen katı inançları içeren psikolojik bir yapıyı ifade etmekte olup kişilerde farklı düzeylerde ve farklı kaçınma odaklı stratejilerin kullanılması ile görölebilmektedir (Kirk, Broman-Fulks ve Arch, 2021; Yıldırım ve Bahtiyar, 2020). Hayes ve arkadaşlarının (1996) belirttiğı gibi kişi hoşnut olmadığı deneyimden ne kadar uzaklaşmaya çabalarsa o durum ile bir o kadar bilişsel, duygusal ve davranışsal çaba göstererek mücadele haline girmektedir. Bu mücadele hali ise arzulananın tam tersi işleyiş ile kaçınılmaya çalışılan her ne ise onun daha da şiddetli deneyimlenmesine yol açmaktadır (Chawla ve Ostafin, 2007). Ek olarak alanyazın gözden geçirildiğinde yaşantısal kaçınma stres algısını yükselten ve aynı zamanda strese maruz kalma halinde yükselen bir faktör olarak görölmektedir (Hinds, 2013; Ishizu, Shimoda ve Ohtsuki, 2017). Yapılan çalışmalarda yaşantısal kaçınma eğiliminin düşük fiziksel iyi oluş ve artan psikolojik belirtiler gibi hem bedensel hem de ruhsal olumsuz etkileri tetiklediğı görölmektedir. İlgili alanyazın incelendiğinde yaşantısal kaçınmanın ağırlıkla kaygı, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve bağımlılık gibi psikolojik sıkıntılar kapsamında ele alındığı görölmüş olup sonuçlar yaşantısal kaçınma eğiliminin sıkıntılardaki belirtileri şiddetlendirdiğine işaret etmektedir (Andrew ve Dulin, 2007; Dworsky, Pargament, Wong ve Exline, 2016; Pakenham ve ark., 2020). Bedensel acıya yönelik yapılan deneysel çalışmalarda

yaşantısal kaçınma düzeyi yüksek olan bireylerin fiziksel olarak ortaya çıkarılan acıya karşı daha uyumsuz tepkiler verdikleri ve daha uyumlu tepkiler veren bireylere nazaran daha şiddetli bir şekilde acıyı hissettikleri tespit edilmiştir (Feldner ve ark., 2006; Zettle ve ark., 2005). Buradan yola çıkarak uyumsuz bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin bedendeki fiziksel belirtileri şiddetlendirdiği düşünüldüğünde yaşantısal kaçınma eğiliminin ve alt boyutlarının algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki ilişkinin gücünü arttırıcı bir rol üstlenebileceğinin olası olduğu düşünülmektedir (Garner, 2016)

Bir bütün olarak ele alındığında genel eğilim düzeylerine ek olarak, farklı bilinçli farkındalık tutumlarının ve yaşantısal kaçınma stratejilerinin hangi psikolojik problemleri azalttığının ya da arttırdığının beraber incelenmesinin psikolojik belirtilere yönelik müdahale programlarının geliştirilmesi çalışmalarına önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla mevcut tez çalışmasında algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki ilişkide bilinçli farkındalık ve yaşantısal kaçınma eğilimi ve bu eğilimlerin alt boyutlarının biçimlendirici (düzenleyici) rolünün incelenmesi hedeflenmektedir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 1.1. Somatizasyon

Somatizasyon (bedenselleştirme) kişinin yaşam deneyimleriyle kendisinde uyanan psikolojik stresi, biyolojik bir altyapısı bulunmayan ve rahatsızlık hissi yaratan bedensel yakınmalar aracılığıyla yaşantılaması ve bu yolla dış dünya ile etkileşim kurması şeklinde kavramsallaştırılmaktadır (Lipowski, 1988). Katon ve meslektaşları (1984) somatizasyonu, kişinin yaşadığı psikososyal ve duygusal zorlukların bedensel dışavurumunu gösteren bir olgu olarak tanımlamaktadır. Bazı araştırmacılar tarafından ise psikolojik rahatsızlık hissinin farkındalığını ve anlatımını bastırmaya yönelik üretilmiş bir savunma olarak düşünülmektedir (Sayar, 2001; Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton ve Ormel, 1999). Diğer bir deyişle bir iletişim biçimi olarak somatizasyon, bireylerin psikososyal sıkıntılarını sözel veya duygusal etkileşim yoluyla değil de somatik belirtiler vasıtasıyla anlatmalarındır (Heinrich, 2004). Benzer şekilde somatizasyon fiziksel belirtiler yoluyla kişinin psikolojik rahatsızlık hislerini çözümlemek için bir yardım çağrısında bulunması olarak ifade edilmiştir (Ünal, 2002). Özetle somatizasyon, köklerini birincil olarak psikolojik süreçlerden alan bedensel belirtilerin bir görünümünü temsil etmektedir (Özen, Serhadlı, Türkcan ve Ülker, 2010).

Somatizasyonda kişi vücudun çeşitli bölgelerinde, organlarında bir veya birden fazla belirti deneyimlemektedir (Lipowski, 1988). Bu belirtiler arasında en yaygın şekilde görülenler ise “baş, boğaz, bel, göğüs ve karın” gibi bölgelerdeki ağrı duyumdur. Gastrointestinal (sindirim sistemi) ve genitoürinal (üreme sistemi)

yakınmalar, bitkinlik, nefes darlığı, çarpıntı ve baş dönmesi de sıkça görülen belirtiler arasındadır (Matsumoto, 2009). Belirtilen bedensel belirtilerin alanyazında "tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel semptomlar", "fizyolojik hastalık tarafından açıklanamayan bedensel belirtiler", "fonksiyonel somatik semptomlar" gibi ifadelerle adlandırıldığı görülmektedir (Brown, 2004; Kapfhammer, 2006). Benzer olarak Mayou (1991) tarafından somatizasyondaki bedensel belirtiler "bariz bir organik temeli olmayan fiziksel semptomlar" olarak tanımlanmıştır fakat bu isimlendirmeler fizyolojik durumların yokluğunda psikolojik süreçlerin varlığını temsil edecek şekilde beden ve zihnin farklı iki işleyiş olduğunu varsayan düalizmi yansıtmaktadır (Rosendal, Fink, Bro ve Olesen, 2005). Günümüzde yaygın kabul gören "Biyopsikososyal Model" kapsamındaki sağlık anlayışında ise beden ve zihnin birbirinden ayıramayacağı, bu iki işleyişin sürekli etkileşim içinde olduğu vurgulanmaktadır (Rosendal ve ark., 2005). Böylelikle bu tez çalışmasında, somatizasyon olgusu içindeki "tıbben açıklanamayan bedensel belirtilerin" temsil edilmesi amacıyla alanyazında sıkça önerilen ve beden-zihin bütünlüğünü vurgulayan "fonksiyonel (işlevsel) bedensel belirtiler" ifadesi kullanılacaktır (Kirmayer ve Robbins, 1991; Razali, 2017; Sharpe, 2001).

Fonksiyonel bedensel belirtiler, kişide rahatsızlık hissi yaratmanın yanı sıra davranışsal ve bilişsel süreçleri de etkileyerek kişinin psikososyal işlevselliğinde bazı sorunlara neden olmaktadır (Lipowski, 1987). Bununla birlikte somatizasyon kişide yoğun rahatsızlık ve işlevsellikte bozulma görülmediği takdirde her zaman patolojik bir tabloyu işaret etmemektedir (Heinrich, 2004). Bu anlamda somatizasyon kavramını ele alırken çok boyutlu değerlendirmenin önemi alanyazında vurgulanmaktadır (Rosendal ve ark., 2005; Taylor, 2018). Buna göre kavramın Lipowski (1988)

tarafından önerilen deneyimsel, bilişsel ve davranışsal olmak üzere üç yapısından bahsetmek mümkündür. *Deneyimsel boyut*, kişinin bedeninde yaşantıladığı ve rahatsızlık uyandıran fiziksel duyumları ve işlev kayıpları gibi öznel deneyimleri temsil etmektedir. *Bilişsel boyut* kişinin deneyimlerini neye atfettiği ve yorumlamaları ile ilgiliyken; *davranışsal boyut* algılanana yüklenen anlam temelinde alınan sözel ve sözel olmayan eylemi yansıtır (Lipowski, 1987, 1988). Daha önce bahsedildiği gibi bedenleri aracılığıyla stresi ifade eden bireylerde sadece çeşitli fiziksel belirtiler görülmekte olup somatizasyon kavramı psikolojik boyutlarda da heterojenliğini korumaktadır. Bu heterojenliğe rağmen eğilimdeki ortak nokta stresin ve duygusal uyarılmanın bilişsel tepkilerden ziyade ağırlıkla beden kanalıyla gösterilmesidir (Lipowski, 1987).

Sözel olmayan anlatımın birincil motivasyonu aslında kişide huzursuzluk yaratan psikolojik zorlanma hali için destek ihtiyacıdır (Lipowski, 1988). Fonksiyonel bedensel belirtilerin doğasından ötürü somatizasyon eğilimi yüksek olan bireyler büyük oranda belirtilerini tıbbi bir rahatsızlığın varlığına yormaktadır. Yapılan atıf temelinde kişi devamlı olarak tıbbi destek arayışına yönelmektedir (Lipowski, 1988). Öyle ki fonksiyonel bedensel belirtiler özellikle sağlık hizmeti sistemlerinde oldukça yaygın görülen bir tablodur fakat çoğu zaman yapılan sağlık kontrollerinde yakınmaları yeterince iyi açıklayan tıbbi bir hastalığın bulunmamasıyla bu yardım arayışları sonuçlanamamaktadır (Lipowski, 1988; Rosendal ve ark., 2005). Bu sürecin maddi olduğu kadar duygusal ve sosyal olumsuz sonuçları da bulunmaktadır (Lipowski, 1986).

Somatizasyon geliştiren bireylerin fiziksel sağlık ve belirtileri hakkında farklı derecelerde zihinsel ve davranışsal uğraşlara sahip oldukları belirtilmiştir (Lipowski,

1987). Hastane başvurularına ek olarak kişinin yakın çevresinden yardım ve tavsiye arama gibi sosyal destek almaya dair süreçlere başvurması diğer bir ihtimaldir (Lipowski, 1988). Burton (2003) tarafından yapılan çalışmada hastalık kaygısı, bedensel duyumları abartma, sağlık inançları, bedensel belirtilere yapılan atıf ve güvence arayışı bu tür destek alma süreçlerini etkileyen faktörler olarak sıralanmış olup somatizasyon eğilimi yüksek olan bireylerde farklı düzeylerde bulunmuştur. Dahası aynı çalışmada kişilerin bedensel belirtilerinin olası nedeni olarak psikososyal sıkıntıların etkilerine dair farkındalığa sahip olabildikleri tespit edilmiştir. Bundan dolayı somatizasyon eğilimi yüksek olan bazı bireylerin süregiden tıbbi destek arayışına girmediği belirtilmiştir (Smith ve Dwamena, 2007). Özetle, alanyazında somatizasyon görünümünün bireysel bazda değişen bir yapıya sahip olduğu görülmektedir.

Çalışmacılar tarafından somatizasyonun stres dönemlerine denk gelen belirti alevlenmesiyle geçici bir tepki olarak ortaya çıkabildiği veya bedensel belirtilerin görünümü ve gidişatına göre yaşam boyu süreklilik arz edebildiği belirtilmiştir. (Heinrich, 2004; Lipowski, 1986). Bu kapsamda somatizasyon tekli, geçici, işlevsellikte sıkıntı yaratmayan nispeten hafif belirtilerden; çoklu, yoğun, işlevsellikte bozulmalara yol açan kronik belirtilere uzanacak şekilde şiddet sürekliliğini temsil eden bir boyut üzerinde düşünülmektedir (Lipowski, 1987; Razali, 2017). Böylece somatizasyon mutlak olarak bir hastalığı ya da tanı grubunu ifade etmekten ziyade bir eğilimi temsil etmekte olup somatizasyon eğilimi yüksek birey herhangi bir psikiyatrik bozukluğa sahip olmayabilir (Kesebir, 2004; Lipowski, 1988). Bir eğilimi gösterecek şekilde Lipowski (1987) somatizasyon gösteren bireyler için, bedenselleştiren anlamına gelen “somatizörler” kavramını önermektedir. Dolayısıyla bu tez

alışmasında somatizasyon, psikiyatrik bir bozukluk olarak incelenmemiştir. Bu çalışmada somatizasyon, psikolojik rahatsızlık hissini bedenlerine yönlendiren bireylerin fonksiyonel bedensel belirti yoğunluğunu temsil eden bir eğilim olarak ele alınmıştır.

#### 1.1.1. Somatizasyonun tarihçesi.

Somatizasyon oldukça geniş bir öyküye sahip olup kökenleri milattan önce 1900’lü yıllara kadar uzanmaktadır. Eski Mısır’da organik bulgular ile desteklenemeyen bedensel yakınmalar, uterusun (rahim) vücut içinde gezinmesi ve diğer organların yerine geçmesi ile açıklanmış; uterusun konumlandığı yere göre belli başlı fiziksel hastalıkları ortaya çıkardığı varsayılmıştır (Fink, 1996; Ford ve Folks, 1985). Antik Yunan’da bu olgu Hipokrat tarafından uterus anlamına gelen “*hysteria*” olarak isimlendirilmiş olup somatizasyon teriminin kökenlerini oluşturmuştur. (Davison ve Neale, 2004; Ünal, 1999). Daha sonraları Orta Çağ’da bu görüş zayıflamış olup histerinin kaynağı kötücül ruhların kişiyi ele geçirmesi gibi doğaüstü sebeplere atfedilmiştir (Çetin ve Sözeri Varma, 2021; Tomasson, Kent ve Coryell, 1991). Dogmatik fikirlerin baskın olduğu bu dönem ardından Rönesans ile psikolojik ve fiziksel hastalıkları anlamada bilimsel açıklamalar önem kazanmıştır ve Hipokrat’ın “*histeri*” kavramı yeniden öne çıkmıştır. Böylelikle 17. yüzyıla uzanan süreç boyunca tatmin edilmemiş uterusun beden içinde dolaşması görüşü kabul görmüştür (Çetin ve Sözeri Varma, 2021; Fink, 1996; Sharpe, 2001; Yücel, 2009).

17. yüzyılda ruhsal hastalıkların anlaşılmasında nörolojik işleyişin psikolojik rahatsızlıkları açıklayabileceği varsayılmıştır (Fink, 1996; Sharpe, 2001). Bu dönemde Thomas Willis (1675) kadınlarda tanımlanan bedensel ve duygusal belirtilerle giden

histerinin erkeklerdeki karşılığını “**hipokondriyazis**” olarak belirtmiş, hastalığın kökenlerini nörolojik anormallikler ile ilişkilendirmiştir. Yine aynı dönemin sonlarına doğru Thomas Sydenham (1689) histeri ve hipokondriyazisin belirtilerini her iki biyolojik cinsiyet için de fizyolojik ve psikolojik alt yapıya dayalı açıklayarak bedensel bütünlüğünü vurgulayan ilk kişi olmuştur (Çetin ve Sözeri Varma, 2021; Heinrich, 2004; Lipowski, 1988; Yücel, 2009). 1799’da ise Sims günümüz hipokondriyazis tanımını hem kadın hem de erkeklerde görülen, kişide sağlık durumları ile ilgili sürekli zihinsel uğraşın olduğu bir hastalığı temsil edecek şekilde yapmıştır. Böylece histeri ile hipokondriyazisi ayırtmıştır (Lipowski, 1988).

19. yüzyılda ruhsal hastalıkların anlaşılmasında yapılan klinik değerlendirmelerle bedendeki organik temellere atıf yapılmış, açıklanamayan bedensel yakınmaların beyindeki veya bazı organlardaki çoğunlukla kalıtsal anatomik bozukluklar dolayısıyla gerçekleştiği düşünülmüştür (Akt. Çetin ve Sözeri Varma, 2021; Fink, 1996; Sharpe, 2001). Jean-Martin Charcot’un Paris Salpetriere Hastanesi’nde histeri üzerine yaptığı fizyoloji temelli çalışmalarda bu hipotez doğrulanamamış olup açıklanamayan bedensel yakınmaların daha karmaşık bir yapıya sahip olduğunu göstermiştir (Akt. Çetin ve Sözeri Varma, 2021). Böylelikle 19. yüzyılın sonlarına doğru psikolojik açıklamalar önem kazanmıştır. Bu dönemler bedensel belirtilerin nörolojik problemlerden ziyade ruhsal bir hastalık olarak tanınmasına yönelik dönüm noktası niteliğindedir (Kandemir ve Ak, 2013; Lipowski, 1988). Aynı dönemlerde, Charcot’un öğrencilerinden Freud ve Breuer’in histerinin sağaltımı için gerçekleştirdiği hipnoz gibi tedavi girişimleri Psikanalitik kuramın gelişiminde önemli rol oynamıştır (Çetin ve Sözeri Varma, 2021; Fink, 1996; Noyes, Stuart ve Watson, 2008; Sharpe, 2001).

Psikanalitik yaklaşımda organik olmayan bedensel belirtiler, kişide ıstırap uyandıran duyguların bir savunma biçimi olarak bilinçdışında bastırılması ve bu bastırılmış yükün bedene semptom yaratacak biçimde kanalize olmasıyla açıklanmıştır (Kirmayer ve Young, 1998). Bu açıklama o zamanlar somatizasyon olarak anılan histeri ve konversiyon kavramları ile örtüşmektedir (Davison ve Neale, 2004). Öyle ki psikanalitik literatürün erken dönemlerinde histeri ve konversiyon kavramlarının eşanlamlı olarak birbirini yerine kullanılmasına ilaveten, histeri hastalarının geliştirdiği bir savunma mekanizması olarak konversiyon histerisinin tanımlanması dikkat çekicidir (Davison ve Neale, 2004; Fink, 1996; Holder-Perkins ve Wise, 2001). Bu durum psikolojik kökenli somatik belirtilerin nedenlerinin açıklanmasında ve diğer sendromlardan ayrılmasında bir karmaşa olduğunu göstermektedir.

1859'da Paul Briquet bugünkü somatizasyon bozukluğu belirtilerini histeri çerçevesi altında tanımlamış, yatkınlığa sahip kişilerin beyinlerindeki duygu odaklı alanların yoğun stresten etkilenmesiyle kronik gidişata sahip çoklu bedensel belirtilerin ortaya çıktığını savunmuştur (Akt. Öztürk ve Uluşahin, 2016). Somatizasyon terimi ise, bilincin derinliklerindeki duygusal çatışmaların bedensel belirtilere neden olmasını ifade edecek şekilde Freud'un öğrencisi Stekel tarafından ilk kez 1943 yılında kullanılmıştır (Holder-Perkins ve Wise, 2001; Kellner, 1990). Briquet'in tanımı dolayısıyla organik kökeni bulunmayan çoklu bedensel belirtileri işaret eden somatizasyon, Purtell ve meslektaşları tarafından 1951 yılında "Briquet Sendromu" olarak isimlendirilmiştir (Purtell, Robins ve Cohen, 1951). Perley ve Guze ise 1962'de Briquet Sendromu'nun kriterlerini genişletmiş ve kavramın işevuruk tanımını yapmışlardır (Holder-Perkins ve Wise, 2001; Tomasson ve ark., 1991). Daha sonraları kadınlar ve erkekler için klinik çerçeveyi yansıtan Briquet Sendromu'nun

Perley ve Guze tarafından ifade edilen belirti grupları sadeleştirilmiştir (Fink, 1996). Sendromun gözden geçirilmiş bu hali “Somatizasyon Bozukluğu” ismiyle histeri ve konversiyondan ayrılmış, 1980’de DSM-III ve 1992’de ICD-10 (Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatiksel Sınıflaması) içinde yerini almıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Tomasson ve ark, 1991; Ünal, 1999). Dolayısıyla somatizasyon bozukluğunun diğer ruhsal hastalıklardan ayrılması ve resmi olarak tanı ölçütleri arasında yerini alması DSM-III’ te “Somatizasyon Bozukluğu” şeklinde bağımsız bir ana başlıkla gerçekleşmiştir (Ünal, 1999). 1994’te yayınlanan DSM-IV kapsamında ise somatizasyon bozukluğu “Somatoform Bozukluklar” başlığı altına eklenmiştir. 2013’te yayınlanan ve günümüzde geçerliliğini koruyan DSM-V’de ise somatizasyon bozukluğu “Bedensel Belirti Bozukluğu” adıyla bulunmaktadır. Süreç içinde bir bozukluk olarak somatizasyon kavramının nasıl ele alındığının daha iyi anlaşılması amacıyla bir sonraki bölümde geçmişten günümüze tanı sisteminde yapılan değişikliklere değinilmiştir.

### **1.1.2. Somatizasyon ve tanı.**

Geçmişten günümüze psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılmasında somatizasyon bozukluğu çeşitli tanı kriterleriyle ele alınmıştır. İlk olarak Tablo 1’de gösterilen DSM-III tanı ölçütlerine bakıldığında, kişinin somatizasyon bozukluğu tanısı alması için altı grup içinde toplanan 37 belirtinin birçoğundan şikayetçi olması gerektiği görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1991). Bu belirtilerin somatizasyon bozukluğu kapsamında değerlendirilmesi için ise tıbbi olarak gerekçelendirilememesi, 30 yaş öncesi başlaması ve tekrarlayıcı bir şekilde süregitmesi şarttır (Holder-Perkins ve Wise, 2001).

**Tablo 1. DSM-III Tanı Kriterlerine Göre Somatizasyon Bozukluğu**

A. 30 yaşından önce başlayan ve yıllarca süren, kişinin birçok fiziksel yakınmalarının olduğuna ilişkin bir öyküsünün ya da hastalıklı olduğuna ilişkin bir inanışın olması.

B. Aşağıdaki listeden en az 13 belirtinin olması gerekir. Bir belirtiyi önemli sayabilmek için aşağıdaki ölçütleri karşılaması gerekir.

1. Belirtinin nedenini açıklayan organik bir patoloji ya da patofizyolojik bir mekanizma yoktur (fiziksel bir bozukluk ya da yaralanma, tedavi, ilaçlar ya da alkolün etkileri). İlişkili organik patoloji varsa bile, kişinin yakınması ya da bunun sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki işlevsellikte bozulma, fiziksel bulgulardan beklenene göre çok aşırıdır.
2. Yalnız panik atağı sırasında ortaya çıkmamalıdır.
3. Kişinin ilaç almasına (reçetesiz satılan ağrı kesiciler dışında) doktora görünmesine ya da yaşam biçimini değiştirmesine neden olmaktadır.

#### **Belirti Listesi**

##### *Gastrointestinal belirtiler*

1. **Kusma (gebelik sırasında olan dışında)**
2. Abdominal ağrı (menstrüasyon sırasında olan dışında)
3. Bulantı (taşıt tutması dışında)
4. Şişkinlik (gaz)
5. İshal
6. Birçok yiyeceğe karşı intolerans (bunların dokunması)

##### *Ağrı belirtileri*

7. **Ekstremitelerde ağrı**
8. Sırt ağrısı
9. Eklem ağrısı
10. İdrar yaparken ağrı
11. Diğer bir çeşit ağrı (baş ağrısı dışında)

##### *Kardiyopulmoner belirtiler*

12. **Herhangi bir çaba harcamıyorken nefesin daralması**
13. Çarpıntı
14. Göğüs ağrısı

##### *Konversiyon ya da psödonörolojik belirtiler*

15. **Unutkanlık (amnezi)**
16. **Yutma güçlüğü**
17. Ses kaybı
18. Sağırılık
19. Çift görme
20. Bulanık görme

**Tablo 1. DSM-III Tanı Kriterlerine Göre Somatizasyon Bozukluğu (devam)**

- 
21. Körlük
  22. Bayılma ya da bilinç kaybı
  23. Kasılma ya da konvülsiyon
  24. Yürüme güçlüğü
  25. Paralizi ya da kas zayıflığı
  26. Üriner retansiyon ya da idrar yaparken zorluk

*Kişinin yaşamının büyük kesiminde, cinsel etkinlikte bulunmak için doğan elverişli durumlar sonrası ortaya çıkan cinsel belirtiler*

- 27. Cinsel organlarda ya da rektumda yanıcı bir his (cinsel ilişki sırasında olan dışında)**
28. Cinsel isteksizlik
29. Cinsel ilişki sırasında ağrı
30. Empotans

*Bir kadının kendisinde çoğu kadından daha sık ya da daha şiddetli olarak ortaya çıktığına inandığı reproduktif (üreme organlarıyla ilgili) belirtiler*

- 31. Ağrılı menstrüasyon**
32. Menstrüel düzensizlik
33. Aşırı menstrüel kanama
34. Gebelik süresi boyunca kusma

**Not:** Koyu renkle yazılan yedi madde, bu bozukluğun olup olmadığının taranması için kullanılabilir. Bu maddelerden iki ya da daha fazlasının bulunması büyük bir olasılıkla böyle bir bozukluğun olduğunu düşündürür.

---

Tanılama için gerekli olan belirti sayısının oldukça fazla olması nedeniyle DSM-III düzenleme sürecine girmiştir. Bu revizyon süreci sonunda geliştirilen DSM-IV'te belirti grupları sadeleştirilmiştir ve tanı için gereken belirti sayısı azaltılmıştır. DSM-IV'te bu gruplar dörde ayrılmıştır: "Ağrı, Gastrointestinal, Cinsel ve Psödonörolojik". Bu gruplar içerisinde yer alan bedensel belirtilerin somatizasyon bozukluğu olarak değerlendirilmesi için ifade edilen koşullar DSM-III'te ifade edilenlerle benzerdir. Tablo 2' de DSM-IV somatizasyon bozukluğu tanı kriterleri sunulmuştur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1995).

**Tablo 2. DSM-IV Tanı Kriterlerine Göre Somatizasyon Bozukluğu**

A. Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışıyla ya da toplumsal, mesleki ya da işlevsellikğin önemli diğer alanlarında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşında önce başlayan çok sayıda fiziki yakınma öyküsünün olması.

B. Aşağıdaki tanı ölçütlerinden her biri karşılanmış olmalıdır, herhangi tek bir semptom bu bozukluğun gidişi sırasında herhangi bir zaman ortaya çıkabilir:

1. *Dört ağrı semptomu*: En az dört ayrı yer ya da işlevsellikle ilgili ağrı öyküsünün olması (örn. baş, karın, sırt, eklemler, ekstremiteler, göğüs, rektum, menstrüasyon sırasında, cinsel ilişki sırasında ya da idrar yapma sırasında).
2. *İki gastrointestinal semptom*: Ağrı dışında en az iki gastrointestinal semptom öyküsünün bulunması (örn. bulantı, şişkinlik, gebelik sırasında olanın dışında kusma, diyare ya da birçok değişik yiyeceğin dokunması).
3. *Bir cinsel semptom*: Ağrı dışında en az bir cinsel ya da üreme organıyla ilgili semptom öyküsünün olması (örn. cinsel ilgisizlik, erektil ya da ejakülatuar işlev bozukluğu, menstrüasyonların düzensiz olması, aşırı menstrüel kanama, gebelik boyunca kusma).

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

1. Yeterli bir incelemeden sonra B tanı ölçütündeki semptomların hiçbirisi bilinen genel tıbbi bir durum ya da bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan etkileriyle tam açıklanamaz.
2. İlişkili genel tıbbi bir durum olsa bile fizik yakınmalar ya da bunların bir sonucu olarak ortaya çıkan toplumsal ya da mesleki bozulma, öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularına göre beklenenden çok daha fazladır.

D. Bu semptomlar amaçlı olarak ortaya çıkarılmamakta ya da bu tür semptomları varmış gibi davranılmamaktadır.

Tıpkı DSM-III'te olduğu gibi belirtilerin temel özelliğini organik patoloji yokluğu temelinde tanılayan DSM-IV, tıp alanı dışındaki klinisyenler tarafından komplike yapısı ve psikolojik kriterlerin eksikliği açısından eleştirilmiş olup kökeni çok eski tartışmalara dayanan beden-zihin düalizmi gün yüzüne çıkmıştır (Dimsdale ve ark., 2013; Mayou, 2014; Sharpe, 2001). Böylelikle DSM-IV ölçütleri revize edilmiş ve somatizasyon bozukluğu DSM-V'de "Bedensel Belirti Bozuklukları ve

İlişkili Bozukluklar” grubu içinde “Bedensel Belirti Bozukluğu” ismiyle eklenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). DSM-V’te sendromun tanımlanmasında özellikle vurgulanan “tıbben açıklanamayan” ifadesi ve çoklu belirti gerekliliği kaldırılmış; psikolojik kriterleri temsil edecek şekilde kişinin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen davranışsal, bilişsel ve duygusal boyutlar eklenmiştir (Klaus ve ark., 2013; Mayou, 2014). DSM-V’te yer alan bedensel belirti bozukluğu kriterleri Tablo 3’te verilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014, s. 163).

**Tablo 3. DSM-V Tanı Kriterlerine Göre Bedensel Belirti Bozukluğu**

---

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

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

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

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

**Varsa belirtiniz:**

Ağrının baskın olması ile giden (önceki adı ağrı bozukluğu): Bu belirleyici, bedensel belirtilerinde ağrının baskın olduğu kişiler içindir.

Süregiden: Süregiden gidiş, ağır belirtiler, işlevsellikte belirgin bir düşme ve uzun sürme ile (altı aydan daha uzun) belirlidir.

**O sıradaki ağırlığını belirtiniz:**

Ağır olmayan: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden yalnızca biri karşılanır.

Orta derecede: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğu karşılanır.

Ağır: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğunun karşılanmasının yanı sıra çoğul bedensel yakınmalar (ya da çok ağır bir bedensel belirti) vardır.

---

DSM-III, DSM-IV ve DSM-V tanı ölçütleri beraber incelendiği zaman DSM-V’te belirtilen bedensel belirti bozukluğu kriterlerinde yapılan bu düzenlemelerle mevcut tanı sisteminin beden-zihin bütünlüğüne kavuşturulduğu görülmektedir. Buna rağmen, DSM-III ve DSM-IV ile karşılaştırıldığında DSM-V kriterlerinin fazlasıyla kapsayıcı olması ve böylece tıbbi nedenlerden kaynaklanan hastalığa sahip bireylerin hatalı tanılamayla “bedensel belirti bozukluğu” teşhisi alma olasılığı bazı klinisyenler tarafından bir soru işareti olarak halen tartışılmaktadır (Duruk ve Berk, 2019; Frances, 2013).

### **1.1.3. Somatizasyonun etiyolojisi.**

Bireylerin yaşadıkları belirtileri farklı şekillerde ve farklı şiddette deneyimlemesi gibi somatizasyonun etiyolojisi de oldukça çeşitlidir (Heinrich, 2004). Diğer bir deyişle, somatizasyonun etiyolojisi oldukça geniş bir alana yayılmış olup birçok biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörün bu eğilimin yatkınlaştırıcı, tetikleyici ve sürdürücü nedenlerini açıklayabileceği belirtilmiştir (Brown, 2004). Bu bağlamda somatizasyonun etiyolojisi biyopsikososyal bakış açısıyla ele alınacaktır.

#### **1.1.3.1. Genetik ve biyolojik faktörler.**

Somatizasyonda genetik etkenlerin rolünü inceleyen araştırmalar çoğunlukla ikiz ve aile çalışmalarını kapsamaktadır. Guze ve meslektaşları (1986) tarafından yapılan aile çalışmasında somatizasyon bozukluğu tanısı alan kadın bireylerin aynı cinsiyetteki birinci derece soydaşlarının da yüksek oranda somatizasyon bozukluğu sergilediği bulunmuştur. Bu durum araştırmacılara kalıtsal faktörlerin somatizasyon bozukluğu için yatkınlaştırıcı olabileceğini düşündürmüştür (Guze, Cloninger, Martin, Clayton, 1986; Holder-Perkins ve Wise, 2001). Lembo ve meslektaşları (2009)

tarafından öz bildirim ölçekleriyle yapılan ikiz çalışmasında çift yumurta ikizleri %17 oranında benzer fonksiyonel bedensel belirtiler deneyimlediklerini rapor etmişlerdir. Bu uyum oranı kalıtsal özellikleri çift yumurta ikizlerine göre daha benzer olan tek yumurta ikizlerinde %30'a yükselmiştir. Tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerinden daha yüksek oranda benzer fonksiyonel bedensel belirtiler deneyimlemesi somatizasyonda kalıtsal yükün önemli olabileceği fikrine destek sağlamaktadır. Bunun yanında mevcut çalışmalardan edinilen bulgular somatizasyonun kalıtsal aktarımına dair kesin bir sonuç göstermemekle birlikte günümüzde somatizasyonun gelişimi için ağırlıklı olarak olası kalıtsal yatkınlık ile psikososyal faktörlerin etkileşimine vurgu yapılmaktadır (Mai, 2004; Rief, Hennings , Riemer ve Euteneuer, 2010).

Biyolojik faktörlerin somatizasyon üzerindeki etkisine dair çalışmalar eskiye nazaran son dönemlerde artış göstermiştir ancak somatizasyonun ardında bulunan biyolojik nedenler henüz netleştirilememiş olup belirsizliğini korumaktadır (Kim, Hong, Min ve Han, 2019). Fonksiyonel manyetik rezonans (fMRI) ve yapısal manyetik rezonans (MRI) gibi beyin görüntüleme tekniklerini kullanan araştırmalar farklı beyin yapılarındaki anormalliklerin somatizasyonun patofizyolojisinde önemli rol oynayabileceğini akla getirmiştir. Buna göre fMRI tekniği kullanılarak yapılan bir çalışmada somatizasyon bozukluğu gösteren bireylerin limbik sistemlerinde özellikle duygu düzenleme, duygu tanıma ve duygusal hafıza ile ilişkili olan sol amigdala, sol üst temporal girusta ve beynin her iki lobundaki parahipokampal girusta azalmış aktivite görülürken (Greck ve ark., 2012); MRI ile yapılan çalışmalarda ise beynin sağ ve sol bölgesindeki amigdalanın kontrol grubu katılımcılarına göre daha küçük olduğu görülmüştür (Atmaca, Sirlier, Yildirim ve Kayali, 2011). Bunun yanında somatizasyon

bozukluğu gösteren bireylerin frontal lob fonksiyonlarının işleyişinde azalma olduğunu düşündürecek bulgular da mevcuttur (Liu ve ark., 2018). Belirtilen yapısal bozuklukların hastalığın bir sonucu mu yoksa bir nedeni mi olduğu halen tartışmalıdır (Browning ve ark., 2011).

Somatizasyonun potansiyel biyolojik nedenlerinden biri olarak stres yanıtını düzenleyen sistemlerdeki işlev bozuklukları öne sürülmektedir (Garner, 2016; Tak ve Rosmalen, 2010). Bir organizma olarak birey tehdit olarak nitelendirdiği herhangi bir durumla karşılaştığı zaman fizyolojik anlamda uyarılmakta ve stresör ile karşılaşmadan önceki biyolojik içsel dengeyi (homeostaz) sürdürmek için hormonal, nöral ve davranışsal boyutta fiziksel stres tepkisi göstermektedir (Garner, 2016; Miller, Chen ve Cole, 2009; McEwen, 1998). Bedenin bu tepkiler yoluyla sistemini adaptif bir şekilde tekrar dengeye ulaştırma düzeneğine “allostaz” adı verilmektedir (Sterling, 1988). Allostaz sürecinde otonom sinir sistemi, bağışıklık sistemi ve nöroendokrin sisteminde, özellikle hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) aksında, bazı değişiklikler meydana gelmektedir (McEwen, 1998). Bu anlamda süreç esnasında beden, kişinin yeni duruma adaptasyonunu sağlamak için kortizol ve adrenalin gibi çok sayıda hormon salgılar; birçok hayati sistemi aktive eder. Bu ayarlama durumu ise kişide bazı bedensel belirtiler ortaya çıkarmaktadır. Homeostazın sürdürülmesi için allostaz normal bir adaptasyon tepkisidir ve normal şartlarda stresin azalmasıyla tepki azalarak sönmektedir (McEwen, Palmer, Anderson ve Nasveld, 2012), ancak kişinin stresli olarak algıladığı uyaranlara verdiği bu yanıt sisteminin uzun süre aktif kalması ya da sistemin aktivasyon düzensizliği beden üzerinde “allostatik yük” olarak isimlendirilen birikimli biyolojik hasar ve yıpranma yaratmaktadır (Guidi, Lucente, Sonino ve Fava, 2021; McEwen ve ark., 2012). Alanyazındaki araştırmalar yüksek allostatik yükün

kardiyovasküler ve gastrointestinal hastalıklar, anormal sağlık davranışları, yüksek psikolojik rahatsızlık hissi, düşük psikososyal işlevsellik ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Ellis, Prather, Grenen ve Ferrer, 2019; Gillespie ve ark., 2019; Guidi ve ark., 2021; Tomba ve Offidani, 2012). Bunun yanında yapılan çalışmalarda allostatik yükün baş ağrısı, göğüs ağrısı, kas gerginliği ve gastrointestinal sistemde problemler yarattığı ve bu belirtileri şiddetlendirecek şekilde bireyin stres duyarlılığını arttırdığı belirtilmiştir (Blumenfeld ve ark., 2021; Garner, 2016; Miller ve ark., 2009; van Houdenhove ve Egle, 2004). Somatizasyon dahilinde ele alındığında, bazı araştırmacılar tarafından allostatik yükün olumsuz sonuçlarından biri, belirtilen stres yanıt sistemindeki bozulmalarla bedensel belirtilerin kronik hale gelmesi olarak ifade edilmiştir (Garner, 2016; van Houdenhove ve Egle, 2004). Buna göre alanyazında yüksek allostatik yük bildiren katılımcıların diğer katılımcılara göre öz bildirim ölçeklerinden daha yüksek somatizasyon puanları aldıklarına yönelik bulgular mevcuttur (Guidi ve ark., 2020; Peng ve ark., 2020; Porcelli, Laera, Mastrangelo ve Di Masi, 2012).

#### ***1.1.3.2. Psikolojik faktörler.***

Mevcut tez çalışmasında somatizasyonun etiyolojisindeki psikolojik etkenler psikodinamik ve bilişsel-davranışçı yaklaşım dahilinde ele alınmıştır.

##### ***1.1.3.2.1. Psikodinamik yaklaşım.***

Psikodinamik yaklaşıma göre somatizasyon kökenlerini psişik çatışmalardan almaktadır ve kişiye acı veren bu çatışmaların ortaya çıkardığı duygusal rahatsızlığa karşı geliştirilen immatür (olgunlaşmamış) savunma düzeneğini ifade etmektedir (Gubb, 2010; Holder-Perkins ve Wise, 2001; Meissner, 2006; Taylor, 2003). Bir diğer

ifadeyle kişi, bilinçdışı süreçlerinde bastırılmış dürtü, arzu veya travmatik deneyimlerin doğurduğu duygusal sıkıntıyı psikolojik belirtiler yerine bedensel duyumlara aktarmakta böylelikle benlik bütünlüğü için tehdit uyandıran ıstırap ile baş etmeye çalışmaktadır (Gubb, 2010). Bu anlamda somatizasyonun kişiyi bilinç düzeyine çıkıldığı takdirde yönetemeyeceği ruhsal gerilimden koruyan bir mekanizma olduğu düşünülmektedir.

Psikodinamik yaklaşım erken dönem nesne ilişkilerinde yaşanan problemlerin, psikoseksüel gelişim dönemlerindeki takılmaların ve çocukluk çağı travmatik yaşantılarının yetişkinlik döneminde bazı sıkıntılara neden olduğunu belirtmektedir (Krystal, 1997; Tathan, 2014). Bu sıkıntılar arasında duygu farkındalığındaki problemleri ve duyguları sözelleştirme zorluklarını ifade eden bir kişilik özelliği olarak aleksitimik ve zihinselleştirme kapasitesindeki bozulmalar bulunmaktadır (Aisenstein ve Smadja, 2010; Krystal, 1989; Taylor, 2000). Özellikle aleksitimi kişilik özelliği taşıyan ve zihinselleştirmede sıkıntılar çeken bu bireylerin duygulanımın ifadesinde bir araç olarak bedensel yakınmaları kullandıkları öne sürülmüştür (Gubb, 2010; Krystal, 1997; Stoudemire, 1991; Taylor, 2000, 2003). Dolayısıyla somatizasyonun psikodinamik yaklaşım ile tedavisinde birincil amaç altta yatan psişik çatışmaların bilinç düzeyine getirilerek çalışılmasıdır. Böylece bireylerin sözelleştirme ve zihinselleştirme kapasitelerini geliştirmeleri desteklenmektedir (Abbass, Kisely ve Kroenke, 2009; Gubb, 2010).

#### *1.1.3.2.2. Bilişsel davranışçı yaklaşım.*

Bilişsel davranışçı yaklaşımda somatizasyon bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç boyutun etkileşimi üzerinden açıklanmaktadır (Simon ve ark., 1996;

Deary, Chalder ve Sharpe, 2007). *Bilişsel boyutta* algılama ve yorumlama süreçlerine vurgu yapılmaktadır. Somatizasyon eğilimi yüksek olan bireyin işlevsel olmayan düşünce örüntülerine sahip olduğu ve bundan dolayı bedensel belirtileri hakkında olumsuz yorumlamalarda bulundukları ifade edilmektedir (Orzechowska, Maruszewska ve Gałeczki, 2021). *Duygusal boyuttan* bakıldığında ise işlevsel olmayan düşüncelerin kaygı, huzursuzluk gibi duyguları tetiklediği görülmektedir (Kirmayer ve Young, 1998; Woolfolk ve ark., 2007). Bu duygusal uyarılma esnasında kişi, bedeninde çeşitli belirtiler deneyimlemektedir. İşlevsel olmayan düşünceler dolayısıyla bu belirtilerin ciddiyeti abartılmaktadır. Aynı zamanda bu düşünceler belirtilerin kötücül bir hastalığın işareti gibi anormal olarak yorumlanmasına da neden olmaktadır (Burton, 2003; Duddu, Isaac ve Chaturvedi, 2006; Woolfolk ve ark., 2007). Bedensel duyumun işlevsel olmayan bilişsel değerlendirmeler ve yanlış algılama süreçleri ile olumsuz bir biçimde yorumlanması Barsky ve meslektaşları (1988) tarafından “somatosensoriyel amplifikasyon (bedensel duyumları büyütme)” olarak isimlendirilmiştir. Bedensel duyumları büyütme ile seçici dikkat olumsuz bedensel duyumlara sıkça yönlendirilmekte olup kişi bedensel belirtilere karşı daha duyarlı hale gelmektedir (Barsky, 1992). Ayrıca bu durum duygusal uyarılma ile ortaya çıkan ve sıkıntı uyandıran bedensel duyumun fizyolojik olarak daha yoğun ve uzun süreli yaşantılanmasına neden olmaktadır (Barsky, 1992; Barsky, Goodson, Lane ve Cleary, 1988). Bu bağlamda işlevsel olmayan düşüncelerin ve olumsuz duyguların birbirini tetikleyerek fonksiyonel bedensel belirtileri ortaya çıkaran bir döngü yarattığı görülmektedir (Babaoğlu, İnan ve Özdel, 2017). Somatizasyonun *davranışsal boyutunda* ise kişi duygusal uyarılmaya yaptığı olumsuz atıf temelinde hasta rolüne bürünme, sürekli tıbbi destek arayışı ve sosyal içe çekilme gibi uyumsuz davranış

örüntüleri bulunmaktadır (Kirmayer ve Young, 1998; Woolfolk ve ark., 2007). Bu davranışlar bir anlamda kişinin belirtileri ile başa çıkma yollarıdır ve kişiye sağladığı kazanımlar dahilinde bedensel belirtilerin sürdürülmesi ile yakından ilişkilidir (Duddu ve ark., 2006). Daha açık bir ifadeyle uyumsuz davranış örüntüleri mesuliyetten kurtulma, çevreden sosyal yardım ve ilgi alma gibi kişiye ikincil kazanımlar sağladığı takdirde olumsuz pekiştirme yoluyla edinilmiş bir hastalık davranışı haline gelmektedir ve bu şekilde fonksiyonel bedensel yakınmalar sürdürülmektedir (Beck, 2007; Cloninger, Reich ve Guze, 1975; Deary ve ark., 2007; Duddu ve ark., 2006; Holder-Perkins ve Wise, 2001).

Bilişsel-davranışçı yaklaşım fonksiyonel bedensel belirtilerin daha iyi anlaşılması ve tedavi edilebilmesi için yukarıda belirtilen bilişsel, duygusal ve davranışsal etkileşimi oluşturan yatkinlaştırıcı, tetikleyici ve sürdürücü faktörlerin etkisinin araştırılmasına vurgu yapmaktadır (Brown, 2004; Deary ve ark., 2007; Hutton, 2005). Bu bağlamda Brown (2004) tarafından somatizasyonun yatkinlaştırıcıları kişilik özellikleri, erken yaşam deneyimleri ve strese genetik yatkinlik gibi faktörler olarak sıralanmıştır. Yapılan birçok çalışmada aleksitimi, somatizasyon eğilimine yatkinlaştıran kişilik özelliklerinden biri olarak değerlendirmekte olup alanyazında somatizasyon ile pozitif yönde ilişkisi olduğuna dair birçok kanıt bulunmaktadır (De Gucht, 2003; Kandemir ve Ak, 2013; Koh, 2013; Sayar, 2001; Wise ve Mann, 1994). Ek olarak, psikososyal uyaranlara karşı yaşam boyu görece istikrarlı negatif duygulanımı temsil eden kişilik özelliği nörotisizmin de aynı şekilde somatizasyon eğilimi ile ilişkili olduğu görülmektedir (De Gucht, 2003; Deary ve ark., 2007; Kandemir ve Ak, 2013; van Dijk ve ark., 2016). Bunun yanında yapılan araştırmalarda nörotisizmin psikolojik stres algısını, bedensel dikkat odağını

ve stres duyarlılığını arttırarak fonksiyonel bedensel belirtiler için yatkınlaştırıcı ve sürdürücü olabileceğine de dikkat çekilmektedir (Leger, Charles, Turiano ve Almeida, 2016). Diğer bir yatkınlaştırıcı olarak erken yaşam deneyimleri ele alınmaktadır (Brown, 2004). Özellikle çocukluk döneminde duygusal, fiziksel ve cinsel istismar gibi olumsuz yaşantıların somatizasyon için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Creed ve ark., 2012; Deary ve ark., 2007; Kandemir ve Ak, 2013; Waldinger ve ark., 2006). Buna göre yapılan çoğu çalışmada olumsuz ve travmatik çocukluk çağı yaşantıların hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde fonksiyonel bedensel belirtiler ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır (Anda ve ark., 2006; Kroska, Roche ve O'Hara, 2018; Paras ve ark., 2009; Sachs-Ericsson, Kendall-Tackett ve Hernandez, 2007). Sosyal öğrenme yaklaşımında kişinin mevcut davranış ve düşünce süreçlerinin önceki deneyimlerinden öğrendikleri ile şekillendiği ifade edilmektedir (Beck, 2007). Bu anlamda çocukluk döneminde ebeveynin veya çocuğun uzun süreli hastalık dönemi geçirmesi de somatizasyon için bir risk faktörü olarak belirtilmiştir (Brown, 2004; Deary ve ark., 2007). Buna göre fonksiyonel bedensel belirtiler ebeveynin hastalık davranışlarının gözlemlenmesi ya da çocuğun bunları bizzat deneyimlemesi yoluyla erken çocukluk döneminde gelişmektedir (Levy, Langer ve Whitehead, 2007).

Fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkların fonksiyonel bedensel belirtiler üzerindeki rolünü araştıran çalışmalarda kronik tıbbi rahatsızlıkların somatizasyon için bir diğer risk faktörü olabileceği belirtilmiştir (Alkın, 1999; Creed ve ark., 2012; Gureje, Simon, Üstün ve Goldberg, 1997; Kaya, 1996; Norton ve ark., 1999; Özenli ve ark., 2009). Bununla birlikte tanısı konulmuş herhangi bir tıbbi hastalığa sahip olmanın somatizasyon için tek başına anlamlı bir parametre olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Salğar, 2016). Alanyazında bedensel rahatsızlıklara ek

olarak fonksiyonel bedensel belirtilerin birçok psikiyatrik bozukluk ile ilişkilendirildiği görülmektedir (Allen ve ark., 2001; Gureje ve ark., 1997; Kesebir, 2004). Somatizasyon eğilimi yüksek olan bireylerde özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları eş tanı sıklığının yüksek olduğu fakat somatizasyon eğilimi yüksek olan her bireyin depresyon veya anksiyete belirtileri göstermesinin ve psikiyatrik bozukluğa sahip olmasının şart olmadığı belirtilmektedir. (Brown, 2004; Burton, 2003; Henningsen ve ark., 2003; Razali, 2017). Ek olarak yapılan çalışmalarda somatizasyonun madde kötüye kullanımı ve kişilik bozukluklarıyla birlikte görülme oranının da fazla olduğu görülmüştür (Bornstein ve Gold, 2008; Davison ve Neale, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2016). Bu anlamda somatizasyonda eş tanının oldukça yaygın olduğu belirtilmekle beraber, psikolojik sıkıntı kaynaklı fonksiyonel bedensel belirtiler ile ruhsal rahatsızlıkların keskin bir şekilde ayrıştırmanın uygun olmayacağı vurgulanmaktadır (Allen ve ark., 2001; Özen ve ark., 2010; Razali, 2017).

Somatizasyon için daha önce belirtilen bilişsel, duygusal ve davranışsal etkileşim döngüsünün potansiyel ana tetikleyicisi kişide iz bırakan stresli yaşam olaylarıdır (Brown, 2004; Deary ve ark., 2007). Bunun yanında sosyal destek yetersizliği ve diğer psikiyatrik bozukluklar da tetikleyiciler arasında sıralanmaktadır (Brown, 2004; Deary ve ark., 2007). Somatizasyonun sürdürücü faktörleri arasında daha önce stresörlere verilen yüksek fizyolojik ve psikolojik tepkilerin doğurduğu artmış stres duyarlılığı, yanlı ve seçici dikkat süreçleri, maddi-manevi ikincil kazanımlar, anormal sağlık davranışlarını kapsayan uyumsuz davranışsal tepkiler, belirtilere yüklenen anlam ve işlevsel olmayan düşünceler gibi bilişsel faktörler bulunmaktadır (Brown, 2004; Deary ve ark., 2007; Razali, 2017).

Somatizasyonun tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşım ilk olarak sürdürücü faktörleri keşfedip bu faktörlerin beslediği döngüyü kırmaya odaklanmaktadır (Orzechowska ve ark., 2021). Bilişsel boyutlarda ise spesifik olarak bedensel duyular ve sağlık algısı hakkında işlevsel olmayan inançlar üzerinde durularak bu inançların daha işlevsel hale dönüştürülmesi amaçlanmaktadır (Babaoğlu ve ark., 2017; Deary ve ark., 2007; Orzechowska ve ark., 2021). Süreç içinde düşünce, duygu ve davranış arasındaki ilişkinin kişiyi nasıl etkilediğine dair farkındalığın artırılmasıyla işlevsellik kaybının azaltılması sağlanmaktadır (Maass, Kühne, Maas, Unverdross ve Weck, 2020; Orzechowska ve ark., 2021). Dolayısıyla bilişsel davranışçı yaklaşım, yaşıntılanan bedensel belirtilerin nasıl yorumlandığı ve bedensel belirtilerin yarattığı sıkıntı hissi ile nasıl başa çıkıldığına yoğunlaşmaktadır. Bu amaçla psikoeğitim, bilişsel müdahaleler, düşünce ve duygu ifadesinin geliştirilmesi için beceri ve davranış eğitimleri gibi birçok yöntem kullanılmaktadır (Babaoğlu ve ark., 2017).

#### ***1.1.3.3. Sosyal ve kültürel faktörler.***

Her kültürün kendine özel etkileşim örüntüleri bulunmaktadır (Kesebir, 2004); bazı kültürlerde psikososyal sıkıntıyı ifade etmek için kelimeler ve semboller yoğun olarak kullanılmaktayken bazılarında ise beden bir anlatım yolu haline gelmektedir (Özen Şahin ve ark., 2009). Sözel olmayan bir ifade biçimi olarak somatizasyon sosyokültürel faktörlerden oldukça etkilenen bir yapıya sahiptir (Bäärnhelm ve Ekblad, 2000; Koh, 2013). Dülgerler (2004) tarafından yapılan araştırmada düşük sosyokültürel gelişim düzeyinin yüksek somatizasyon eğilimi ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Bazı araştırmacılar tarafından Batı toplumlarında bir ifade biçimi olarak bedeni kullanmanın olgunluktan yoksun ilkel bir tutum olarak görüldüğü ve

halihazırda ruh sağlığı destek sistemlerinin daha gelişmiş olmasından dolayı somatizasyon eğiliminin bu kültürlerde Doğu kültürlerine nazaran daha az yaygın olduğu belirtilmiştir (Özen Şahin ve ark., 2009). Buna karşın çoğu araştırmacı yaptıkları çalışmalarda batı ya da doğu kültürü fark etmeksizin somatizasyonun evrensel görünümüne vurgu yapmaktadır (Baskak ve Çevik, 2007; Kirmayer ve Young, 1998; Özen Şahin ve ark., 2009).

Psikolojik sıkıntıyı dışa vurum şeklinin kültürel faktörlerden etkilendiğini söylemek mümkündür. Örneğin, psikolojik rahatsızlıkları olumsuz anlamda etiketleyen bir toplumda yaşayan bireylerin yardım almak amacıyla yaşadıkları psikososyal stresi o toplumda kabul ve ilgi gören fiziksel hastalık belirtileri şeklinde deneyimleme olasılıkları daha yüksektir (Heinrich, 2004; Kirmayer ve Young, 1998). Böyle bir toplumda yaşayan bireyin sıkıntıyı ifade etme ve sosyal destek alma ihtiyacı bedeni aracılığıyla toplumsal uyum çerçevesinde gerçekleşmektedir, bu durumda somatizasyon psikolojik sıkıntının dışa vurumu için adaptif bir işleyiş olarak yorumlanmaktadır (Özen Şahin ve ark., 2009). Türk kültürüne somatizasyon bağlamında bakıldığında ise psikolojik rahatsızlık hissinin genellikle kalp, göğüs ve karınla ilgili bedensel yakınmalar yoluyla anlatıldığını göstermektedir (Bäärnhielm ve Ekblad, 2000; Yanık, 2003). Örneğin, ülkemizin doğu illerinden olan Şanlıurfa’da psikolojik sıkıntının karın bölgesi çevresinde kasılma ve çarpıntı gibi belirtilerle yaşanması “Hafırgan”, bu çarpıntı halinin göğüs bölgesinde yaşanması ise “Hafakan” olarak isimlendirilmektedir (Yanık, 2003). Özetle, sosyokültürel farklılıklar ve kısıtlamalar duygusal yükün veya fikirlerin ifade edilmesini sınırlayarak fonksiyonel bedensel belirtilerin gelişmesinde rol oynamaktadır (Koh, 2013). Bu bağlamda kişideki bedensel yakınmaların, fonksiyonel bedensel belirtiler şeklinde

isimlendirilebilmesi için kişinin bulunduğu toplumun sosyokültürel normları ve etkileşim örüntüleri göz önüne alınmalıdır (Özen Şahin ve ark., 2009; Woolfolk ve Allen, 2007).

#### **1.1.4. Somatizasyonun epidemiyolojisi.**

Çoğu birey hayatının bir bölümünde psikolojik strese dayalı çoğunlukla gelip geçici fonksiyonel bedensel belirtiler deneyimlemektedir (Babacan, 2003; Bilge ve Tütüncü, 2020; Hiller ve ark., 2006; Holder-Perkins ve Wise, 2001). Birinci basamak sağlık hizmetlerine bu yakınmalar ile başvuru oranı ise yaklaşık olarak %20 ile %30 arasında değişmektedir (Kesebir, 2004; Razali, 2017). DSM-V'e göre somatizasyonun patolojik hali olan bedensel belirti bozukluğunun genel popülasyonda yaygınlığı ise %5 ile %7 arasındadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Bunun yanında toplam yaygınlığın %15'e yükselmiş olabileceği tahmin edilmektedir (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2015). Bir bozukluktan ziyade somatizasyon eğilimi dahilinde bakıldığında herhangi bir ruhsal ve fiziksel hastalık tanısı olmayan genel popülasyonun en az %4'ünün çoklu kronik fonksiyonel bedensel belirtiler deneyimlediği belirtilmiştir (Escobar, 1987; Escobar, Burnam ve Karno, 1987). Ancak bu oranın düşünülenden daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Buna göre genel popülasyonun en az %10'unun ve klinik popülasyondaki yetişkin hastaların üçte birinin fonksiyonel bedensel belirtilerden muzdarip olduğu düşünülmektedir (Roenneberg, Sattel, Schaefer, Henningsen ve Hausteiner-Wiehle, 2019)

Somatizasyon daha önce belirtildiği gibi evrensel olarak her toplumda görülebilmektedir fakat toplumların kültürel farklılıklarına göre somatizasyonun yaygınlık oranları değişmektedir (Babacan, 2003). Alanyazında özellikle batıdan

doğuya gittikçe somatizasyon eğiliminin arttığı belirtilmektedir (Özenli ve ark., 2009; Razali, 2017). Gureje ve meslektaşları (1997) Türkiye'nin içinde bulunduğu 14 ülkede 18-65 yaş aralığındaki birinci basamak sağlık hizmetlerine bedensel yakınmalarla başvuran bireylerde somatizasyon bozukluğunun küresel epidemiyolojisini tespit etmek amaçlı uluslararası bir çalışma yürütmüşlerdir. Çalışma sonuçlarında tüm popülasyonda bozukluğun genel yaygınlık oranı ICD-10 ile yapılan ölçüme göre %2.8, somatik semptom sıklık indeksi ile yapılan ölçümde ise %19.7 olarak bulgulanmıştır. Ülkemiz dahilinde bakıldığında Ankara'da bozukluğun sıklık oranı ICD-10 için %1.9; somatik semptom sıklık indeksi için ise %25.2 olduğu görülmüştür.

Somatizasyonun yaygınlığına dair Türkiye'deki alanyazın tarandığında konu hakkında yapılan çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu göze çarpmıştır. Mevcut durumda DSM-V'de belirtilen bedensel belirti bozukluğu tanı ölçütlerine dair ülkemizde yürütülen epidemiyolojik çalışmalara rastlanmamış olup farklı ölçüm araçları ile yapılan çalışmalar mevcuttur. Kaya (1996) tarafından Türkiye'de DSM-III-R tanı kriterleri kullanılarak yapılan çalışmada somatizasyon bozukluğunun klinik olmayan örnekleme yaşam boyu sıklık oranı %2.6 olarak bulgulanmıştır. Özenli ve meslektaşları (2009) tarafından somatizasyon bozukluğunun üniversite öğrencileri arasındaki yaygınlığını tespit etmek için DSM-IV ve ICD-10 tanı ölçütlerinin kullanıldığı araştırmada ise 804 öğrencinin %7.7'sinin somatizasyon bozukluğu sergilediği görülmüştür. Bozukluğun toplumumuzdaki sıklığı ise yaklaşık %1.5 olarak bulunmuştur. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (2013) ülkemizde KISA (Brief PHQ-r) anketi ile somatizasyon bozukluğu yaygınlığını %5 olarak bildirmiştir. Somatizasyonun epidemiyolojisi hakkında alanyazında görülen farklı bulguların nedenini açıklamada kavramın tanımlanmasındaki çeşitlilikler, DSM

tanı kriterlerindeki değişimler, günümüzde halen gelişmekte olan etiyolojik açıklamalar ve bundan dolayı çalışmalarda kullanılan farklı ölçüm araçları etkisinin altı çizilmektedir (Sheehan ve Banerjee, 1999; Woolfolk ve ark., 2007).

Alanyazın tarandığında somatizasyon ile sıklıkla ilişkilendirilen demografik özelliklerin başında cinsiyetin gelmekte olduğu görülmüştür. Ülkemizde kadınların erkeklere oranla üç kat daha fazla somatizasyon bozukluğuna sahip olduğunu bildirmiştir (Ünal ve ark., 2013). Ülkemizde özellikle doğu bölgelerine doğru gidildikçe toplumsal cinsiyet eşitsizliği nedeniyle kadınların kendilerini sözel anlamda ifade etmelerinin sınırlandırıldığı bilinmektedir (Keskin ve ark., 2013). Dolayısıyla, ruhsal anlamda kendini ifade etmenin önündeki engellerden ötürü kadınların bir başka anlatım biçimi olarak bedenlerini kullandıkları düşünülmektedir (Keskin ve ark., 2013). Bu bağlamda kadınlar erkeklere göre bedensel olarak rahatsızlık uyandıran duyumlara daha çok dikkat etmektedir ve bu duyumları daha fazla önemseyerek daha sık hastaneye başvururlar (Çömlekçi, 2021; Nakao ve ark., 2001; Özenli ve ark., 2009; Ünal ve Coşar, 2021). Sağlık hizmetlerinde de toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin etkilerini görebilmek mümkündür. Öyle ki çoğu hekim, erkeklerle kıyaslandığında, kadınların yakındığı bedensel belirtilerin nedenini daha çok psikolojik faktörlere yüklemektedir (Wool ve Barsky, 1994). Tüm bu açıklamalar somatizasyon eğiliminin kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksek olması durumunu açıklama potansiyeline sahiptir.

Yurtdışında ve yurtiçinde yapılan çoğu çalışma kadınlarda somatizasyon eğiliminin görülme oranının erkeklerden daha fazla olduğunu belirtmekteyken (Gureje ve ark., 1997; Hiller ve ark., 2006; Holder-Perkins ve Wise, 2001; Kaya, 1996; Martin ve ark., 2007; Özenli ve ark., 2009; Öztürk ve Uluşahin, 2016; Reid ve ark., 2001; Tan

ve Şahin, 2020); bazı çalışmalar somatizasyonun cinsiyetler arasında farklılaşmadığı, her iki cinsiyette de eşit oranda görüldüğünü bildirmektedir (Lipowski, 1986; Sadock ve ark., 2015; Woolfolk ve ark., 2007).

Somatizasyonun sosyoekonomik düzey, medeni durum ve eğitim düzeyi ile ilişkili olmadığını belirten bulgular mevcuttur (Sadock ve ark., 2015). Ancak alanyazındaki çoğu bulgu belirtilen faktörlerin somatizasyon ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bekar olma durumunun yüksek somatizasyon eğilimi ile ilişkili olduğunu belirten araştırmalar olduğu kadar (Creed ve Barsky, 2004; Kaya, 1996), evli olma durumunun da yüksek düzey somatizasyon ile ilişkili faktörlerden biri olduğunu ifade eden araştırmalar bulunmaktadır (Creed ve ark., 2012; Çermik, Çevik, Soykan ve Aksakal, 1999; Karaköse, 2018; Taycan ve ark., 2014). Ek olarak, alanyazında boşanmış veya dul olmanın da somatizasyon için bir risk faktörü olduğunu bildiren bulgular görülmüştür (Ritsner, 2000). Bunun yanında düşük sosyoekonomik düzey ve eğitim durumunun yüksek somatizasyon eğilimi ile ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (Babacan, 2003; Creed ve Barsky, 2004; Creed ve ark., 2012; Gureje ve ark., 1997; Kaya, 1996; Öztürk ve Uluşahin, 2016; Salğar, 2016; Tan ve Şahin, 2020)

Alanyazında somatizasyonun yaşa göre farklılaşıp farklılaşmadığına dair çeşitli bulgular mevcuttur. Somatizasyonun orta yaş ve yaşlı bireylerde genç bireylere nazaran daha sık görüldüğü ifade eden çalışmalar olduğu kadar (Gureje ve ark., 1997; Swartz ve ark., 1986), somatizasyon ve yaş arasında anlamlı bir ilişki olmadığını vurgulayan çalışmalar da mevcuttur (Looper ve Kirmayer, 2001; Özer, 2010; Sheehan ve Banerjee, 1999; Tan ve Şahin, 2020). Buna ek olarak somatizasyonun 20 ile 60 gibi geniş bir yaş aralığında kendini gösterdiğinden bahsedilmiş olup (Özen Şahin, 2007),

20 ile 30 yaş aralığındaki bireylerde daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Burton, 2003; Sadock ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda destek arayışı ve psikososyal işlevsellikte doğan sıkıntılar ise çoğunlukla 25-30 yaş öncesinde başladığı rapor edilmiştir (Creed ve Barsky, 2004; Holder-Perkins ve Wise, 2001).

## 1.2. Stres

Stresin alanyazında fizyolojik ve psikolojik boyutlarda birçok tanımının olduğu görülmektedir (Hinkle, 1974; Lazarus, 1993). Genel olarak bakıldığında günümüzde stres kavramı, kişinin içsel veya dışsal herhangi bir uyarıya bedensel ve ruhsal bütünlüğüne karşı zararlı veya zorlayıcı olarak nitelendirilmesi sonucunda bütünlüğünü muhafaza etmek için verdiği fiziksel, psikolojik ve davranışsal boyutları kapsayan çeşitli tepkilerin bir kombinasyonunu ifade etmektedir (Akgemci, 2010; Aytaç, 2017; Harrington, 2012; Kaba, 2019; Sürme, 2019).

Stresin fizyolojik sağlık alanındaki önemi ilk olarak Walter Cannon (1935) ve Hans Selye ve tarafından vurgulanmıştır. Cannon (1935) stresi kişinin içsel dengesini ifade eden “homeostazi” bozan veya tehlikeye sokma ihtimali olan dışsal faktörlerin uyandırdığı reaksiyon olarak açıklamıştır. Cannon’a göre stresli bir durum altında kişide kas gerginliği, aşırı terleme, kalp atımında artış gibi fiziksel tepkiler ortaya çıkmaktadır çünkü beden stres yanıtı olarak “savaş ya da kaç” tepkisini göstermek için kendini hazırlamaktadır (Cannon, 1935; Greenberg, 2013).

Selye (1946) uyarıcı ve tepki çerçevesinde Cannon’un (1935) belirttiği stres olgusunu genişletmiş ve teorik çerçevede kavramsallaştırmıştır. Buna göre kişinin biyolojik sisteminde tepki uyandıran potansiyel dışsal uyaranlara stresör; bu uyarının ortaya çıkardığı karışık fiziksel tepkilere ise stres adını vermiştir (Harrington, 2012;

Selye, 1946). Bu süreç bir anlamda yeni oluşan duruma karşı bedenin uyum sağlama uğraşını ifade etmektedir. Bu bağlamda Selye (1956) stres dolayısıyla bedende ortaya çıkan fiziksel değişimleri açıkladığı modeline çalışmanın sonraki bölümünde değinilmiş olan “Genel Adaptasyon Sendromu (GAS)” ismini vermiştir.

Lazarus ve Folkman (1984) tarafından yapılan incelemede stresin tanımlamalarında uyaran ve tepki üzerinde durulduğu görülmüştür. Uyaran merkezli tanımlamalar bireyde olumsuz etki bırakan doğal afet ve hastalık gibi olaylar sonucunda stresin meydana geldiğini öne sürmektedir (Erkan, 2005; Lazarus ve Folkman, 1984). Tepki odaklı tanımlamalar ise uyarıdan öte stres sonrasında kişide meydana gelen yanıt durumu üzerine yoğunlaşmaktadır (Erkan, 2005; Lazarus ve Folkman, 1984). Bu anlamda yukarıda belirtilen açıklamalar, uyaran ve tepki odaklı yaklaşımla sadece fizyolojik süreçlerin üzerinde durması ve bireysel farklılıkları yansıtan diğer psikolojik faktörleri kapsamaması yönünden birçok araştırmacı tarafından eleştirilmiştir (Erkan, 2005; Laungani, 2005). Bunun üzerine stres kavramının psikolojik yaklaşımla tekrar ele alınmış, psikofizyolojik süreçler stresin tanımlanmasında ön plana çıkmıştır (Harrington, 2012; Krohne, 2001; Lazarus, 1990).

Lazarus ve Folkman (1984) stresin açıklanmasında, uyaran ve tepki arasındaki ilişki içinde aracılık rolü gören çeşitli değişkenlerin varlığına işaret ederek psikolojik süreçlerin önemine vurgu yapmışlardır. Buna göre stres yaşantısı sadece belirli bir dışsal uyaran veya tepki ile açıklanamamalı belirtilen dışsal faktörler ve birey arasındaki çift taraflı dinamik ilişki içindeki süreç ve çıktılar göz önüne alınmalıdır (Duman, 2018; Folkman ve Lazarus, 1985; Lazarus, 1993, 2001). Bu kapsamda algılanan stres bölümde değinilen “Transaksiyonel (İlişkisel) Stres Modeli”ni önermişlerdir (Folkman ve Lazarus, 1985; Lazarus ve Folkman, 1984).

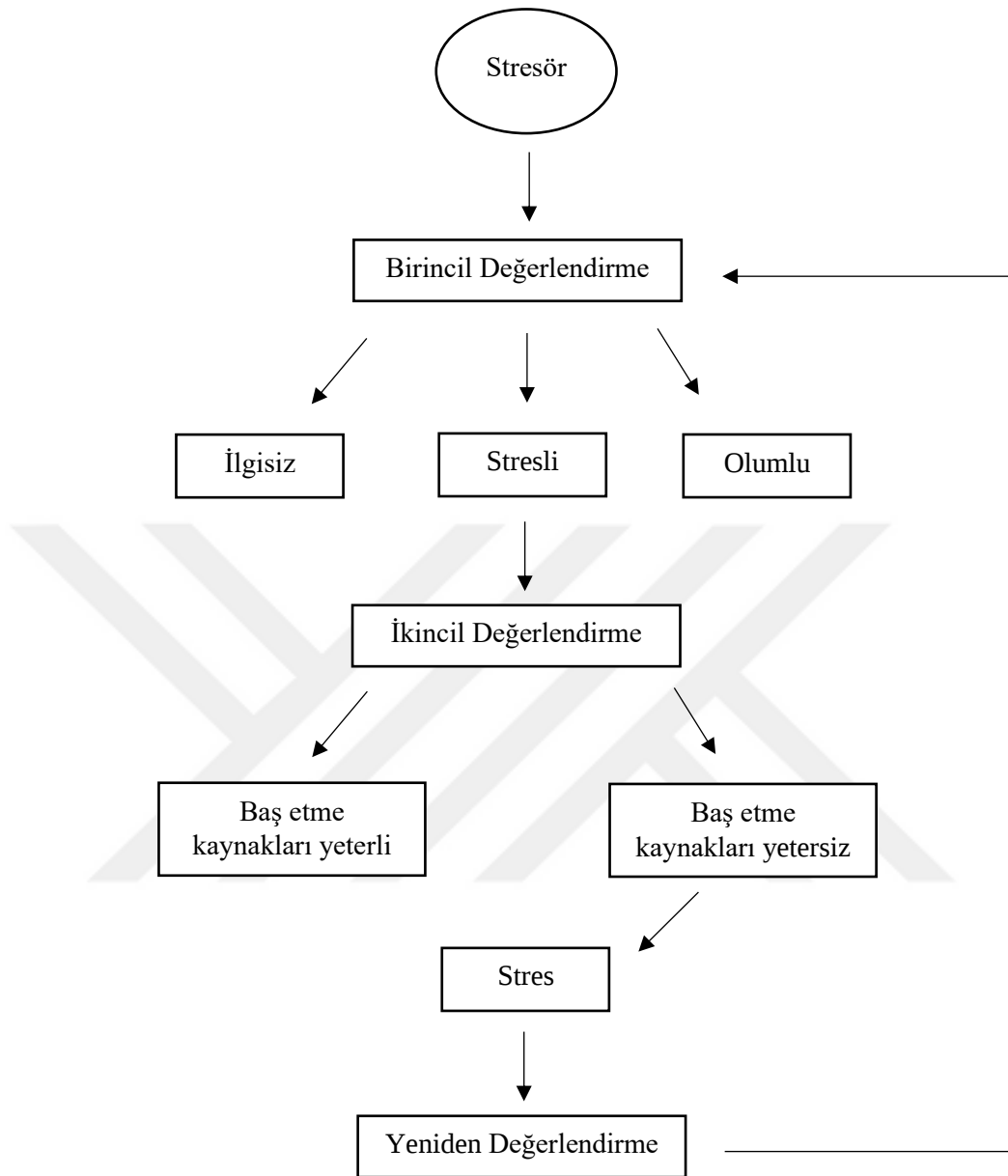
### 1.2.1. Algılanan stres.

Stres kaynakları çok çeşitlidir. Olumlu ya da olumsuz olarak nitelendirilebilecek kişinin yaşamın akışı içinde karşılaştığı birçok olay veya durum stresör olarak isimlendirilebilir (Davison ve Neale, 2004). Stres faktörlerinin sınıflandırılmasında fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlar önerilmiştir (Aydın ve İmamoğlu, 2001; Lazarus ve Folkman, 1984). Buna göre doğal afetler, çevre koşulları, bedensel hastalıklar ve yaralanmalar gibi etkenler fiziksel stres kaynaklarını oluşturmaktadır (Aydın ve İmamoğlu, 2001). Psikososyal stres kaynaklarını oluşturan bazı bileşenler sosyal çevre beklentisi, ekonomik şartlar, kişinin sahip olduğu toplumsal roller ve kültürel normlardır (Aydın ve İmamoğlu, 2001). Psikolojik stres kaynakları için kişilik yapısı, bilişsel ve duygusal süreçler örnek olarak sıralanabilir (Aydın ve İmamoğlu, 2001). Genel olarak bir uyarının stres nedeni olması kişide fiziksel ve psikolojik yapısında değişim gerektirme, ruhsal çatışma, sınırlama, baskı, gerilim ve zorlanma hali uyandırma gibi birçok denge bozan etki ile yakından ilişkilidir (Aytaç, 2017; Güçlü, 2001; Kaba, 2019).

Belirli bir stres kaynağı kişilerde farklı boyutlarda ve düzeylerde stres tepkileri doğurmaktadır. Daha açık bir ifadeyle, tıpkı yukarıda bahsedilen stres kaynaklarının çeşitliliği gibi kişilerin aynı stresöre verdiği duygusal, bilişsel ve davranışsal stres tepkileri ve tepki sonuçları da bireysel bazda çeşitlilik göstermektedir (Ellis, Jackson ve Boyce, 2006; McEwen ve Stellar, 1993). Alanyazında belirtilen bireysel farklılaşmanın nedeni Lazarus ve Folkman' ın (1984) geliştirdiği “İlişkisel Stres Modeli” ile açıklanmaktadır. Modele göre stres “kişinin baş etme kaynaklarını zorlayan veya aşan ve kişinin iyiliğini tehlikeye atan olarak değerlendirdiği kişi ile çevre arasındaki ilişki” olarak tanımlanmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984).

Bu model çeşitlilik gösteren stres tepkilerini ele alırken olayları anlamlandırma ve baş etme kaynaklarını gözden geçirme süreçlerine yönelik yapılan bilişsel değerlendirmelerin önemi üzerinde durmaktadır. Başka bir ifadeyle stres, çevre-birey etkileşimi çağrıştıracak şekilde potansiyel stres kaynağı ile karşılaştığı anda yapılan bilişsel yorumlamalara ilişkindir (Harrington, 2012).

Lazarus ve Folkman' ın (1984) tanımladığı İlişkisel Stres Modeli'nde herhangi bir durumun kişide stres yaratması için üç türlü bilişsel değerlendirme sürecine işaret edilmektedir: birincil, ikincil ve yeniden değerlendirme. Şekil 1'de modelin içerdiği tüm bu süreçler görselleştirilmiş olup sonraki paragraflarda modelin açıklanmasına detaylıca yer verilmiştir.



**Şekil 1.** *İlişkisel Stres Modeli*

Birincil değerlendirilmede kişi karşısına çıkan durumun kendi bütünlüğü için ne ifade ettiğine karar vermektedir. Buna göre kişi, herhangi bir durum karşısında “ilgisiz, olumlu ya da stresli” olmak üzere üç tür birincil değerlendirmede bulunmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Karşılaşılan durum, kişinin iyilik hali ile bağlantılı olmadığı düşünülürse “ilgisiz”; kişinin iyilik halini sürdürüyor veya arttırıyorsa

“olumlu” olarak yorumlanmaktadır. Öte yandan içeriğinde “kayıp/zarar oluşturma, tehdit yaratma ve mücadele/çaba gerektirme” odaklı yorumlar bulunduran durumlar kişi tarafınca “stresli” olarak kategorilendirilmektedir (Folkman ve Lazarus, 1985; Lazarus ve Folkman, 1984).

İkincil değerlendirmeler, birincil değerlendirmeler sonucunda bireyin stresli olarak algıladığı durum hakkında neler yapabileceğini gözden geçirmesi sürecidir (Folkman ve Lazarus, 1985; Harrington, 2012; Lazarus ve Folkman, 1984). Bu süreçte kişi kendisinde mevcut baş etme seçeneklerini tarar ve bu kaynakların ne kadar etkili olabileceğini değerlendirmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984). Birincil ve ikincil değerlendirmeler sürekli etkileşim halindedir bunun sonucunda stres algısı, algılanan stres düzeyi ve stres tepkisi şekillenmektedir (Duman, 2018; Lazarus ve Folkman, 1984). Stresli değerlendirilen durum, diğer bir deyişle stresör karşısında başa çıkma kaynaklarının etkililiğinden şüpheye düşülmesi veya etkili olmayacağının belirlenmesi noktasında stres açığa çıkmaktadır (Duman, 2018; Özdemir, 2020).

Yeniden değerlendirme aşaması, kişinin öz değerlendirme yoluyla çevreyle etkileşimi sonucunda uyanan stresi ve bu stresli durumla ne kadar etkili baş ettiğini incelemesini ifade etmektedir (Harrington, 2012). Yeniden değerlendirme süreci, durumla karşılaşıldığı anda yapılan birincil ve ikincil değerlendirmelere genel bakıştır ve bu dinamik değerlendirme zincirinin devam eden bir parçasıdır (Harrington, 2012; Lazarus ve Folkman, 1984). Yeniden değerlendirme ile duruma yeni bir anlam atfedilmektedir. Bu durumda tekrar yapılan yorumlamaya göre stres tepkisi ve düzeyi değişkenlik göstermektedir (Folkman ve Moskowitz, 2000; Lazarus ve Folkman, 1984). Örneğin, ilk karşılaşıldığı anda tehdit olarak yorumlanan bir durum yeniden değerlendirme aracılığıyla ilgisiz ya da olumlu olarak tekrar çerçevelenerek stres

tepkisi ve düzeyi düşürülebilir (Folkman ve Moskowitz, 2000).Yeniden değerlendirme süreci kişiyi ileride karşılaşılabileceği stresli durumları yönetmesine ve denge durumuna tekrar ulaşmasına destek sağlamaktadır (Harrington, 2012; Lazarus ve Folkman, 1984).

Değerlendirme süreçleri kişinin inanç sistemi, strese yatkınlık, kişilik özellikleri ve geçmiş yaşantıları gibi bireye özgü; sosyal destek, stresörün nasıl ve ne zaman ortaya çıktığı gibi çeşitli duruma özgü faktörlerden etkilenmektedir (Aydın ve İmamoğlu, 2001; Erkan, 2005; Folkman ve Lazarus, 1985; Lazarus ve Folkman, 1984). Bundan dolayı aynı stres faktörünün yarattığı stres düzeyi ve dolayısıyla tepkisi bir kişide oldukça yüksekken diğer bir kişide bu düzey oldukça düşük olabilir (Greenberg, 2013). Kısacası stres düzeyi ve stres tepkileri stresörün kendisinden öte nasıl algıladığına ve kullanılan baş etme stillerine göre kişiden kişiye değişmektedir (Aydın ve İmamoğlu, 2001; Cohen ve ark., 1983; Özdemir, 2020; Yıldırım, 1991).

Bilişsel değerlendirmelerle duruma atfedilen anlam duygusal uyarılma süreciyle yakından bağlantılıdır (Kadzikowska-Wrzošek, 2012; Lazarus, 1993). Yapılan çalışmalarda durumun olumsuz olarak değerlendirilmesinin o duruma yönelik duyguların bir o kadar olumsuz olmasına neden olarak kişinin algıladığı stres düzeyini yükselttiği görülmektedir (Folkman ve Moskowitz, 2000). Örneğin, bir yaşam olayı tehdit olarak algılandıktan sonra kişide çoğunlukla korku, öfke, kaygı ve çaresizlik gibi duygular ortaya çıkmaktadır (Harrington, 2012; Lazarus, 1993, 2001; Lazarus ve Folkman, 1984). Bu duygusal uyarılma ise strese bedensel tepkiyi gösteren fiziksel uyarılma sürecini tetiklemektedir (Greenberg, 2013). Bir sonraki bölümde stres algısının fiziksel ve duygusal uyarılmaya ilaveten bilişsel ve davranışsal olarak kişide ne gibi etkiler doğurduğuna daha kapsamlı bir şekilde değinilmiştir.

### 1.2.2. Algılanan stresin etkileri.

Normal düzeylerdeki stres algısı bireyi eyleme geçmesi ve gelişim göstermesi için teşvik edici bir güçtür (Akgemci, 2010; Pehlivan, 1980; Yılmaztürk, 2020). Ancak yüksek düzey stres algısı rahatsızlık hissi uyandırarak duygusal, bilişsel, davranışsal ve fiziksel boyutlarda işlevselliği ve yaşam kalitesini olumsuz anlamda etkileyebilir (McEwen ve Stellar, 1993).

Algılanan stresin etkileri durumla karşılaşıldığı anda gelişen akut belirtiler ve sürekli strese maruz kalma sonrasında ortaya çıkan kronik belirtiler üzerinden incelenmektedir (Çalışgan, 2021). Algılan stresin akut duygusal belirtileri kişide endişe, çökkün duygudurum, aşırı hassasiyet ve sürekli öfke yaratmaktadır (Kaba, 2019). Bilişsel boyuttan bakıldığında sıklıkla sorun çözme ve karar verme süreçlerinde problemler, dikkatin azalması ve odaklanmada sorunlar yaşanmaktadır (Güçlü, 2001; Michie, 2002). Bunun yanında davranışsal anlamda kişide sosyal geri çekilme ve saldırganlık gibi sosyal davranışlarda sıkıntılar, artan sigara ve alkol kullanımı, iştahta bozulmalar, uykuda artma veya azalma görülebilirken; fiziksel alanda ise kalp atım hızında ve nefes almada artış, kaslarda kasılma, bedenin çeşitli yerlerinde uyuşma ve ağrı, yorgunluk, kabızlık, ishal gibi birçok bedensel belirti deneyimlenmektedir (Çalışgan, 2021; Güçlü, 2001; Kaba, 2019; Michie, 2002).

Başa çıkma kaynaklarının yetersiz olması, değerlendirme süreçlerinde yapılan yorumlamalar ve stres kaynağının şiddeti gibi çeşitli psikolojik ve durumsal faktörlerin etkileşim etkisiyle stres tepkileri uzun süreli hale gelmektedir (Eskin, Harlak, Demirkıran ve Dereboy, 2013; Koçhan, 2019). Bu durum fiziksel ve ruhsal sistemde bozulmalar meydana getirerek hem psikolojik hem de bedensel sağlık sorunlarının

gelişme olasılığını arttırmaktadır (Akçakaya ve Erden, 2014; Çalışgan, 2021; Sürme, 2019). Yapılan birçok çalışmada algılanan yüksek stresin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri kanıtlanmıştır (Akçakaya ve Erden, 2014; Eskin ve ark., 2013; Folkman ve Moskowitz, 2000).

Lazarus (1993) tarafından Selye 'nin Genel Adaptasyon Modeli (GAS) psikolojik stres ve baş etme süreçlerinin fizyolojik açıklaması olarak belirtilmiştir. Bu bağlamda stres algısının yarattığı duygusal uyarılma aracılığıyla beden üzerinde ortaya çıkan stres tepkisi ve fiziksel hastalıkların gelişimi üç kademesi bulunan GAS ile açıklanabilmektedir (Selye, 1946). İlk aşama olan *alarm tepkisi* kişinin tehdit edici uyarana maruz kaldığında yaşamsal işlevlerden sorumlu sempatik sinir sistemi, adrenalin ve kortizol gibi adrenal korteks hormonlarının aktivasyonu kaynaklı solunumun hızlanması, taşikardi, artan kas gerginliği gibi stres belirtileri göstermesini ifade etmektedir (Güçlü, 2001; Işıtan ve Gökler, 2012; Selye, 1946; Yılmaztürk, 2020). Kişinin biyolojik dengesi stresör karşısında “savaş ya da kaç” tepkisinin gösterilmesi için acil durum moduna geçmektedir (Harrington, 2012). İkinci olarak *direnç aşamasında* kişi halihazırda bulunan çeşitli baş etme mekanizmalarıyla stresli duruma adapte olmaya, başka bir deyişle strese direnmeye çalışmaktadır (Koçhan, 2019). Eğer stresli duruma adaptasyon sağlanırsa alarm durumundaki bedensel tepkiler normal düzeye ulaşmakta olup parasempatik sinir sistemi aktive edilerek homeostaz (içsel denge) haline dönüş gerçekleşmektedir (Harrington, 2012; Selye, 1946, 1956). Adaptasyon sağlanamazsa alarm durumundaki yoğun stres tepkisi sürdürülerek kronik hale gelmektedir (Harrington, 2012; Yılmaztürk, 2020). Daha önce belirtildiği gibi tekrarlayan stres maruziyeti, günümüzde “allostatik yük” olarak isimlendirilen beden üzerinde birikimli biyolojik aşınma ve yıpranmalar yaratmaktadır (Harrington, 2012;

McEwen ve Stellar, 1993). Başışıklık sistemi de dahil olmak üzere vücutun farklı sistemlerinde gerçekleşen sürekli yıpranma sonucunda üçüncü aşama olan *tükenmişlik aşamasına* geçilmektedir (Selye, 1946, 1956). Bu aşamada kronik stres kişinin fizyolojik işleyişinde hasar bırakarak birçok fizyolojik hastalık ortaya çıkaran faktörlerden biri haline gelmektedir (Davison ve Neale, 2004; Güçlü, 2001; Selye, 1946, 1956). Diğer bir deyişle yüksek stres algısının fizyolojik boyutlarda bedende ortaya çıkardığı baskı ve zorlanma fiziksel hastalıklara zemin hazırlayabilir (Eskin ve ark., 2013). Yapılan çalışmalarda yüksek stres algısının kardiyovasküler ve sindirim sistemi rahatsızlıkları, kas iskelet problemleri, kanser, cilt sorunları, migren gibi birçok sağlık sorunu için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Erkan, 2005; Greenberg, 2013; Hill ve ark., 2005; Sürme, 2019).

Psikolojik bozuklukların da gelişimi ve sürdürülmesinde stres algısının önemli faktörlerden biri olduğunu düşünülmektedir (Ingram ve Luxton, 2005). Alanyazında yapılan birçok çalışma bireylerin algıladıkları stres düzeyi ile psikolojik semptomları arasında doğrusal bir ilişki olduğunu işaret etmektedir (Adams, Meyers ve Beidas, 2016; Duman, 2018; Zhong, Goh, Li, Bao ve Xu, 2020). Psikopatoloji bazında bakıldığında duygudurum, anksiyete, yeme, uyku ve cinsel işlev bozuklukları gibi birçok psikolojik rahatsızlık ile algılanan stresin pozitif ilişkili olduğu birçok çalışma tarafından kanıtlanmıştır (Akçakaya ve Erden, 2014; Harrington, 2012; Schneiderman, Ironson ve Siegel, 2005; Thimm ve ark., 2018). Psikolojik rahatsızlık hissinin beden üzerinde yaşantılanmasını ifade eden somatizasyon ve stres ilişkisine tez çalışmasının bir sonraki bölümünde değinilmiştir.

### 1.2.3. Algılanan stres ve somatizasyon.

Yaşam içindeki stresör olarak sayılabilecek birçok durumun fonksiyonel bedensel belirtilerin gelişiminde önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Ammati ve ark., 2019; Janssens ve ark., 2016; Nomura ve ark., 2007; Patel ve Dutt, 2012; Tak ve Rosmalen, 2010). Stresin ilişkisel modelinde stresör ve kişi arasındaki etkileşim sonucu doğan yüksek stres algısının fiziksel uyarılma yoluyla duygusal sıkıntı hissi yaratması ve rahatsızlık durumunun somatik belirtiler ile sonuçlanması şeklinde açıklanmaktadır (Janssens ve ark., 2016; Kadzikowska-Wrzosek, 2012; Yu ve ark., 2019). Yapılan çalışmalarda, yüksek algılanan stres düzeyinin fonksiyonel bedensel belirtileri etkilediği görülmüştür (Cortazar ve Calvete, 2019; Fischer, Nater ve Laferton, 2016; Shangguan ve ark., 2021; Yu ve ark., 2019). Patel ve Dutt (2012) tarafından yapılan çalışmada ise somatizasyon bozukluğuna sahip kişilerin stresli olarak algıladıkları yaşam olayları sayısının ve şiddetinin kontrol grubu katılımcılarına göre daha fazla olduğu bulgulanmıştır.

Alanyazında artan stres algısının bedensel duyumlara karşı duyarlılığı arttırarak belirtilerin gelişimi ve sürdürülmesinde etkili olabileceği ve bireyin yaşadığı belirtiler için tıbbi destek alma olasılığını da arttırabileceği belirtilmiştir (Hager ve Runtz, 2012). Yapılan bir çalışmada çift yönlü şekilde fonksiyonel bedensel belirtilerin yarattığı rahatsızlık hissinin kişideki stres algısını arttırdığı ve artan stres algısının da bedensel belirtileri şiddetlendirdiği görülmüştür (van Gils ve ark., 2014). Bu kapsamda yapılan çalışmalarda katılımcıların stres algıları arttıkça somatizasyon eğilimlerinin de arttığı tespit edilmiştir (Gandhi ve ark., 2014; Kadzikowska-Wrzosek, 2012; Kozłowska, 2013; Sek-yum, Man ve Kong, 1992; van Gils ve ark., 2014).

### 1.3. Bilinçli Farkındalık

Bilinçli farkındalık kavramının kökenleri eski Budizm felsefesine dayanmaktadır (Brown ve ark., 2007). Bu kavram Kabat-Zinn (2005a) tarafından bireyin mevcut an içinde kalarak o esnada içsel veya dışsal ne deneyimliyorsa ona maksatlı ve yargılardan olabildiğince filtrelenmiş biçimde dikkatini vermesi olarak tanımlanmıştır. Linehan (2015)'e göre ise açık ve yargısızca şimdiki anın akışına zihni odaklayabilmek bilinçli farkındalığı tarif etmektedir. Ek olarak bilinçli farkındalık geçmişe ya da geleceğe dair düşüncelere ve duygulara katı bir şekilde bağlanmadan, birdenbire tepki vermeden şimdiki zamanın getirilerinin gözlemlenerek farkına varılması; fark edilenleri ise kabul edici bir şekilde karşılamayı içermektedir (Atalay, 2019; Brown ve Ryan, 2003; Kabat-Zinn, 2003, 2015). Bu çerçevede bilinçli farkındalık, verilen dikkat alanında doğan her türlü düşüncenin, duygunun veya duyumun olduğu gibi merakla gözlemlendiği ve kabul edildiği bir tür yargılayıcı olmayan, şimdi ve burada odaklı farkındalık hali olarak özetlenmektedir (Bishop ve ark., 2004; Özen, 2017).

Alanyazında bilinçli farkındalık halinin bazı uygulamalar esnasında durumsal olarak (state mindfulness) ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. Bunun yanında her bireyde farklı düzeylerde bir kişilik özelliği olarak bilinçli farkındalık eğiliminin (dispositional/trait mindfulness) bulunduğu da öne sürülmektedir (Atalay, 2019; Baer, 2011; Brown ve Ryan, 2003; Bullis, Bøe, Asnaani ve Hofmann, 2014; Tang ve Tang, 2020). Bu bağlamda kişilerdeki bilinçli farkındalık eğilimi doğuştan gelen, farkındalık temelli psikoterapiler ve birçok uygulama ile geliştirilebilir çeşitli beceriden oluşan ruhsal yatkınlık kapasitesini temsil etmektedir. (Siegel ve ark., 2009).

Bilinçli farkındalığın nasıl işlem gösterdiğinin daha iyi anlaşılması için Shapiro ve meslektaşları (2006) üç ayağı olan bir model önermişlerdir: dikkat, niyet ve tutum. Bu boyutlar birbirinden ayrı olmayıp eş zamanlı bir şekilde etkileşim halindedir (Kınay, 2013; Shapiro, Carlson, Astin ve Freedman, 2006). Birinci ayak olan *dikkat* kişinin fark etmek için amaçlı bir şekilde andaki içsel ve dışsal uyarınları gözlemlemesi; dikkatin neden o uyarana odaklandığını, yani amacını, ifade eden ikinci ayak ise *niyettir* (Kınay, 2013). Niyet aynı zamanda dikkatin seçici olarak nereye odaklanacağını belirleyen dinamik bir süreçtir (Kınay, 2013; Shapiro ve ark., 2006). Tüm bu süreçlere ve süreç içinde fark edilenlere nasıl yaklaşıldığı ise *tutum* ayağını temsil etmektedir (Shapiro ve ark., 2006; Atalay, 2019; Kınay, 2013). Bu anlamda bilinçli farkındalığın birçok beceriden oluşan çok boyutlu bir kavram olduğu çıkarımı yapılmaktadır (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer ve Toney, 2006; Çatak ve Ögel, 2010). Bir sonraki kısımda bilinçli farkındalığın temel tutumları açıklanmıştır.

### **1.3.1. Bilinçli farkındalık tutumları.**

Bilinçli farkındalık kişinin dikkatini odaklayarak sadece içsel süreçlerini izlemesi ve bunun sonucunda kazanım olarak fark edinilen ile sınırlı değildir (Kınay, 2013). Bu anlamda anda fark edilen deneyimlere ne gibi bir tutumla yaklaşıldığı bilinçli farkındalığın işleyiş mekanizmasını oluşturmaktadır (Kabat-Zinn, 2005b, 2015). Böylelikle bilinçli farkındalığın yedi tutumundan söz edilmektedir (Atalay, 2019).

*Anda kalabilme*, geçmiş ve geleceğe yönelme eğiliminde olan dikkati fark ederek bulunan ana nazıkçe tekrar yönlendirmeyi seçmektir (Atalay, 2019). Kişi anda karşılaştığı düşüncüyü, duyguyu veya duyumu zihinsel olarak çoğunlukla siyah-beyaz

gibi iki uçlu şekilde kategorilendirme eğilimi göstermektedir. Yapılan bu kategorilendirmeler ise çoğunlukla katı yargılayıcı yorumlar barındırmakta olup farkındalık dışında kalan otomatik tepkileri doğurmaktadır (Aktepe ve Tolan, 2020). Bu durum ise bulunulan anın saydam bir şekilde algılanmasını engellemektedir (Kabat-Zinn, 2005b). *Yargıları fark etme* tutumu kişinin zihninden geçen yanlı değerlendirmelerin ve bunların kendisinde uyandırdığı etkilerin farkına varması ile ilgilidir (Atalay, 2019). Bu tutum kişinin geçmişte edindiği nitelendirmeleri fark etmesi ve bunların esiri olmadan bugünkü deneyime başka bir gözlükle nasıl bakabileceği üzerine düşünmesini temsil eder; böylece kişi deneyime karşı alternatif bakış açısı geliştirebilmektedir (Aktepe ve Tolan, 2020; Kabat-Zinn, 2013). *Kabul*, iyi hissettiren ve rahatsızlık uyandıran duygu, düşünce ve duyumlara eşit derecede açık olmayı ve onları sınıflamadan kapsamaya gönüllü olmayı ifade etmektedir (Kabat-Zinn, 2005b). Bu anlamda kabul tutumu içeriğinde yargılamama ve şefkati barındırmaktadır (Atalay, 2019). Yapılan araştırmalarda değerlendirmeler sonucu arzu edilmeyen deneyimin yok sayılması, bastırılması veya kaçınmaya çalışılmasının yüksek stres, depresyon, endişe ve bedensel acı gibi zorluklar ile sonuçlandığı görülmüştür (Aktepe ve Tolan, 2020; Siegel ve ark., 2009). Oysa var olan durumun yargılardan uzak şekilde tüm gerçekliğiyle tanımlanması ve kabul edilmesi kişinin bu zorluklarla etkili bir şekilde baş etmesini ve dolayısıyla iyi oluş halini desteklemektedir (Kabat-Zinn, 2005b; Kınay, 2013).

*Sabır* tutumu beklemek, boşluğa ve net olmayana tolere etmekle ilişkilidir. Gelişim için zamana ihtiyaç olduğunu anlamaktır (Atalay, 2019). Sabrın karşısı aceleci tutum bireyde yarattığı sonraki varış noktasına mola vermeden hareket etmesi gerektiği hissiyle stres doğurur ve zihinsel meşguliyet hali içinde mevcut zamanda

bulunmayı engellemektedir (Kabat-Zinn, 2005b; Kınay, 2013). Sabırla beraber kişi andaki yaşantıları izleme için vakit bulur; böylece şimdiki zamanın getirilerine açık hale gelir (Aktepe ve Tolan, 2020; Atalay, 2019). *Şefkat*, ruhsal ya da fiziksel acı halinde doğan bir yaklaşımdır. Acının evrensel doğasını fark etmek, acıyı anlamak ve o anda acı ile kalmayla ilgili tutumu yansıtmaktadır (Atalay, 2019). Çoğunlukla zorlu olarak nitelendirilebilen durumlarda baş etme amaçlı kaçınmaya ve iyi hissettirenle değiştirmeye çabalanmaktadır (Kabat-Zinn, 2005b). Diğer taraftan şefkat acı yaratan deneyimi eleştirmeden onlara karşı hoşgörülü ve anlayışlı davranarak, kaçınmadan ya da tamamen birleşmeden izlemeyi ve kabul etmeyi içermektedir (Atalay, 2019). *Akışına bırakmak*, kabul tutumu ile birbirini tamamlamaktadır (Aktepe ve Tolan, 2020). Kişinin sıkı sıkıya bağlandığı duygu, düşünce ve duyumların kalıcı olmadığını hatırlaması ve takıldığı durumun geçmişle ve gelecekteki beklentilerle olan ilişkisini anlamlandırarak arasına mesafe koymasısıdır (Aktepe ve Tolan, 2020; Atalay, 2019; Kabat-Zinn, 2013). Bu tutum kaçınmak veya yok saymak değildir; zihnin katı bir şekilde odaklandığı durumun farkına varılarak kabul edilmesi ve mevcut andaki yaşantıya geri dönülmesidir (Atalay, 2019). *Başlangıç ruhu* andaki deneyime daha önce edinilen inanç ve düşüncelerden olabildiğince arınarak sanki onunla ilk defa tanışıyor gibi merak ve ilgi ile yaklaşmaktır (Aktepe ve Tolan, 2020; Kabat-Zinn, 2013; Kınay, 2013). Bu tutum yargıların farkında olma ve dolayısıyla tepkiselliğin düşürülmesi ile bağlantılıdır (Atalay, 2019).

Özetle, bilinçli farkındalık temelde kişinin bedensel duyumlarına, duygularına ve düşüncelerine olumlu ya da olumsuz nitelendirmeden, eleştirmeden, kaçınmadan veya özdeşleşmeden kucaklayıcı, açık ve nötr bir tutum ile temas etmesini desteklemektedir (Hayes ve Feldman, 2004; Khong, 2011; Neff, 2003). Bilinçli

farkındalık kişiye deneyime yakınlaştırmasıyla kaçınmanın; duygu ve düşüncelerle kaynaşmadan mesafe koyarak izlemeyi teşvik etmesiyle özdeşleşmenin tersi olarak nitelendirilmiştir (Hayes ve Feldman, 2004). Kaçınma veya özdeşleşme duygu, düşünce ve duyumlara dair yapılan yargılamalar sonucu oluşmakta olup psikolojik sıkıntının temelinde yatan önemli faktörlerdendir (Gross, 2002). Bunun yanında bilinçli farkındalık alanyazında zihnin şimdiki zamanda bulunmayıp geçmiş ve gelecekte dolanma hali “zihin uçuşması (wandering mind)” olarak nitelendirilmiştir (Atalay, 2019). Uçuşan bir zihnin ise olumsuz duygulanım ve psikolojik stres ile yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir (Killingsworth ve Gilbert, 2010; Stawarczyk, Majerus, Van der Linden ve D’Argembeau, 2012). Bu anlamda bilinçli farkındalığın kişinin psikolojik iyi oluş ve denge halini destekleyen ruhsal bir yapı olduğu görülmektedir. Konu hakkında yapılan çalışmalar yüksek bilinçli farkındalık eğiliminin psikolojik iyilik hali için önemli faktörlerden olan düşük stres düzeyi, azalmış ruminasyon, etkili duygu düzenleme, artmış olumlu duygulanım, bilişsel ve psikolojik esneklik ile ilişkili olduğunu desteklemektedir (Aktepe ve Tolan, 2020; Brown ve Ryan, 2003; Demir ve Gündoğan, 2018; Hayes ve Feldman, 2004).

Bilinçli farkındalığın ilk kez psikoterapi pratiklerinde uygulama bulması Kabat-Zinn tarafından 1979 yılında alanyazına “Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma” isimli programla gerçekleştirilmiştir (Kabat-Zinn, 1982). Bu program bilinçli farkındalığı, kronik ağrı çeken kişilerin belirtilerini ve bu belirtilerden dolayı ortaya çıkan yoğun stresi azaltmaya dair bir beceri olarak kazandırmayı amaçlamıştır (Çatak ve Ögel, 2010; Kabat-Zinn, 1982). Böylelikle günümüzde bilişsel-davranışçı terapiler içerisinde “üçüncü dalga” olarak nitelendirilen “Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi”, “Kabul ve Kararlılık Terapisi” ve “Diyalektik Davranışçı Terapi”

yöntemlerini kapsayan farkındalık temelli terapilerin gelişimine zemin hazırlanmıştır (Çatak ve Ögel, 2010; Kınay, 2013). Bilinçli farkındalık temelli terapilerin duygudurum bozuklukları (Hofmann ve ark., 2010), anksiyete bozuklukları (Wharton ve Kanas, 2019), yeme bozuklukları (Hepworth, 2011) ve kişilik bozuklukları (Mitchell ve ark., 2019) gibi çeşitli psikopatolojilerin tedavisinde yüksek oranda başarılı olduğu görülmüştür. Böylelikle Bishop ve meslektaşlarının (2004) belirttiği gibi bilinçli farkındalık, kişinin strese ve duygusal rahatsızlık hissine daha işlevsel yanıt vermek için alternatif bir yöntem geliştirmeye yönelik klinik bir yaklaşım olarak da ele alınabilmektedir. Bu bağlamda alanyazın taranmış olup sonraki bölümde bilinçli farkındalık ve stres ilişkisine dair açıklamalara yer verilmiştir.

### **1.3.2. Bilinçli farkındalık ve algılanan stres.**

Alanyazın gözden geçirildiğinde bireylerin ruhsal yapılarında bulunan bilinçli farkındalık eğiliminin stresin psikolojik ve fiziksel işleyiş üzerindeki olumsuz etkilerine karşı koruma sağlayacak şekilde bir tampon etkisinin olduğu görülmektedir (Bränström ve ark., 2011; Brown ve Ryan, 2003; Creswell ve Lindsay, 2014). Lazarus ve Folkman' ın (1984) önerdiği algılanan stres modeli çerçevesinden bakıldığında yüksek bilinçli farkındalık eğilimi içsel veya yaşam olayları gibi dışsal uyaranlara daha açık ve kabul edici bir tutumla yaklaşmaya teşvik ederek duruma karşı yapılan tehdit ve tehlikeye dair yapılan negatif bilişsel değerlendirmelerin azalmasını desteklemektedir (Bränström ve ark., 2011; Moskowitz ve ark., 2015). Aynı zamanda stresli olarak algılanan yaşantıya yönelik daha az kaçınmacı daha fazla yaklaşım odaklı olacak şekilde etkili başa çıkma kapasitesini arttırmaktadır (Weinstein ve ark., 2009). Kısacası, bilinçli farkındalığın algılanan stres düzeyi ve tepkisi için belirleyici olan birincil ve ikincil değerlendirme süreçlerinde etkin rol oynadığı (Salmon, Sephton ve

Dreeben, 2011); baş etme için güçlü bir içsel kaynak olduğu belirtilmiştir (Kabat-Zinn, 2013; Palmer ve Rodger, 2009; Shapiro ve ark., 2006). Bu bağlamda bilinçli farkındalık kişinin stres algısını azaltarak ve strese verilen duygusal, fiziksel, bilişsel ve davranışsal tepkileri daha uyumlu hale getirerek ruhsal ve fiziksel sağlığı iyileştiren bir sisteme sahiptir (Özen, 2017).

Yapılan birçok deneysel çalışmada, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında deney grubuna uygulanan farkındalık odaklı müdahale programlarının bilinçli farkındalık eğilimini geliştirerek algılanan stresi azalttığı, psikolojik belirtileri düşürdüğü ve iyi oluşu desteklediği bulgulanmıştır (Boe ve Hagen, 2015; Norouzi ve ark., 2020; Nyklíček, Dijksman, Lenders, Fonteijn ve Koolen, 2014; Shapiro ve ark., 2007; Song ve Lindquist, 2015). Alanyazında konu hakkında yapılan betimsel çalışmalar bilinçli farkındalık eğilimi artıkça algılanan stres düzeyinin düştüğünü desteklemektedir (Chan ve Lam, 2017; Cillessen, van de Ven ve Karremans, 2017; Ede, Walter ve Hughes, 2020; Lu ve ark., 2019; Valikhani ve ark., 2019; Zhong, Bao ve Xu, 2019). Bunun yanında yüksek bilinçli farkındalık eğiliminin düşük algılanan stres düzeyinin de yordayıcısı olduğu görülmektedir (Mayer, Im, Stavas-Graf ve Hazlette-Stevens, 2019; Nezlek, Holas, Rusanowska ve Krejtz, 2016; Weinstein ve ark., 2009). Birçok çalışma tarafından belirtildiği gibi kişilerin ruhsal yapısında bulunan bilinçli farkındalık düzeyleri ile algıladıkları stres düzeyleri arasında ters yönde ilişki olduğu söylenebilmektedir (Zhong ve ark., 2020).

Valikhani ve arkadaşları (2020) tarafından bilinçli farkındalık eğiliminin psikolojik sıkıntılar üzerindeki olumlu etkisinin altında hangi mekanizmaların yattığını anlama amaçlı yapılan araştırmada, bilinçli farkındalığın algılanan stresi düşürerek yaşam kalitesini arttırmada ve ruh sağlığını iyileştirmede etkili olduğu tespit

edilmiştir. Bränström ve meslektaşları (2011) tarafından yapılan benzer bir çalışmada ise algılanan stres ve psikolojik belirtiler arasındaki pozitif yöndeki ilişkide içsel deneyimlere tepkisizlik, farkındalıkla davranma ve içsel deneyimleri yargılamama boyutlarının biçimlendirici etkisi bulunmuştur. Buna göre yüksek düzey bilinçli farkındalığa sahip kişilerin potansiyel stres yarabilecek durum karşısında kişinin baş etme kapasitesini belirtilen beceriler ile olumlu anlamda desteklemesi ile algıladıkları stres ve psikolojik belirtileri arasındaki ilişki gücünün azaldığı çıkarımı yapılmıştır (Bränström ve ark., 2011). Bulguları destekleyecek şekilde bilinçli farkındalığın farkındalıkla davranma, içsel deneyimleri yargılamama ve içsel deneyimlere tepkisizlik alt boyutlarının stres ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasındaki pozitif ilişkinin gücünü azalttığı görülmüştür (van Son ve ark., 2015). Benzer şekilde Zhong ve meslektaşları (2020) bilinçli farkındalık eğilimi yüksek olan bireylerle karşılaştırıldığında düşük olan bireylerde algılanan stres düzeyi ve psikolojik belirtileri arasındaki pozitif yönde ilişki gücünün arttığını bulgulayarak bilinçli farkındalığın biçimlendirici rolüne vurgu yapmışlardır. Böylece eğilimin stresin psikolojik olumsuz etkileri için koruyucu tampon etkisi gösterdiği desteklenmiştir.

Bilinçli farkındalık eğilimi bireyin algıladığı stres düzeyini etkileyerek psikolojik iyi oluş haline katkı sağladığı kadar (Keng, Smoski ve Robins, 2011), fiziksel sağlık haline de katkı sağlamaktadır (Murphy, Mermelstein, Edwards ve Gidycz, 2012; Niazi ve Niazi, 2011; Stahl ve Goldstein, 2010). Zimmaro ve meslektaşları (2016) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada bilinçli farkındalık eğiliminin algılanan stres düzeyine, fizyolojik stres tepkisini ifade eden kortizol seviyesine ve psikolojik iyi oluşa direkt etkisinin olduğu bulunmuştur. Buna göre yüksek bilinçli farkındalık eğilimine sahip kişilerin yüksek psikolojik iyi oluş

haline sahip olduğu görülürken, bu kişilerin daha az kortizol seviyesi ve daha az algılanan stres düzeyleri sergiledikleri de bulgulanmıştır. Yapılan diğer çalışmalar bu bulguları destekleyecek şekilde bilinçli farkındalık eğiliminin algılanan stresi etkileyerek artmış negatif duygusal tepkilere ve kortizol salınımına karşı koruyucu bir etki gösterdiği ve böylece psikolojik ve fizyolojik stres tepkisini düzenlediğini belirtmiştir (Brown ve ark., 2012; Hou ve ark., 2015; Salmon ve ark., 2011). Creswell ve meslektaşları (2019) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise bilinçli farkındalık eğiliminin beyindeki strese dayanıklılık yollarını geliştirerek uzun süreli olduğu taktirde fizyolojik hastalık ile sonuçlanan stresin olumsuz biyolojik ve psikolojik etkilerini önlemeye dair tampon görevi görmekte olduğu çıkarımı yapılmıştır. Böylelikle bilinçli farkındalıktaki bilişsel, duygusal ve davranışsal mekanizmalar yoluyla kişilerin daha düşük düzey stres algıladıkları ve dolayısıyla stresin bedensel göstergelerinin de azalmış olduğu sonucuna varılmıştır (Zimmaro ve ark., 2016). Özetle bilinçli farkındalık eğilimi ile algılanan stresin azalması arasındaki anlamlı ilişki merkezini duygu ve düşüncelerin bedendeki fizyolojik süreçler ile karşılıklı etkileşimini yansıtan zihin-beden bağlantısından aldığı görülmektedir (Kabat-Zinn, 2003; Song ve Lindquist, 2015; Stahl ve Goldstein, 2010).

### **1.3.3. Bilinçli farkındalık ve somatizasyon.**

Bilinçli farkındalık eğilimini geliştirmeyi hedef alan bilinçli farkındalık temelli terapilerin kontrol grubuna göre deney grubunda hem şiddetinin hem de belirti sayısının azaltılmasıyla somatizasyon bozukluğunun tedavisinde etkili olduğu birçok çalışma tarafından kanıtlanmıştır (Ali ve ark., 2017; Crowe ve ark., 2016; Fjorback ve ark., 2013; Frostholm ve Rask, 2019; Zargar, Rahafrouz ve Tarrahi, 2021). Aktaş ve meslektaşlarının (2019) yaptığı güncel bir gözden geçirme araştırmasında ise bu

etkililiğin muhtemel açıklaması bilinçli farkındalığın içeriğinde bulunan yargılamama, kabul, tepkisizlik gibi tutumlarla kişiyi yaşadığı bedensel deneyime ve bu deneyime eşlik eden duygu ve düşüncelere bir anlamda kaçınmadan kontrollü bir şekilde yaklaşmasını sağlayarak somatizasyonun temellerinde yatan duygusal sıkıntı hissinin azaltılması olarak belirtilmiştir. Frostholm ve Rask (2019) tarafından yapılan araştırmada ise bilinçli farkındalık temelli terapilerde belirtilen tutumların desteklenmesi ile içsel deneyimlere bakışın olumlu yönde yeniden şekilleneceği belirtilmektedir. Böylece kişinin bedensel belirtilerine dair algısını değiştirebilmesi ve belirtilere dair yapılan olumsuz değerlendirmelerin azalması sağlanmaktadır.

Alanyazında yapılan betimsel çalışmalara bakıldığında, bilinçli farkındalık düzeyi yüksek olan kişilerde bir bozukluktan ziyade somatizasyon eğiliminin daha düşük olduğu görülmektedir (Black ve ark., 2012; Brambila-Tapia ve ark., 2020; Brown ve ark., 2012; Kroska ve ark., 2018; Masuda ve ark., 2014; Masuda ve Tully, 2012). Bunun yanında Mun ve meslektaşlarının (2014) yaptığı çalışmada kronik ağrı yaşayan bireylerin daha düşük bilinçli farkındalık eğilime sahip oldukları bulunmuştur. Cullingham ve meslektaşları (2020) tarafından yapılan bir çalışmada ise düşük bilinçli farkındalık seviyelerinin yüksek somatizasyon seviyelerini yordadığı rapor edilmiştir. Ek olarak yüksek bilinçli farkındalık eğilimine sahip olan kişilerin fiziksel sağlıklarının genel olarak daha iyi olduğu görülmüştür (Murphy ve ark., 2012). Fonksiyonel gastrointestinal bozuklukları olan yetişkin hastalarla yapılan bir çalışmada artan fonksiyonel bedensel belirtilerin, düşük bilinçli farkındalık ve duygu düzenlemedeki zorluklarla önemli ölçüde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Mazaheri, 2015). Bu anlamda somatizasyon ve bilinçli farkındalık eğilimleri arasında negatif yönde bir ilişkinin varlığından söz edilmektedir.

#### 1.4. Yaşantısal Kaçınma

Yaşantısal kaçınma, bilinçli farkındalık temelli terapilerden olan Kabul ve Kararlılık Terapisinin alanyazına kazandırdığı terimlerden biridir (Hayes ve ark., 1996). Buna göre kişinin kendisinde uyanan ve olumsuz olarak yorumladığı duygu, düşünce ve bedensel duyular gibi bireysel bazda deneyimlenen durumlarla etkileşim halinde kalmaya gönülsüz olması sonucu bunların biçimini ve sıklığını dönüştürmek veya kontrol etmek amacıyla birçok girişimde bulunması yaşantısal kaçınma olarak ifade edilmektedir (Gámez ve ark., 2011; Hayes ve ark., 1996; Kashdan ve ark., 2006).

Yaşantısal kaçınma içinde duyguları bastırma, düşünce baskılama, sosyal geri çekilme, madde kullanımı, dikkat dağıtma ve inkâr gibi birçok bilişsel, duygusal ve davranışsal kaçınma stratejilerini barındırmadır (Hayes ve Feldman, 2004; Hayes ve ark., 2004). Daha geniş bir şekilde anlatmak gerekirse, yaşantısal kaçınma olumsuz değerlendirmelere yol açan işlevsel olmayan çeşitli bilişleri de kapsamaktadır ki bu bilişler kişiyi deneyime yaklaşmaya isteksiz hale getirmektedir (Tull, Gratz, Salters ve Roemer, 2004). Böylece kişi sürekli olarak kaçınmak için belli başlı stratejilere itilmektedir (Kirk ve ark., 2021). Tek başına bu stratejilerin kullanılmasından ziyade isteksizlik dahilinde yaygın olarak bu yaşantılardan uzaklaşmaya çalışılması psikolojik problemleri meydana getirmektedir (Yıldırım, 2019). Buna göre yaşantısal kaçınma rahatsızlık duyduğu durumlarda çeşitli kaçınma davranışlarını etkileyen örtük bir psikolojik olgu olarak tanımlanabilir (Kirk ve ark., 2021).Bunu destekleyecek şekilde Karekla ve Panayiotou (2011) tarafından yapılan bir çalışmada kaçınma stillerini içermesi anlamında yaşantısal kaçınma, inkar gibi uyumsuz baş etme stilleri ile ilişkili olduğu görülmüştür; ancak kişilerin algıladıkları stres ve yaşam kalitesini öngörmede yaşantısal kaçınmanın baş etme stillerinin üstünde yordayıcı gücü olduğu

bulunmuştur. Bu bulgu yaşantısal kaçınmanın rahatsızlık veren içsel uyaranlardan kurtulma mücadelesine atfedilmiştir (Karekla ve Panayiotou, 2011).

Kullanılan strateji her ne olursa olsun yaşantısal kaçınmanın temel motivasyonu psikolojik ya da bedensel rahatsızlık hissinden uzaklaşmadır (Eustis ve ark., 2020; Wolgast, 2014; Yıldırım, 2019). Bu motivasyonla yapılan girişimler kişide kısa süreli rahatlama sağlamaktadır (Hayes ve ark., 1996). Kısa vadede sıkıntıyı ortadan kaldırdığı için yaşantısal kaçınma kişi tarafından işlevsel olarak algılanmakta ve olumsuz pekiştirme aracılığıyla kişi sıkıntı hissettiği her durumda bu yola başvurmaktadır (Hayes ve ark., 1996). Diğer yandan yaşantısal kaçınma, uzun sürede kişinin kaçınmaya çalıştığı rahatsızlık halini güçlendirerek daha kronik ve şiddetli bir biçimde deneyimlenmesine neden olmaktadır (Chawla ve Ostafin, 2007; Hayes ve ark., 1996; Kashdan ve ark., 2006). Böylelikle istenmeyen deneyim üzerinde hakimiyet kurmak için katı bir şekilde uğraşıldığı ve zaman harcandığı taktirde yaşantısal kaçınma süreci problematik hale gelerek kişinin psikolojik, sosyal ve fiziksel işlevselliğini olumsuz anlamda etkilemektedir (Costa ve Pinto-Gouveia, 2013; Kashdan ve ark., 2006). Diğer bir deyişle yaşantısal kaçınma, bağlama uygun olmadığı ve sürekli hoşla gitmeyen içsel deneyimleri düzenleme aracı olarak kullanıldığında çeşitli sorunlar yaratmaktadır (Kirk ve ark., 2021). Bu çerçevede yaşantısal kaçınmanın arzulananın tam tersi, paradoksal bir mekanizma ile kısır döngü yaratacak şekilde işlediği görülmektedir (Ishizu ve ark., 2017; Tull ve ark., 2004). Tüm bu bilgiler ışığında yaşantısal kaçınma kişinin rahatsızlık uyandıran içsel deneyimine sabit şekilde uyumsuz tepki gösterme eğilim düzeyini ifade edecek bir boyut üzerinde düşünülmektedir (Gámez ve ark., 2011; Hayes ve ark., 1996; Kirk ve ark., 2021; Yıldırım ve Bahtiyar, 2020).

Hayes'e (2004) göre yaşantısal kaçınma, çeşitli psikolojik sıkıntının oluşumuna ve sürdürülmesine neden olan temel psikolojik yapılardan biri olarak nitelendirilmektedir. Bunu destekleyecek şekilde alanyazında kişinin yaşantısal kaçınma eğilimi arttıkça psikolojik belirti (Gámez ve ark., 2011), olumsuz duygulanım (Kashdan ve ark., 2006), düşük fiziksel sağlık (Berghoff, Tull, DiLillo, Messman-Moore ve Gratz, 2017) ve düşük yaşam kalitesi (Kirk ve ark., 2019) gibi kişinin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen çıktıların da arttığı görülmektedir. Psikolojik bozukluklar çerçevesinden bakıldığında ise bu eğilimin anksiyete (Mahaffey, Wheaton, Fabricant, Berman ve Abramowitz, 2013), duygudurum (Cribb, Moulds ve Carter, 2006), alkol ve madde kullanım bozuklukları (Shorey ve ark., 2017) gibi çeşitli psikopatoloji belirtileri ve şiddeti ile pozitif yönde ilişkili olduğu birçok çalışma tarafından bulgulanmıştır. Genel olarak yaşantısal kaçınmanın herhangi bir ruhsal bozukluk tanısına sahip olsun ya da olmasın bireyin psikolojik işleyişi olumsuz anlamda etkileyen faktörlerden biri olduğu söylenebilmektedir (Kashdan ve ark., 2006; Machell, Goodman ve Kashdan, 2015; Yıldırım ve Bahtiyar, 2020). Psikolojik iyi oluş halini geliştiren ve sürdüren önemli faktörlerden biri ise daha önce belirtildiği gibi bilinçli farkındalık eğilimidir. Bu anlamda bir sonraki bölümde yaşantısal kaçınma ve bilinçli farkındalık arasında nasıl bir bağlantı olduğuna değinilmiştir.

#### **1.4.1. Yaşantısal kaçınma ve bilinçli farkındalık.**

Yaşantısal kaçınma başlığı altında yer alan, yapılan olumsuz değerlendirmeler ile içsel deneyimlere yaklaşmaya isteksizlik ve bundan dolayı çeşitli yollarla kaçınma hali; bilinçli farkındalıkta altı çizilen ana odaklanma, yargılamama ve kabul gibi tutumların karşıtı olarak belirtilmektedir (Yıldırım, 2019). Yaşantısal kaçınma eğilimi yüksek olan kişinin deneyime kabul ile yaklaşım kapasitesi sınırlıdır; deneyime karşı

katı ve yargılayıcı bir tutum sergilemektedir (Rueda ve Valls, 2020). Olumlu ya da olumsuz herhangi bir değerlendirme olmadan deneyime ilgi ile yaklaşmak yaşantısal kaçınmanın etkilerini azaltmak için alternatif bir yaklaşımdır (Baltacı, 2021). Bu anlamda yaşantısal kaçınmanın bilinçli farkındalığın antitezi niteliğinde ele alınabileceği eklenmiştir (Roche, Kroska, Miller, Kroska ve O'Hara, 2019). Kişilerdeki bilinçli farkındalık eğilimi arttıkça yaşantısal kaçınma eğiliminin azaldığını gösteren araştırmalar mevcuttur (Kroska ve ark., 2018; Moore, Brody ve Dierberger, 2009). Özetle, bilinçli farkındalık ile yaşantısal kaçınma hakkında yapılan araştırmaların bulguları her iki yapının da birbiriyle ilişkili; fakat iç içe geçmeyen yapılar olduğuna ve psikolojik sıkıntıların başlangıcını ve gidişatını anlamadaki önemine işaret etmektedir (Masuda ve ark., 2014; Masuda ve Tully, 2012a).

#### **1.4.2. Yaşantısal kaçınma ve algılanan stres.**

Yaşantısal kaçınma kişinin stresli durum ile nasıl ilişki kurduğu ve bu strese nasıl tepki verdiği ile bağlantılı bir yapıyı ifade etmektedir (Gámez ve ark., 2011). Yaşantısal kaçınma, kişinin karşılaştığı zorlu durumla etkili baş etme kaynaklarını sınırlandıracak şekilde uyumsuz tepkileri ve katı inançları içermektedir (Mega Radyani, Hanna Indra ve Ika Dian Oriza, 2022). Bundan dolayı yüksek stres algısının gelişiminde önemli bir role sahip olduğu düşünülmektedir (Bardeen, Fergus ve Orcutt, 2013; Karekla ve Panayiotou, 2011).

Alanyazında yapılan birçok çalışmada yüksek yaşantısal kaçınma eğilimine sahip kişilerin algıladıkları stres düzeyinin de yüksek olduğu raporlanmıştır (Allen, 2021; Bardeen ve ark., 2013; Connor, 2020; Karekla ve Panayiotou, 2011; Mega Radyani ve ark., 2022; Tavakoli, Broyles, Reid, Sandoval ve Correa-Fernández, 2019;

Zakiei ve ark., 2017). Ayrıca daha önce belirtilen yaşantısal kaçınmanın uzaklaşmaya çalışılan her neyse o deneyimi arttırdığına yönelik paradoksal etkisine ek olarak, kişilerin algıladıkları stres ve yaşantısal kaçınma düzeyleri arasında karşılıklı etkileşimin olduğu da görülmektedir. Ishizu ve meslektaşları (2017) tarafından yürütülen bir çalışmada yaşantısal kaçınmanın algılanan stres düzeyini arttırmasının yanı sıra yaşantısal kaçınmanın artan stres düzeyleri tarafından tetiklendiği bulgulanmıştır. Böylece yaşantısal kaçınma eğiliminin hem stres üreten hem de stres durumunda yükselecek şekilde etkilenen bir yapı olduğu kanıtlanmıştır. Bunu destekleyecek şekilde Hinds (2013) tarafından yapılan bir çalışmada duygusal deneyimden kaçınmanın stresi arttıran bir faktör olduğu sonucu bulunmuştur. Garner (2016) tarafından yapılan bir çalışmada ise uyumsuz duygusal ve bilişsel tepkilerin, kişilerin algıladığı stresin etkilerini şiddetlendirebildiği ve bireyin somatik belirtiler geliştirme olasılığını artırabileceği belirtilmiştir.

#### **1.4.3. Yaşantısal kaçınma ve somatizasyon.**

İçsel deneyimlerle temas halinde kalmaya isteksiz olan ve bu deneyimleri kontrol ederek en aza indirmeye çabalayan bireylerin bu içsel rahatsızlıklarını fonksiyonel bedensel belirtiler yoluyla gösterdikleri öne sürülmektedir (Tavakoli ve ark., 2019). Öyle ki somatik yakınmalar yaşayan bireylerin hem bilişsel hem de duygusal kaçınma yoluyla bu tür rahatsızlık uyandıran duyumlardan kurtulma arayışı olasılıklarının yüksek olduğu belirtilmektedir (Bardeen ve ark., 2013). Bu anlamda somatizasyon içsel deneyimlerden kaçınma için duygusal bastırma gibi yolların paradoksal etkilerinden biri olarak düşünülmektedir (Dworsky ve ark., 2016; Özdemir, 2021).

Yaşantısal kaçınmanın paradoksal etkisinin somatik belirtileri arttırdığına yönelik ilk çalışma Cioffi ve Holloway (1993) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada fiziksel olarak acı yaratan bir uyarana karşı baskılama ve dikkat dağıtma tepkilerinin acı duyumunun şiddetini arttırdığı ve süresini uzattığı görülmüştür. Gözlemenin ise tam tersi olacak şekilde acı duyumunun yoğunluğunu azalttığı ve daha kısa sürmesine katkı sağladığı bulunmuştur. Buna destek olacak şekilde bir başka çalışmada yaşantısal kaçınma eğilimi yüksek olan kişilerin düşük yaşantısal kaçınma eğilimine sahip kişilerle kıyaslandığında fiziksel acı uyandıran bir uyaran karşısında acıya daha az tolerans gösterdikleri ve acı karşısında daha uyumsuz baş etme stratejilerini kullandıkları tespit edilmiştir (Zettle ve ark., 2005).

Tavakoli ve meslektaşları (2019) yaptıkları araştırmada düşük düzey yaşantısal kaçınma eğilimine sahip olan üniversite öğrencilerine kıyasla yüksek düzey eğilime sahip olan öğrencilerin somatizasyon eğiliminin daha fazla olduğunu bulgulamışlardır. Bunu destekler şekilde alanyazında yapılan birçok çalışmada yüksek yaşantısal kaçınma eğilimine sahip bireylerin daha yüksek düzey somatizasyon eğilimi bildirdikleri tespit edilmiştir (Kroska ve ark., 2018; Mendoza, Goodnight, Caporino ve Masuda, 2018; Tull ve ark., 2004). Bunun yanında Cullingham ve meslektaşları (2020) tarafından yapılan bir diğer araştırmada ise kişinin birbirlerinin zıttı olarak ele alınan yaşantısal kaçınma eğiliminin yüksek, bilinçli farkındalık eğiliminin ise düşük olması daha yüksek düzey somatizasyon eğilimine sahip olma ile ilişkilendirilmiştir. Buradan hareketle içsel deneyimi kabul etmenin veya bunlardan kaçınmanın bedensel ve ruhsal sağlık için önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

Masuda ve meslektaşları (2014) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada yaşantısal kaçınmanın somatizasyonu arttırdığı görülmüştür. Benzer şekilde

Mendoza ve meslektaşları (2018) yaşantısal kaçınma eğiliminin somatizasyon üzerinde anlamlı etkisini bulgulamışlardır. Özetle, konu hakkındaki çalışmalarda yaşantısal kaçınmanın bedensel ağrı ve acı duyumlarına verilen tepkileri olumsuz etkilediği ve genel olarak içsel deneyimlere nasıl bir tutumla yaklaşıldığının somatizasyonun yordanması için önemli bir faktör olduğu çıkarımı yapılmıştır (Gámez ve ark., 2011; Masuda ve ark., 2014).

### **1.5. Amaç ve Hipotezler**

Alanyazında birçok araştırmacı tarafından tanımlandığı gibi somatizasyon psikolojik sıkıntı hissini birincil olarak bedensel belirtiler üzerinde yansıma bulmasını temsil etmekte olup kişinin birçok alanda iyi oluşunu olumsuz etkilemektedir (Heinrich, 2004; Lipowski, 1988; Özen ve ark., 2010). Yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde algılanan stresin somatizasyonun gelişimini çeşitli biyolojik ve psikolojik yollarla etkileyen faktörlerden biri olduğu görülmüştür (Janssens ve ark., 2016; Kadzikowska-Wrzonek, 2012; Yu ve ark., 2019). Böylelikle somatizasyon eğilimini değerlendirirken kişilerin stres algılarını göz önüne almanın önemli bir yere sahip olduğu anlaşılmaktadır. Bu anlamda algılanan stresin etkilerinin azaltılması yönünde alanyazın gözden geçirilmiştir. Bu anlamda algılan stres hakkında yapılan birçok çalışma bilinçli farkındalığın psikolojik belirtiler üzerindeki olumlu etkisine dikkat çekmektedir (Bränström ve ark., 2011; van Son ve ark., 2015; Zhong ve ark., 2020). Yapılan çalışmalarda bir eğilim olarak bilinçli farkındalığın stresin hem psikolojik hem de fizyolojik olumsuz etkilerine karşı koruyucu bir görev üstelendiği ve beden-zihin bütünlüğü kapsamında kişilerin iyi oluş halini desteklediği görülmüştür (Creswell ve Lindsay, 2014; Keng ve ark., 2011; Valikhani ve ark., 2019). Daha önce belirtildiği gibi bilinçli farkındalığın tampon etkisi kaynağını çeşitli becerileri

kapsamasından almaktadır (Br nstr m ve ark., 2011; Moskowitz ve ark., 2015). Bu koruyucu etki kapsamında yapılan çalışmalar incelendiğinde ise bilinçli farkındalığın hangi alt boyutlarının belirlenen psikolojik belirtiler özelinde tampon etki gösterdiğine yönelik tutarlı olmayan bulguların mevcut olduğu gözlemlenmiştir. Örneğin, Bergin ve Pakenham (2016) tarafından tanımlama ve gözleme alt boyutlarının stres ile kaygı ve depresyon belirtileri arasındaki ilişki gücünü düşürdüğü tespit edilirken; van Son ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada ise içsel deneyimlere tepkisizlik ve içsel deneyimleri yargılamamanın stres ile kaygı ve depresyon belirtileri ilişkisinde gücü düşürücü etki yarattığı g r lm ştir. Buna ek olarak yurtdişında yapılan çalışmalar tarandığında bilinçli farkındalık ve alt boyutlarının stres ve bedensel belirtiler arasındaki tampon etkisini konu edinen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Cortazar ve Calvete, 2019). Bunun yanında yurtiçinde yapılan alanyazın taramasında ise ulaşabildiğimiz veri tabanları kapsamında ülkemizde bu konuya yönelik yapılan herhangi bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. Böylelikle somatizasyon eğilimi özelinde bilinçli farkındalıkta bulunan hangi tutumların tampon etki yaratabileceği yeterince çalışılmamış olan konular arasında olduğu görülmektedir. Mevcut tez çalışmasında bilinçli farkındalık ve altındaki tutumların algılanan stres ve somatizasyon ilişkisinde biçimlendirici rolü incelenerek alanyazında eksik kalan bu alanların açıklığa kavuşturulabileceği akla gelmiştir.

Diğer bir açıdan stresin etkilerini arttıran mekanizmalar araştırıldığında ise yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalığın tersi yönünde etki gösteren yaşantısal kaçınmanın kişilerdeki stres algısını ve bu algının kişideki olumsuz çıktılarını daha da yükselttiği g r lm ştir (Connor, 2020; Garner, 2016; Hinds, 2013; Ishizu ve ark., 2017). Yaşantısal kaçınmanın somatizasyon bağlamında incelenmesi alanyazında

güncel olarak çalışılan bir konu olup bu çalışmalarda edinilen bulgular yüksek yaşantısal kaçınma eğilimine sahip olan kişilerin düşük yaşantısal kaçınma eğilimine sahip kişilere göre somatizasyon eğilimi gösterdiklerine işaret etmektedir (Cullingham ve ark., 2020; Heshmati ve ark., 2021; Kroska ve ark., 2018; Masuda ve Tully, 2012a; Mendoza ve ark., 2018; Tavakoli ve ark., 2019) Fakat çeşitli değişkenlerin etkileri sonucunda somatizasyonu bir çıktı olarak ele alındığı tüm bu çalışmalarda yaşantısal kaçınmanın tek boyutlu bir faktör olarak ölçümlemesi bir sınırlılıktır. Çünkü Yıldırım ve Bahtiyar'ın (2020) da belirttiği gibi yaşantısal kaçınma alt boyutlarının genel eğilimin ötesinde açıklayıcı bir etkisi vardır. Ayrıca bu çalışmalarda ağırlıkla yaşantısal kaçınmanın somatizasyon üzerindeki yordayıcı rolünün ya da aracı rolünün olup olmadığının araştırıp alanyazında sıkça vurgulanan psikolojik problemleri arttırıcı etkisinin incelenmemesi odaklanılması gereken boşluklar olarak değerlendirilmiştir.

Algılanan stres, somatizasyon, bilinçli farkındalık ve yaşantısal kaçınma arasındaki ilişkileri farklı açılardan inceleyen çalışmalar mevcuttur ancak yapılan alanyazın taramasında algılanan stres ve somatizasyon arasındaki ilişkiyi anlamlandırmak için potansiyel biçimlendirici değişkenler olarak bilinçli farkındalık ve yaşantısal kaçınmayı ve alt boyutlarını aynı anda ele alan çalışma ile karşılaşılmamıştır. Alanyazında çalışılmasına ihtiyaç duyulan alanlar olarak gözlemlenen noktalara yaşantısal kaçınma ve bilinçli farkındalık değişkenlerinin ve bu değişkenlerin alt boyutlarının psikososyal stres temelli bedensel belirtilerin şiddetini azaltması ya da arttırması yönünde potansiyel tetikleyici ve tampon etkilerinin beraber incelenmesiyle katkı sağlamak amaçlanmıştır. Yukarıda özetlenen alanyazın bilgisine dayanarak, yaşantısal kaçınmanın neden olduğu tetikleyici mekanizmanın algılanan

stres ile somatizasyon arasındaki ilişkiyi güçlendireceği; bilinçli farkındalığın tampon etkisinin ise bu ilişkiyi zayıflatacağı ön görülmektedir. Bu kapsamda mevcut çalışmada algılanan stres ve somatizasyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ve bu ilişki içinde bilinçli farkındalık ve yaşantısal kaçınma değişkenlerinin biçimlendirici rolünün incelenmesi hedeflenmektedir. Buna göre araştırmanın temel hipotezleri aşağıdaki gibidir:

H1: Algılanan stres ile somatizasyon eğilimi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki ilişkide genel bilinçli farkındalık eğiliminin ve gözlemlleme, tanımlama, farkındalıkla davranma, içsel deneyimleri yargılamama, içsel deneyimlere tepkisizlik alt boyutlarının biçimlendirici rolü vardır.

H3: Algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki ilişkide genel yaşantısal kaçınma eğiliminin ve kaçınma, dikkat dağıtma ve baskılama, sıkıntıya dayanıklılık, erteleme, bastırma ve inkâr alt boyutlarının biçimlendirici rolü vardır.

Yukarıda ifade edilen hipotezlere ek olarak araştırmanın yan amacı dâhilinde somatizasyon düzeylerinin demografik bilgi formundan elde edilen betimsel verilere göre farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir. Belirtilen amaçlar doğrultusunda somatizasyon eğiliminin sürdürülmesinde ve azaltılmasında hangi psikolojik faktörlerin etkili olduğuna yönelik ilgili alanyazının daha da genişletilmesine ve klinik boyutlarda uygulamaların çeşitlendirilmesine destek olunması umulmaktadır.

## İKİNCİ BÖLÜM

### YÖNTEM

Mevcut bölümde tez çalışmasının katılımcılarına, veri toplama araçlarına, verilerin toplanması sürecine ve katılımcılardan toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlere dair bilgiler ele alınmaktadır.

#### 2.1. Örneklem

Mevcut çalışmanın örneklemini çoğunluğu İstanbul'da olmak üzere Türkiye'de bulunan farklı üniversitelerin çeşitli bölümlerinde eğitim alan ve katılım için onay veren 18 yaş üzeri 299 üniversite öğrencisi oluşturmaktadır. Katılımcılara uygun örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır. 18 yaş altı ve üniversite öğrencisi olmayan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir. %70'i kadın ve %30'u erkek katılımcıların oluşan örneklemin yaş ortalaması 24.64 'dür (ss= 4.01, min=18, max=35). Katılımcıların demografik özellikleri detaylı olarak Tablo 4'te belirtilmiştir.

**Tablo 4.** *Katılımcıların Demografik Bilgileri*

| Değişkenler N=310   | Ort.          | SS  |    |
|---------------------|---------------|-----|----|
| Yaş                 | 24.64         | 4   |    |
|                     | Grup          | N   | %  |
| Cinsiyet            | Kadın         | 206 | 70 |
|                     | Erkek         | 93  | 30 |
| Medeni Durum        | Bekar         | 258 | 86 |
|                     | Evli          | 41  | 14 |
| Sosyoekonomik Düzey | Düşük         | 83  | 28 |
|                     | Orta          | 153 | 51 |
|                     | Yüksek        | 63  | 21 |
| Eğitim Düzeyi       | Ön lisans     | 20  | 7  |
|                     | Lisans        | 134 | 45 |
|                     | Yüksek Lisans | 120 | 40 |
|                     | Doktora       | 25  | 8  |

**Tablo 4. Katılımcıların Demografik Bilgileri (devam)**

| <b>Değişkenler N=310</b>                               | <b>Grup</b>  | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------------------------------|--------------|----------|----------|
| <b>Çalışma Durumu</b>                                  | Çalışıyor    | 96       | 32       |
|                                                        | Çalışmıyor   | 203      | 68       |
| <b>Yaşamın Büyük Çoğunluğunun Geçtiği Yer</b>          | Köy          | 8        | 3        |
|                                                        | Şehir        | 56       | 19       |
|                                                        | Büyükşehir   | 235      | 78       |
| <b>Kişide Psikolojik Rahatsızlık Varlığı</b>           | Var          | 42       | 14       |
|                                                        | Yok          | 257      | 86       |
| <b>Kişide Tıbbi Rahatsızlık Varlığı</b>                | Var          | 31       | 10       |
|                                                        | Yok          | 268      | 90       |
| <b>Ailede Psikolojik Rahatsızlık Varlığı</b>           | Var          | 47       | 15       |
|                                                        | Yok          | 252      | 85       |
| <b>Mevcut Durumda Psikoterapi Desteği Alma</b>         | Alıyor       | 31       | 10       |
|                                                        | Almıyor      | 268      | 90       |
| <b>Mevcut Durumda Psikiyatrik İlaç Kullanımı</b>       | Var          | 29       | 10       |
|                                                        | Yok          | 270      | 90       |
| <b>Sağlık Algısı</b>                                   | İyi          | 193      | 65       |
|                                                        | Orta         | 90       | 30       |
|                                                        | Kötü         | 16       | 5        |
| <b>Bedensel Yakınmalarla Hastaneye Başvuru Sıklığı</b> | Her zaman    | 23       | 8        |
|                                                        | Bazen        | 89       | 30       |
|                                                        | Nadiren      | 153      | 51       |
|                                                        | Hiçbir zaman | 34       | 11       |

## **2.2. Veri Toplama Araçları**

Mevcut çalışmada veri toplama aracı olarak Bilgilendirilmiş Onam Formu, Demografik Bilgi Formu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Somatizasyon Ölçeği (SÖ), Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BBBFÖ), Çok Boyutlu ve Yaşantısal

Kaçınma Ölçeği (ÇBYKÖ) kullanılmıştır. Bu kısımda ölçekler hakkında bilgi verilmiştir.

#### **2.2.1. Bilgilendirilmiş onam formu.**

Araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan bilgilendirilmiş onam formunda katılımcılara araştırmanın amacı, çalışma grubunun kapsamı, çalışmayı tahmini tamamlama süresi, veri toplama sürecinin herhangi bir aşamasında katılım için onamlarını geri çekebilecekleri, gönüllülük esasının ve gizlilik ilkesinin önemine dair bilgilendirme sağlanmaktadır. Formun bir örneği Ek A' da gösterilmiştir.

#### **2.2.2. Demografik bilgi formu.**

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan demografik bilgi formu katılımcıların yaşı, cinsiyeti, öğrenim düzeyi, medeni durumu, sosyoekonomik düzeyi, çalışma durumu, yaşamlarının büyük çoğunluğunun nerede geçtiği, ailede psikolojik rahatsızlığın varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, psikoterapi destek öyküsü, psikolojik ve tıbbi rahatsızlık geçmişi, bedensel yakınmalar ile doktora başvuru sıklığı ve genel sağlık algısına yönelik 15 soru içermektedir. Belirtilen sorular araştırmanın ilgili değişkenlerinin literatürü dahilinde geliştirilmiştir. Formun bir örneği Ek B' de yer almaktadır.

#### **2.2.3. Algılanan stres ölçeği (ASÖ).**

Algılanan Stres Ölçeği (Perceived Stress Scale – PSS) bireylerin son bir ay içerisinde gündelik yaşamlarındaki karşılaştıkları yaşantılara dair algıladıkları stres düzeyini ölçmek amacıyla Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilmiştir. ASÖ'nün 4,10 ve 14 maddeli olmak üzere üç farklı formu mevcuttur.

Mevcut çalışmada ölçeğin Eskin ve arkadaşları (2013) tarafından Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik analizleri yapılan 14 maddelik versiyonu kullanılmıştır.

Ölçek 5'li likert tipte olup, “Hiç (0)” ile “Çok sık (4)” arasında derecelendirilmektedir. Ölçeğin olumlu anlam barındıran 7 maddesi (4, 5, 6, 7, 9, 10 ve 13) ters olarak puanlanmaktadır. ASÖ’ den alınan yüksek puanlar bireylerin algıladıkları stres düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken; en yüksek puan 56’dır (Cohen ve ark., 1983). Buna göre toplam 11-26 puan aralığı düşük düzey, 27-41 puan aralığı orta düzey, 42-56 puan aralığı ise yüksek düzey stres algısını ifade etmektedir (Eskin ve ark., 2013). Eskin ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan uyarlama çalışması kapsamında ASÖ’nün orijinal geçerlik güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık katsayısı .84 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin bir örneğine Ek C’ de yer verilmiştir.

#### **2.2.4. Somatizasyon ölçeği (SÖ).**

Somatizasyon Ölçeği, S. Hathaway ve J. C. Mc. Kinley tarafından 1939 yılında geliştirilen ve 566 maddeden oluşan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory)’nin somatizasyon bozukluğuna yönelik 33 maddesinin seçilmesiyle oluşturulmuştur. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Dülgerler (2000) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin maddeleri “Doğru (1)” ya da “Yanlış (0)” olarak yanıtlanmakta olup, olumlu ifade içeren 17 madde (2, 3, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 28, 29, 30 ve 31) ters olarak kodlanmaktadır. Buna göre ölçekten alınabilecek en az puan 0 iken; en yüksek puan 33’tür. Ölçekten alınan artan puanlar, bireydeki somatizasyon eğiliminin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Dölgerler (2000) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin güvenirlik katsayısı .83 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin bir rneği Ek D’de sunulmaktadır.

#### **2.2.5. Beş boyutlu bilinçli farkındalık ölçeği (BBBF).**

Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık leği (Five Facets Mindfulness Questionnaire – FFMQ) kişilerdeki bilinçli farkındalık eğilimini ve bu eğilimin farklı boyutlarını ölçmek amacıyla Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer ve Toney (2006) tarafından geliştirilmiştir. BBBF’nn Türkçe ’ye uyarlaması, geçerlilik ve güvenirlik alışması Kınay (2013) tarafından yapılmıştır. BBBF 39 madde ve 5 boyuttan oluşmakta olup, “Kesinlikle Doğru (1)” ve “Her Zaman Doğru (5)” arasında derecelendirilecek şekilde 5’li likert tiptedir. Yapılan faktör analizleri sonucu ölçeğin, bilinçli farkındalık kavramının 5 boyutu üzerinden değerlendirme yapmakta olduğu bulunmuştur. Bu alt boyutlar “Gözlemleme”, “Tanımlama”, “Farkındalıkla Davranma”, “İçsel Deneyimleri Yargılamama”, “İçsel Deneyimlere Tepkisizlik” şeklindedir.

“Gözlemleme” alt boyutu kişinin içsel ve dışsal uyaranları fark etmesi ve dikkatini bu uyaranlara yönlendirmesi olarak tanımlanmıştır ve 9 maddeden (1, 4, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36) oluşmaktadır (Kınay, 2013). “Tanımlama” alt boyutu gözlemlenen bu yaşantıların kelimelerle isimlendirilmesini yansıtmaktadır ve 8 maddeden (2, 7, 12, 16, 22, 27, 32, 37) oluşmaktadır (Kınay, 2013). “Farkındalıkla Davranma” alt boyutu kişinin o anda ki deneyime dikkatini vermesini ve farkındalık hali içinde hareket etmesini tanımlayacak şekilde 8 maddeyi (5, 8, 13, 18, 23, 28, 34, 38) içermektedir (Kınay, 2013). “İçsel Deneyimleri Yargılamama” kişinin farkındalıkla yaklaştığı deneyime karşı oluşan duygu ve düşünceleri sınıflandırmayan

bir tutum içinde olmasını yansıtan bir alt boyut olup, 8 maddeyi (3, 10, 14, 17, 25, 30, 35, 39) kapsar (Kınay, 2013). “İçsel Deneyimlere Tepkisizlik” alt boyutu ise duygu ve düşüncelere tutunmadan, sadece oldukları gibi fark edilmesi ve akış içinde serbest bırakılmasını yansıtan 6 maddeden (9, 19, 21, 24, 29, 33) oluşmaktadır (Kınay, 2013). Ölçeğin toplam 19 maddesi (3, 5, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 22, 23, 25, 28, 30, 34, 35, 38 ve 39) ters olarak puanlanmaktadır. Alt boyutlardan alınan yüksek puanlar ilgili alt boyuta dair yüksek eğilime sahip olduğunu göstermektedir. Bunun yanında ölçek alınan puanların toplanmasıyla genel bilinçli farkındalık eğilim puanı da vermekte olup artan puanlar kişideki bilinçli farkındalık eğiliminin arttığına işaret etmektedir (Kınay, 2013).

BBBFÖ’nün orijinal formunda iç tutarlılık katsayıları, “Gözlemlene” alt boyutu için .83, “Tanımlama” alt boyutu için .91, “Farkındalıkla Davranma” alt boyutu için .87, “İçsel Deneyimleri Yargılamama” alt boyutu için .87 ve “İçsel Deneyimlere Tepkisizlik” alt boyutu için .75 olarak raporlanmıştır (Baer ve ark., 2006). Ölçeğin Türkçe formunda ise toplam BBBFÖ puanı için iç tutarlılık katsayısı .80 olarak rapor edilirken; alt boyutların iç tutarlılık katsayıları “Gözlemlene” için .79, “Tanımlama” için .85, “Farkındalıkla Davranma” için .84, “İçsel Deneyimleri Yargılamama” için .73 ve “İçsel Deneyimlere Tepkisizlik” için .67 olarak belirtilmiştir (Kınay, 2013). Ölçeğin bir örneği Ek E’de bulunmaktadır.

#### **2.2.6. Çok boyutlu yaşantısal kaçınma ölçeği (ÇBYKÖ).**

Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği (Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire – MEAQ) bireylerdeki yaşantısal kaçınma eğilimini ve bu eğilimin farklı boyutlarını ölçmek amacıyla Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero ve

Watson (2011) tarafından geliştirilmiştir. ÇBYKÖ'nün Türkçe 'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Yıldırım ve Bahtiyar (2020) tarafından yapılmıştır. 59 maddeden ve 5 boyuttan oluşan ölçek, “Hiç Katılmıyorum (1)” ve “Tamamen Katılıyorum (6)” arasında derecelendirilmek üzere 6'lı likert tiptedir. Yıldırım ve Bahtiyar (2020) tarafından yapılan çalışmada yürütülen faktör analizleri yaşıntısal kaçınma kavramının çok boyutlu olduğunu göstermiştir. Buna göre ölçek “Kaçınma”, “Dikkat Dağıtma ve Baskılama”, “Sıkıntıya Dayanıklılık”, “Erteleme” ve “Bastırma ve İnkâr” olacak şekilde 5 alt boyuta sahiptir.

21 maddeden oluşan (1, 5, 6, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 31, 35, 36, 41, 42, 47, 48, 51, 52, 55, 56, 58) “Kaçınma” alt boyutu, kişinin sıkıntıya olumsuz anlam atfederek, kabul etmemesi ve sıkıntıyı gidermeye yönelik aldığı kaçınan eylemleri yansıtmaktadır (Yıldırım ve Bahtiyar, 2020). “Dikkat Dağıtma ve Baskılama” alt boyutu sıkıntının görmezden gelinmesini ve baskılanmasını ifade eden 8 maddeden (2, 7, 11, 13, 20, 25, 30, 37) oluşmaktadır (Yıldırım ve Bahtiyar, 2020). “Sıkıntıya Dayanıklılık” alt boyutu kişinin sıkıntı ile karşılaştığı zaman etkili bir şekilde hareket etmesini temsil etmekte olup, 11 maddeden (4, 10, 16, 22, 27, 34, 40, 45, 50, 54, 59) oluşmaktadır (Yıldırım ve Bahtiyar, 2020). “Erteleme” alt boyutu yaşanması beklenen sıkıntıyı geciktirmeye yönelik 7 maddeyi (3, 9, 15, 28, 33, 39, 44) kapsamaktadır (Yıldırım ve Bahtiyar, 2020). “Bastırma ve İnkâr” alt boyutu ise bireyin yaşadığı sıkıntıdan kendini ayırıştırarak uzak tutmasını ve sıkıntıya dair farkındalık durumunun yoksunluğunu değerlendirmektedir ve 12 maddeden (8, 14, 19, 21, 26, 32, 38, 43, 46, 49, 53, 57) oluşmaktadır (Yıldırım ve Bahtiyar, 2020). Ölçeğin 2 maddesi (21 ve 28) ters olarak puanlanmaktadır.

Ölçeğin alt boyutlarından alınan yüksek puanlar, ilgili boyuta ilişkin yüksek eğilimi göstermektedir. Ayrıca ÇBYKÖ “Kaçınma + Dikkat Dağıtma ve Baskılama + Erteleme + Bastırma ve İnkâr + (77-Sıkıntıya Dayanıklılık)” hesaplanacak şekilde toplam yaşantısal kaçınma puanı da vermekte olup, yükselen puanlar yüksek düzey yaşantısal kaçınma eğilimini temsil etmektedir (Yıldırım ve Bahtiyar, 2020). Ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada alt boyutların iç tutarlılık katsayısı ortalama .85 olarak bulunurken; toplam ÇBYKÖ puanının iç tutarlılık katsayısı .91 olarak ifade edilmiştir. (Gamez ve ark., 2011). Ölçeğin Türkçe ‘ye uyarlanma çalışmasında toplam ÇBYKÖ puanı için iç tutarlılık katsayısı .93, “Kaçınma” alt boyutu için .91, “Dikkat Dağıtma ve Baskılama” alt boyutu için .87, “Sıkıntıya Dayanıklılık” alt boyutu için .87, “Erteleme” alt boyutu için .85 ve “Bastırma ve İnkâr” alt boyutu için .84 olarak belirtilmiştir (Yıldırım ve Bahtiyar, 2020). Ölçeğin bir örneği Ek F’de sunulmaktadır.

#### **2.2.7. Veri toplama araçlarının iç tutarlılık katsayıları ve betimsel özellikleri.**

Tez çalışmasında kullanılan Somatizasyon Ölçeği (SÖ), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BBBFÖ) ve Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği (ÇBYKÖ) toplam ve alt boyutları için yapılan güvenirlik analizleri sonucunda elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları Tablo 5’teki gibidir.

**Tablo 5.** *Veri Toplama Araçlarının Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları*

| <b>Ölçekler</b>                                        | <b>Cronbach Alfa</b> |
|--------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Somatizasyon Ölçeği (SÖ)</b>                        | .87                  |
| <b>Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)</b>                    | .92                  |
| <b>Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BBBFÖ)</b> |                      |
| Bilinçli Farkındalık Toplam (BBBFÖ-T)                  | .90                  |
| Gözlemleme Alt Boyutu (BBBFÖ-G)                        | .77                  |
| Tanımlama Alt Boyutu (BBBFÖ-TA)                        | .89                  |
| Farkındalıkla Davranma Alt Boyutu (BBBFÖ-FD)           | .88                  |
| İçsel Deneyimleri Yargılamama Alt Boyutu (BBBFÖ-İDY)   | .85                  |
| İçsel Deneyimlere Tepkisizlik Alt Boyutu (BBBFÖ-İDT)   | .78                  |
| <b>Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği (ÇBYKÖ)</b>   |                      |
| Yaşantısal Kaçınma Toplam (ÇBYKÖ-T)                    | .91                  |
| Kaçınma Alt Boyutu (ÇBYKÖ-K)                           | .90                  |
| Dikkat Dağıtma- Baskılama Alt Boyutu (ÇBYKÖ-DDB)       | .89                  |
| Sıkıntıya Dayanıklılık Alt Boyutu (ÇBYKÖ-SD)           | .88                  |
| Erteleme Alt Boyutu (ÇBYKÖ-E)                          | .84                  |
| Bastırma- İnkâr Alt Boyutu (ÇBYKÖ-Bİ)                  | .86                  |

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Somatizasyon Ölçeği (SÖ), Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BBBFÖ) ve Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği (ÇBYKÖ) toplam ve alt boyutlarından alınan puanların ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, medyan ve ranj değerleri Tablo 6'daki gibidir.

**Tablo 6.** Ölçüm Araçlarından Alınan Puanların Ranj, Medyan, Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

| Ölçekler  | N   | Ranj | Medyan | Min. | Maks. | Ort.   | SS    |
|-----------|-----|------|--------|------|-------|--------|-------|
| SÖ        | 299 | 30   | 13.00  | 1    | 31    | 13.43  | 6.73  |
| ASÖ       | 299 | 48   | 30.00  | 8    | 56    | 30.51  | 9.34  |
| BBBFÖ-T   | 299 | 96   | 128.00 | 72   | 168   | 127.22 | 18.50 |
| BBBFÖ-G   | 299 | 28   | 31.00  | 17   | 45    | 31.42  | 5.55  |
| BBBFÖ-TA  | 299 | 31   | 29.50  | 9    | 40    | 28.74  | 6.21  |
| BBBFÖ-FD  | 299 | 32   | 28.00  | 8    | 40    | 27.03  | 6.77  |
| BBBFÖ-İDY | 299 | 28   | 22.00  | 8    | 36    | 22.37  | 6.09  |
| BBBFÖ-İDT | 299 | 24   | 18.00  | 6    | 30    | 17.65  | 4.16  |
| ÇBYKÖ-T   | 299 | 256  | 198.00 | 72   | 328   | 195.61 | 40.96 |
| ÇBYKÖ-K   | 299 | 99   | 78.00  | 22   | 121   | 77.06  | 19.19 |
| ÇBYKÖ-DDB | 299 | 40   | 32.50  | 8    | 48    | 32.23  | 9.01  |
| ÇBYKÖ-SD  | 299 | 50   | 49.00  | 16   | 66    | 47.60  | 9.940 |
| ÇBYKÖ-E   | 299 | 35   | 25.00  | 7    | 42    | 25.24  | 7.784 |
| ÇBYKÖ-Bİ  | 299 | 51   | 30.00  | 12   | 63    | 31.68  | 11.97 |

(SÖ: Somatizasyon Ölçeği, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, BBBFÖ-T: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği-Toplam, BBBFÖ-G: Gözlemleme, BBBFÖ-TA: Tanımlama, BBBFÖ-FD: Farkındalıkla Davranma, BBBFÖ-İDY: İçsel Deneyimleri Yargılamama, BBBFÖ-İDT: İçsel Deneyimlere Tepkisizlik, ÇBYKÖ-T: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği-Toplam, ÇBYKÖ-K: Kaçınma, ÇBYKÖ-DDB: Dikkat Dağıtma ve Baskılama, ÇBYKÖ-SD: Sıkıntıya Dayanıklılık, ÇBYKÖ-E: Erteleme, ÇBYKÖ-Bİ: Bastırma ve İnkâr)

### 2.3. İşlem

Araştırmanın yürütülebilmesi için Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırma Etik Kurulu'ndan (2021/12 sayılı ve 30.06.2021 tarihli)

gerekli izinler alınmıştır (Ek G). 2021 yılı Ekim ayında veri toplama sürecine başlanmış olup, veri toplama süreci 2022 yılı Mart ayında sonlanmıştır. COVID-19 Pandemisi dolayısıyla veri toplama araçları çevrimiçi anket platformu Qualtrics aracılığıyla hazırlanmış ve gönüllü katılımcıların ankete erişimi internet üzerinden sağlanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce katılımcıların tümüne Bilgilendirilmiş Onam Formu verilmiştir. Çalışmaya gönüllü katılım için onam veren bireylerin Demografik Bilgi Formu'nu yanıtlamaları istenmiştir. Bu aşama ardından, sıra etkisinin önüne geçmek için katılımcılara seçkisiz düzende Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Somatizasyon Ölçeği (SÖ), Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BBBFÖ), Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği (ÇBYKÖ) sunulmuştur. Belirtilen anket setinde bulunan tüm maddelerin katılımcılar tarafından yanıtlanması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

#### **2.4. Verilerin Analizi**

Çalışmada katılımcılardan edinilen verilerin istatistiksel analizi için IBM Statistics Package for Social Sciences 26 (SPSS 26) programı kullanılmıştır. Analizlerin yürütülmesinden önce veri toplama araçlarının Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları incelenmiştir. Buna göre ölçeğin en az orta güvenilirlikte olmasını temsil etmek üzere minimum .70 iç tutarlılık katsayısı ölçeklerin araştırmaya dahil edilmesi için eşik değer olarak belirlenmiştir (Kılıç, 2016). Tablo 3'te sunulduğu gibi kullanılan ölçekler eşik değer üzerinde iç tutarlılık katsayıları göstermiştir.

Hipotez analizlerinin ön koşulu olarak ilgili testlerin parametrik veya parametrik olmayan versiyonlarına karar vermek amacıyla verilerin normalliklerine bakılmıştır. Bu sayıltının karşılanıp karşılanmadığını anlamak için ölçeklerin

Kolmogorov-Smirnov testlerine bakılmıştır. Test sonucunda normallik ön koşulunun sağlanmadığı veri toplama araçları için çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayıları incelenmiş olup -2 ve +2 arasında değer alan ölçeklerin dağılımı normal kabul edilmiştir (Can, 2019; George ve Mallery, 2016). Bu bağlamda mevcut tez çalışmasında kullanılan tüm ölçekler ve bu ölçeklerin alt boyutları normal dağılım ölçütlerini karşılamıştır. Somatizasyon Ölçeği (SÖ) puanlarının katılımcılardan edinilen betimsel özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için Bağımsız Gruplar T-testi ve ANOVA kullanılmıştır. Çalışma değişkenlerinin birbiri ile ilişkisini gözlemlemek için ise Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi yürütülmüştür. Biçimlendirici hipotezlerin anlamlılığını sorgulamak amacıyla Baron ve Kenny (1986) tarafından önerilen hiyerarşik biçimlendirici regresyon analizleri uygulanmıştır. Belirtilen istatistiksel analizlerin yorumlanmasında üst sınır olarak .05 hata düzeyi baz alınmıştır. Hata düzeyi altındaki veya bu düzeye eşdeğer p olasılık değerleri istatistiksel olarak anlamlı; bu düzeyden büyük p değerleri ise anlamsız olacak şekilde değerlendirilmiştir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Tez çalışmasının hedefi algılanan stres ve somatizasyon arasındaki ilişkide bilinçli farkındalık ve yaşantısal kaçınma eğilimlerinin ve bu eğilimlerin alt boyutlarının biçimlendirici rolünü araştırmaktır. Tez çalışmasının bulgular bölümünde ölçeklerin betimsel özelliklerine ek olarak katılımcıların betimsel özelliklerinin somatizasyon eğilimleri kapsamında değerlendirilmesine ve temel hipotezlerin ilgili analizlerle sınanmasına yönelik istatistiksel bulgular yer almaktadır.

Analizlere geçilmeden hemen önce uç değerlerin belirlenmesi amacıyla çalışma değişkenlerinin hepsi için z-skorları ve bütün katılımcılar için mahalanobis uzaklığı hesaplanmıştır. Bu şekilde incelendiğinde 11 katılımcının verileri uç değer olarak belirlenmiş olup bu katılımcıların verileri ilerleyen analizlerde kullanılmamıştır. Dolayısıyla çalışmanın analizlerine toplam 299 kişinin verisiyle devam edilmiştir.

#### **3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri Kapsamında Somatizasyon Puanlarının Değerlendirilmesine Yönelik Betimsel Bulgular**

Tez çalışmasının yan amacı dahilinde ilk olarak katılımcıların somatizasyon ölçeğinden aldıkları puanlar ile yaşları arasındaki ilişki incelenmiştir. Ardından katılımcıların cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik düzey, çalışma durumu, ailede ve kişide psikolojik rahatsızlık varlığı, ailede ve kişide tıbbi rahatsızlık varlığı, psikoterapi geçmişi, sağlık algısı ve bedensel yakınmalarla hastaneye başvuru sıklıklarına göre somatizasyon eğilimleri değerlendirilmiştir.

Somatizasyon kapsamında incelenen ilk betimsel değişken yaşıdır. Buna göre katılımcıların somatizasyon düzeyleri ile yaşları arasında nasıl bir ilişki olduğunu gözlemlemek için değişkenler arasında korelasyon analizi yürütülmüştür (Tablo 7.).

**Tablo 7.** *Somatizasyon ile Yaş Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Korelasyon Analizi Sonucu*

| Somatizasyon Ölçeği (SÖ) |     |       |       |
|--------------------------|-----|-------|-------|
| Yaş                      | N   | r     | p     |
|                          | 299 | -.136 | .019* |

\* $p < .05$

Tablo 7’de görüldüğü gibi katılımcıların somatizasyon eğilimleri ile yaşları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r = -.136$ ,  $p < .05$ ). Bu bulguya göre, katılımcıların yaşları arttıkça somatizasyon düzeyleri azalmaktadır.

Bir sonraki aşamada yukarıda sıralanan diğer sosyodemografik değişkenlerde bulunan çeşitli gruplara göre katılımcıların somatizasyon ölçek puanlarının herhangi bir farklılık gösterip göstermeyeceği Bağımsız Gruplar T-test ve Tek Yönlü ANOVA analizleri ile sınanmıştır. Buna göre edinilen sonuçlar Tablo 8’de toplanmıştır.

**Tablo 8.** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Somatizasyon Ölçek Puanlarına Göre Karşılaştırılması

| Değişkenler                                         | Gruplar      | Somatizasyon Ölçeği (SÖ) |       |      |                  | P      |
|-----------------------------------------------------|--------------|--------------------------|-------|------|------------------|--------|
|                                                     |              | N                        | Ort.  | SS   | Test İstatistiği |        |
| 1. Cinsiyet                                         | Kadın        | 206                      | 14.57 | 6.82 | t = 5.512        | .000** |
|                                                     | Erkek        | 93                       | 10.45 | 5.56 |                  |        |
| 2. Medeni Durum                                     | Bekar        | 258                      | 13.10 | 6.71 | t = -1.207       | .228   |
|                                                     | Evli         | 41                       | 14.46 | 6.72 |                  |        |
| 3. Sosyoekonomik Düzey                              | Düşük        | 83                       | 15.65 | 6.37 | F = 9.350        | .000** |
|                                                     | Orta         | 153                      | 12.93 | 6.89 |                  |        |
|                                                     | Yüksek       | 63                       | 11.05 | 5.81 |                  |        |
| 4. Çalışma Durumu                                   | Çalışıyor    | 96                       | 12.24 | 6.62 | t = -2.099       | .037*  |
|                                                     | Çalışmıyor   | 203                      | 13.88 | 6.72 |                  |        |
| 5. Yaşamın Büyük Çoğunluğunun Geçtiği Yer           | Köy          | 8                        | 13.13 | 8.24 | F = 2.769        | .064   |
|                                                     | Şehir        | 56                       | 15.18 | 6.99 |                  |        |
|                                                     | Büyükşehir   | 235                      | 12.84 | 6.55 |                  |        |
| 6. Kişide Psikolojik Rahatsızlık Varlığı            | Var          | 42                       | 18.26 | 6.54 | t = 5.416        | .000** |
|                                                     | Yok          | 257                      | 12.47 | 6.40 |                  |        |
| 7. Kişide Tıbbi Rahatsızlık Varlığı                 | Var          | 31                       | 17.35 | 6.67 | t = 3.632        | .000** |
|                                                     | Yok          | 268                      | 12.82 | 6.58 |                  |        |
| 8. Ailede Psikolojik Rahatsızlık Varlığı            | Var          | 47                       | 16.51 | 7.36 | t = 3.656        | .000** |
|                                                     | Yok          | 252                      | 12.69 | 6.43 |                  |        |
| 9. Mevcut Durumda Psikoterapi Desteği Alma          | Alıyor       | 31                       | 17.10 | 5.66 | t = 3.393        | .001** |
|                                                     | Almıyor      | 268                      | 12.85 | 6.70 |                  |        |
| 10. Mevcut Durumda Psikiyatrik İlaç Kullanımı       | Var          | 29                       | 17.17 | 5.79 | t = 3.332        | .001** |
|                                                     | Yok          | 270                      | 12.87 | 6.69 |                  |        |
| 11. Sağlık Algısı                                   | İyi          | 193                      | 10.32 | 5.01 | F = 100.950      | .000** |
|                                                     | Orta         | 90                       | 17.63 | 5.61 |                  |        |
|                                                     | Kötü         | 16                       | 24.63 | 5.01 |                  |        |
| 12. Bedensel Yakınmalarla Hastaneye Başvuru Sıklığı | Her zaman    | 23                       | 21.65 | 5.63 | F = 31.326       | .000** |
|                                                     | Bazen        | 89                       | 15.96 | 6.22 |                  |        |
|                                                     | Nadiren      | 34                       | 10.84 | 5.51 |                  |        |
|                                                     | Hiçbir zaman | 153                      | 11.68 | 6.68 |                  |        |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Tablo 8'e göre ilk olarak, cinsiyet değişkeninin somatizasyon eğilimi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan t-testinde kadınların somatizasyon ölçeğinden aldıkları puanlar ile erkeklerin aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $t_{(214.832)} = 5.512, p < 0.01$ ). Ortalamalar incelendiğinde ise kadınların somatizasyon ölçeği puanlarının ( $Ort_{(kadın)} = 14.57$ ) erkeklerden ( $Ort_{(erkek)} = 10.45$ ) daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

İkinci olarak medeni durum değişkenine göre somatizasyon ölçeğinden alınan puanları karşılaştırmak için t-testi yürütülmüştür. Yapılan analize göre somatizasyon ölçeğinden alınan puanların evli ya da bekar olmaya göre istatistiksel olarak farklılaşmadığı görülmüştür ( $t_{(297)} = -1.205, p > 0.05$ ).

Üçüncü olarak katılımcıların somatizasyon ölçek puanlarının sosyoekonomik düzeylerine göre kıyaslanması amacıyla tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Farklı sosyoekonomik düzeye sahip katılımcıların somatizasyon puanları arasında fark olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan ANOVA testinde düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzey grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir ( $F_{(2-296)} = 9.350, p < .05$ ). Hangi gruplar arasında anlamlı farkın olduğunu incelemek için Tukey çoklu karşılaştırma testi uygulanmıştır. Tespit edilen anlamlı farkın düşük-orta ve düşük-yüksek sosyoekonomik gruplar arasında olduğu görülmüştür. Buna göre düşük sosyoekonomik düzeye sahip katılımcıların somatizasyon puanlarının ( $Ort_{(düşük)} = 15.65$ ) orta sosyoekonomik düzeye sahip katılımcıların puanlarından ( $Ort_{(orta)} = 12.93$ ) ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip katılımcıların puanlarından ( $Ort_{(yüksek)} = 11.05$ ) daha fazla olduğu bulunmuştur.

Bir diğ er aşamada çalışma durumu dahilinde somatizasyon ölçek puanlarının kıyaslanması için yapılan t-testi analiz sonuçları, somatizasyon  l eğinden alınan puanların çalışma durumuna göre farklılaşmakta olduğunu göstermiştir ( $t_{(297)} = -2.099$ ,  $p < .05$ ). Buna göre halihazırda çalışmayan bireylerin somatizasyon ölçek puan ortalamalarının (Ort. <sub>( alışmıyor)</sub> = 13.88)  alışan bireylere (Ort. <sub>( alışıyor)</sub> = 12.24) kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaşamlarının büyük çoğunluğunu nerede geçirdiklerine göre somatizasyon  l eğinden alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için Tek Yönlü ANOVA yapılmıştır. Buna göre yaşamının büyük çoğunluğunu köy, şehir ya da büyükşehirde geçirmiş olan katılımcıların somatizasyon  l eğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir ( $F_{(2-296)} = 2.769$ ,  $p > .05$ ).

Katılımcıların somatizasyon ölçek puanların incelendiği bir başka değişken tanısı koyulan psikolojik rahatsızlığa sahip olma durumudur. Buna göre yapılan t-test analiz sonuçlarına göre, tanısı konulan psikolojik rahatsızlığın varlığına göre somatizasyon puanları üzerinde anlamlı bir farklılaşma olduğunu göstermiştir ( $t_{(297)} = 5.416$ ,  $p < .01$ ). Bakıldığı zaman psikolojik rahatsızlığı olan katılımcıların somatizasyon ölçek puan ortalamalarının (Ort. <sub>(var)</sub> = 18.26) psikolojik rahatsızlığı olmayan katılımcılara (Ort. <sub>(yok)</sub> = 12.47) göre daha yüksek olduğu g r lm ştir.

Psikolojik rahatsızlığın varlığına ek olarak, katılımcıların somatizasyon ölçek puanlarının tıbbi bir rahatsızlığa sahip olma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Yapılan t-test analiz sonuçları tıbbi rahatsızlık açısından katılımcıların somatizasyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmanın

bulunduğunu göstermiştir ( $t_{(297)} = 3.632, p < .01$ ). Buna göre tıbbi bir rahatsızlığı olan katılımcıların somatizasyon ölçek puan ortalamalarının ( $Ort._{(var)} = 17.35$ ) tıbbi bir rahatsızlığı olmayan katılımcılara ( $Ort._{(var)} = 12.82$ ) göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcılardaki psikolojik ve tıbbi rahatsızlıkların somatizasyon ölçek puanları üzerindeki etkisi keşfedildikten sonra ailedeki psikolojik rahatsızlığın varlığına göre somatizasyon puanları karşılaştırılmıştır. Yürütülen t-test analiz sonuçları ailesinde psikolojik rahatsızlığa sahip olan katılımcıların somatizasyon ölçeğinden aldıkları puanlar ile ailesinde psikolojik rahatsızlığa sahip olmayan katılımcıların ölçekten aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $t_{(297)} = 3.656, p < 0.01$ ). Ailesinde psikolojik rahatsızlığa sahip olan katılımcıların ölçek puan ortalamalarının ( $Ort._{(var)} = 16.51$ ) ailesinde psikolojik rahatsızlığa sahip olmayan katılımcılardan ( $Ort._{(yok)} = 12.69$ ) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Somatizasyon puanlarının kıyaslandığı bir diğer değişken halihazırda psikoterapi desteği alma durumudur. Yürütülen t-test analiz sonuçları somatizasyon ölçek puanlarının mevcut durumda psikoterapi desteği alma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur ( $t_{(297)} = 3.393, p < 0.01$ ). İncelendiğinde, halihazırda psikoterapi desteği alan katılımcıların somatizasyon ölçek puan ortalamalarının ( $Ort._{(alıyor)} = 17.10$ ) almayan katılımcılara ( $Ort._{(almıyor)} = 12.85$ ) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların mevcut durumda psikiyatrik ilaç kullanımına göre somatizasyon ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Somatizasyon ölçek puanlarının halihazırda psikiyatrik ilaç kullanımına göre farklılaşma durumunu ortaya koymak amacıyla yapılan t-testinde, psikiyatrik ilaç kullanım durumuna göre somatizasyon puanlarının

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma gösterdiği tespit edilmiştir ( $t_{(297)} = 3.332$ ,  $p < 0.01$ ). Bakıldığı zaman psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların somatizasyon ölçek puan ortalamalarının ( $Ort_{(var)} = 17.17$ ) kullanmayan katılımcılardan ( $Ort_{(yok)} = 12.87$ ) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Farklı sağlık algısına sahip katılımcıların somatizasyon ölçek puanları arasında anlamlı fark olup olmadığını anlamak için iyi, orta ve kötü sağlık algısına göre oluşturulan grupların ölçek puan ortalamaları Tek Yönlü ANOVA ile sınanmıştır. Analiz sonucunda sağlık algısı gruplarının somatizasyon ölçek puanları arasında anlamlı fark ortaya konulmuştur ( $F_{(2-296)} = 100.950$ ,  $p < .05$ ). Hangi sağlık algısı gruplarında anlamlı farkın olduğunu değerlendirmek için uygulanan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda anlamlı farkın kötü-iyi, kötü-orta ve orta-iyi sağlık algısı grupları arasında olduğu gözlemlenmiştir. Sağlıklarını kötü olarak algılayan katılımcıların somatizasyon puanlarının ( $Ort_{(kötü)} = 24.63$ ) sağlıklarını orta olarak algılayan katılımcıların puanlarından ( $Ort_{(orta)} = 17.63$ ) ve sağlıklarını iyi olarak algılayan katılımcıların puanlarından ( $Ort_{(iyi)} = 10.32$ ) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun yanında sağlıklarını orta olarak algılayan katılımcıların somatizasyon ölçek puanlarının da sağlıklarını iyi olarak algılayan katılımcıların puanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür.

Son olarak, katılımcıların bedensel yakınmalarla hastaneye başvuru sıklıkları ile somatizasyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında nasıl bir bağlantı olduğunu tanımlamak amacıyla yapılan Tek Yönlü ANOVA sonuçları, hastaneye başvuru sıklığına göre oluşturulan grupların somatizasyon ölçek puanlarının birbirinden farklılaştığı ortaya koymuştur ( $F_{(3-295)} = 31.326$ ,  $p < .05$ ). Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda nadiren hastaneye başvuran ve hiçbir zaman hastaneye

başvurmayan gruptaki katılımcılar arasında anlamlı fark bulunmazken, bulunan anlamlı farkın diğer tüm gruplar arasında olduğu görülmüştür. Bedensel yakınmalarla her zaman hastaneye başvuran kişilerin somatizasyon ölçeğinden aldıkları puanların (Ort. (her zaman) = 21.65) hastaneye bazen başvuran (Ort. (bazen) = 15.96), nadiren başvuran (Ort. (nadiren) = 10.84) ve hiçbir zaman başvurmayan (Ort. (hiçbir zaman) = 11.68) kişilerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuca ek olarak, hastaneye bazen başvuran kişilerin somatizasyon puanlarının nadiren başvuran ve hiçbir zaman başvurmayan kişilerden daha yüksek olduğu da görülmektedir.

### **3.2. İstatistiksel Bulgular**

#### **3.2.1. Korelasyon analizleri.**

Tez çalışmasının biçimlendirici hipotezlerinin test edilmesinden önce çalışma değişkenleri arasında nasıl bir ilişki olduğunun incelenmesi için kullanılan ölçeklerin toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar Pearson Moment Çarpım Korelasyon Analizi' ne tabii tutulmuştur. Analizin tamamlanması ardından hesaplanan korelasyon değerlerine dair sonuçlar Tablo 9'da sunulmaktadır.

**Tablo 9.** Çalışma Değişkenlerinin İlişkilerine Yönelik Pearson Korelasyon Katsayıları

| Değişkenler  | 1       | 2       | 3       | 4       | 5       | 6       | 7       | 8       | 9       | 10      | 11     | 12      | 13     | 14 |
|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|--------|----|
| 1.SÖ         | 1       |         |         |         |         |         |         |         |         |         |        |         |        |    |
| 2.ASÖ        | .593**  | 1       |         |         |         |         |         |         |         |         |        |         |        |    |
| 3.BBBFÖ-T    | -.575** | -.664** | 1       |         |         |         |         |         |         |         |        |         |        |    |
| 4.BBBFÖ-G    | .047    | -.124*  | .417**  | 1       |         |         |         |         |         |         |        |         |        |    |
| 5.BBBFÖ-TA   | -.420** | -.553** | .794**  | .274**  | 1       |         |         |         |         |         |        |         |        |    |
| 6.BBBFÖ-FD   | -.524** | -.554** | .760**  | .003    | .530**  | 1       |         |         |         |         |        |         |        |    |
| 7.BBBFÖ-İDY  | -.507** | -.362** | .560**  | -.174** | .252**  | .459**  | 1       |         |         |         |        |         |        |    |
| 8.BBBFÖ-İDT  | -.369** | -.502** | .604**  | .354**  | .407**  | .262**  | .110    | 1       |         |         |        |         |        |    |
| 9.ÇBYKÖ-T    | .532**  | .518**  | -.625** | -.019   | -.498** | -.565** | -.520** | -.399** | 1       |         |        |         |        |    |
| 10.ÇBYKÖ-K   | .415**  | .357**  | -.429** | .063    | -.333** | -.366** | -.452** | -.217** | .886**  | 1       |        |         |        |    |
| 11.ÇBYKÖ-DDB | .257**  | .091    | -.182** | .118    | -.080   | -.157** | -.372** | -.040   | .629**  | .646**  | 1      |         |        |    |
| 12.ÇBYKÖ-SD  | -.312** | -.426** | .487**  | .252*   | .384**  | .332**  | .183**  | .429**  | -.386** | -.158** | .161** | 1       |        |    |
| 13.ÇBYKÖ-E   | .449**  | .539**  | -.476** | .026    | -.329** | -.578** | -.304** | -.258** | .631**  | .415**  | .154** | -.335** | 1      |    |
| 14.ÇBYKÖ-Bİ  | .357**  | .382**  | -.542** | -.068   | -.533** | -.523** | -.373** | -.099   | .696**  | .447**  | .322** | -.122** | .384** | 1  |

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$

(SÖ: Somatizasyon Ölçeği, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, BBBFÖ-T: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği-Toplam, BBBFÖ-G: Gözlemleme, BBBFÖ-TA: Tanımlama, BBBFÖ-FD: Farkındalıkla Davranma, BBBFÖ-İDY: İçsel Deneyimleri Yargılamama, BBBFÖ-İDT: İçsel Deneyimlere Tepkisizlik, ÇBYKÖ-T: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği-Toplam, ÇBYKÖ-K: Kaçınma, ÇBYKÖ-DDB: Dikkat Dağıtma ve Baskılama, ÇBYKÖ-SD: Sıkıntıya Dayanıklılık, ÇBYKÖ-E: Erteleme, ÇBYKÖ-Bİ: Bastırma ve İnkâr)

**H1:** Algılanan stres ile somatizasyon eğilimi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 9'da sunulduğu üzere algılanan stres ölçeği (ASÖ) ile somatizasyon ölçeği (SÖ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = .593, p < .01$ ). Diğer bir deyişle, katılımcıların algılanan stres ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça somatizasyon ölçeğinden aldıkları puanlar da artmaktadır. Bu anlamda belirtilen hipotezin desteklendiği görülmektedir. Bir sonraki aşamada tez çalışmasının ana hipotezlerinin sınanması amaçlı biçimlendirici regresyon analizinin yürütülmesi için Baron ve Kenny' nin (1986) bağımsız ve bağımlı değişken arasında anlamlı ilişki bulunmasına yönelik önerdiği ön koşul göz önüne alınmıştır. Bu bağlamda Tablo 9'da görüldüğü gibi bağımlı (somatizasyon) ve bağımsız (algılanan stres) değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmakta olup belirtilen ön koşul karşılanmıştır. Bunun yanında gerekli bir ön koşul olmasa da araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri ile biçimlendirici değişkenler (bilinçli farkındalık ve yaşantısal kaçınma) ve alt boyutları ile de anlamlı ilişkileri tespit edilmiştir. Tespit edilen bu ilişkilere alt paragraflarda detaylı bir şekilde yer verilmiştir.

İlk olarak algılanan stres ölçeği ile biçimlendirici değişken olarak ele alınan bilinçli farkındalık tüm ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bilinçli farkındalık toplam puanının (BBBFÖ-T) algılanan stres ölçeği (ASÖ) ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır ( $r = -.664, p < .01$ ). Bu anlamda katılımcıların algılanan stres puanları arttıkça bilinçli farkındalık tüm ölçekten aldıkları puanlar azalmaktadır. Algılanan stres ölçeğinin (ASÖ) bilinçli farkındalık gözlemlleme (BBBFÖ-G), tanımlama (BBBFÖ-TA), farkındalıkla davranma (BBBFÖ-FD), içsel deneyimleri yargılamama (BBBFÖ-İDY), içsel deneyimlere tepkisizlik (BBBFÖ-

İDT) alt boyutları ile negatif yönde anlamlı ilişkide olduğu gözlemlenmiştir (sırasıyla  $r = -.124, p < .01$ ;  $r = -.553, p < .01$ ;  $r = -.554, p < .01$ ;  $r = -.362, p < .01$ ;  $r = -.502, p < .01$ ). Negatif ilişkiler kapsamında katılımcıların algılanan stres ölçeğinden aldıkları puanlar artarken bilinçli farkındalık tüm ölçekten aldıkları puanlara ek olarak gözlemlene, tanımlama, farkındalıkla davranma, içsel deneyimleri yargılamama, içsel deneyimlere tepkisizlik alt boyutlarından aldıkları puanların azalmakta olduğu görülmüştür.

Algılanan stres ölçeğinden (ASÖ) edinilen puanlar ile bir diğer biçimlendirici değişken olan yaşantısal kaçınma tüm ölçekten (ÇBYKÖ-T) alınan puanlar arasındaki ilişkilere bakıldığında, algılanan stres ölçeğinden alınan puanların yaşantısal kaçınma tüm ölçek puanları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ortaya konmuştur ( $r = .518, p < .01$ ). Diğer bir ifadeyle, katılımcıların algılanan stres ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça yaşantısal kaçınma tüm ölçekten aldıkları puanlar da artmaktadır. Algılanan stres ölçeğinden (ASÖ) alınan puanlar ile yaşantısal kaçınma alt ölçeklerinden arasındaki ilişkilere bakıldığında, algılanan stres ölçeğinden alınan puanların kaçınma (ÇBYKÖ-K), erteleme (ÇBYKÖ-E), bastırma ve inkâr (ÇBYKÖ-Bİ) alt boyutlarından alınan puanlar ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (sırasıyla  $r = .357, p < .01$ ;  $r = .539, p < .01$ ;  $r = .382, p < .01$ ). Diğer bir taraftan katılımcıların algılan stres ölçeğinden aldıkları puanlar ile dikkat dağıtma ve baskılama (ÇBYKÖ-DDB) alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ilişki bulunamamıştır ( $r = .091, p > .05$ ). Diğer bir ifadeyle, katılımcıların algılanan stres ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça yaşantısal kaçınma ölçeğinin kaçınma, erteleme, bastırma ve inkâr alt boyutlarından aldıkları puanlar da artmaktadır. Algılanan stres ölçek (ASÖ) puanlarının yaşantısal kaçınma ölçeğinin sıkıntıya dayanıklılık (ÇBYKÖ-SD) alt boyutu ile negatif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir ( $r = -.426,$

$p<.01$ ). Buna göre algılanan stres ölçeğinden alınan puanlar artarken sıkıntıya dayanıklılık alt boyutundan alınan puanlar azalmaktadır.

Somatizasyon ölçeği ile bilinçli farkındalık ölçeği toplam puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bilinçli farkındalık toplam puanının (BBBFÖ-T) somatizasyon ölçeği (SÖ) ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır ( $r = -.575, p<.01$ ). Bu bağlamda katılımcıların somatizasyon puanları arttıkça toplam bilinçli farkındalık puanları azalmaktadır. Somatizasyon ölçeği (SÖ) ile bilinçli farkındalık ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde tanımlama (BBBFÖ-TA), farkındalıkla davranma (BBBFÖ-FD), içsel deneyimleri yargılamama (BBBFÖ-İDY) ve içsel deneyimlere tepkisizlik (BBBFÖ-İDT) alt boyutlarının somatizasyon ölçeği ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $r = -.420, p<.01$ ;  $r = -.524, p<.01$ ;  $r = -.507, p<.01$ ;  $r = -.369, p<.01$ ). Belirtilen negatif ilişkiler bağlamında katılımcıların somatizasyon puanları arttıkça tanımlama, farkındalıkla davranma, içsel deneyimleri yargılamama ve içsel deneyimlere tepkisizlik alt boyutlarından aldıkları puanlar azalmaktadır. Somatizasyon ölçeği (SÖ) ile bilinçli farkındalık ölçeğinin gözlemleme (BBBFÖ-G) alt boyutu ile istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $r = .047, p>.05$ ).

Somatizasyon ölçeği ile tüm yaşantısal kaçınma ölçeği arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Buna göre somatizasyon ölçeğinin (SÖ) yaşantısal kaçınma toplam puanları (ÇBYKÖ-T) ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür ( $r = .532, p<.01$ ). Sonuçlar somatizasyon ölçeğinden alınan puanlar arttıkça tüm yaşantısal kaçınma ölçeğinden alınan puanların da arttığını ifade etmektedir. Somatizasyon ölçeği (SÖ) ile yaşantısal kaçınma ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde somatizasyon ölçeğinin, kaçınma (ÇBYKÖ-K), dikkat dağıtma ve baskılama

(ÇBYKÖ-DDB), erteleme (ÇBYKÖ-E), bastırma ve inkâr (ÇBYKÖ-Bİ) alt boyutlarından alınan puanlar ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür (sırasıyla  $r = .415, p < .01$ ;  $r = .257, p < .01$ ;  $r = .449, p < .01$ ;  $r = .357, p < .01$ ). Bu ilişkiler katılımcıların somatizasyon ölçek puanları arttıkça kaçınma, dikkat dağıtma ve baskılama, erteleme, bastırma ve inkâr alt boyut puanlarının arttığını ifade etmektedir. Yukarıda belirtilen pozitif ilişkilere ek olarak sonuçlar, somatizasyon ölçeği ile sıkıntıya dayanıklılık (ÇBYKÖ-SD) alt boyutu arasında negatif yönde ilişkiyi ortaya koymuştur ( $r = -.312, p < .01$ ). Buna göre katılımcıların somatizasyon ölçek puanları arttıkça sıkıntıya dayanıklılık alt boyut puanlarının azaldığı görülmektedir. Biçimlendirici değişkenler olan bilinçli farkındalık ve yaşantısal kaçınma ölçekleri arasında anlamlı ilişkiler gözlemlenmiştir. Buna göre bilinçli farkındalık tüm ölçekten (BBBFÖ-T) alınan puanlar ile yaşantısal kaçınma tüm ölçekten (ÇBYKÖ-T) alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki bulunmuştur ( $r = -.625, p < .01$ ). Bu bulgu bilinçli farkındalık tüm ölçekten alınan puanlar artarken yaşantısal kaçınma tüm ölçekten alınan puanların azalmakta olduğunu göstermektedir. Tablo 9 genel olarak incelendiğinde; somatizasyon, algılanan stres, bilinçli farkındalık ve yaşantısal kaçınma değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler gözlemlenmektedir.

### **3.2.2. Biçimlendirici regresyon analizleri.**

Algılanan stres (yordayıcı değişken) ve somatizasyon (yordanan değişken) arasındaki pozitif ilişkide bilinçli farkındalık ve yaşantısal kaçınma genel eğilim ve alt boyutlarının biçimlendirici rolünün olup olmadığını ve eğer varsa nasıl bir etki yarattığını görebilmek için hiyerarşik doğrusal biçimlendirici regresyon analizi uygulanmıştır. Hiyerarşik doğrusal biçimlendirici regresyon analizinin yürütülmesi için Baron ve Kenny 'nin (1986) sunduğu yordayıcı ve yordanan değişken arasında

anlamli ilişkiye yönelik sayıltı sağlanmış olup analize tez çalışmasında ele alınan tüm biçimlendirici değişkenler ve alt boyutları tabii tutulmuştur. Bağımsız değişken ve biçimlendirici değişkenler arasındaki çoklu doğrusal bağlantı sorunun önüne geçilmesi için bağımsız değişken ve biçimlendirici değişkenlerin tüm ölçek ve alt boyut puanları z-skorlara dönüştürülerek standardize edilmiştir. Analize başlanmadan önce çalışmanın yordayıcı değişkeni ve biçimlendirici değişkenleri arasında herhangi bir çoklu doğrusal bağlantılık sorununun olup olmadığını tespit etmek için varyans artış faktörü (VIF) ve tolerans değerleri hesaplanmıştır. Bu bağlamda bilinçli farkındalık ve yaşantısal kaçınma değişkenleri ve alt boyutlarının biçimlendirici olarak ele alındığı doğrusal biçimlendirici regresyon analizlerinde algılanan stres değişkeni için VIF değerleri 1.02 ile 1.49 arasında, tolerans değerleri ise .67 ile .98 arasında tespit edilmiştir. Böylelikle yordayıcı ve biçimlendirici değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı sorununun olmadığı görülmüştür (Hair, Black, Babin ve Anderson, 2010). Sonrasında bağımsız ve biçimlendirici değişkenlerin z-skorlara dönüştürülmüş halleriyle etkileşim değişkenleri oluşturularak hiyerarşik biçimlendirici regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir.

**H2:** *Algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki ilişkide genel bilinçli farkındalık eğiliminin ve alt boyutlarının biçimlendirici rolü vardır.*

Algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki ilişkide genel bilinçli farkındalık eğilimi ve beş alt boyutunun biçimlendirici rolünü belirlemek için doğrusal hiyerarşik regresyon analizi toplam altı kez uygulanmıştır. Bu amaçla analize dahil edilen değişkenler ve değişkenlerin biçimlendirici rollerine yönelik sonuçlar Tablo 10’da toplanmıştır.

**Tablo 10.** Üniversite Öğrencilerinin Algılanan Stres Puanlarının Somatizasyon Eğilimi Üzerindeki Yordayıcısı Etkisinde Genel Bilinçli Farkındalık Eğiliminin ve Alt Boyutlarının Biçimlendirici Rolüne İlişkin Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

| Değişkenler     | $\beta$ | Düzeltilmiş R <sup>2</sup> |
|-----------------|---------|----------------------------|
| ASÖ             | .373**  | .118**                     |
| BBBFÖ-T         | -.316** | .087**                     |
| ASÖ x BBBFÖ-T   | -.091*  | .014*                      |
| ASÖ             | .608**  | .358**                     |
| BBBFÖ-G         | .122*   | .022*                      |
| ASÖ x BBBFÖ-G   | .005    | .000                       |
| ASÖ             | .519**  | .230**                     |
| BBBFÖ-TA        | -.111*  | .013*                      |
| ASÖ x BBBFÖ-TA  | -.097*  | .014*                      |
| ASÖ             | .435**  | .182**                     |
| BBBFÖ-FD        | -.273** | .079**                     |
| ASÖ x BBBFÖ-FD  | -.053   | .005                       |
| ASÖ             | .462**  | .253**                     |
| BBBFÖ-İDY       | -.344** | .159**                     |
| ASÖ x BBBFÖ-İDY | -.091*  | .015*                      |
| ASÖ             | .536**  | .250**                     |
| BBBFÖ-İDT       | -.088   | .009                       |
| ASÖ x BBBFÖ-İDT | -.072   | .008                       |

Not. Ölçeklerden alınan tüm puanlar analiz aşamasından önce standart puanlara dönüştürülmüştür.

Tabloda belirtilen standardize  $\beta$  katsayıları üçüncü adımda elde edilmiştir. \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$

(SÖ: Somatizasyon Ölçeği, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, BBBFÖ-T: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği-Toplam, BBBFÖ-G: Gözlemleme, BBBFÖ-TA: Tanımlama, BBBFÖ-FD: Farkındalıkla Davranma, BBBFÖ-İDY: İçsel Deneyimleri Yargılamama, BBBFÖ-İDT: İçsel Deneyimlere Tepkisizlik)

Tablo 10'da sunulduğu gibi bilinçli farkındalık toplam puan ve alt boyutlarından alınan puanlara göre altı ayrı aşamada uygulanan hiyerarşik doğrusal

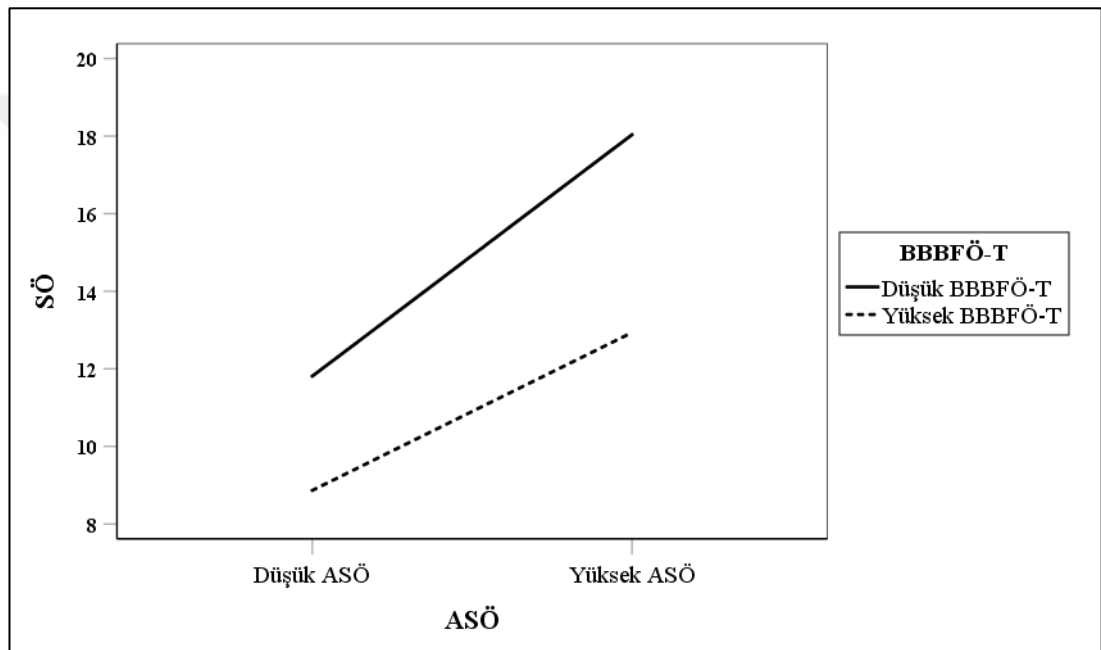
biçimlendirici regresyon analizinin her aşamasında algılanan stres puanlarının somatizasyon ölçek puanları üzerindeki pozitif yöndeki yordayıcı temel etkisi anlamlıdır. Belirtilen regresyon analizlerinin tümünde algılanan stres düzeyleri somatizasyon eğilimlerindeki değişimin %12-%36'ya yakını anlamlı bir şekilde açıklamaktadır (aşama sırasıyla  $F_{(1-298)} = 39.283, p < .01$ ;  $F_{(1-298)} = 164.246, p < .01$ ;  $F_{(1-298)} = 87.921, p < .01$ ;  $F_{(1-298)} = 65.488, p < .01$ ;  $F_{(1-298)} = 99.917, p < .01$ ;  $F_{(1-298)} = 98.484, p < .01$ ).

Analize dahil edilen biçimlendirici değişkenler tek başına ele alındığında ise bilinçli farkındalık ölçeğinden alınan toplam puanlara ek olarak ölçeğin tanımlama, farkındalıkla davranma ve içsel deneyimleri yargılamama alt boyutlarından alınan puanların somatizasyon puanları üzerindeki temel etkilerinin negatif yönde ve anlamlı olduğu görülmüştür. Bunun yanında gözlemlene alt boyutunun temel etkisinin ise pozitif yönde olduğu saptanmıştır. Ancak içsel deneyimlere tepkisizlik alt boyutunun somatizasyon üzerinde temel etkisi gözlemlenmemiştir ( $F_{(1-298)} = 2.657, p > .05$ ). Buna göre somatizasyon eğilimindeki değişimin %8.7'lik kısmı genel bilinçli farkındalık eğilimi ( $F_{(1-298)} = 28.268, p < .01$ ), %2.2'lik kısmı gözlemlene (;  $F_{(1-298)} = 6.650, p < .05$ ), %1.3'lik bölümü tanımlama ( $F_{(1-298)} = 3.883, p < .05$ ), %7.9'lik kısmı farkındalıkla davranma ( $F_{(1-298)} = 25.378, p < .01$ ) ve %15.9'lük bölümü ise içsel deneyimleri yargılamama ( $F_{(1-298)} = 55.620, p < .01$ ) alt boyutları tarafından açıklamaktadır.

Biçimlendirici değişkenlerin ortak etkileri incelenmiş olup algılanan stres ve somatizasyon ilişkisinde genel bilinçli farkındalık eğilimine ek olarak, bilinçli farkındalık eğiliminin tanımlama ve içsel deneyimleri yargılamama alt boyutlarının biçimlendirici rolünün anlamlı olduğu saptanmıştır. Buna göre genel algılanan stres ile genel bilinçli farkındalık eğiliminin etkileşim etkisi ( $F_{(1-298)} = 4.153, p < .05$ ) ve

algılanan stres ile tanımlamanın etkileşim etkisi ( $F_{(1-298)} = 4.158, p < .05$ ) somatizasyon puanlarındaki değişimin %1.4'ünü açıklarken, algılanan stres ile içsel deneyimleri yargılamamanın etkileşim etkisi ( $F_{(1-298)} = 4.461, p < .05$ ) ise yordanan değişkendeki varyansın %1.5'lik bölümünü anlamlı olarak açıklamaktadır.

İlk olarak genel bilinçli farkındalık eğiliminin algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki ilişkide yarattığı değişim Şekil 2'de gösterilmektedir.



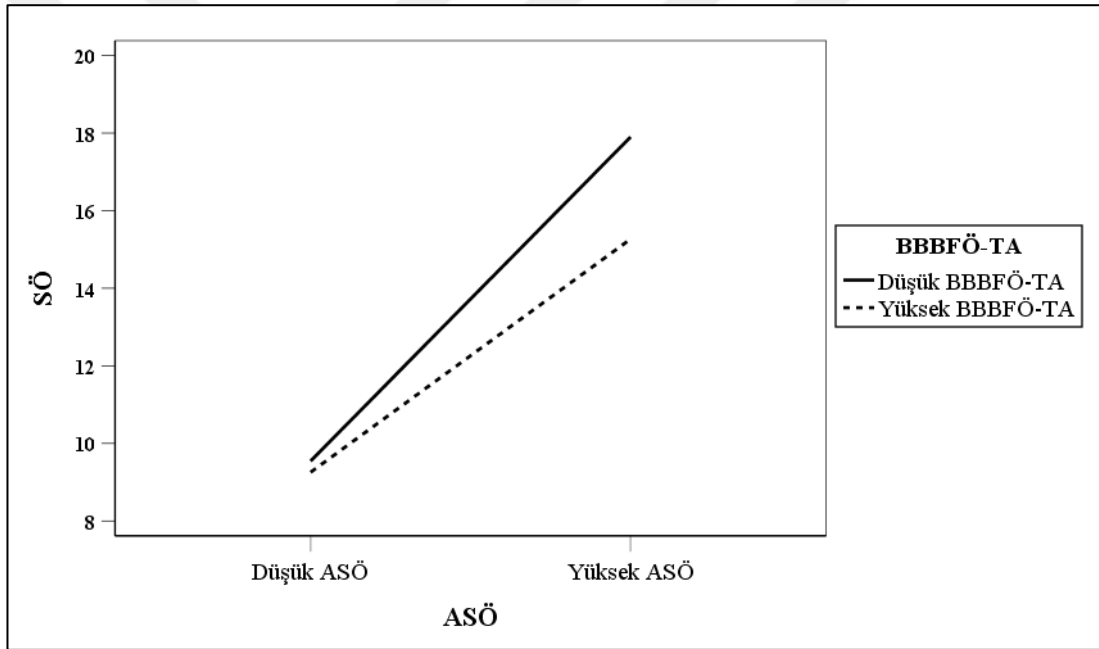
**Şekil 2.** Algılanan Stres ve Somatizasyon Eğilimi Arasındaki İlişkide Genel Bilinçli Farkındalık Eğiliminin Biçimlendirici Etkisi

(SÖ: Somatizasyon Ölçeği, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, BBBFÖ-T: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği-Toplam)

Şekil 2'de gösterildiği gibi algılanan stres ile somatizasyon eğilimi arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre genel bilinçli farkındalığın düşük ya da yüksek olduğu her iki durumda da katılımcıların algıladıkları stres düzeyi arttıkça somatizasyon eğilimleri de artmaktadır. Buna rağmen yüksek bilinçli farkındalık

durumdaki algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki pozitif ilişkinin gücü düşük genel bilinçli farkındalık eğilimine sahip olunduğundaki ilişki gücünden daha zayıftır. Diğer bir ifadeyle düşük genel bilinçli farkındalığa sahip olunduğunda algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki ilişki daha kuvvetlidir. Bu bağlamda genel bilinçli farkındalık eğiliminin algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasında tampon görevi gördüğü tespit edilmiştir.

İkinci olarak algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki ilişkide bilinçli farkındalık tanımlama alt boyutunun biçimlendirici etkisi Şekil 3'te gösterilmiştir.



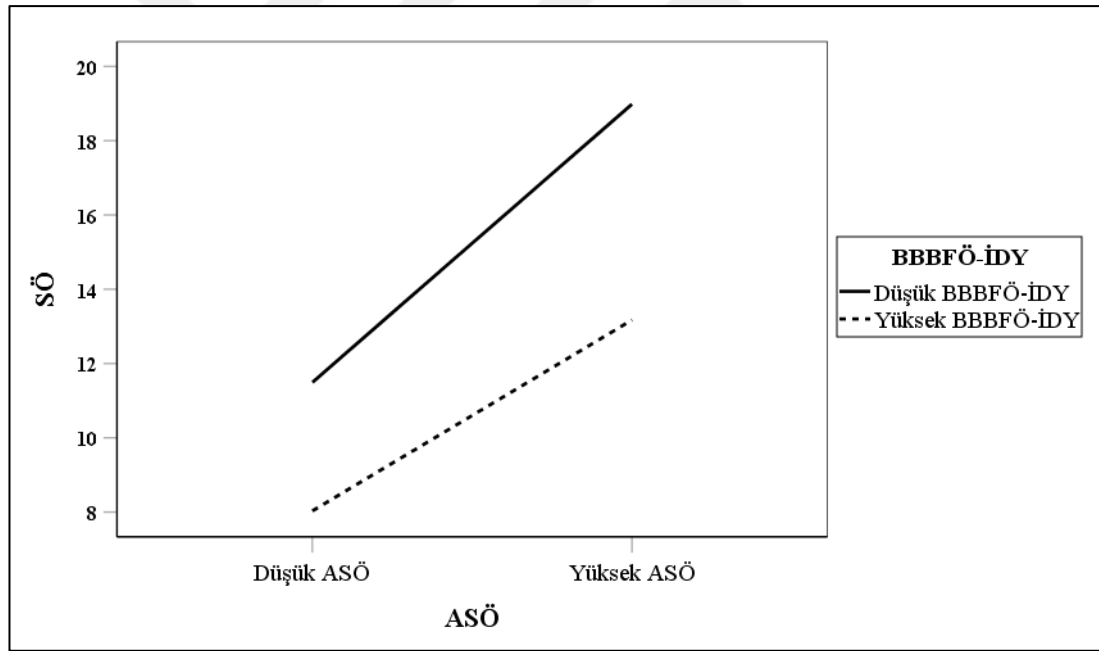
**Şekil 3.** *Algılanan Stres ve Somatizasyon Eğilimi Arasındaki İlişkide Bilinçli Farkındalık Tanımlama Alt Boyutunun Biçimlendirici Etkisi*

(SÖ: Somatizasyon Ölçeği, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, BBBFÖ-TA: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği-Tanımlama)

Bilinçli farkındalığın tanımlama alt boyutunun düşük ya da yüksek olduğu her iki durumda da algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasında pozitif yönde bir ilişki

bulunmakta olup katılımcıların algıladıkları stres düzeyi arttıkça somatizasyon eğilimleri de artmaktadır (Şekil 3.). Ancak bilinçli farkındalık tanımlama alt boyutundan düşük eğilime sahip olan katılımcılarda algılanan stres ve somatizasyon eğilimi ilişkisinin, yüksek tanımlama eğilim durumundaki ilişkiden daha güçlü olduğu görülmektedir. Bu durumda tanımlama alt boyutundaki eğilimin yüksek olması algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki ilişkinin gücünü zayıflatmaktadır. Bu bağlamda tanımlama alt boyutu belirtilen ilişkide tampon etkiye sahiptir.

Son olarak algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın içsel deneyimleri yargılamama alt boyutunun biçimlendirici etkisi Şekil 4'te ortaya konmuştur.



**Şekil 4.** *Algılanan Stres ve Somatizasyon Eğilimi Arasındaki İlişkide Bilinçli Farkındalık İçsel Deneyimleri Yargılamama Alt Boyutunun Biçimlendirici Etkisi*

(SÖ: Somatizasyon Ölçeği, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, BBBFÖ-İDY: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği-İçsel Deneyimleri Yargılamama)

Yukarıda görüldüğü gibi içsel deneyimleri yargılamama alt boyutundan düşük veya yüksek eğilime sahip olduğunda algılanan stres ile somatizasyon eğilimi pozitif yönde ilişkilidir. Her iki durumda da katılımcıların algılanan stres düzeyleri yükseldikçe somatizasyon eğilimleri de yükselmektedir. Buna rağmen algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki bu ilişki içsel deneyimleri yargılamama durumunun düşük olması halinde daha güçlüdür. Başka bir ifadeyle yüksek içsel deneyimleri yargılamama eğilimi algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki ilişkide koruyucu bir rol üstlenmiş olup içsel deneyimleri yargılamamanın biçimlendirici etkisi söz konusudur.

**H3:** *Algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki ilişkide genel yaşantısal kaçınma eğiliminin ve alt boyutlarının biçimlendirici rolü vardır.*

Algılanan stres ve somatizasyon eğilimi ilişkisinde genel yaşantısal kaçınma eğilimi ve eğilimin alt boyutlarının biçimlendirici rolünü saptamak amacıyla yürütülen doğrusal hiyerarşik regresyon analizine dair sonuçlar Tablo 11’de gösterilmiştir.

**Tablo 11.** Üniversite Öğrencilerinin Algılanan Stres Puanlarının Somatizasyon Eğilimi Üzerindeki Yordayıcısı Etkisinde Genel Yaşantısal Kaçınma Eğiliminin ve Alt Boyutlarının Biçimlendirici Rolüne İlişkin Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi Sonuçları

| Değişkenler     | $\beta$ | Düzeltilmiş R <sup>2</sup> |
|-----------------|---------|----------------------------|
| ASÖ             | .432**  | .190**                     |
| ÇBYKÖ-T         | .310**  | .107**                     |
| ASÖ x ÇBYKÖ-T   | .033    | .002                       |
| ASÖ             | .511**  | .275**                     |
| ÇBYKÖ-K         | .230**  | .071**                     |
| ASÖ x ÇBYKÖ-K   | -.028   | .001                       |
| ASÖ             | .565**  | .341**                     |
| ÇBYKÖ-DDB       | .210**  | .068**                     |
| ASÖ x ÇBYKÖ-DDB | -.076   | .009                       |
| ASÖ             | .556**  | .182**                     |
| ÇBYKÖ-SD        | -.043   | .002                       |
| ASÖ x ÇBYKÖ-SD  | -.128** | .024**                     |
| ASÖ             | .497**  | .219**                     |
| ÇBYKÖ-E         | .179**  | .035**                     |
| ASÖ x ÇBYKÖ-E   | -.020   | .001                       |
| ASÖ             | .536**  | .280**                     |
| ÇBYKÖ-Bİ        | .150**  | .029**                     |
| ASÖ x ÇBYKÖ-Bİ  | .018    | .001                       |

Not. Ölçeklerden alınan tüm puanlar analiz aşamasından önce standart puanlara dönüştürülmüştür.

Tabloda belirtilen standardize  $\beta$  katsayıları üçüncü adımda elde edilmiştir. \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$

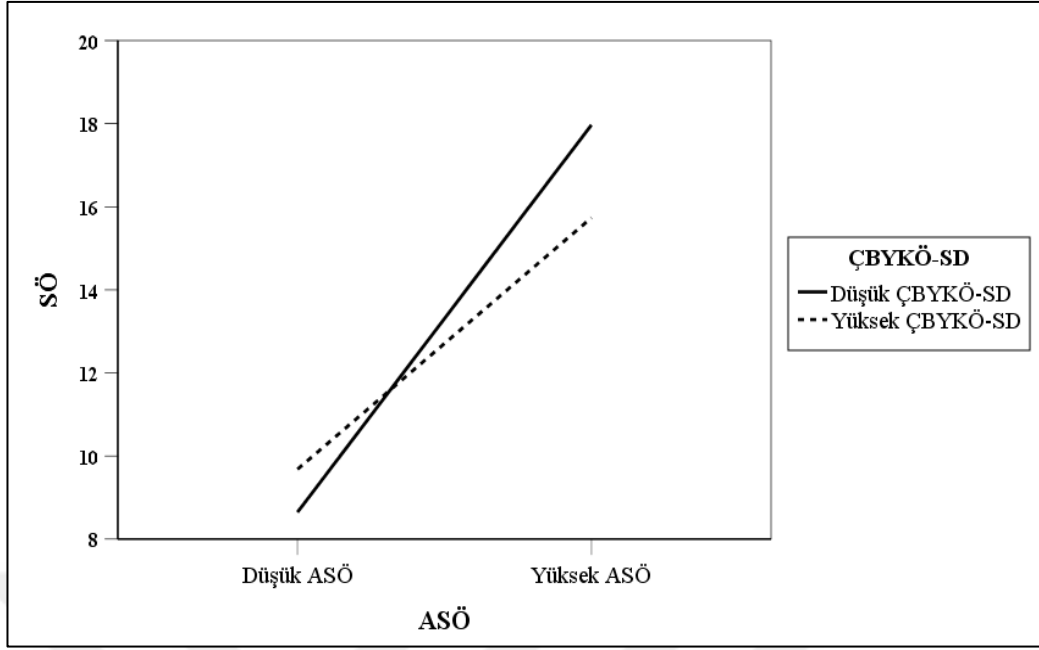
(SÖ: Somatizasyon Ölçeği, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, ÇBYKÖ-T: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği-Toplam, ÇBYKÖ-K: Kaçınma, ÇBYKÖ-DDB: Dikkat Dağıtma ve Baskılama, ÇBYKÖ-SD: Sıkıntıya Dayanıklılık, ÇBYKÖ-E: Erteleme, ÇBYKÖ-Bİ: Bastırma ve İnkâr)

Tablo 11’de bulunan sonuçlara göre genel yaşantısal kaçınma ve alt boyutlarının biçimlendirici etkisini keşfetmek amacıyla analize dahil edildiği altı aşamada da algılanan stresin tek başına bağımlı değişken olan somatizasyon eğilimi

üzerindeki pozitif yönde yordayıcı etkisi anlamlıdır. Buna göre analizlerin her aşamasında algılanan stres düzeyleri somatizasyon eğilimlerindeki varyansın yaklaşık %18-%34'lük kısmını anlamlı olarak açıklamaktadır (aşama sırasıyla  $F_{(1-298)} = 69.385$ ,  $p < .01$ ;  $F_{(1-298)} = 112.149$ ,  $p < .01$ ;  $F_{(1-298)} = 152.870$ ,  $p < .01$ ;  $F_{(1-298)} = 118.521$ ,  $p < .01$ ;  $F_{(1-298)} = 82.504$ ,  $p < .01$ ;  $F_{(1-298)} = 115.003$ ,  $p < .01$ ).

Biçimlendirici değişkenlerin tek başına yarattıkları etkiler incelendiğinde ise genel yaşantısal kaçınma eğiliminin, kaçınma, erteleme, bastırma ve inkâr alt boyutlarının somatizasyon eğilimi üzerindeki pozitif yönde yordayıcı etkilere sahip olduğu görülmüştür. Somatizasyon eğilimindeki varyansın %10.7'lik kısmı genel yaşantısal kaçınma eğilimi ( $F_{(1-298)} = 35.517$ ,  $p < .01$ ), %7.1'lik bölümü kaçınma ( $F_{(1-298)} = 22.512$ ,  $p < .01$ ), %6.8'lik bölümü dikkat dağıtma ve baskılama ( $F_{(1-298)} = 21.413$ ,  $p < .01$ ), %3.5'lik bölümü erteleme ( $F_{(1-298)} = 10.689$ ,  $p < .01$ ), %2.9'lik kısmı ise bastırma ve inkâr ( $F_{(1-298)} = 8.867$ ,  $p < .01$ ) alt boyutlarınca anlamlı olarak açıklamaktadır. Sıkıntıya dayanıklılık alt boyutunun yordanan değişken üzerinde temel etkisi gözlemlenmemiştir ( $F_{(1-298)} = .669$ ,  $p > .05$ ).

Yordayıcı değişkenlerin algılanan stres ile ortak etkileri incelendiğinde ise sadece sıkıntıya dayanıklılık alt boyutunun biçimlendirici etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda algılanan stres ile sıkıntıya dayanıklılık alt boyutunun etkileşim etkisi somatizasyon eğilimindeki değişimin %2.4'ünü açıklamaktadır ( $F_{(1-298)} = 7.176$ ,  $p < .01$ ). Şekil 5'te bu biçimlendirici etkiye yer verilmiştir.



**Şekil 5.** Algılanan Stres ve Somatizasyon Eğilimi Arasındaki İlişkide Yaşantısal Kaçınma Sıkıntıya Dayanıklılık Alt Boyutunun Biçimlendirici Etkisi

(SÖ: Somatizasyon Ölçeği, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, ÇBYKÖ-SD: Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği- Sıkıntıya Dayanıklılık)

Şekil 5'te gösterildiği gibi sıkıntıya dayanıklılık alt boyutundan düşük eğilime sahip olduğunda algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasında pozitif yönde bir ilişki mevcuttur. Buna ek olarak sıkıntıya dayanıklılık alt boyutundan yüksek eğilime sahip olduğunda da belirtilen pozitif ilişki varlığını sürdürmektedir. Diğer bir deyişle her iki durumda da algılanan stres düzeyi arttıkça somatizasyon eğilimi de artmaktadır. Ancak pozitif yöndeki bu ilişkinin gücü düşük sıkıntıya dayanıklılık durumunda daha belirgindir. Bu bağlamda sıkıntıya dayanıklılık alt boyutunun biçimlendirici etkisini ortaya koyacak şekilde algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki ilişkinin gücü sıkıntıya dayanıklılığın düşük ya da yüksek olma durumuna göre değişmektedir.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Mevcut tez çalışmasının ana amacı algılanan stres ve somatizasyon eğilimi arasındaki ilişkide bilinçli farkındalık ve yaşantısal kaçınma değişkenlerinin ve alt boyutlarının biçimlendirici rolünü incelemektir. Araştırmanın yan amacı ise somatizasyonun eğiliminin katılımcıların betimsel özellikleri dahilinde değerlendirilmesidir. Tez çalışmasının bu kısmında belirtilen amaçlar doğrultusunda edinilen bulgular ilgili alanyazın bağlamında tartışılmıştır.

Ana hipotezlerin sınanmasından önce katılımcıların somatizasyon eğilimleri sosyodemografik özellikleri kapsamında değerlendirilmiştir. İlk olarak, 18-35 yaş aralığındaki üniversite öğrencilerinden oluşan örneklemdaki katılımcıların yaşı arttıkça somatizasyon düzeylerinin azaldığı bulgulanmıştır. Tez çalışmasında bulunanın aksine, alanyazında somatizasyon eğiliminin yaşla arttığı belirtilmektedir. Bu pozitif yöndeki ilişkiyi savunan çalışmalarda, somatizasyon eğilimini arttıran dikkate değer bir risk faktörü olarak 45 yaş ve sonrasına vurgu yapılmaktadır (Gureje ve ark., 1997; Hiller ve ark., 2006; Kaya, 1996). Dolayısıyla yine aynı çalışmaların örneklemine 45 yaş ve üstü katılımcılar dahil edilmiş olup yaş aralıkları oldukça geniştir. Örneğin, Yavuz ve arkadaşları (2017) tarafından üst yaş sınırı olmadan 18 yaşından büyük yetişkin bireylerle yapılan bir çalışmada Türkiye’de somatizasyon bozukluğu kriterlerini karşılayan bireylerin ağırlıkla 30-50 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada yaştan artmasıyla somatizasyon eğiliminin yükselmesinin nedeni olarak, ileri yaştan beraberinde getirdiği fizyolojik iyi oluş halinin azalması öne sürülmüştür. Dolayısıyla bedensel yakınmalarla hastane başvurularının ileri yaş grubunda daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Bikkina, 2013;

Hilderink ve ark., 2013; Özer, 2010). Diğer taraftan hastane başvurularına neden olan tıbbi rahatsızlık belirtilerinin somatizasyon ile ayrışması oldukça zor olup bundan dolayı ileri yaş somatizasyon eğilimi için risk faktörü olarak görülüyor olabilir (Özer, 2010). Öyle ki yaş arttıkça somatizasyon eğiliminin arttığını bulgulayan araştırmalarda somatizasyon, bedensel yakınmalarla sağlık hizmetlerine başvuru sıklığı çerçevesinde incelenmektedir (Hiller ve ark., 2006). Ancak Hilderink ve arkadaşlarının (2013) belirttiğine göre kişilerdeki somatizasyon eğilimini ağırlıklı olarak bu kriter üzerinden tanımlamak yanlış bir yaklaşımdır çünkü genç bireylerin hastane başvuruları orta ve ileri yaştaki bireylere kıyasla daha azdır. Ek olarak somatizasyon eğilimi yüksek olan her bireyin hastane başvurusunda bulunmadığı, sosyal destek gibi diğer dışsal kaynaklara yönelebileceği de alanyazında belirtilmektedir (Burton, 2003; Smith ve Dwamena, 2007). Bu nedenlerden ötürü tez çalışmasında hastaneye bedensel yakınmalarla başvuru temel ölçüm kriteri değil de somatizasyon eğilimine etkisi olabilecek bir betimsel değişken olarak ele alınmıştır. Dolayısıyla mevcut çalışmadaki yaş aralığının ileri dönemleri kapsamadığı ve somatizasyon eğiliminin ölçümü için hastane başvurusunun temel kriter olmaması göz önüne alındığında yaş ile somatizasyon arasında beklenen pozitif ilişkinin desteklenmemesi anlaşılabilmektedir.

Cinsiyet açısından ele alındığında, mevcut çalışmada edinilen somatizasyon eğiliminin kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksek olduğu bulgusu alanyazındaki birçok araştırma ile desteklenir niteliktedir (Hiller ve ark., 2006; Holder-Perkins ve Wise, 2001; Martin ve ark., 2007; Özenli ve ark., 2009; Öztürk ve Uluşahin, 2016; Reid ve ark., 2001; Tan ve Şahin, 2020). Diğer bir ifadeyle, kadın cinsiyetinin somatizasyon eğilimi için bir risk faktörü olduğu desteklenmektedir. Özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde kadınlar yaşamın birçok alanında toplumsal cinsiyet

eşitsizliği ile karşılaşmaktadır. Dolayısıyla toplumsal cinsiyet eşitsizliği çerçevesinde, kadınların kendilerini sözel olarak ifade etme konusunda baskılanmasının beraberinde getirdiği psikolojik gerilim, diğer bir deyişle stres, bu bulguyu açıklayan birincil faktör olarak düşünülmektedir (Keskin ve ark., 2013; Ünal ve Coşar, 2021). Bir diğer açıklamanın kadınların erkeklere göre bedensel olarak rahatsızlık uyandıran hislere daha duyarlı oldukları, bu hislere daha çok dikkat ettikleri ve belirtilerinin önemini daha çok abarttıkları üzerine olabileceği düşünülmektedir (Çömlekçi, 2021). Bu argümanın cinsiyetler arası biyolojik farklılıklarla (örn. hormonal faktörler) ilişkili olabileceğini öne süren araştırmacılar vardır (Nakao ve ark., 2001; Wool ve Barsky, 1994). Ancak alanyazına bakıldığında tekrardan sosyokültürel faktörlerin etkisi bu farklılığı açıklamakta ağır basmaktadır (Özenli ve ark., 2009; Ünal ve Coşar, 2021). Erken dönemlerden itibaren şekillenen kadın veya erkek olmaya yönelik cinsiyet rolleri nedeniyle kadınların özellikle fiziksel rahatsızlık durumunu dile getirme ve destek isteme davranışları toplumsal olarak erkeklere göre daha fazla onaylanmaktadır (Barsky ve ark., 2001; İnci, 2020; Kirmayer ve Young, 1998; Ladwig ve ark., 2001). Erkeklerin ise bu durumda fiziksel rahatsızlık hissini çoğu zaman yok saydıkları, dikkat etmedikleri veya gizledikleri ifade edilmektedir (Barsky ve ark., 2001; Çömlekçi, 2021). Bu durumun kadınlardaki somatizasyon eğiliminin tanınmasını nispeten daha belirgin hale getirdiği düşünülmektedir. Bunun yanında bedensel duyumlara aşırı yoğunlaşan dikkatin, Barsky ve arkadaşlarının (1988) belirttiği isimle bedensel duyumları abartmanın, rahatsızlık hissi yaratan belirtileri arttıran ve sürdüren özellikte olduğu düşünüldüğünde dikkatini bedensel duyumlara daha sık yönlendiren kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek somatizasyon eğilimine sahip olmaları anlamlı görünmektedir. Bu bilgiler ışığında çalışmada edinilen bulguyu

açıklayabilecek diğer faktörler, kadınların bedensel belirtileri yoğun deneyimleme konusunda daha hassas olmaları ve bu belirtileri rapor etmede erkeklere göre daha gönüllü olma ihtimalleri olabilir.

Somatizasyon eğilimi medeni duruma göre değerlendirildiğinde, evli ve bekar grupların somatizasyon eğilimleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Her iki durumda da katılımcıların somatizasyon eğilimleri benzer düzeylerde dir. Alanyazına bakıldığında bu bulguyu destekleyecek şekilde, medeni durumun kişilerdeki somatizasyon eğilimini etkileyen faktörlerden biri olmadığını belirten çalışmalar mevcuttur (Katon ve ark., 1984; Kaya, 1996; Salğar, 2016). Ancak bazı çalışmacılar tarafından evli olmanın, ruh sağlığını koruyan bir faktör olduğu ifade edilmektedir (Karaköse, 2018; Nakao ve ark., 2001). Bekar olmanın ise kişiyi olumsuzluklar karşısında duygusal olarak desteksiz bıraktığı ve bundan dolayı, bekar kişilerde somatizasyon eğiliminin evlilere kıyasla daha yüksek olduğu savunulmaktadır (Nakao ve ark., 2001). Diğer bir taraftan evlilik uyumunun yetersiz olması ve evlilikteki çatışmaların bireylerdeki somatizasyon eğilimini arttırdığı da belirtilmektedir (Karaköse, 2018). Bu anlamda medeni durumun somatizasyon eğilimi üzerindeki etkisi tartışmalıdır. Tez çalışmasındaki bulgu, medeni durumun somatizasyon eğilimi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki doğurmadığına işaret etmektedir. Alanyazındaki bilgiler ışığında, tek başına medeni durumdan ziyade, sosyal destek algısı gibi diğer psikolojik faktörlerle medeni durum etkileşiminin somatizasyon eğilimi üzerinde anlamlı bir etki yaratabileceğini akla getirmiştir. Tüm bunlara ek olarak, tez çalışmasının örneklemini oluşturan üniversite öğrencilerinin çoğunlukla bekar olması ve yeterli sayıda evli katılımcı bulunmaması edinilen bulguyu açıklama potansiyeli olan bir diğer ihtimal olarak düşünülmektedir.

Katılımcıların sosyoekonomik düzeylerine göre somatizasyon eğilimleri karşılaştırılmıştır. Buna göre katılımcıların sosyoekonomik düzeyleri düşük, orta ve yüksek olacak şekilde arttıkça somatizasyon eğilimleri azalmaktadır. Başka bir deyişle, yüksek sosyoekonomik düzeyin kişideki somatizasyon eğilimini anlamlı bir şekilde azaltma yöneliminde olduğu görülmüştür. Alanyazında da yüksek somatizasyon eğilimi gösteren bireylerin sıklıkla daha düşük sosyoekonomik düzeye sahip oldukları belirtilmektedir (Ali ve ark., 2010; Babacan, 2003; F. Creed ve Barsky, 2004; F. H. Creed ve ark., 2012; Karaköse, 2018; Kesebir, 2004; Tan ve Şahin, 2020). Maddi sıkıntılar çekmenin birçok kişi için psikolojik stres kaynağı olabileceği düşünülmektedir çünkü gelir durumu öncelikli olarak yaşam kalitesinin belirleyicilerinden biridir. Bu bakış açısıyla, ekonomik gelirin düşük olması bireyin dış dünyadaki maddiyatla ulaşılabilecek olan çeşitli stresle baş etme olanaklarına erişimini sınırlandırabilir. Dolayısıyla düşük sosyoekonomik düzeyin, kişide daha fazla psikolojik stres algısı yaratabileceği ve sonuç olarak kişideki somatizasyon düzeyini olumsuz anlamda etkileyebileceği düşünülmektedir. Bunu destekler nitelikte Babacan (2003) tarafından yapılan bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin duygusal sıkıntının çözülmesi ve stresle baş etme için önemli olan çok boyutlu düşünme yetisi, duygu düzenleme becerileri gibi içsel kaynaklara ve maddi imkanlara sahip olmadıkları ve böylece bu kişilerin psikolojik sıkıntıyı anlatmak için bedensel belirtileri kullanmak durumunda kaldıklarını belirtmiştir.

Bu tez çalışmasında, mevcut durumda bir işte çalışmakta olan katılımcıların çalışmayanlara göre daha az somatizasyon eğilimi sergiledikleri görülmüştür. Diğer bir ifadeyle, katılımcıların somatizasyon eğilimlerini düşüren bir faktör olarak bir işte çalışma durumu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Yavuz ve arkadaşları (2017)

tarafından yapılan bir çalışmada halihazırda bir işte çalışmayan kadınların çalışanlara göre daha fazla somatizasyon eğilimine sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu bulgunun tekrardan maddi gelir elde etme ile ilişkili olabileceği düşünülmekte olup sosyoekonomik düzey hakkındaki bir önceki bulguya katkı sağlar niteliktedir. Bir işte çalışmak maddi gelir sağlamanın yanında, çalışma ortamına bağlı olarak, kişinin sosyal destek kaynağı haline de gelebilmektedir (Jackman ve ark., 2020; Taylor ve Stanton, 2007). Bu durum, bireyin psikolojik iyi oluş halini olumlu yönde etkileyerek kişinin daha az duygusal stres kaynaklı bedensel belirti deneyimleyebileceğini düşündürmektedir. Öyle ki sosyal desteğin ruhsal ve fiziksel iyi oluş haline katkı sağladığı, yoksunluğunun ise bazı duygusal problemler yarattığı alanyazında vurgulanmaktadır (Ali ve ark., 2010). Ek olarak, alanyazında yüksek somatizasyon eğiliminin sosyal ve mesleki alanlarda işlevsellik kayıplarına neden olduğu belirtilmektedir (Heinrich, 2004). Çalışmada elde edilen bulgu bağlamında düşünüldüğünde, somatizasyon eğilimi yüksek olan bireylerin mesleki işlevselliklerinde sorunlar yaşıyor olma ihtimalleri yüksektir. Bu anlamda çalışmama durumunun yüksek somatizasyonla ilişkili olmasının hem bir neden hem de bir sonuç olarak nitelendirilebileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların yaşamlarının büyük çoğunluğunu nerede geçirdiklerine göre somatizasyon eğilimleri kıyaslandığında ise çoğunlukla köyde, küçük şehirde ya da büyük şehirde yaşamanın somatizasyon eğilimi üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Ancak, Ali ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir çalışmada kırsal bölgelere gidildikçe kişilerdeki somatizasyon eğiliminin arttığı bulgulanmıştır. Benzer olarak Salğar (2016) tarafından yapılan çalışmada ise ilde yaşayan kadınların daha küçük yerleşim birimi olan ilçede yaşayan kadınlardan daha

düşük düzey somatizasyon eğilimi sergiledikleri tespit edilmiştir. Bu tez çalışmasının örnekleme gözden geçirildiğinde, katılımcıların ağırlıklı olarak büyük şehirde yaşamlarını geçirdiği dikkat çekmektedir. Bu anlamda köy, şehir ve büyük şehirde yaşayan katılımcı sayısının daha eşit olduğu durumlarda beklenen sonuçlara ulaşılabilceğı düşünölmektedir.

Bir diğör bulgu olarak, tanısı konulmuş psikolojik rahatsızlığa sahip kişilerin herhangi bir tanı almayan kişilere göre daha yüksek somatizasyon eğilimine sahip oldukları gözlemlenmiştir. Başka bir ifadeyle, psikolojik rahatsızlığa sahip olmak bu çalışmada somatizasyon eğilimini arttıran bir faktör olarak tespit edilmiştir. Alanyazında birçok araştırmacı tarafından, halihazırda psikolojik rahatsızlıklardan muzdarip olan bireylerin daha fazla somatizasyon eğilimi gösterdiği bildirilmektedir (Allen ve ark., 2001; Burton, 2003; Kesebir, 2004; Razali, 2017). Henningsen ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan bir çalışmada ise fonksiyonel bedensel belirtilerden yakınan bireylerin kontrol grubuyla kıyaslandığında, yüksek oranda anksiyete ve duygu durum bozukluklarına sahip oldukları görölmüşür. Bu bulgu, mevcut tez çalışmasında tanı alan bireylerdeki fonksiyonel bedensel yakınmaların sahip oldukları psikolojik rahatsızlığın ana belirtisi olabileceğini de düşöndürmektedir. Öyle ki somatizasyonla psikolojik sıkıntı hissi arasındaki güçlü bağ ve psikiyatrik rahatsızlıklarla somatizasyon eğiliminin keskin bir biçimde ayrılamayacağı düşünöldüğünde, mevcut çalışmada bulgulandığı gibi, psikolojik rahatsızlığa sahip katılımcıların duygusal problemlerini fonksiyonel bedensel belirtilerle yaşantılaması pek de şaşırtıcı değildir (L. A. Allen ve ark., 2001; M. Özen ve ark., 2010; Razali, 2017). Bunun yanında tez çalışmasında kronik tıbbi bir rahatsızlığa sahip olan katılımcılarda somatizasyon eğiliminin daha yüksek olduğu görölmüş olup

alanyazında kronik tıbbi rahatsızlığın somatizasyon eğilimi için risk faktörü olduğu argümanı desteklenmektedir (Alkın, 1999; Creed ve ark., 2012; Gureje ve ark., 1997; Kaya, 1996; Norton ve ark., 1999; Özenli ve ark., 2009). Bu argümanın açıklaması olarak, süregiden tıbbi bozukluğun öneminin abartılmasıyla daha şiddetli yaşantılanması somatizasyon eğilimini arttıran bir faktör olarak öne sürülmüştür (Kandemir ve Ak, 2013). Benzer şekilde kronik bir rahatsızlığa sahip olmak, bireyde sağlık anksiyetesine de neden olabilir ki bu durum somatizasyon eğilimine yatkınlaştırıcı bir faktör olarak öne sürülebilir (Alkın, 1999). Bu çerçeveden bakıldığında, tıbbi rahatsızlık ve somatizasyon eğilimi arasındaki ilişkinin açıklanmasında bilişsel süreçlerin önemi karşımıza çıkmaktadır. Mevcut çalışmadan edilen bulgu ve alanyazındaki bilgiler ışığında, kronik tıbbi rahatsızlığa sahip olmanın doğrudan değil de psikolojik süreçler aracılığıyla dolaylı yoldan somatizasyona yatkınlaştırıcı bir faktör olarak ele alınabileceği düşünülmektedir.

Ailede psikolojik rahatsızlık varlığına göre katılımcıların somatizasyon eğilimleri değerlendirildiğinde, psikolojik rahatsızlığı olan aile üyesine sahip katılımcıların sahip olmayanlara kıyasla daha yüksek düzey somatizasyon eğilimlerinin olduğu görülmüştür. Katılımcıların verileri incelendiğinde anne, baba ve kardeşler gibi birinci derece aile üyelerinde psikolojik rahatsızlık rapor ettikleri tespit edilmiştir. Aynı zamanda ailede bulunan psikolojik rahatsızlıkların büyük oranda duygu durum ve anksiyete bozuklukları çatısı altında toplanabilir nitelikte olduğu görülmüştür. Golding ve arkadaşları (1992) tarafından yapılan bir çalışmada somatizasyon sergileyen bireylerin ağırlıklı olarak depresyon tanısı alan birinci derece yakınlarla sahip oldukları bulgulanmıştır. Dolayısıyla, özellikle birinci derece yakınlarda bulunan psikolojik rahatsızlık kişideki somatizasyon için risk faktörü

olarak belirtilmiş olup bu çalışmadaki bulgunun ilgili alanyazını desteklediği söylenebilir (Holder-Perkins ve Wise, 2001). Edinilen bu bulgu, etiyoloji kapsamında yapılan aile çalışmalarında belirtildiği gibi somatizasyonun kalıtsal olarak aktarılan faktörlerle de ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Guze ve ark., 1986; Holder-Perkins ve Wise, 2001). Diğer bir açıdan, bu bulgu öğrenme süreçleriyle de açıklanabilmektedir. Bu bağlamda bakıldığında, bedensel yakınmaları yoluyla ilgi ve bakım gibi ikincil kazanım edinen aile üyelerine sahip kişiler, erken gelişimsel dönemlerde bu belirtileri bazı yararlar sağlayan hastalık davranışı şeklinde gözlemleyerek öğrenmiş olabilir (Beck, 2007; Brown, 2004; Deary ve ark., 2007). Dolayısıyla, çocukluk döneminde öğrenilen hastalık davranışının yetişkinlik dönemine bedenselleştirme biçiminde aktarılmış olabileceği düşünülmektedir (Levy ve ark., 2007).

Halihazırda psikoterapi desteği almanın ve ilaç kullanmanın somatizasyon üzerinde nasıl bir etkisinin olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan analizde psikoterapi sürecine devam eden katılımcıların mevcut durumda psikoterapi almayan katılımcılara göre daha yüksek düzey somatizasyon eğilimi sergiledikleri görülmüştür. Çoğu araştırmacı tarafından somatizasyon eğilimi yüksek olan kişilerin fonksiyonel bedensel belirtilerinin kaynağını tıbbi sebeplere atfettiği ifade edilse de belirtilerinin kaynağını psikososyal problemlere bağlayan somatizörlerin de var olduğu bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır (Burton, 2003; Sayar, 2001). Bu görüşü destekler nitelikte alanyazına bakıldığında, Yorulmaz (2021) tarafından yürütülen tez çalışmasında psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu rapor eden katılımcıların ihtiyacının olmadığını belirten katılımcılara kıyasla daha yüksek düzey somatizasyon eğilimlerinin olduğu görülmüştür. Bu bulgu, somatizasyon eğilimi yüksek olan bazı

katılımcıların belirtilerini duygusal rahatsızlığa dayanan bir temelde anlamlandırdıklarını ve bundan dolayı bir çözüm arayışı olarak profesyonel psikolojik desteğe yöneldiklerini düşündürmektedir. Diğer bir yandan, psikoterapi almak süreç içerisinde kişinin yaşantılarına dair farkındalık seviyesini arttıran niteliktedir (Deary ve ark., 2007). Nitekim, psikoterapi sürecinde gündeme getirilen zorlu yaşantılarla bir anlamda yüzleşmek, kişinin bedensel belirtilerini öncesinde alevlendirebilir (Woolfolk ve ark., 2007; Woolfolk ve Allen, 2007). Fakat, süreç içinde kurulan güvenli ilişki ve kullanılan terapötik teknikler aracılığıyla bu belirtilerin yoğunluğu ve işlevselliği olumsuz anlamda etkileme düzeyi giderek azalmaktadır (Woolfolk ve ark., 2007). Tüm bunlara ek olarak, mevcut durumda psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların somatizasyon düzeylerinin ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu tekrardan psikiyatrik hastalığa sahip olmanın somatizasyon eğilimini arttırdığını destekler niteliktedir.

Son olarak, bu tez çalışmasında katılımcıların sağlık algıları kötüye gittikçe somatizasyon düzeylerinin artma eğiliminde olduğu görülmüştür. Bu bulguyu açıklar özellikte, somatizasyon eğilimi yüksek bireylerin sağlık durumları ve bedensel belirtileri hakkında işlevsel olmayan düşünce örüntülerine sahip oldukları, dolayısıyla bu konular hakkında daha olumsuz değerlendirme yapmaya yatkın oldukları ifade edilmiştir (Orzechowska ve ark., 2021). Benzer şekilde alanyazında yapılan çalışmalar, kişilerin sağlıklarını negatif algılamalarıyla somatizasyon eğilimleri arasında pozitif yönde ilişkili olduğunu vurgulanmaktadır. Diğer bir ifadeyle, kişinin sağlığını kötü olarak değerlendirme düzeyi arttıkça hem belirti sayısının hem de belirtilerin yarattığı sıkıntı hissinin bir o kadar ağırlaştığı ifade edilmektedir (Barsky ve ark., 1992; Eliassen ve ark., 2016; Tomenson ve ark., 2013). Bu anlamda sağlık

durumuna yüklenen kötücül anlamların zihin-beden etkileşimi yoluyla duygusal uyarımı tetikleyerek yakınmaların şiddetini arttıran ve rahatsızlık hissini sürekli hale getiren bir faktör olduğu düşünülmektedir (Barsky ve ark., 1988; Barsky, 1992). Ek olarak, bedensel yakınmalarla hastaneye başvuru sıklığı arttıkça katılımcıların somatizasyon eğilimlerinin arttığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, katılımcıların sağlık algısı ile destek arama davranışlarının bağlantılı olabileceği fikrini doğurmuştur. Benzer şekilde, hastane başvuruları gibi destek almaya yönelik davranışsal örüntülerin sağlığa dair düşünce süreçlerinden büyük ölçüde etkilendiğinin altı çizilmektedir (Burton, 2003). Hollifield ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan bir çalışmada ise bu fikri destekler nitelikte, bedensel belirtilerine dair yoğun endişe gösteren bireylerin kontrol grubuna göre sağlıklarını daha kötü değerlendirdikleri ve sağlık hizmetlerini daha sık kullandıkları tespit edilmiştir. Bu tez çalışmasında edinilen bu bulgular Lipowski 'nin (1988) somatizasyonu ele alırken öne sürmüş olduğu boyutlar kapsamında açıklanabilir. Buna göre belirtilerin olumlu ya da olumsuz değerlendirilmesini bilişsel boyut ifade ederken, atfedilen temelinde alınan aksiyonu davranışsal boyut yansıtmaktadır (Lipowski, 1988). Dolayısıyla, yukarıda belirtilen sağlık algısı ve hastane başvurusuna yönelik bulgular bir bütün olarak ele alındığında, somatizasyon eğilimi yüksek olan katılımcıların bedensel belirtilerini kötü gidişatlı sağlık durumunun bir göstergesi olarak değerlendirdikleri ve bir yardım arayışı sonucu olarak hastanelere başvuru sağladıkları çıkarımı yapılabilir (Lipowski, 1988; Rosendal ve ark., 2005). Ayrıca mevcut durumda psikoterapi alan ve sık sık hastaneye bedensel belirtilerle başvuran kişilerde somatizasyon düzeyinin yüksek olmasına yönelik bulgular beraber yorumlandığında dikkat çekici bir alanyazın desteği ortaya çıkabilir. Tüm bu bulgular ışığında, belirtileri tıbbi nedenlere atfetme hastane başvurusuna

neden olmaktadır belirtilere psikososyal bağlamda atıf yapmanın psikolojik destek alma eğilimini arttırdığı söylenebilir (Burton, 2003; Sayar, 2001; Yorulmaz, 2021). Bu anlamda Lipowski' nin (1987) somatizasyonda bireysel farklılıkları açıklarken ifade ettiği şekilde, tespit edilen bu iki bulgu tez çalışmasına katılan bireylerdeki somatizasyon eğilimlerinin bilişsel ve davranışsal görünümünde heterojenlik olduğuna işaret etmektedir.

Somatizasyon eğiliminin betimsel özellikler kapsamında incelenmesinin ardından tez çalışmasının temel hipotezleri ilgili istatistiksel yöntemlerle sınanmıştır. Öncelikle çalışmanın biçimlendirici temel hipotezleri stres algısının psikolojik belirtilerle ilişkisini inceleyen ve bu ilişkiyi çeşitli yönden etkileyen diğer psikolojik faktörleri vurgulayan çalışmaların bulgularından yola çıkılarak oluşturulmuştur (Garner, 2016; Yu ve ark., 2019; Zhong ve ark., 2020). İlk olarak, katılımcıların algılanan stres düzeyleri ile somatizasyon eğilimleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu öngörülmüştür. Beklenen doğrultuda, katılımcıların algılanan stres düzeyleri arttıkça somatizasyon eğilimlerinin de arttığı tespit edilmiştir. Alanyazında bu bulguya destek olacak şekilde, artan şiddette stres algısına sahip olunduğu zaman fonksiyonel bedensel belirti geliştirme eğiliminin de arttığı görülmektedir (Gandhi ve ark., 2014; Kadzikowska-Wrzosek, 2012; Kozłowska, 2013; Sek-yum ve ark., 1992; van Gils ve ark., 2014). Stres algısının artması yaşantıya dair yapılan birincil ve ikincil değerlendirmelerin ne kadar olumsuz olduğuna ilişkin bir durumdur (Lazarus, 1993). Bunun yanında somatizasyon eğilimi yüksek olan bireylerin somatizasyon eğilimi düşük olan bireylere göre durumlar ve içsel duyular hakkında daha olumsuz yorumlamalar yapmaya yatkın oldukları da bilinmektedir (Orzechowska ve ark., 2021). Bu bağlamda, çalışmamızda deneyime karşı daha olumsuz birincil ve ikincil

değerlendirmeler yapan katılımcıların stres algıları yükseldikçe daha sık olumsuz duygulanım içinde oldukları düşünülmektedir (Kadzikowska-Wrzosek, 2012; Lazarus, 1993). Beden ve zihin ilişkisi bağlamında düşünüldüğünde, artan olumsuz bilişsel değerlendirmeler sonucu ortaya çıkan artan olumsuz duygular vücudun çeşitli bölgelerinde belirti doğuran fizyolojik uyarılmayı da aynı oranda arttırmaktadır (Folkman ve Moskowitz, 2000; Greenberg, 2013). Dolayısıyla belirtilen çerçevede bulgunun ilk açıklaması, yüksek stres algısı kaynaklı sık deneyimlenen olumsuz duyguların fizyolojik stres tepkisi üzerinde sürekli tetikleyici etki yaratarak kişideki fonksiyonel bedensel belirti geliştirme eğilimini yükseltmesi olabilir. Bunun yanında fonksiyonel bedensel belirti deneyimlemenin birçok boyutta işlevselliği olumsuz anlamda etkilediği ve psikolojik iyi oluşa zarar veren çıktılar bulundurduğu da bilinmektedir (Lipowski, 1988). Böylelikle edinilen ilişki beden ve zihin etkileşimi kapsamında bir diğer yönden yorumlandığında, somatizasyon eğiliminin artmasıyla deneyimlenen rahatsız edici fiziksel duyumların bedensel duyumlara karşı yapılan olumsuz atıfları, duygusal problemleri ve bunlarla baş etme için sosyal geri çekilme ve işlevsel olmayan sağlık davranışı gibi olumsuz psikososyal çıktıları yükseltebileceği akla gelmiştir (Burton, 2003; Duddu ve ark., 2006; Kesebir, 2004; Woolfolk ve ark., 2007). Bu olumsuz çıktıların artması ise psikolojik boyutta algılanan stres düzeyini benzer oranda arttırabilir. Alanyazın bu açıdan incelendiğinde, van Gils ve arkadaşları (2014) yürüttükleri bir çalışmada birçok açıdan rahatsızlık yaratan bedensel belirtiler deneyimleyen bireylerdeki algılanan stres düzeylerinin bu belirtileri deneyimlemeyen diğer bireylere göre daha yüksek olduğunu bulgulamışlardır. Aynı çalışmada, beden ve zihin ilişkisi kapsamında yukarıda belirtilen yorumlamalara destek olacak şekilde, fonksiyonel bedensel belirtilerin hem artan stres algısından

kaynaklanan hem de tek başına stres algısını yükselten bir olgu olarak ele alındığı görülmüştür. Dolayısıyla temel hipotezimizin ilki desteklenmiş olup algılanan stres ve somatizasyon ilişkisinde hangi psikolojik değişkenlerin arttırıcı ya da azaltıcı etki gösterdiğinin incelenmesi kritik görünmektedir.

Tez çalışmasının ana psikolojik değişkenlerinden biri olan bilinçli farkındalık eğilimi ve alt boyutlarının algılanan stres ve somatizasyon eğilimi ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Algılanan stres ile bilinçli farkındalık genel eğilimi ve bu eğilimin gözlemlene, tanımlama, farkındalıkla davranma, içsel deneyimleri yargılamama, içsel deneyimlere tepkisizlik alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler gözlemlenmiştir. Bilinçli farkındalığa yatkınlık düzeyi arttıkça kişideki stres algısı düzeyinin azalma eğiliminde olduğu alanyazınla paralellik sergilemektedir (Chan ve Lam, 2017; Cillessen ve ark., 2017; Ede ve ark., 2020; Lu ve ark., 2019; Valikhani ve ark., 2020; Zhong ve ark., 2019, 2020). Bu ilişkiyi açıklayıcı şekilde, Salmon ve arkadaşları (2011) algılanan stresin yüksek olup olmayacağının belirleyicisi olan bilişsel değerlendirme süreçlerinde bilinçli farkındalık tutumlarının düzenleyici etki yarattığına işaret etmişlerdir. Aynı zamanda Weinstein ve arkadaşlarının (2009) belirttiği gibi bilinçli farkındalığa yatkın kişi, stresli bir durumla karşılaşsa bile bu yatkınlığın içindeki tutumlar kişiye durumla baş etmesinde problem odaklı etkili beceriler sağlamaktadır. Buradan yola çıkıldığında, bilinçli farkındalık yatkınlığı yüksek olan kişilerin stresli olabilecek her türlü içsel ya da dışsal deneyimi daha işlevsel bilişsel özelliklerle yorumladıkları düşünülmektedir. Bunun yanında, bilinçli farkındalık becerilerini kullanmaya yatkın olan kişilerin, stresin üstesinden gelme noktasında içsel sıkıntıya kulak vererek daha çözüm odaklı hareket ettikleri ve bundan dolayı daha düşük stres algıladıkları da akla gelmiştir (Frostholm ve Rask, 2019).

Bilinçli farkındalığın somatizasyon eğilimi ile ilişkisine bakıldığında ise toplam bilinçli farkındalık puanına ek olarak tanımlama, farkındalıkla davranma, içsel deneyimleri yargılamama ve içsel deneyimlere tepkisizlik alt boyutları ile somatizasyon puanlarının negatif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği keşfedilmiştir. Yapılan çalışmalarda, bu tez çalışmasındaki gibi, bilinçli farkındalık eğilimi yüksek olan bireylerin daha düşük somatizasyon eğilimine sahip oldukları belirtilmektedir (Black ve ark., 2012; Brambila-Tapia ve ark., 2020; Brown ve Ryan, 2003; Kroska ve ark., 2018; Masuda ve ark., 2014; Masuda ve Tully, 2012). Bilinçli farkındalık tutumlarının çeşitli destekleyici yollarla etkili baş etme becerilerini geliştirerek psikolojik sıkıntı hissini hafifletmesi, bilinçli farkındalığa yönelik yapısal özellikleri yüksek olan kişilerde kökenlerini duygusal stresten alan somatizasyonun daha az düzey görülmesini açıklayabilir.

Alanyazında bilinçli farkındalığın stres algısını hafifletici etkisi tampon görev olarak isimlendirilmiştir. Daha önce belirtildiği gibi bu tampon etki stresin olumsuz çıktılarına karşı koruyuculuk üstlenmektedir (Bergin ve Pakenham, 2016; Creswell ve Lindsay, 2014; Lu ve ark., 2019). Ancak hangi bilinçli farkındalık becerilerinin stres ve somatizasyon eğilimi özelinde tampon görevi üstlendiği üzerinde yeterince çalışılmamış spesifik bir alan olarak gözlemlenmiştir (Cortazar ve Calvete, 2019). Bu tez çalışmasında, algılanan stres ve somatizasyon ilişkisinde bilinçli farkındalığın ve alt boyutlarındaki becerilerin tampon görevi incelenmiş olup bir sonraki paragraflarda biçimlendirici etki kapsamında bulunan tampon görevlerin olası açıklamalarına yer verilmiştir.

Tez çalışmasının ana değişkenlerinden olan bir diğer psikolojik faktör ise yaşantısal kaçınma eğilimidir. Algılanan stres ile yaşantısal kaçınma genel eğilimi ve

kaçınma, erteleme, bastırma ve inkâr alt boyutları arasında pozitif yönde ilişki bulunurken; sıkıntıya dayanıklılık ile algılanan stres arasında negatif yönde ilişki tespit edilmiştir. Alanyazındaki çalışmalar, sıkıntılı durumlarda bir tepki olarak doğan yaşantısal kaçınma eğilimine yüksek yatkınlık gösteren kişilerde daha yüksek düzey stres algısının görüldüğünü ifade etmektedir (Allen, 2021; Bardeen ve ark., 2013; Connor, 2020; Karekla ve Panayiotou, 2011; Mega Radyani ve ark., 2022; Tavakoli ve ark., 2019; Zakiei ve ark., 2017). Benzer şekilde somatizasyon ile yaşantısal kaçınma genel eğilimi ve kaçınma, erteleme, bastırma ve inkâr alt boyutları arasında pozitif yönde ilişki bulunurken; sıkıntıya dayanıklılık ile somatizasyon eğilimi arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, kişideki somatizasyon eğilimi arttıkça yaşantısal kaçınma düzeyinin de artış gösterme yönünde olduğu raporlanmaktadır (Cullingham ve ark., 2020; Kroska ve ark., 2018; Mendoza ve ark., 2018; Tavakoli ve ark., 2019; Tull ve ark., 2004). Bu noktada sıkıntıya dayanıklılığa yatkınlık düzeyi arttıkça kişideki stres algısının ve somatizasyon eğiliminin azalmasına yönelik çalışmamızda edinilen bulgu, artan sıkıntıya dayanıklılığın bireyin fiziksel ve psikolojik rahatsızlık uyandıran duruma karşı yüksek ruhsal tolerans gücünü ifade etmesiyle açıklanabilir (Gámez ve ark., 2011; Yıldırım, 2019).

Alanyazın incelendiğinde, yaşantısal kaçınma eğiliminin temel amacının herhangi bir deneyimin yarattığı bedensel ya da ruhsal rahatsızlık hissinden kurtulmak olduğu görülmektedir (Eustis ve ark., 2020; Wolgast, 2014; Yıldırım, 2019). Bu gaye bir anlamda içsel deneyimin daha felaket içerikli ve uzaklaşılması gereken bir tehdit gibi katı bir çerçevede algılandığına işaret etmekte olup bu inançlar kişinin baş etme yollarını sınırlandırarak çeşitli kaçınma yollarına başvurmasına neden olmaktadır

(Mega Radyani ve ark., 2022). Benzer şekilde Zettle ve arkadaşları (2005) yaptıkları bir çalışmada yaşantısal kaçınma eğiliminin yükselmesiyle işlevsel olmayan baş etme örüntülerinin kullanımının, psikolojik stres hissinin ve fiziksel belirtilerin arttığı; bedensel rahatsızlık hissine dayanıklılığın ise azaldığını tespit etmişlerdir. Araştırmamızda edinilen yaşantısal kaçınma ve somatizasyon ilişkisi bu yönden ele alındığında, duygusal sıkıntının olumsuz değerlendirilerek çeşitli yollarla görmezden gelme uğraşının artmasıyla bu sıkıntının çözüme kavuşması için fonksiyonel bedensel belirtilerle kendini gösterebileceği ve böylece somatizasyona yatkınlığın artabileceği düşünülebilir (Tavakoli ve ark., 2019). Benzer şekilde olumsuz katı inançların ve uyumsuz baş etme örüntülerinin kişilerdeki algılanan stres düzeyini arttırdığı bilinmekte olup yaşantısal kaçınma eğilimi arttıkça algılanan stresin artması bu yönde açıklanabilir (Karekla ve Panayiotou, 2011; Lazarus ve Folkman, 1984).

Alanyazında yaşantısal kaçınmanın, içerdiği katı inançlar ve işlevsel olmayan baş etme stilleri dolayısıyla, hem stres kaynağı olan hem de yüksek düzey stres anında çabucak benimsenen bir tutum olarak ifade edildiği görülmüştür (Ishizu ve ark., 2017). Bunun yanında Bardeen ve arkadaşları (2013) tarafından yürütülen bir araştırmada somatizasyon eğilimi yüksek olan bireylerin düşük eğilime sahip bireylere nazaran içsel olarak sıkıntı veren durumlara ve bedensel duyumlara karşı daha yüksek oranda duygusal ve bilişsel kaçınmacı tutum içinde oldukları görülmüştür. Dolayısıyla bir diğer yönden bakıldığında katılımcıların, algıladıkları stres ve somatizasyon düzeylerinin artmasıyla doğan bedensel ve psikolojik rahatsızlık hissinden olabildiğince çabuk kurtulma arzularının da yükselebileceği düşünülebilir. Bundan dolayı, bu kişilerin daha fazla uyumsuz baş etme stratejilerine yöneldikleri ve böylece genel yaşantısal kaçınmaya ek olarak çeşitli kaçınma mekanizmalarını ifade eden alt

boyutlardaki eğilim düzeylerinin arttığı çıkarımı yapılabilir. Bulgulanan ilişkisellikten ve sunulan tüm bu açıklamalardan yola çıkarak, yaşantısal kaçınma ve bu eğilim içindeki alt boyutların stres düzeyini yükseltecek şekilde etkileyerek somatizasyon eğilimini arttırabileceği akla gelmiştir. Böylece, yaşantısal kaçınma ve alt boyutlarının biçimlendirici etkisi incelenmiştir.

Bir bütün olarak değerlendirildiğinde bilinçli farkındalık ve yaşantısal kaçınma eğilimleri içsel deneyime yaklaşırken gösterilen zıt uçlardaki tutumu ifade etmektedir (Roche ve ark., 2019; Yıldırım, 2019). Tıpkı alanyazındaki diğer çalışmalarda rapor edildiği gibi, bu tez çalışmasında saptanan bilinçli farkındalık ve yaşantısal kaçınma eğilimleri arasındaki negatif yöndeki ilişkinin bu argümanı doğrular nitelikte olduğu düşünülmektedir (Kroska ve ark., 2018; Masuda ve ark., 2014; Masuda ve Tully, 2012; Moore ve ark., 2009). Tez çalışmasında edinilen ilişki bulgularına yönelik yukarıda yapılan yorumlar ve bu bulguları açıklarken değinilen alanyazın bilgileri beraber ele alındığında, kişinin içsel veya dışsal herhangi bir deneyime yaklaşımının o deneyimden psikolojik ve fiziksel boyutlarda ne yönde ve ne derecede etkileneceğinin belirleyicisi olduğu söylenebilir (Gámez ve ark., 2011; Masuda ve ark., 2014). Bu çerçevede çalışmanın temel biçimlendirici hipotezleri kurulmuş olup algılanan stres ve somatizasyon arasındaki ilişkiyi bu farklı tutumların ve alt boyutlarının nasıl etkileyeceği biçimlendirici regresyon analizi ile incelenmiştir.

Tez çalışmasının ikinci ana hipotezinin testi için bilinçli farkındalık genel eğiliminden ve beş alt boyuttan alınan puanların stres ve somatizasyon ilişkisinde biçimlendirici rolü sınanmıştır. Öncelikle altı farklı aşamada gerçekleştirilen analiz sonuçlarına göre, her aşamada algılanan stresin somatizasyon eğilimini pozitif yönde anlamlı bir biçimde yordadığı görülmüştür. Saptanan bu yordayıcı etki

somatizasyonun psikolojik stres temelli etiyolojisi bağlamında yorumlanabileceğini düşündürmüştür. Daha önce belirtildiği gibi olumsuz bilişsel değerlendirmeler sonucu kişinin stres algısı yükseldikçe olumsuz duygusal tetiklenme düzeyi artmaktadır (Folkman ve Moskowitz, 2000; Harrington, 2012; Kadzikowska-Wrzonek, 2012; Lazarus, 1993). Gözlemlenen daha olumsuz değerlendirmenin bedendeki duygusal uyarımı sürekli tetikleyici etkisinin bir sonucu ise fizyolojik boyutta birikimsel yıpranmaya (allostatik yük) maruz kalmak olabilir. Allostatik yükün ağrı ve acı gibi bedensel belirtileri doğurduğu ve aynı zamanda bunları sürekli hale getirdiği bilinmektedir (McEwen ve ark., 2012; Miller ve ark., 2009; van Houdenhove ve Egle, 2004). Bunun yanında allostatik yük kişinin deneyimlediği bedensel belirtileri sürdürecektir şekilde psikolojik boyutta stres duyarlılığını da yükseltmektedir (Blumenfeld ve ark., 2021; Guidi ve ark., 2020, 2021). Benzer şekilde Hager ve Runtz (2012) tarafından, yüksek stres algısının vücuttaki hislere karşı aşırı hassasiyet yaratarak fonksiyonel bedensel belirtilerin ortaya çıkmasında etkisinin olduğu ifade edilmektedir. Bu doğrultuda Garner (2016) tarafından yapılan bir araştırmada olayın kendisinden ziyade, o olaya verilen ruhsal ve bedensel yüksek uyarılma halinin fonksiyonel bedensel belirtilere neden olduğu ifade edilmiştir. Böylelikle çalışmamızda algılanan stres düzeyi yüksek olan katılımcıların yüksek allostatik yüke maruz kalması dolayısıyla hem fizyolojik hem de psikolojik stres sistemi işleyişlerinin bozulmuş olabileceği ve bu yüzden Tak ve Rosmalen' in (2010) de belirttiği gibi fonksiyonel bedensel belirtiler geliştirmiş olabilecekleri düşünülmektedir.

Yukarıda belirtilen yordayıcı etkinin bilinçli farkındalık eğilimi ve alt boyutlarınca nasıl ve ne yönde şekillendiğine bakıldığında ise analiz sonuçları, toplam bilinçli farkındalık puanlarına ek olarak içsel deneyimleri tanımlama ve içsel

deneyimleri yargılamama alt boyutlarının biçimlendirici etkilerini ortaya koymuştur. Bu etkilerin şekilleri incelendiğinde ise her üç biçimlendirici etkide de katılımcıların benzer bir eğilim sergiledikleri gözlemlenmiştir. Açıklamak gerekirse, katılımcıların genel bilinçli farkındalık eğilimlerinin, içsel deneyimleri tanımlama ve içsel deneyimi yargılamama eğilimlerinin düşük ya da yüksek olması durumunda kişilerin algılanan stres düzeyleri arttıkça somatizasyon eğilimleri de artmaktadır. Ancak bu noktada biçimlendirici etkiyi gözler önüne seren, bu eğilimlerin düşük olması halinde algılanan stres ve somatizasyon arasında bulgularan pozitif ilişki gücünün yüksek eğilim durumlarındaki ilişkiyle kıyaslandığında daha artmış olmasıdır. Diğer bir deyişle, genel bilinçli farkındalık eğilimi ve bu eğilimin içsel deneyimleri tanımlama ve yargılamama alt boyutlarındaki yüksek eğilim stres ve somatizasyon ilişkisinin gücünü düşürerek tampon görevi görmüştür. Dolayısıyla, her ne kadar algılanan stres ve somatizasyon arasında güçlü bir bağlantı bulunsa da kişinin bu ilişkiden nasıl etkileneceği, bilinçli farkındalığa yatkın olma durumunun denkleme eklenmesiyle ön görülebilir. Aynı doğrultuda, alanyazındaki birçok çalışma stresin ruhsal ve fizyolojik olumsuz doğurgularına karşı bilinçli farkındalığın koruyuculuk üstlenerek denge halini düzenlediğini ve bu denge halini sürdürdüğünü ifade etmektedir (Brown ve Ryan, 2003; Creswell ve Lindsay, 2014).

Tez çalışmasında tespit edilen bilinçli farkındalığın algılanan stres ve somatizasyon ilişkisindeki biçimlendirici etkisi içsel deneyimi tanımlama alt boyutu özelinde bakıldığında bu tutumun yaşantının kelimelere yansıtma kapasitesini ifade etmekte olduğu görülmüştür (Baer ve ark., 2006; Kınay, 2013). Bu ifade duygu ve düşüncelerini kelimelere dönüştüren bireylerin, çevreyle sözel olarak iletişim kurmaya ve sorunlarını dile getirmeye nispeten daha meyilli olabileceklerini çağrıştırmıştır. Bu

anlamda psikolojik sıkıntının anlatımı için çevreyle iletişim kurmak, kişinin yakınlarından yardım almasını veya profesyonel ruh sağlığı desteği için ilgili kişilere başvurmasını sağlayabilir (Bergin ve Pakenham, 2016). Böylelikle yüksek içsel deneyimi tanımlama becerisinin beraberinde getirebileceği tüm bu olumlu etkenlerin, katılımcıların sıkıntı hislerini çözümlemelerinde kolaylaştırıcı rol üstlenmiş ve böylelikle algılanan stres düzeylerini azaltarak somatizasyon eğilimlerini düşürmüş olabileceği akla gelmiştir. Tüm bunların yanında, somatizasyonun nedeni olarak alanyazında sıkça bahsi geçen “duyguları tanıma ve sözelleştirme sorununu” temsil eden aleksitimik karakter özelliği ile içsel deneyimleri tanımlama becerisinin tam tersi yönde işlev gösterdiği de düşünülmektedir. Benzer doğrultuda alanyazında yapılan araştırmalarda kişilerdeki içsel deneyimi tanımlama eğilimi arttıkça aleksitimik özelliklerin azaldığı bulgulanmıştır (de Bruin, Topper, Muskens, Bögels ve Kamphuis, 2012; Veehof, ten Klooster, Taal, Westerhof ve Bohlmeijer., 2011). Aleksitimik özellikler taşıyan bireylerin duygu ve düşünce gibi içsel yaşantılarını ifade edemediklerinden bir anlamda baş etme için bunları fonksiyonel bedensel belirtilere dönüştürmeleri göz önüne alındığında bir diğer açıklama; tez çalışmasında içsel deneyimi tanımlama eğilimi yüksek olan katılımcıların bu yaşantılardan kaynaklanan psikolojik stresi anlatmak için kelime içermeyen yollara, yani fonksiyonel bedensel belirtilere, yönelme gereksinimlerinin azalma ihtimali olabilir (Epözdemir, 2012; Kesebir, 2004; Koh, 2013; Özenli ve ark., 2009). Somatizasyonun sağaltımı için hem psikodinamik hem de bilişsel davranışçı terapilerde, kişilerin duyguları sözel anlatıma dökme kabiliyetlerini arttırmanın hedeflenmesi belirtilen fikre destek sağlayan nitelikte olabilir (Abbass ve ark., 2009; Gubb, 2010).

Bergin ve Pakenham' a göre (2016) içsel durumları tanımlama, kaçınmacı tutumu azaltmakta ve sıkıntı uyandıran deneyim üzerine dikkati odaklayarak konu hakkında düşünülmesini sağlamaktadır. Bu noktada deneyimin ne şekilde tanımlandığı bilinçli farkındalığın tampon etkisinin açıklaması olarak önem arz etmektedir. Bilinçli farkındalık tutumlarının “zarar görme ve tehlike” gibi negatif değerlendirmeler içeren bilişsel boyutları daha olumlu hale getirdiği ve zorluk yaratan deneyimin üstesinden gelmek için kişiye etkili içsel becerileri kazandırdığı bilinmektedir (Bränström ve ark., 2011; Brown ve ark., 2007; Creswell ve Lindsay, 2014; Kabat-Zinn, 2005b; Moskowitz ve ark., 2015; Palmer ve Rodger, 2009; Shapiro ve ark., 2006; Weinstein ve ark., 2009). Bu kapsamda algılanan stres ve somatizasyon ilişkisinde biçimlendirici etkisi saptanan içsel deneyimi yargılamama tutumu, yaşantının daha işlevsel bilişsel özellikler altında yorumlanmasına yönelik bilgi veren boyuttur (Baer ve ark., 2006; Kınay, 2013). Bu durum Lazarus ve Folkman' ın (1984) önerdiği stres düzeyinin belirleyicisi olan birincil ve ikincil değerlendirmelerin şekillenmesinde yaşantıya daha olumlu bir çerçeveden bakmanın etkin rol oynama ihtimalini akla getirmiştir (Salmon ve ark., 2011). Böylece içsel deneyimi yargılamama tutumunun biçimlendirici etkisi, olumsuz yorumlamalardan uzak yaklaşımı destekleme yoluyla birincil değerlendirme süreçlerinde deneyimin stresli olarak sınıflandırılmasına neden olabilecek tehdit ve zorlanmaya yönelik atıf içeriklerini daha olumluya dönüştürmesi ve ikincil değerlendirmelerdeki baş etmenin etkililiğine yönelik işlevsel olmayan bilişsel değerlendirmeleri azaltarak etkili problem çözme süreçlerini geliştirmesi bağlamında açıklanabilir. Dolayısıyla tüm bunlar, katılımcıların stres düzeyini düşürerek somatizasyon eğilimini azaltmış olabilir. Cortazar ve Calvete' nin (2019) ergenlerle yürüttüğü bir araştırmada içsel duyuların olumsuz olarak değerlendirilmeden, yani

yargılanmadan, yalnızca olduğu gibi tanımladığı durumlarda stres ve bedensel belirtiler arasındaki pozitif ilişkinin zayıflaması mevcut çalışmada edinilen bulguları desteklemektedir. Başka bir çalışmada ise aynı doğrultuda içsel deneyimi yargılamama eğilimi yüksek olan katılımcıların, bilinçli farkındalığın diğer alt boyutlarından yüksek eğilime sahip katılımcılara göre daha düşük düzey stres algıladıkları ve fiziksel sağlıklarını daha iyi olacak şekilde rapor ettikleri görülmüştür (Ballantyne ve ark., 2021). Bu yönde yapılan çalışmalar genel olarak yaşıntıyı olumsuz yorumlamalardan olabildiğince uzak sözelleştirme, açıklama ve anlamlandırma kapasitesinin psikolojik problemlere karşı koruyucu etki gösterdiğine işaret etmektedir (Bergin ve Pakenham, 2016; Bullis ve ark., 2014).

Özetle, tüm bunlar ele alındığında bu tez çalışmasında daha yüksek genel bilinçli farkındalık eğilimine sahip katılımcılar içsel deneyimlerine temas etmeye ve bunları anlamlandırmaya daha istekli olabildikleri görülmüştür. Bunun yanında, dışsal durumlara ve içsel duyumlara yönelik yaptıkları değerlendirmelerin daha olumlu yönde olabileceği ve karşılaştıkları problemi çözümlemek için bilişsel yeniden çerçeveleme gibi daha yaklaşım odaklı işlevsel baş etme yöntemlerini kullanmaya meyilli olabilecekleri de düşünülebilir. Tüm bu olumlu faktörlerin stres düzeyini azaltması ise daha olumlu duygular doğurma yoluyla fizyolojik uyarılmayı dengelemiş ve böylece katılımcıların somatizasyon eğilimlerini düşürmüş olabilir.

Bilinçli farkındalık alt boyutlarının psikolojik belirtiler üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar bu tampon etkinin ortaya çıkması için diğer alt boyutlara kıyasla içsel deneyimleri yargılamama becerisinin önemine vurgu yapmışlardır (Cash ve Whittingham, 2010; Cortazar ve Calvete, 2019; Peters ve ark., 2013; Tomfohr ve ark., 2015). Bu doğrultuda, Aktaş ve arkadaşları (2019) bilinçli farkındalığın tüm alt

boyutlarındaki ortak özelliği değerlendirici olmayan bir tutumla deneyime yaklaşma olarak öne sürmüşlerdir. Dolayısıyla bu çalışma için, bilinçli farkındalık genel eğiliminin tampon etki göstermesinde içsel deneyimleri tanımlama ve bunları yargılamamanın tüm alt boyutlar arasında ağırlıklı bir role sahip olduğu söylenebilir. Atalay (2019) ise bilinçli farkındalık kavramını oluşturan tutumların dolaylı yollardan birbirini etkileyen ilişkili yapılar olduğunu ifade etmektedir. Belirtilen bağlamda düşünüldüğünde, bu tez çalışmasında bilinçli farkındalığın gözlemlene, farkındalıkla davranma ve içsel deneyimlere tepkisizlik alt boyutlarında herhangi bir biçimlendirici etki görülememesi bu alt boyutların birbiriyle etkileşim halinde olması çerçevesinde yorumlanabilir. Daha açık bir ifadeyle, birbirleriyle ilişkili beş boyutun bir etkileşimini yansıtan bilinçli farkındalık eğiliminin saptanan biçimlendiriciliğinde bu tutumların istatistiksel olarak anlamlı olmasa da genel eğilimi etkileyecek şekilde rol oynamış olabilecekleri düşünülmektedir. Bu argümana destek olarak Tomfohr ve arkadaşlarınca (2015) yapılan bir çalışmada, tek başına gözlemlene boyutundan yüksek puanlar alan katılımcılara göre içsel deneyimlere tepkisizlik ve gözlemlene boyutlarının etkileşiminin yüksek olduğu katılımcılarda kan basıncı ve kan değerleri gibi fiziksel sağlık çıktılarının daha dengede olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Peters ve arkadaşları (2013) yürüttükleri bir araştırmada farkındalıkla davranma alt boyutunun sadece içsel deneyimleri yargılamama alt boyutundan yüksek eğilime sahip katılımcılarda daha az kişilik bozukluğu belirtileri ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Dolayısıyla, bilinçli farkındalığa yatkınlığın algılanan stres ve somatizasyon arasındaki tampon etkisini konu alan sonraki çalışmalarda içsel deneyimi tanımlama ve yargılamamanın temel etkilerine ek olarak diğer alt boyutlarla

etkileşim etkilerinin de incelenmesi ruhsal ve fiziksel denge haline nasıl katkı sağlandığının daha kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi için önemli görünmektedir.

Sonuç olarak, mevcut çalışmada algılanan stres ve somatizasyon ilişkisinde saptanan genel bilinçli farkındalık eğiliminin ve özel olarak içsel deneyimleri tanımlama ve yargılamamanın tampon etkisi ilgili alanyazınla desteklenir niteliktedir. Bu anlamda bilinçli farkındalık ve beş alt boyutunun biçimlendirici etkisine dair kurulan ikinci hipotez, biçimlendirici etki bulunamayan üç alt boyuttan ötürü kısmen desteklenmiştir.

Algılanan stresin somatizasyonla ilişkisinde bilinçli farkındalık ve alt boyutlarının biçimlendirici etkisinin keşfinden sonra aynı yordayıcı etkide yaşantısal kaçınma ve alt boyutlarının biçimlendirici etkisine bakılmıştır. Bu anlamda tez çalışmasının üçüncü ana hipotezi yaşantısal kaçınmanın uzaklaşmaya çalışılan deneyimin daha yoğun yaşantılanmasını ifade eden işleyiş mekanizması dahilinde kurulmuştur (Chawla ve Ostafin, 2007; Ishizu ve ark., 2017; Tull ve ark., 2004). Buna göre, yaşantısal kaçınma eğilimi yüksek olan katılımcılarda algılanan stres ve somatizasyon ilişkisinin daha da şiddetlenmesi yönünde tahmin yürütülmüştür.

Yapılan hiyerarşik biçimlendirici regresyon sonuçları tekrardan, algılanan stres düzeylerinin somatizasyon eğilimi üzerinde pozitif yönde doğrudan etkisinin olduğunu göstermiştir. Bu yordayıcı etkinin somatizasyonun etiyolojisi kapsamındaki potansiyel açıklamasına daha önceki paragraflarda yer verilmiştir. Ancak algılanan stres ve somatizasyon arasında genel yaşantısal kaçınma eğiliminin ve kaçınma, dikkat dağıtma ve baskılama, erteleme, bastırma ve inkâr alt boyutlarının biçimlendirici rolü gözlemlenmemiştir. İlk olarak, genel yaşantısal kaçınma eğiliminin ve bu dört alt

boyutunun tetikleyici mekanizmasını gösterecek şekilde biçimlendirici etki elde edilememesi nedenleri alanyazın dahilinde değerlendirilmiştir. Alanyazına bakıldığında, yaşantısal kaçınmanın uyumsuz bir duygu düzenleme mekanizması olduğu ve kişinin rahatsızlık duyduğu her deneyimi için düzenli bir şekilde bu mekanizmaya başvurması durumunda psikolojik işleyişini olumsuz etkilediği görülmektedir (Chawla ve Ostafin, 2007; Hayes ve ark., 1996; Kashdan ve ark., 2006). Levin ve arkadaşlarının (2018) deneyim örnekleme yöntemiyle yürüttükleri çalışmaya göre hem kısa süreli hem de uzun süreli bir yaklaşım olarak yaşantısal kaçınma tutumu artan negatif duygulanım ile ilişkilidir. Bu bulgu, uzun ya da kısa fark etmeksizin yaşantısal kaçınma kullanımının ruhsal yapıda olumsuz çıktılar yarattığını göstermektedir. Dolayısıyla, çalışmamızda tespit edildiği gibi yaşantısal kaçınmanın algılanan stres ve somatizasyonla pozitif yönde ilişkili olması desteklenmektedir. Yine aynı çalışmada sürekli yaşantısal kaçınma kullanımının, kısa süreli yaşantısal kaçınma üzerinde düzenleyici etkisi bulunmuştur (Levin ve ark., 2018). Bu sonuç uzun süreli yaşantısal kaçınmaya başvuran bireylerde kısa süreli kullanımın, tek başına kısa süreli yaşantısal kaçınmaya başvuran bireylere göre daha olumsuz psikolojik sonuçlar doğurduğunu göstermektedir. Böylelikle yapılan diğer çalışmalarda da desteklendiği gibi yaşantısal kaçınmanın psikolojik problemi arttıran etki göstermesi için hayatın birçok alanına yayılacak şekilde uzun süreli kullanımına dikkat çekilmektedir (Kirk ve ark., 2021; Levin ve ark., 2014, 2018). Bu düzenleyici etki süreç içinde olumsuz pekiştirme yoluyla sıkıntının daha da artmasına bağlanmaktadır (Hayes ve ark., 1996). Bu çerçevede, belli başlı alanlarda kısa süreli yaşantısal kaçınma mekanizmasına başvurulmasının tek başına tetikleyici bir etki yaratmayacağı çıkarımı yapılabilir. Bu tez çalışmasında ise katılımcıların hangi durumlarda ve ne sıklıkla bu mekanizmaya

başvurdukları bilinmemektedir. Yaşantısal kaçınma gösterilen alanlarının ve hangi sıklıkla bu alanlarda yaşantısal kaçınmaya başvurulduğunun ölçümlenmesi araştırmada kullanılan kesitsel ilişkisel tarama modeli dolayısıyla mümkün olmamıştır. Bu nedenle, ileriki çalışmalarda çeşitli boylamsal çalışma yöntemleri kullanılarak katılımcıların hangi alanlarda ve ne sıklıkta yaşantısal kaçınma eğilimi gösterdikleri ölçümlenebilir. Bu yolla, algılanan stres ve somatizasyon ilişkisi içinde genel yaşantısal kaçınma eğiliminin ve alt boyutlarının herhangi bir arttırıcı güç gösterip göstermediğine dair daha net ve açıklayıcı bulgular elde edilebilir.

Yaşantısal kaçınma eğiliminin ve sıralanan dört alt boyutunun tetikleyici etkisine yönelik bulgu edinilememesine rağmen, bu genel eğilimin sıkıntıya dayanıklılık alt boyutunda biçimlendirici etki tespit edilmiştir. Buna göre sıkıntıya dayanıklılık düzeyinin yüksek ya da düşük olduğu her iki durumda da katılımcıların algılanan stres düzeyi arttıkça somatizasyon düzeyleri artmaktadır. Ancak sıkıntıya dayanıklılık düzeyi yüksek olan katılımcılarda bu ilişkinin gücü belirgin bir şekilde azalma eğilimindedir. Yani algılanan stres ve somatizasyon arasındaki ilişkinin gücü sıkıntıya dayanıklılık alt boyutundan alınan düşük ya da yüksek eğilime göre farklılık sergilemektedir. Dolayısıyla, yüksek sıkıntıya dayanıklılık eğiliminin mevcut ilişkide koruyucu etki gösterdiği söylenebilir. Çok boyutlu yaşantısal kaçınma ölçeğinin (ÇBYKÖ) alt boyutlarından olan sıkıntıya dayanıklılık, genel yaşantısal kaçınma eğilim puanı için hesaplama yapılırken denklemden çıkarılan bir boyuttur. Çünkü yaşantısal kaçınmanın tam tersi yönde, bireyin rahatsızlık hissiyle temas ettiği anda etkili duygu düzenleme yöntemlerine yönelme düzeyini temsil etmektedir (Gámez ve ark., 2011; Yıldırım, 2019). Yapılan çalışmalarda sıkıntıya dayanıklılığı düşük olan bireylerin sorunların üstesinden gelmede becerilerini kısıtlı gördükleri, bu yetersizlik

hissinden kaynaklı katlanılamaz gelen duygunun değiştirilmesi için çeşitli kaçınma odaklı baş etme yollarına giriştikleri belirtilmiştir (Leyro ve ark., 2010; Sargın ve ark., 2012; Yıldırım, 2019). Alanyazındaki bilgilere dayanarak, bu çalışmada sıkıntıya dayanıklılığı yüksek katılımcıların kullanmaya yatkın oldukları problem odaklı işlevsel mekanizmalar dolayısıyla sıkıntılı hisle baş etmede kendilerine olan inançlarının, diğer bir deyişle baş etmeye dair öz-yeterliliklerinin, daha olumlu yönde olduğu tahmin edilmektedir (Sargın ve ark., 2012; Simons ve Gaher, 2005). Bu durumun sıkıntı hissine tolerans düzeyini yükselterek algılanan stres ve somatizasyon arasında koruyucu etki gösterdiği düşünülmektedir. Alanyazındaki ilgili çalışmalarda, sıkıntıya dayanıklılık düzeyi arttıkça kişilerin daha az sayıda fonksiyonel bedensel belirti rapor ettikleri görülmektedir (Hambrook ve ark., 2011; Rogers ve ark., 2018). Bunu destekler şekilde Yang (2020) tarafından yapılan bir araştırmada, sıkıntıya dayanıklılık düzeyi yüksek olan bireylerin olayları stresli olarak değerlendirme olasılıklarının daha düşük olduğu; dolayısıyla somatizasyon eğilimine yatkınlaştıran olumsuz duyguları ve yüksek fizyolojik tetiklenmeyi daha az deneyimleyecek şekilde strese daha uyumlu tepkiler verebilecekleri ifade edilmektedir. Dolayısıyla yaşantısal kaçınma ve tüm alt boyutlarının biçimlendiricisi etkisine yönelik üçüncü hipotez kısmen desteklenmiştir.

Sonuç olarak, ön görüldüğü gibi bilinçli farkındalık eğiliminin ve bu eğilimin içsel deneyimleri tanımlama ile yargılamama alt boyutlarının algılanan stres ile somatizasyon arasında biçimlendirici etkisi -tampon etkisi- saptanmıştır. Ancak, diğer bilinçli farkındalık alt boyutlarının biçimlendirici etkisi tespit edilememiştir. Öngörülenin aksine, algılanan stres ve somatizasyon ilişkisi içinde yaşantısal kaçınma eğiliminin ve sıkıntıya dayanıklılık hariç diğer dört alt boyutun biçimlendirici etki

yaratmadığı görülmüştür. Başka bir ifadeyle, yaşantısal kaçınma değişkeninin ölçümlenen alt boyutlarından biri olan sıkıntıya dayanıklılık gücünün algılanan stres ve somatizasyon arasındaki ilişkide tampon görevi gördüğü keşfedilirken; tahmin edilenin tersine, diğer dört alt boyut bu ilişki gücünü şiddetlendirmemiştir. Bulguların açıklamaları genel olarak toparlandığında, tampon etkilerin kaynağını deneyimi anlamlandırma ve bu deneyimle baş etmeye dair yorumlamalardaki bilişsel süreçleri olumlu etkileme ve böylece daha uyumlu duygu düzenleme süreçlerini geliştirme gibi birbirini destekleyen, bağlantılı psikolojik yapılardan aldığı düşünülmektedir.



## BEŞİNCİ BÖLÜM

### SONUÇ

Tez çalışmasının bu bölümünde elde edilen sonuçlar özetlenmiştir. Ayrıca bu bölümde çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü özellikleri de yorumlanmıştır. Yapılan tüm bu çıkarımlarla ileriki araştırmalar ve klinik uygulamalar için önerilere yer verilmiştir. Çalışmamızda algılanan stres ve somatizasyon ilişkisinde bilinçli farkındalık ve yaşantısal kaçınma değişkenlerinin ve alt boyutlarının biçimlendirici etkisinin olup olmadığını değerlendirmek ve eğer varsa bu değişkenlerin nasıl bir etki gösterdiğini incelemek temel olarak amaçlanmıştır. Bu tez çalışmasının temel amaçlarının yanı sıra yan amaçları da bulunmaktadır. Buna göre katılımcıların sosyodemografik bilgilerine göre somatizasyon eğiliminin anlamlı bir farklılaşma gösterip göstermeyeceğinin değerlendirilmesi ve bu yolla somatizasyon eğilimi üzerinde etki gösterebilecek olan faktörlerin anlaşılması hedeflenmiştir.

İlk olarak yan amaçlar kapsamında edinilen sonuçlara bakıldığında katılımcıların yaşı arttıkça somatizasyon eğilimlerinin düştüğü görülmüştür. Bunun yanında yapılan analizlerde kadınlar erkeklere göre, sosyoekonomik düzeyi düşük ve orta düzey olan katılımcılar yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olanlara göre, düşük düzey sosyoekonomik düzeye sahip olanlar orta düzeye sahip olanlara göre, bir işte çalışmayan katılımcılar çalışanlara göre, tanıli psikolojik rahatsızlığı olan katılımcılar olmayanlara göre, tıbbi rahatsızlığı olan katılımcılar olmayanlara göre, aile öyküsünde psikolojik rahatsızlığa sahip katılımcılar sahip olmayanlara göre, psikoterapi desteği alan katılımcılar almayanlara göre, psikiyatrik ilaç kullananlar kullanmayanlara göre daha yüksek düzey somatizasyon deneyimleme eğiliminde oldukları görülmüştür. Aynı zamanda, sağlıklarını kötü olarak değerlendiren katılımcıların orta ve iyi olarak

değerlendiren katılımcılara kıyasla daha yüksek düzey somatizasyon eğilimine sahip olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, katılımcıların sağlık algıları kötüden iyiye doğru gittikçe somatizasyon eğilimleri azalmıştır. Benzer şekilde bedensel şikayetlerle hastaneye başvuru sıklığı arttıkça katılımcıların somatizasyon düzeyleri de artma eğilimindedir. Bu kapsamda bakıldığında mevcut çalışma; yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik düzeyi, bir işte çalışma durumunu, kişinin kendisinde ve ailesinde psikolojik varlığını, kişide tıbbi rahatsızlık varlığını, psikoterapi öyküsünü, psikiyatrik ilaç kullanımını, kişinin sağlığını nasıl algıladığını ve bedensel belirtilerle sağlık hizmeti alma sıklığını somatizasyon eğilimi üzerinde etki yaratan faktörler olarak ortaya koymuştur.

Tez çalışmasının temel hipotezleri kapsamında edinilen sonuçlar ise aşağıda özetlenmiştir.

1. Kişilerin algıladıkları stres düzeyi arttıkça somatizasyon eğilimleri de artış göstermiştir.
2. Genel bilinçli farkındalık eğilimi ve bu eğilimin özel olarak içsel deneyimleri tanımlama ve içsel deneyimleri yargılamama alt boyutlarından sahip olunan yüksek yatkinlıklar, yüksek stres algısının somatizasyon eğilimi üzerindeki arttırıcı gücünü azalarak tampon etki göstermiştir.
3. Genel yaşantısal kaçınma eğilimi ve bu eğilimin kaçınma, dikkat dağıtma ve baskılama, erteleme, bastırma ve inkâr alt boyutlarından sahip olunan yüksek ya da düşük yatkinlıkların yüksek stres algısının somatizasyon eğilimi üzerindeki arttırıcı gücü üstünde herhangi bir şiddetlendirici etkisi gözlemlenememiştir.

4. Yaşantısal kaçınma eğiliminin sıkıntıya dayanıklılık alt boyutundan sahip olunan yüksek yatkınlıklar yüksek stres algısının somatizasyon eğilimi üzerindeki arttırıcı gücünü azaltarak tampon etki göstermiştir.

Araştırmanın sınırlılıkları değerlendirildiğinde ise çalışmadan edinilen sonuçların 18-35 yaş aralığında ve aktif olarak üniversite öğrenimi gören bireyler için geçerli özellikte olduğu söylenebilir. Alanyazında her ne kadar somatizasyon eğiliminin 20 ile 30'lu yaşlarda en sık görüldüğü belirtilse de yapılan bazı çalışmalar artan yaşın fonksiyonel bedensel belirtiler için risk faktörü olduğunu desteklemektedir (Burton, 2003; Hiller ve ark., 2006; Kaya, 1996). Bu anlamda tez çalışmasındaki değişkenleri konu alan sonraki çalışmalarda her gelişim döneminden bireylerin örnekleme dahil edilmesi genellenebilirliği daha yüksek sonuçlara ulaştırabilir.

Çalışmada çevrimiçi ortamda öz-bildirime dayalı ölçüm araçlarının kullanılması da bir sınırlılık olarak ele alınabilir. Katılımcıların hangi ortamda çalışmaya katıldıkları bilinemediği için dengelenemeyen dışsal faktörlerin çalışma bulgularını etkileyebilme ihtimali vardır. Aynı zamanda öz-bildirim ölçeklerinin kullanıldığı psikoloji alanında yapılan çalışmalarda katılımcıların yanlı bir tutumla ölçekleri cevaplandırabilme olasılıkları da bulunmaktadır. Bu anlamda mevcut tez çalışmasındaki gibi katılımcılardan psikolojik süreçleri üzerine düşünülmesinin talep edildiği ileriki çalışmalarda yanlılık yaratabilecek faktörlerin (örn. sosyal istenirlik) etkisi göz önüne alınarak kontrol edilebilir.

Bu tez çalışmasında temel hipotezlerin testi için örneklemden kesitsel bir şekilde veri toplanmıştır. Bu durum çalışma değişkenleri arasındaki ilişkilerin zaman içinde nasıl farklılaştığı hakkında çıkarım yapmayı zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla

değişkenler arası zamansal ilişkilerin bilinmemesi bir sınırlılık yaratabilir. Bu nedenden ötürü, çalışmamızda yaşantısal kaçınmanın biçimlendirici etkisinin saptanamadığı düşünülmektedir. Bu düşünce temel olarak, uzun ve kısa dönemli kullanılan yaşantısal kaçınmanın farklı şekillerde işleyiş göstermesine dayanmaktadır (Chawla ve Ostafin, 2007; Costa ve Pinto-Gouveia, 2013; Hayes ve ark., 1996; Kashdan ve ark., 2006). Bunun yanında, süregiden stres algısının bedensel yıpranmalar yoluyla somatizasyon gelişimine neden olduğu da bilinmektedir (Garner, 2016; McEwen ve ark., 2012; Peng ve ark., 2020). Bu bağlamda boylamsal araştırma yöntemleri değişkenler arası zamansal işleyişin daha açık bir şekilde anlaşılmasını destekleyebilir. Dolayısıyla, bireylerdeki yaşantısal kaçınma eğilimini ve stres algısını bir değişken olarak ele alacak çalışmalar boylamsal olarak planlanabilir. Ek olarak, mevcut tez çalışmasında tespit edilen algılanan stres ve somatizasyon arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın ve sıkıntıya dayanıklılık gücünün tampon etkisi ve bu etkinin hangi yolla işlem gösterdiği özelinde daha net ve nedensel bir çıkarım yapılması için ilerleyen çalışmalar deneysel tasarım ile gerçekleştirilebilir. Öyle ki bilinçli farkındalık uygulamalarının somatizasyon üzerindeki etkisini ele alan deneysel çalışmalar uluslararası çapta oldukça sınırlı sayıdayken ülkemizde bu çalışmalara rastlanmamaktadır (Aktaş ve ark., 2019).

Mevcut tez çalışmasında somatizasyon bir bozukluktan ziyade eğilim olarak ele alındığı için klinik olmayan örneklem ile çalışılmıştır. Dolayısıyla tez çalışmasında bu eğilimi ölçecek şekilde Somatizasyon Ölçeği (SÖ) kullanılmış olup somatizasyon eğiliminin ölçümü bu aracın değerlendirdikleriyle sınırlıdır. Çalışma değişkenlerini konu alan daha sonraki araştırmalarda, özellikle bedensel belirti bozukluğu tanısı alan klinik örneklem çalışmaya dahil edilebilir ve bu doğrultuda klinik ölçüm araçları

kullanılabilir. Böylece edinilen sonuçlar, somatizasyonu bir eğilim olarak ele alan bu tez çalışmasındaki bulgularla kıyaslanarak hem patolojik somatizasyonda hem de somatizasyon eğiliminde çalışma değişkenlerinin nasıl etki gösterdiği daha geniş kapsamda değerlendirilebilir.

Bu tez çalışmasında katılımcıların somatizasyon eğilimi düzeyleri betimsel özelliklerine göre kıyaslanmıştır. Ancak çalışma verilerinin gruplarındaki dağılım oranları incelendiğinde; kadın olma, bekar medeni durum, orta halli sosyoekonomik düzey, bir işte çalışmama, büyükşehirde yaşama, tıbbi ve psikolojik rahatsızlığın olmaması, psikoterapi desteği almama, psikiyatrik ilaç kullanmama, sağlığı iyi olarak değerlendirme ve nadiren bedensel belirtilerle hastaneye başvurma kategorilerinde diğer kategorilere nazaran fazlaca yığılma olduğu görülmüştür. Böylece kategorilerdeki katılımcı sayısının homojen olmaması analiz sonuçlarının güvenilirliğine yönelik soru işareti yaratabilir. Daha önce belirtildiği gibi kadın cinsiyeti çeşitli hormonal faktörler gibi biyolojik; bedensel duyuma daha sık yönlendirilen dikkat ve bu duyumları abartma gibi psikolojik faktörler dolayısıyla somatizasyon eğilimi için risk faktörü olarak görülmektedir (Çömlekçi, 2021; Nakao ve ark., 2001; Tan ve Şahin, 2020; Ünal ve ark., 2013). Somatizasyon eğilimini konu edinen çalışmalarda kadın katılımcıların erkeklere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu bağlamda somatizasyon eğilimi çoğunlukla kadınların ön planda bulunduğu bir alan olarak değerlendirilebilir. Aynı zamanda kadınların erkeklere göre psikolojik ve fizyolojik rahatsızlığı dile getirmeye daha meyilli oldukları da bilinmektedir (Barsky ve ark., 2001; İnci, 2020; Kirmayer ve Young, 1998; Ladwig ve ark., 2001; Özenli ve ark., 2009; Ünal ve Coşar, 2021). Tüm bu bilgilere dayanarak ilgili araştırmalarda olduğu gibi mevcut tez çalışmasında da kadın katılımcıların

erkeklere göre daha fazla olması; psikolojik araştırmalara katılmada, araştırmaları tamamlamada, ruhsal sıkıntıyı ve bedensel belirtileri rapor etmede kadınların daha gönüllü olmaları ihtimaliyle açıklanabilir. Bunun yanında klinik olmayan ve aktif olarak öğrenim gören üniversite öğrencileriyle çalışıldığı düşünöldüğünde bekar olma ve bir işte çalışmama, tanılı psikolojik rahatsızlığın olmaması, psikiyatrik ilaç kullanmama, sağlığı iyi olarak değerlendirme ve nadiren bedensel belirtilerle hastaneye başvuru eğilimlerinin daha fazla olması anlamlı gelmektedir. Aynı zamanda katılımcıların, psikolojik araştırmalarda ölçeklere yanıt verirken çoğunlukla orta seçeneklere yönelme eğilimlerinin de olabileceğı bilinmektedir (Allred ve ark., 2016). Katılımcıların bu eğilimi, özellikle orta düzey sosyoekonomik kategoriye olan birikimi açıklama potansiyeline sahiptir. Dolayısıyla, somatizasyon eğiliminin demografik bilgilere göre farklılaşıp farklılaşmayacağıının daha güvenilir bir çerçevede görölmesi için geniş bir örnekleme çalışılması ve demografik değişkenlerdeki grup dağılımlarının mümkün olduğunca eşit oranlarda tutulması yararlı olabilir. Böylelikle, sonraki araştırmaların veri toplama aşamasında açıklanan bu faktörlerin göz önüne alınması önerilebilir.

Belirtilen sınırlılıklara rağmen, bu tez çalışması incelemeyi hedeflediğı temel hipotezlerin yanında somatizasyon üzerinde risk yaratabilecek bireysel faktörleri oldukça geniş bir kapsamda ele almıştır ve bu faktörlerin etkilerini ilgili alanyazın çerçevesinde detaylıca değerlendirmiştir. Bu durum çalışmanın güçlü taraflarından biri olarak belirtilebilir. Buna ek olarak, somatizasyon bazında bakıldığında bilinçli farkındalığın tampon etkisi ve yaşantısal kaçınmanın tetikleyici etkisi yeterli düzeyde değinilmemiş alanlar olarak gözlemlenmiştir. Bu tez çalışmasında her iki kavramın biçimlendirici etkilerinin incelenmesiyle ilgili değişkenlere yönelik alanyazının

geniřletildiđi dűřűnűlmektedir. Bunun yanında yűrűtűlen diđer çalıřmalardan farklı olarak, bu tez çalıřması stres kaynaklı somatizasyonda bilinçli farkındalık ve yařantısal kaçınma deđiřkenlerinin alanyazın kapsamında yapılan çıkarımlarla űngűrűlen tampon ve tetikleyici etkilerini genel eđilimlerin űtesinde -yani bu eđilimlerin alt boyutları űzerinden- çok yűnlű olarak incelemiřtir. Bu etkileri daha geniř bir açıdan gűrmek için ise ulařılabilen tűm űlekler taranmıřtır ve aralarından detaylı deđerlendirme imkűnı sunan űlekler seçilmiřtir. Tűm bunlar tez çalıřmasının gűlű űzellikleri olarak dűřűnűlmektedir.

Bu tez çalıřmasında edinilen bulgular, sűregiden tıbbi rahatsızlıđın olumsuz biliřsel sűreler yoluyla somatizasyona neden olabileceđini dűřűndűrműřtir. Dolayısıyla, kiřilerdeki somatizasyonu kronik tıbbi hastalık űykűsű kapsamında ele alan sonraki çalıřmalarda bedensel duyumları bűyűtme ve sađlık anksiyetesi gibi algısal sűrelerin incelenmesi kritik gűrűnmektedir. Bunun yanında çalıřmamızdaki bulgular, somatizasyona meyilli bireylerin bedensel belirtilerini tıbbi hastalıđa ya da içsel sıkıntıya atfetmelerine gűre destek arama stillerinin deđiřkenlik gűsterdiđine iřaret etmektedir. Bu nedenle, gelecekteki arařtırmalarda somatizasyon űzelinde belirtilere yapılan atıfların destek almaya yűnelik davranıř űrűntűlerini nasıl etkilediđi ve bu sűrecin bireydeki duygusal etkileri daha kapsamlı deđerlendirilebilir. Son olarak, bilinçli farkındalık eđiliminin içinde bulunan çeřitli tutumların sađladıđı uyumlu bař etmeye yűnelik içsel beceriler kiřinin sıkıntı hissine dayanma gűcűnű geliřtirir nitelikte olabilir. Dolayısıyla, bu kavramların çeřitli psikolojik belirtilerde nasıl bir koruyucu gűrev űstlendiđine ek olarak farklı ve benzer taraflarının daha detaylı řekilde açıklandıđı çalıřmalar yűrűtűlebilir.

Mevcut tez çalışması somatizasyon eğiliminin gelişmesinde kişilerin algıladıkları stresin rolüne vurgu yapmakla kalmayıp bu ilişkinin azaltılmasında bilinçli farkındalığa, özellikle bu tutumun içsel deneyimleri tanımlama ve bunları yargılamamaya yatkın olma düzeyi ve sıkıntıya dayanıklılık gücü gibi psikolojik mekanizmaların önemini savunmaktadır. Temel hipotezler kapsamında edinilen sonuçlar göz önüne alındığında tez çalışmasının uygulamalı klinik alana belli başlı katkılarının olacağı düşünülmektedir.

Üniversite öğrencilerinin sosyal ve akademik alanlarda sıkça psikolojik strese maruz kaldıkları bilinmekte olup çalışmamızda bu gruptaki somatizasyon eğiliminin yadsınamayacak bir biçimde yüksek olduğu görülmektedir. Bu anlamda üniversitelerin psikolojik danışmanlık departmanları tarafından hazırlanan psikoeğitim destek programlarında öğrencilerdeki bilinçli farkındalık eğilimi ile sıkıntıya dayanıklılığı arttıracak ve dolayısıyla stresle daha etkili başa çıkmayı kolaylaştıracak farkındalık temelli seminerlere yer verilebilir. Bu çalışmaların üniversite öğrenimi gören bireylerde somatizasyonun gelişimini önleme açısından faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Klinik uygulamalar bazında bakıldığında, bireysel olarak somatizasyonun nasıl deneyimlendiğini anlamak ve bu yönde bireye özgü etkili müdahale geliştirmek için fonksiyonel bedensel belirtilerin yarattığı rahatsızlık hissinin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi kritik görünmektedir. Aynı zamanda bu belirtileri geliştirdiği gibi sürdürme potansiyeli olan bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutlarının ne kadar işlevsel olduğunun sorgulanması da önem arz etmektedir. Bu kapsamda ilk olarak kişiye, bir yardım çağrısı olarak somatizasyonun ne olduğuna, nasıl geliştiğine ve bu süreç içinde beden-zihin arasındaki karşılıklı etkileşimin işleyişine dair bilgilendirme

sağlanabilir. Böylelikle kişinin psikososyal sıkıntı temelli bedensel belirtilerini anlamlandırması ve bu yönde farkındalığın doğması için bir fırsat yaratılabilir. Ayrıca, yapılan klinik görüşmelerde kişinin ruhsal yapısındaki bilinçli farkındalık eğiliminin ve sıkıntıya ne denli katlanmaya yatkın olduğunun değerlendirilmesi müdahalenin ilk basamağı olarak önerilebilir. Bunun yanında psikoterapiler içinde içsel deneyimi yargılamama eğiliminin geliştirilmesini hedefleyecek şekilde, içsel yaşantılara yönelik temel inançların ve bu inançların doğurduğu duygulara ne gibi bir tutumla yaklaşıldığının daha işlevsel hale getirilmesi için bilişsel çalışmalara yer verilmesi oldukça etkili olabilir. Özellikle duygulara teması ve duygu ifadesini arttırmaya yönelik farkındalık temelli pratik uygulamalar, içsel deneyimi tanımlama eğiliminin artırılması için ayrıca önerilebilir. Bunun yanında, baş etmeye dair öz yeterlilik algılarının ve uyumlu duygu düzenleme süreçlerinin geliştirilmesine yönelik müdahalelere odaklanılması sıkıntıya dayanıklılık gücünü geliştirmek için önemli görünmektedir. Böylece kişinin duygu ve düşünceleriyle, dolayısıyla bedeniyle, daha sağlıklı bir ilişki kurması desteklenebilir. Bu uygulamaların, kişinin stres algısını hafifletecek şekilde destek sağlayan ve dolayısıyla kişinin somatizasyon eğilimini hem azaltan hem de daha sonraları somatizasyona karşı koruyucu özellik gösteren içsel bir kaynak oluşturmada etkili olabileceği düşünülmektedir.

Yüksek somatizasyon eğilimine sahip kişi, sıkıntı yaratan fonksiyonel bedensel belirtilerle dışsal kaynaklar aracılığıyla, yani sıkça hekimlere görünme ve hasta rolü sergileme gibi uyumsuz davranış örüntüleriyle, baş etmeye çalışıyor olabilir (Kirmayer ve Young, 1998; Woolfolk ve ark., 2007). Sağlıkla ilgili bu uyumsuz davranış örüntüleri kişiye, mesuliyetten kaçınma ve bakım alma gibi ikincil kazanımlar getirerek somatizasyon eğilimini pekiştirmektedir (Beck, 2007; Cloninger,

Reich ve Guze, 1975; Deary ve ark., 2007; Duddu ve ark., 2006; Holder-Perkins ve Wise, 2001). Dolayısıyla bilinçli farkındalık ve sıkıntıya dayanıklılık yatkınlıklarının sağladığı içsel kaynak, belirtilerle başa çıkmak için dışsal kaynaklara başvurma eğilimini azaltabilir. Bu anlamda somatizörlerle davranışsal anlamda çalışırken de içsel kaynak geliştirmenin önemine tekrardan vurgu yapılabilir.

Kişilerdeki bilinçli farkındalık eğiliminin belli başlı pratiklerle geliştirilebilir özellikte olduğu düşünüldüğünde, farkındalık yönelimli uygulamalarının somatizasyon eğiliminin azalmasında etkin olabileceği düşünülmektedir (Aktaş ve ark., 2019; Aktepe ve Tolan, 2020). Bu nedenle, somatizörlere yönelik planlanan psikoterapilerin yukarıda sıralanan müdahaleler yoluyla sıkıntıya dayanıklılığı ve bilinçli farkındalığa yatkınlığı arttırmayı amaçlaması önerilebilir.

Özetle mevcut çalışmanın bulguları, somatizasyon ile çalışırken psikolojik stres ve fiziksel iyi oluş ilişkisinin derinlemesine değerlendirilmesi gerektiği fikrini desteklemektedir. Aynı zamanda, tedavi uygulamalarının planlanmasında zihinsel-bedensel işleyişin birbirini nasıl etkileyeceğini düzenleyen mekanizmalar olarak sıkıntıya dayanıklılık gücünün ve bilinçli farkındalık eğiliminin, spesifik olarak içsel deneyimleri tanımlama ve yargılamama boyutlarının, hedef alınmasını önermektedir. Dolayısıyla, bu tez çalışmasının hem uygulamalı alana hem de ilgili konu alanında yapılacak olan sonraki çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 265-274. doi.org/10.1159/000228247
- Adams, D. R., Meyers, S. A., & Beidas, R. S. (2016). The relationship between financial strain, perceived stress, psychological symptoms, and academic and social integration in undergraduate students. *Journal of American College Health*, 64(5), 362-370. doi.org/10.1080/07448481.2016.1154559
- Aisenstein, M., & Smadja, C. (2010). Conceptual framework from the Paris Psychosomatic School: A clinical psychoanalytic approach to oncology. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(3), 621-640. doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00256.x
- Akçakaya, R. Ö., & Erden, S. Ç. (2014). Stres ve stresle baş etmede psikiyatrik yaklaşım. *The Journal of Turkish Family Physician*, 5(2), 18-25.
- Akgemci, T. (2010). Örgütlerde stres yönetimi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 15(1), 301-309.
- Aktaş, S., Gülen, M., & Sevi, O. M. (2019). Tıbben açıklanamayan somatik semptomlar için bilinçli farkındalık temelli terapiler: Sistemik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(3), 271-283. doi.org/10.18863/pgy.540852
- Aktepe, İ., & Tolan, Ö. (2020). Bilinçli farkındalık: Güncel bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(4), 534-561. doi.org/10.18863/pgy.692250

- Ali, A., Deuri, S. P., Deuri, S. K., Jahan, M., Singh, A. R., & Verma, A. N. (2010). Perceived social support and life satisfaction in persons with somatization disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, 19(2), 115-118. doi.org/10.4103/0972-6748.90342
- Ali, A., Weiss, T. R., Dutton, A., McKee, D., Jones, K. D., Kashikar-Zuck, S., Silverman, W. K., & Shapiro, E. D. (2017). Mindfulness-based stress reduction for adolescents with functional somatic syndromes: A pilot cohort study. *The Journal of Pediatrics*, 183, 184-190. doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.12.053
- Alkın, T. (1999). Somatizasyonda biyolojik etkenler. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 18-26.
- Allen, L. A., Gara, M. A., Escobar, J. I., Waitzkin, H., & Cohen Silver, R. (2001). Somatization. *Psychosomatics*, 42(1), 63-67. doi.org/10.1176/appi.psy.42.1.63
- Allen, M. T. (2021). An exploration of the relationships of experiential avoidance (as measured by the AAQ-II and MEAQ) with negative affect, perceived stress, and avoidant coping styles. *PeerJ*, 9, e11033. doi.org/10.7717/peerj.11033
- Allred, S. R., Crawford, L. E., Duffy, S., & Smith, J. (2016). Working memory and spatial judgments: Cognitive load increases the central tendency bias. *Psychonomic Bulletin & Review*, 23(6), 1825-1831. doi.org/10.3758/s13423-016-1039-0
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (1991). *Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı (DSM-3)* (E. Köroğlu, Çev.; 2. baskı). Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (1995). *Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı (DSM-4)* (E. Köroğlu, Çev.; 4. baskı). Hekimler Yayın Birliği.

- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai elkitabı (DSM-5)* (E. Köroğlu,  ev.; 5. baskı). Hekimler Yayın Birliği.
- Ammati, R., Kakunje, A., Karkal, R., Kini, G., Srinivasan, J., & Nafisa, D. (2019). Stressful life events and quality of life in patients with somatoform disorders. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 35(2), 108. doi.org/10.4103/ijsp.ijsp\_24\_18
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, Ch., Perry, B. D., Dube, Sh. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186. doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4
- Andrew, D. H., & Dulin, P. L. (2007). The relationship between self-reported health and mental health problems among older adults in New Zealand: Experiential avoidance as a moderator. *Aging & Mental Health*, 11(5), 596-603. doi.org/10.1080/13607860601086587
- Atalay, Z. (2019). *Mindfulness (Bilinçli farkındalık)* (8. baskı).  nkılap Kitabevi.
- Atmaca, M., Sirlier, B., Yildirim, H., & Kayali, A. (2011). Hippocampus and amygdalar volumes in patients with somatization disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(7), 1699-1703. doi.org/10.1016/j.pnpbp.2011.05.016
- Aydın, B., &  mamoğlu, S. (2001). Stresle başa çıkma becerisi geliştirmeye yönelik grup  alı ması. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 14(14), 41-52.

- Aytaç, S. (2017). Stres kaynakları ve stresin psikolojik semptomlarının öfke kontrolü ile ilişkisi: Polis memurları üzerine bir araştırma. *Sosyal Siyaset Konferansları*, 2(69), 1-27.
- Bäärnhielm, S., & Ekblad, S. (2000). Turkish migrant women encountering health care in Stockholm: A qualitative study of somatization and illness meaning. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24(4), 431-452. doi.org/10.1023/a:1005671732703
- Babacan, S. S. (2003). Hastalıkta ruh ve beden etkileşimi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 11(2), 519-524.
- Babaoğlu, G., İnan, L., & Özdel, K. (2017). Bilişsel davranışçı terapinin kronik ağrı tedavisindeki yeri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 6(3), 133-140. doi.org/10.5455/JCBPR.263365
- Baer, R. A. (2011). Measuring mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 241-261. doi.org/10.1080/14639947.2011.564842
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. doi.org/10.1177/1073191105283504
- Ballantyne, C., Hunter, P. V., Potter, G. K., & Myge, I. (2021). Mindfulness and perceptions of physical health: The mediating role of perceived stress. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 53(3), 321-327. doi.org/10.1037/cbs0000255
- Baltacı, U. B. (2021). *İnternet bağımlılığında dürtüsellik ve kaçınmanın yordayıcı rolünün karma yöntemle incelenmesi* (Yayınlanmamış doktora tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.

- Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2013). Experiential avoidance as a moderator of the relationship between anxiety sensitivity and perceived stress. *Behavior Therapy, 44*(3), 459-469. doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.001
- 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. doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Barsky, A., Cleary, P., & Klerman, G. (1992). Determinants of perceived health status of medical outpatients. *Social Science & Medicine, 34*, 1147-1154. doi.org/10.1016/0277-9536(92)90288-2
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization and the somatoform disorders. *Psychosomatics, 33*(1), 28-34. doi.org/10.1016/S0033-3182(92)72018-0
- Barsky, A. J., Goodson, J. D., Lane, R. S., & Cleary, P. D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine, 50*(5), 510-519. doi.org/10.1097/00006842-198809000-00007
- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine, 16*(4), 266-275. doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.00229.x
- Baskak, B., & Çevik, A. (2007). Somatizasyonun kültürel boyutları. *Türkiye’de Psikiyatri, 9*(1), 9.
- Beck, J. E. (2007). A developmental perspective on functional somatic symptoms. *Journal of Pediatric Psychology, 33*(5), 547-562. doi.org/10.1093/jpepsy/jsm113

- Berghoff, C. R., Tull, M. T., DiLillo, D., Messman-Moore, T., & Gratz, K. L. (2017). The role of experiential avoidance in the relation between anxiety disorder diagnoses and future physical health symptoms in a community sample of young adult women. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 29-34. doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.11.002
- Bergin, A. J., & Pakenham, K. I. (2016). The stress-buffering role of mindfulness in the relationship between perceived stress and psychological adjustment. *Mindfulness*, 7(4), 928-939. doi.org/10.1007/s12671-016-0532-x
- Bikkina, N. (2013). Somatization as a form of common mental disorder: A hospital based study. *Journal of Psychosocial Research*, 8(2), 223-241.
- Bilge, Y., & Tütüncü, N. (2020). Somatik duygusal çatışma ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 180-194. doi.org/10.18863/pgy.748557
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. doi.org/10.1093/clipsy.bph077
- Black, D. S., Sussman, S., Johnson, C. A., & Milam, J. (2012). Psychometric assessment of the mindful attention awareness scale (MAAS) among Chinese adolescents. *Assessment*, 19(1), 42-52. doi.org/10.1177/1073191111415365
- Blumenfeld, A., Durham, P. L., Feoktistov, A., Hay, D. L., Russo, A. F., & Turner, I. (2021). Hypervigilance, allostatic load and migraine prevention: Antibodies to CGRP or receptor. *Neurology and Therapy*, 10(2), 469-497. doi.org/10.1007/s40120-021-00250-7

- Boe, O., & Hagen, K. (2015). Using mindfulness to reduce the perception of stress during an acute stressful situation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 197, 858-868. doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.07.262
- Bornstein, R. F., & Gold, S. H. (2008). Comorbidity of personality disorders and somatization disorder: A meta-analytic review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(2), 154-161. doi.org/10.1007/s10862-007-9052-2
- Brambila-Tapia, A. J. L., Meda-Lara, R. M., Palomera-Chávez, A., de-Santos-Ávila, F., Hernández-Rivas, M. I., Bórquez-Hernández, P., & Juárez-Rodríguez, P. (2020). Association between personal, medical and positive psychological variables with somatization in university health sciences students. *Psychology, Health & Medicine*, 25(7), 879-886. doi.org/10.1080/13548506.2019.1683869
- Bränström, R., Duncan, L. G., & Moskowitz, J. T. (2011). The association between dispositional mindfulness, psychological well-being, and perceived health in a Swedish population-based sample: Influence of dispositional mindfulness. *British Journal of Health Psychology*, 16(2), 300-316. doi.org/10.1348/135910710X501683
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237. doi.org/10.1080/10478400701598298

- Brown, K. W., Weinstein, N., & Creswell, J. D. (2012). Trait mindfulness modulates neuroendocrine and affective responses to social evaluative threat. *Psychoneuroendocrinology*, 37(12), 2037-2041. doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.04.003
- Brown, T. M. (2004). Somatization. *Medicine*, 32(8), 34-35. doi.org/10.1383/medc.32.8.34.43177
- Browning, M., Fletcher, P., & Sharpe, M. (2011). Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review. *Psychosomatic Medicine*, 73(2), 173-184. doi.org/10.1097/PSY.0b013e31820824f6
- Bullis, J. R., Bøe, H. J., Asnaani, A., & Hofmann, S. G. (2014). The benefits of being mindful: Trait mindfulness predicts less stress reactivity to suppression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 57-66. doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.07.006
- Burton, C. (2003). Beyond somatisation: A review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *British Journal of General Practice*, 53, 233-241.
- Can, A. (2019). *SPSS ile bilimsel araştırma sürecinde nicel veri analizi* (8. baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Cannon, W. (1935). Stresses and strains of homeostasis. *The American Journal of the Medical Sciences*, 189(1), 1-14. doi.org/10.1097/00000441-193501000-00001
- Cash, M., & Whittingham, K. (2010). What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related

symptomatology? *Mindfulness*, 1(3), 177-182. doi.org/10.1007/s12671-010-0023-4

Chan, T. O., & Lam, S.-F. (2017). Mediator or moderator? The role of mindfulness in the association between child behavior problems and parental stress. *Research in Developmental Disabilities*, 70, 1-10. doi.org/10.1016/j.ridd.2017.08.007

Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890. doi.org/10.1002/jclp.20400

Cillessen, L., van de Ven, M. O., & Karremans, J. C. (2017). The role of trait mindfulness in quality of life and asthma control among adolescents with asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 143-148. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.06.014

Cioffi, D., & Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(2), 274-282. doi.org/10.1037/0022-3514.64.2.274

Cloninger, C. R., Reich, T., & Guze, S. B. (1975). The multifactorial model of disease transmission: III. familial relationship between sociopathy and hysteria (Briquet's Syndrome). *British Journal of Psychiatry*, 127(1), 23-32. doi.org/10.1192/bjp.127.1.23

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385. doi.org/10.2307/2136404

- Connor, K. M. (2020). *Stress, burnout, and experiential avoidance in clinical psychology doctoral students* (Yayınlanmamış doktora tezi). Florida Institute of Technology, Florida.
- Cortazar, N., & Calvete, E. (2019). Dispositional mindfulness and its moderating role in the predictive association between stressors and psychological symptoms in adolescents. *Mindfulness*, 10(10), 2046-2059. doi.org/10.1007/s12671-019-01175-x
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain: Experiential avoidance. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(8), 1578-1591. doi.org/10.1111/jasp.12107
- Creed, F., & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 391-408. doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00622-6
- Creed, F. H., Davies, I., Jackson, J., Littlewood, A., Chew-Graham, C., Tomenson, B., Macfarlane, G., Barsky, A., Katon, W., & McBeth, J. (2012). The epidemiology of multiple somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(4), 311-317. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.01.009
- Creswell, J. D., & Lindsay, E. K. (2014). How does mindfulness training affect health? A mindfulness stress buffering account. *Current Directions in Psychological Science*, 23(6), 401-407. doi.org/10.1177/0963721414547415
- Creswell, J. D., Lindsay, E. K., Villalba, D. K., & Chin, B. (2019). Mindfulness training and physical health: Mechanisms and outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 81(3), 224-232. doi.org/10.1097/PSY.0000000000000675

- Cribb, G., Moulds, M. L., & Carter, S. (2006). Rumination and experiential avoidance in depression. *Behaviour Change*, 23(3), 165-176. doi.org/10.1375/bech.23.3.165
- Crowe, M., Jordan, J., Burrell, B., Jones, V., Gillon, D., & Harris, S. (2016). Mindfulness-based stress reduction for long-term physical conditions: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(1), 21-32. doi.org/10.1177/0004867415607984
- Cunningham, T., Kirkby, A., Eccles, F. J. R., & Sellwood, W. (2020). Psychological inflexibility and somatization in nonepileptic attack disorder. *Epilepsy & Behavior*, 111, 107155. doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107155
- Çalışgan, K. (2021). *COVID-19 pandemi sürecinde algılanan stres, bilgece farkındalık düzeyi ve somatizasyon belirtileri arasındaki ilişki* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Yakındoğu Üniversitesi, Kıbrıs.
- Çatak, P. D., & Ögel, K. (2010). Bir terapi yöntemi olarak farkındalık. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47(1), 69-73.
- Çermik, Ö., Çevik, A., Soykan, A., & Aksakal, O. (1999). Kadın hastalarda somatizasyon: Çok yönlü bir değerlendirme. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 68-78.
- Çetin, Ş., & Sözeri Varma, G. (2021). Somatik belirti bozukluğu: Tarihsel süreç ve biyopsikososyal yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 790-804. doi.org/10.18863/pgy.882929
- Çömlekçi, K. N. (2021). *Evli ve bekar kadınların depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeyleri üzerine etkisinin*

*incelenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, İstanbul.

Davison, G. C., & Neale, J. M. (2004). *Anormal psikolojisi* (İ. Dağ, Çev.; 7. baskı).

Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

de Bruin, E. I., Topper, M., Muskens, J. G. A. M., Bögels, S. M., & Kamphuis, J. H.

(2012). Psychometric properties of the five facets mindfulness questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample. *Assessment*, 19(2), 187-197. doi.org/10.1177/1073191112446654

De Gucht, V. (2003). Stability of neuroticism and alexithymia in somatization.

*Comprehensive Psychiatry*, 44(6), 466-471. doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00143-3

Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of

medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 781-797. doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.002

Demir, V., & Gündoğan, N. (2018). Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi

programının üniversite öğrencilerinin duygu düzenleme güçlüklerini azaltmadaki etkisi. *Ege Eğitim Dergisi*, 19(1), 46-66. doi.org/10.12984/egeefd.332844

Dimsdale, J. E., Creed, F., Escobar, J., Sharpe, M., Wulsin, L., Barsky, A., Lee, S.,

Irwin, M. R., & Levenson, J. (2013). Somatic symptom disorder: An important change in DSM. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), 223-228. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.06.033

- Duddu, V., Isaac, M. K., & Chaturvedi, S. K. (2006). Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: A review. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 25-33. doi.org/10.1080/09540260500466790
- Duman, A. (2018). *Üst-duyguların, algılanan stres ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisinin incelenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Duruk, B., & Berk, H. (2019). Fonksiyonel somatik sendromlar ve DSM-5: Zihin beden yaklaşımı açısından bir değerlendirme. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 3(2), 116-128. doi.org/10.5455/kpd.26024438m000013
- Dülgerler, Ş. (2000). *İlköğretim okulu öğretmenlerinde somatizasyon ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), Ege Üniversitesi, İzmir.
- Dworsky, C. K. O., Pargament, K. I., Wong, S., & Exline, J. J. (2016). Suppressing spiritual struggles: The role of experiential avoidance in mental health. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4), 258-265. doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.10.002
- Ede, D. E., Walter, F. A., & Hughes, J. W. (2020). Exploring how trait mindfulness relates to perceived stress and cardiovascular reactivity. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(4), 415-425. doi.org/10.1007/s12529-020-09871-y
- Eliassen, M., Kreiner, S., Ebstrup, J., Poulsen, C., Lau, C., Skovbjerg, S., Fink, P., & Jørgensen, T. (2016). Somatic symptoms: Prevalence, co-occurrence and associations with self-perceived health and limitations due to physical health -

- a Danish population-based study. *Public Library of Science One*, 11(3), 1-12.  
doi.org/10.1371/journal.pone.0150664
- Ellis, B. J., Jackson, J. J., & Boyce, W. T. (2006). The stress response systems: Universality and adaptive individual differences. *Developmental Review*, 26(2), 175-212. doi.org/10.1016/j.dr.2006.02.004
- Ellis, E. M., Prather, A. A., Grenen, E. G., & Ferrer, R. A. (2019). Direct and indirect associations of cognitive reappraisal and suppression with disease biomarkers. *Psychology & Health*, 34(3), 336-354.  
doi.org/10.1080/08870446.2018.1529313
- Epözdemir, H. (2012). Aleksitimi: Psikolojik bir semptom mu, yoksa bir kişilik özelliği mi? *Türk Psikoloji Yazıları*, 15(30), 25-33.
- Erkan, Z. (2005). Stres ve stresle başa çıkma. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(29), 65-69.
- Escobar, J. I. (1987). Cross-cultural aspects of the somatization trait. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(2), 174-180.
- Escobar, J. I., Burnam, M. A., & Karno, M. (1987). Somatization in the community. *Archives of General Psychiatry*, 44, 713-719.
- Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., & Dereboy, Ç. (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Güvenirlik ve geçerlik analizi. *New/Yeni Symposium Journal*, 51(3), 132-140.
- Eustis, E. H., Cardona, N., Nauphal, M., Sauer-Zavala, S., Rosellini, A. J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Experiential avoidance as a mechanism of change across cognitive-behavioral therapy in a sample of participants with

- heterogeneous anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 44(2), 275-286. doi.org/10.1007/s10608-019-10063-6
- Feldner, M., Hekmat, H., Zvolensky, M., Vowles, K., Secrist, Z., & Leen-Feldner, E. (2006). The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 37(2), 146-158. doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.03.002
- Fink, P. (1996). From hysteria to somatization: A historical perspective. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50(5), 353-363. doi.org/10.3109/08039489409084959
- Fischer, S., Nater, U. M., & Laferton, J. A. C. (2016). Negative stress beliefs predict somatic symptoms in students under academic stress. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(6), 746-751. doi.org/10.1007/s12529-016-9562-y
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Walach, H., Rehfeld, E., Schröder, A., & Fink, P. (2013). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: Randomized trial with one-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(1), 31-40. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.006
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170. doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 115-118. doi.org/10.1111/1467-8721.00073

- Ford, C. V., & Folks, D. G. (1985). Conversion disorders: An overview. *Psychosomatics*, 26(5), 371-383. doi.org/10.1016/S0033-3182(85)72845-9
- Frances, A. (2013). The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. *British Medical Journal*, 346(1580), 1-2. doi.org/10.1136/bmj.f1580
- Frostholm, L., & Rask, C. U. (2019). Third wave treatments for functional somatic syndromes and health anxiety across the age span: A narrative review. *Clinical Psychology in Europe*, 1(1), 1-33. doi.org/10.32872/cpe.v1i1.32217
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The multidimensional experiential avoidance questionnaire. *Psychological Assessment*, 23(3), 692-713. doi.org/10.1037/a0023242
- Gandhi, S., Sangeetha, G., Ahmed, N., & Chaturvedi, S. K. (2014). Somatic symptoms, perceived stress and perceived job satisfaction among nurses working in an Indian psychiatric hospital. *Asian Journal of Psychiatry*, 12, 77-81. doi.org/10.1016/j.ajp.2014.06.015
- Garner, M. J. (2016). *Stress and somatic symptoms: Rumination and negative affect as moderators* (Yayınlanmamış doktora tezi). Seattle Pacific University, Seattle.
- George, D., & Mallery, P. (2016). *IBM SPSS statistics 23 step by step: A simple guide and reference* (14. edition). Routledge.
- Gillespie, S. L., Anderson, C. M., Zhao, S., Tan, Y., Kline, D., Brock, G., Odei, J., O'Brien, E., Sims, M., Lazarus, S. A., Hood, D. B., Williams, K. P., & Joseph, J. J. (2019). Allostatic load in the association of depressive symptoms with

- incident coronary heart disease: The Jackson Heart Study. *Psychoneuroendocrinology*, 109, 104369. doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.06.020
- Golding, J. M., Rost, K., Kashner, T. M., & Smith, G. R. (1992). Family psychiatric history of patients with somatization disorder. *Psychiatric Medicine*, 10(3), 33-47.
- Greck, M. de, Scheidt, L., Bölter, A. F., Frommer, J., Ulrich, C., Stockum, E., Enzi, B., Tempelmann, C., Hoffmann, T., Han, S., & Northoff, G. (2012). Altered brain activity during emotional empathy in somatoform disorder. *Human Brain Mapping*, 33(11), 2666-2685. doi.org/10.1002/hbm.21392
- Greenberg, J. S. (2013). *Comprehensive stress management* (13. edition). McGraw-Hill.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. doi.org/10.1017/S0048577201393198
- Gubb, K. (2010). The Sense of bodily symptoms. *Psycho-Analytic Psychotherapy in South Africa*, 18(2), 32-56.
- Guidi, J., Lucente, M., Piolanti, A., Roncuzzi, R., Rafanelli, C., & Sonino, N. (2020). Allostatic overload in patients with essential hypertension. *Psychoneuroendocrinology*, 113, 104545. doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104545
- Guidi, J., Lucente, M., Sonino, N., & Fava, G. A. (2021). Allostatic load and its impact on health: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(1), 11-27. doi.org/10.1159/000510696

- Gureje, O., Simon, G. E., Üstün, T. B., & Goldberg, D. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 989-995. doi.org/10.1176/ajp.154.7.989
- Guze, S. B., Cloninger, C. R., Martin, R. L., & Clayton, P. J. (1986). A follow-up and family study of Briquet's Syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 149(1), 17-23. doi.org/10.1192/bjp.149.1.17
- Güçlü, N. (2001). Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91-109.
- Hager, A. D., & Runtz, M. G. (2012). Physical and psychological maltreatment in childhood and later health problems in women: An exploratory investigation of the roles of perceived stress and coping strategies. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), 393-403. doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.02.002
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7. edition). Pearson.
- Hambrook, D., Oldershaw, A., Rimes, K., Schmidt, U., Tchanturia, K., Treasure, J., Richards, S., & Chalder, T. (2011). Emotional expression, self-silencing, and distress tolerance in anorexia nervosa and chronic fatigue syndrome. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 310-325. doi.org/10.1348/014466510X519215
- Harrington, R. (2012). *Stress, health and well-Being: Thriving in the 21st century*. Cengage Learning.
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical*

*Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255-262.  
doi.org/10.1093/clipsy.bph080

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissen, R., Pistorello, J., & Toarmino, D. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 552-578.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.

Heinrich, T. W. (2004). Medically unexplained symptoms and the concept of somatization. *Wisconsin Medical Journal*, 103(6), 83-87.

Henningsen, P., Zimmermann, T., & Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 528-533. doi.org/10.1097/01.PSY.0000075977.90337.E7

Hepworth, N. S. (2011). A mindful eating group as an adjunct to individual treatment for eating disorders: A pilot study. *Eating Disorders*, 19(1), 6-16.  
doi.org/10.1080/10640266.2011.533601

Heshmati, R., Azmoodeh, S., & Caltabiano, M. L. (2021). Pathway linking different types of childhood trauma to somatic symptoms in a subclinical sample of female college students: The mediating role of experiential avoidance. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 209(7), 497-504.  
doi.org/10.1097/NMD.0000000000001323

Hilderink, P. H., Collard, R., Rosmalen, J. G. M., & Oude Voshaar, R. C. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in

- old age populations in comparison with younger age groups: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 151-156.  
doi.org/10.1016/j.arr.2012.04.004
- Hill, T. D., Ross, C. E., & Angel, R. J. (2005). Neighborhood disorder, psychophysiological distress, and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(2), 170-186. doi.org/10.1177/002214650504600204
- Hiller, W., Rief, W., & Brähler, E. (2006). Somatization in the population: From mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(9), 704-712. doi.org/10.1007/s00127-006-0082-y
- Hinds, E. D. (2013). *The role of experiential avoidance in teacher stress and mental health* (Yayınlanmamış doktora tezi). University of Oregon, Oregon.
- Hinkle, L. E. (1974). The concept of “stress” in the biological and social sciences. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5(4), 335-357.  
doi.org/10.2190/91DK-NKAD-1XP0-Y4RG
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183.  
doi.org/10.1037/a0018555
- Holder-Perkins, V., & Wise, T. N. (2001). Somatization disorder. K. A. Phillips (Ed.), *Somatoform and factitious disorders* içinde (ss. 1-20). American Psychiatric Publishing.

- Hollifield, M., Paine, S., Tuttle, L., & Kellner, R. (1999). Hypochondriasis, somatization, and perceived health and utilization of health care services. *Psychosomatics*, 40(5), 380-386. doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71202-8
- Hou, W. K., Ng, S. M., & Wan, J. H. Y. (2015). Changes in positive affect and mindfulness predict changes in cortisol response and psychiatric symptoms: A latent change score modelling approach. *Psychology & Health*, 30(5), 551-567. doi.org/10.1080/08870446.2014.990389
- Hutton, J. (2005). Cognitive behaviour therapy for irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 17(1), 11-14. doi.org/10.1097/00042737-200501000-00003
- İnci, İ. (2020). *Çocukluk çağı travması ve somatizasyon arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğüünün aracı rolü* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-stress models. *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* içinde (ss. 32-46). Sage Publications. doi.org/10.4135/9781452231655.n2
- Ishizu, K., Shimoda, Y., & Ohtsuki, T. (2017). The reciprocal relations between experiential avoidance, school stressor, and psychological stress response among Japanese adolescents. *PLoS ONE*, 12(11), 1-8. doi.org/10.1371/journal.pone.0188368
- Işıtan, İ., & Gökler, R. (2012). Modern çağın hastalığı: Stres ve etkileri. *Journal of History Culture and Art Research*, 1(3), 154-168. doi.org/10.7596/taksad.v1i3.63

- Jackman, P. C., Henderson, H., Clay, G., & Coussens, A. H. (2020). The relationship between psychological wellbeing, social support, and personality in an English police force. *International Journal of Police Science & Management*, 22(2), 183-193. doi.org/10.1177/1461355720907620
- Janssens, K. A. M., Riese, H., Van Roon, A. M., Hunfeld, J. A. M., Groot, P. F. C., Oldehinkel, A. J., & Rosmalen, J. G. M. (2016). Are cardiac autonomic nervous system activity and perceived stress related to functional somatic symptoms in adolescents? The TRAILS study. *PLoS ONE*, 11(4), 1-12. doi.org/10.1371/journal.pone.0153318
- Kaba, İ. (2019). Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: Güncel bir gözden geçirme. *Akademik Bakış Dergisi*, 73, 63-81.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47. doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. doi.org/10.1093/clipsy.bpg016
- Kabat-Zinn, J. (2005a). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness* (1. edition). Hachette Books.
- Kabat-Zinn, J. (2005b). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (15. edition). Delta Trade Paperback.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481-1483. doi.org/10.1007/s12671-015-0456-x

- Kadzikowska-Wrzosek, R. (2012). Perceived stress, emotional ill-being and psychosomatic symptoms in high school students: The moderating effect of self-regulation competences. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14(3), 25-33.
- Kandemir, G., & Ak, İ. (2013). Tıbben açıklanamayan belirtilerin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 479. doi.org/10.5455/cap.20130530
- Kapfhammer, H.-P. (2006). Somatic symptoms in depression. *Clinical Research*, 8(2), 227-238.
- Karaköse, S. (2018). *Yeni evli çiftlerde evlilik uyumu ve somatizasyon arasındaki karşılıklı ilişkinin boylamsal açıdan incelenmesi* (Yayınlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Karekla, M., & Panayiotou, G. (2011). Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 163-170. doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.10.002
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301-1320. doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003
- Katon, W., Ries, R. K., & Kleinman, A. (1984). A ospective DSM-III study of 100 consecutive somatization patients. *Comprehensive Psychiatry*, 25(3), 305-314. doi.org/10.1016/0010-440X(84)90063-4
- Kaya, B. (1996). *Sivas il merkezinde somatizasyon bozukluğunun epidemiyolojisi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Cumhuriyet Üniversitesi.

- Kellner, R. (1990). Somatization: Theories and research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3), 150-160. doi.org/10.1097/00005053-199003000-00002
- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056. doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006
- Kesebir, S. (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*, 7(1), 14-19.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., & Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50(4), 344-351. doi.org/10.4274/Npa.y6522
- Khong, B. S. L. (2011). Mindfulness: A way of cultivating deep respect for emotions. *Mindfulness*, 2(1), 27-32. doi.org/10.1007/s12671-010-0039-9
- Kılıç, S. (2016). Cronbach's alpha reliability coefficient. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 47. doi.org/10.5455/jmood.20160307122823
- Kınay, F. (2013). *Beş boyutlu bilinçli farkındalık ölçeğini Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul.
- Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330(6006), 932. doi.org/10.1126/science.1192439
- Kim, S. M., Hong, J. S., Min, K. J., & Han, D. H. (2019). Brain functional connectivity in patients with somatic symptom disorder. *Psychosomatic Medicine*, 81(3), 313-318. doi.org/10.1097/PSY.0000000000000681

- Kirk, A., Broman-Fulks, J. J., & Arch, J. J. (2021). A taxometric analysis of experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 52(1), 208-220. doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.008
- Kirk, A., Meyer, J. M., Whisman, M. A., Deacon, B. J., & Arch, J. J. (2019). Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A path analysis approach. *Journal of Anxiety Disorders*, 64, 9-15. doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.03.002
- Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M. (1991). Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(11), 647-655. doi.org/10.1097/00005053-199111000-00001
- Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 420-430. doi.org/10.1097/00006842-199807000-00006
- Klaus, K., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Glaesmer, H., & Mewes, R. (2013). The distinction between “medically unexplained” and “medically explained” in the context of somatoform disorders. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(2), 161-171. doi.org/10.1007/s12529-012-9245-2
- Koçhan, A. (2019). *Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin stres düzeyi, stresle başa çıkma tarzları, hastalık yükü algıları ve bilgece farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Koh, K. B. (Ed.). (2013). *Somatization and psychosomatic symptoms*. Springer New York. doi.org/10.1007/978-1-4614-7119-6

- Kozłowska, K. (2013). Functional somatic symptoms in childhood and adolescence. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(5), 485-492. doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283642ca0
- Krohne, H. W. (2001). Stress and coping theories. *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* içinde (1. edition, ss. 15163-15170). Elsevier. doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/03817-1
- Kroska, E. B., Roche, A. I., & O'Hara, M. W. (2018). Childhood trauma and somatization: Identifying mechanisms for targeted intervention. *Mindfulness*, 9(6), 1845-1856. doi.org/10.1007/s12671-018-0927-y
- Krystal, H. (1989). Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia. *Journal of Traumatic Stress*, 2(1), 122-124. doi.org/10.1002/jts.2490020112
- Krystal, H. (1997). Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 126-150. doi.org/10.1080/07351699709534116
- Ladwig, K.-H., Marten-Mittag, B., Erazo, N., & Gündel, H. (2001). Identifying somatization disorder in a population-based health examination survey: Psychosocial burden and gender differences. *Psychosomatics*, 42(6), 511-518. doi.org/10.1176/appi.psy.42.6.511
- Laungani, P. (2005). Stress in a life-threatening illness. İçinde C. D. Spielberger & I. G. Sarason (Ed.), *Stress and emotion: Anxiety, anger and curiosity* (C. 17, ss. 3-27). Routledge. doi.org/10.4324/9780203954577
- Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1(1), 3-13. doi.org/10.1207/s15327965pli0101\_1
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

- Lazarus, R. S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* içinde (ss. 37-67). Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Leger, K. A., Charles, S. T., Turiano, N. A., & Almeida, D. M. (2016). Personality and stressor-related affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(6), 917-928. doi.org/10.1037/pspp0000083
- Lembo, A. J., Zaman, M., Krueger, R. F., Tomenson, B. M., & Creed, F. H. (2009). Psychiatric disorder, irritable bowel syndrome, and extra-intestinal symptoms in a population-based sample of twins. *The American Journal of Gastroenterology*, 104, 9. doi.org/10.1038/ajg.2009.23
- Levin, M. E., Krafft, J., Pierce, B., & Potts, S. (2018). When is experiential avoidance harmful in the moment? Examining global experiential avoidance as a moderator. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 158-163. doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.07.005
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155-163. doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003
- Levy, R. L., Langer, S. L., & Whitehead, W. E. (2007). Social learning contributions to the etiology and treatment of functional abdominal pain and inflammatory bowel disease in children and adults. *World Journal of Gastroenterology*, 13(17), 2397-2403.

- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*, 136(4), 576-600. doi.org/10.1037/a0019712
- Linehan, M. M. (2015). *DBT® skills training manual* (2. edition). Guilford Press.
- Lipowski, Z. J. (1986). Somatization: A borderland between medicine and psychiatry. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 135(6), 609-614.
- Lipowski, Z. J. (1987). Somatization: The experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47(3-4), 160-167. doi.org/10.1159/000288013
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry*, 145(11). doi.org/10.1176/ajp.145.11.1358
- Liu, S., Cheng, Y., Xie, Z., Lai, A., Lv, Z., Zhao, Y., Xu, X., Luo, C., Yu, H., Shan, B., Xu, L., & Xu, J. (2018). A conscious resting state fMRI study in SLE patients without major neuropsychiatric manifestations. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 677. doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00677
- Looper, K. J., & Kirmayer, L. J. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*, 31(4), 577-584. doi.org/10.1017/s0033291701003737
- Lu, F., Xu, Y., Yu, Y., Peng, L., Wu, T., Wang, T., Liu, B., Xie, J., Xu, S., & Li, M. (2019). Moderating Effect of Mindfulness on the Relationships Between Perceived Stress and Mental Health Outcomes Among Chinese Intensive Care Nurses. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-12. doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00260

- Maass, U., Kühne, F., Maas, J., Unverdross, M., & Weck, F. (2020). Psychological interventions for health anxiety and somatic symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Zeitschrift für Psychologie*, 228(2), 68-80. doi.org/10.1027/2151-2604/a000400
- Machell, K. A., Goodman, F. R., & Kashdan, T. B. (2015). Experiential avoidance and well-being: A daily diary analysis. *Cognition and Emotion*, 29(2), 351-359. doi.org/10.1080/02699931.2014.911143
- Mahaffey, B. L., Wheaton, M. G., Fabricant, L. E., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2013). The contribution of experiential avoidance and social cognitions in the prediction of social anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(1), 52-65. doi.org/10.1017/S1352465812000367
- Mai, F. (2004). Somatization Disorder: A Practical Review. *Can J Psychiatry*, 49(10), 11.
- Martin, A., Chalder, T., Rief, W., & Braehler, E. (2007). The relationship between chronic fatigue and somatization syndrome: A general population survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(2), 147-156. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.05.007
- Masuda, A., Mandavia, A., & Tully, E. C. (2014). The role of psychological inflexibility and mindfulness in somatization, depression, and anxiety among Asian Americans in the United States. *Asian American Journal of Psychology*, 5(3), 230-236. doi.org/10.1037/a0034437
- Masuda, A., & Tully, E. C. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-Based*

*Complementary & Alternative Medicine*, 17(1), 66-71.  
doi.org/10.1177/2156587211423400

Matsumoto, D. (2009). *The cambridge dictionary of psychology*. Cambridge University Press.

Mayer, C., Im, S., Stavas-Graf, J., & Hazlette-Stevens, H. (2019). Mindfulness facets associated with perceived stress: The role of nonreactivity. *Journal of Depression and Anxiety Forecast*, 2(1), 1009.

Mayou, R. (1991). Medically unexplained physical symptoms. *British Medical Journal*, 303(6802), 534-535. doi.org/10.1136/bmj.303.6802.534

Mayou, R. (2014). Is the DSM-5 chapter on somatic symptom disorder any better than DSM-IV somatoform disorder? *British Journal of Psychiatry*, 204(6), 418-419. doi.org/10.1192/bjp.bp.113.134833

Mazaheri, M. (2015). Difficulties in emotion regulation and mindfulness in psychological and somatic symptoms of functional gastrointestinal disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(4), e954. doi.org/10.17795/ijpbs-954

McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338(3), 171-179.

McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093-2101. doi.org/10.1001/archinte.1993.00410180039004

McEwen, P. B., Palmer, M., Anderson, D. R., & Nasveld, P. (2012). *Allostatic load: A review of the literature*. The Department of Veterans' Affairs Website.

[www.dva.gov.au/documents-and-publications/allostatic-load-review-literature](http://www.dva.gov.au/documents-and-publications/allostatic-load-review-literature) adresinden edinilmiştir. Erişim tarihi: 16 Ocak 2022

- Mega Radyani, A., Hanna Indra, G., & Ika Dian Oriza, I. (2022). Psychological inflexibility moderates stress and loneliness in depression among Indonesian college students during the COVID-19 pandemic. *KnE Social Sciences*, 7(1), 168-188. doi.org/10.18502/kss.v7i1.10210
- Meissner, W. W. (2006). Psychoanalysis and the mind–body relation: Psychosomatic perspectives. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(4), 295-315. doi.org/10.1521/bumc.2006.70.4.295
- Mendoza, H., Goodnight, B. L., Caporino, N. E., & Masuda, A. (2018). Psychological distress among Latina/o college students: The roles of self-concealment and psychological inflexibility. *Current Psychology*, 37(1), 172-179. doi.org/10.1007/s12144-016-9500-9
- Michie, S. (2002). Causes and management of stress at work. *Occupational and Environmental Medicine*, 59(1), 67-72. doi.org/10.1136/oem.59.1.67
- Miller, G., Chen, E., & Cole, S. W. (2009). Health psychology: Developing biologically plausible models linking the social world and physical health. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 501-524. doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163551
- Mitchell, R., Roberts, R., Bartsch, D., & Sullivan, T. (2019). Changes in mindfulness facets in a dialectical behaviour therapy skills training group program for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 958-969. doi.org/10.1002/jclp.22744

- Moore, S. D., Brody, L. R., & Dierberger, A. E. (2009). Mindfulness and experiential avoidance as predictors and outcomes of the narrative emotional disclosure task. *Journal of Clinical Psychology*, 65(9), 971-988. doi.org/10.1002/jclp.20600
- Moskowitz, J. T., Duncan, L. G., Moran, P. J., Acree, M., Epel, E. S., Kemeny, M. E., Hecht, F. M., & Folkman, S. (2015). Dispositional mindfulness in people with HIV: Associations with psychological and physical health. *Personality and Individual Differences*, 86, 88-93. doi.org/10.1016/j.paid.2015.05.039
- Mun, C. J., Okun, M. A., & Karoly, P. (2014). Trait mindfulness and catastrophizing as mediators of the association between pain severity and pain-related impairment. *Personality and Individual Differences*, 66, 68-73. doi.org/10.1016/j.paid.2014.03.016
- Murphy, M. J., Mermelstein, L. C., Edwards, K. M., & Gidycz, C. A. (2012). The benefits of dispositional mindfulness in physical health: A longitudinal study of female college students. *Journal of American College Health*, 60(5), 341-348. doi.org/10.1080/07448481.2011.629260
- Nakao, M., Fricchione, G., Zuttermeister, P. C., Myers, P., Barsky, A. J., & Benson, H. (2001). Effects of gender and marital status on somatic symptoms of patients attending a mind/body medicine clinic. *Behavioral Medicine*, 26(4), 159-168. doi.org/10.1080/08964280109595763
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. doi.org/10.1080/15298860309032

- Nezlek, J. B., Holas, P., Rusanowska, M., & Krejtz, I. (2016). Being present in the moment: Event-level relationships between mindfulness and stress, positivity, and importance. *Personality and Individual Differences*, 93, 1-5. doi.org/10.1016/j.paid.2015.11.031
- Niazi, A., & Niazi, S. (2011). Mindfulness-based stress reduction: A non-pharmacological approach for chronic illnesses. *North American Journal of Medical Sciences*, 3(1), 20-23. doi.org/10.4297/najms.2011.320
- Nomura, K., Nakao, M., Sato, M., Ishikawa, H., & Yano, E. (2007). The association of the reporting of somatic symptoms with job stress and active coping among Japanese white-collar workers. *Journal of Occupational Health*, 49(5), 370-375. doi.org/10.1539/joh.49.370
- Norouzi, E., Gerber, M., Masrour, F. F., Vaezmosavi, M., Pühse, U., & Brand, S. (2020). Implementation of a mindfulness-based stress reduction (MBSR) program to reduce stress, anxiety, and depression and to improve psychological well-being among retired Iranian football players. *Psychology of Sport and Exercise*, 47, 101636. doi.org/10.1016/j.psychsport.2019.101636
- Norton, G. R., Norton, P. J., Asmundson, G. J. G., Thompson, L. A., & Larsen, D. K. (1999). Neurotic butterflies in my stomach: The role of anxiety, anxiety sensitivity and depression in functional gastrointestinal disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(3), 233-240. doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00032-X
- Noyes, R., Stuart, S. P., & Watson, D. B. (2008). A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 49(1), 14-22. doi.org/10.1176/appi.psy.49.1.14

- Nyklíček, I., Dijkstra, S. C., Lenders, P. J., Fontein, W. A., & Koolen, J. J. (2014). A brief mindfulness based intervention for increase in emotional well-being and quality of life in percutaneous coronary intervention (PCI) patients: The MindfulHeart randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(1), 135-144. doi.org/10.1007/s10865-012-9475-4
- Orzechowska, A., Maruszewska, P., & Galecki, P. (2021). Cognitive behavioral therapy of patients with somatic symptoms: Diagnostic and therapeutic difficulties. *Journal of Clinical Medicine*, 10(14), 3159. doi.org/10.3390/jcm10143159
- Özdemir, B. (2020). *Mindfulness Temelli Stres Azaltma (MBSR) Programı'nın bilişsel ve duygusal süreçlere etkisi: Bilinçli farkındalık, duygulanım ve algılanan stres değişimi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ufuk Üniversitesi, Ankara.
- Özdemir, İ. (2021). *The mediating role of mindfulness, psychological flexibility, experiential avoidance and cognitive flexibility on the relationship between childhood trauma and somatization* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İzmir Ekonomi Üniversitesi, İzmir.
- Özen, M., Serhadlı, Z. N. A., Türkcan, A. S., & Ülker, G. E. (2010). Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(1), 60-65. doi.org/10.5350/DAJPN2010230109
- Özen Şahin, E. M. (2007). *Şizofreni hastalarında somatizasyon* (Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

- Özen Şahin, E. M., Türkcan, A. S., Belene, A., Yeşilbursa, D., & Yurt, E. (2009). Somatizasyonda kültürel ve sosyolojik faktörler. *New/Yeni Symposium Journal*, 47(4), 187-193.
- Özen, Y. (2017). Farkında mıyız? Bilişsel farkındalık ile psikolojik iyi oluşun içreleşmesi. *Kesit Akademi*, 3(7), 167-189. doi.org/10.18020/kesit.1124
- Özenli, Y., Yoldaşcan, E., Topal, K., & Özçürümez Bilgili, G. (2009). Türkiye’de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 131-136.
- Özer, S. (2010). *Yaşlılık döneminde somatizasyonun klinik görünümü*. Sözel bildiri. 3. Akademik Geriatri Kongresi, Kıbrıs.
- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2016). Somatoform bozukluklar. *Ruh sağlığı ve bozuklukları içinde* (14. baskı, ss. 537-541). Nobel Tıp Kitapevleri.
- Pakenham, K. I., Landi, G., Boccolini, G., Furlani, A., Grandi, S., & Tossani, E. (2020). The moderating roles of psychological flexibility and inflexibility on the mental health impacts of COVID-19 pandemic and lockdown in Italy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 109-118. doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.003
- Palmer, A., & Rodger, S. (2009). Mindfulness, stress, and coping among university students. *Canadian Journal of Counselling*, 43(3), 198-212.
- Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., Elamin, M. B., Seime, R. J., Prokop, L. J., & Zirakzadeh, A. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *American Medical Association*, 302(5), 550-561. doi.org/10.1001/jama.2009.1091

- Patel, D. V., & Dutt, J. (2012). A study of stressful life events and somatoform disorder. *International Journal of Scientific Research*, 3(5), 472-474.  
doi.org/10.15373/22778179/MAY2014/150
- Pehlivan, İ. (1980). Örgütsel stres kaynakları ve verimlilik. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 24(2), 791-802.  
doi.org/10.1501/Egifak\_00000000703
- Peng, M., Wang, L., Xue, Q., Yin, L., Zhu, B., Wang, K., Shangguan, F., Zhang, P., Niu, Y., Zhang, W., Zhao, W., Wang, H., Lv, J., Song, H., Min, B., Leng, H., Jia, Y., Chang, H., Yu, Z., ... Wang, H. (2020). Post-COVID-19 epidemic: Allostatic load among medical and nonmedical workers in china. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(2), 127-136.  
doi.org/10.1159/000511823
- Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Upton, B. T., & Baer, R. A. (2013). Nonjudgment as a moderator of the relationship between present-centered awareness and borderline features: Synergistic interactions in mindfulness assessment. *Personality and Individual Differences*, 55(1), 24-28.  
doi.org/10.1016/j.paid.2013.01.021
- Porcelli, P., Laera, D., Mastrangelo, D., & Di Masi, A. (2012). Prevalence of allostatic overload syndrome in patients with chronic cardiovascular disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(6), 375-377.  
doi.org/10.1159/000341179
- Purtell, J. J., Robins, E., & Cohen, M. E. (1951). Observations on clinical aspects of hysteria; a quantitative study of 50 hysteria patients and 156 control subjects.

- Journal of the American Medical Association*, 146(10), 902-909.  
doi.org/10.1001/jama.1951.03670100022006
- Razali, S. M. (2017). Medically unexplained symptoms: Concept and mechanisms. *International Medical Journal*, 24(1), 99-103.
- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., & Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: Retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 322, 1-4. doi.org/10.1136/bmj.322.7289.767
- Rief, W., Hennings, A., Riemer, S., & Euteneuer, F. (2010). Psychobiological differences between depression and somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 495-502. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.02.001
- Ritsner, M. (2000). Somatization in an immigrant population in Israel: A community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 385-392. doi.org/10.1176/appi.ajp.157.3.385
- Roche, A. I., Kroska, E. B., Miller, M. L., Kroska, S. K., & O'Hara, M. W. (2019). Childhood trauma and problem behavior: Examining the mediating roles of experiential avoidance and mindfulness processes. *Journal of American College Health*, 67(1), 17-26. doi.org/10.1080/07448481.2018.1455689
- Roenneberg, C., Sattel, H., Schaefer, R., Henningsen, P., & Hausteiner-Wiehle, C. (2019). Functional somatic symptoms. *Deutsches Arzteblatt International*, 116, 553-560. doi.org/10.3238/arztebl.2019.0553
- Rogers, A. H., Bakhshaie, J., Mayorga, N. A., Ditre, J. W., & Zvolensky, M. J. (2018). Distress tolerance and pain experience among young adults. *Psychology, Health & Medicine*, 23(10), 1231-1238. doi.org/10.1080/13548506.2018.1454598

- Rosendal, M., Fink, P., Bro, F., & Olesen, F. (2005). Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? Towards a clinical useful classification in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23(1), 3-10. doi.org/10.1080/02813430510015304
- Rueda, B., & Valls, E. (2020). Is the effect of psychological inflexibility on symptoms and quality of life mediated by coping strategies in patients with mental disorders? *International Journal of Cognitive Therapy*, 13(2), 112-126. doi.org/10.1007/s41811-020-00069-4
- Sachs-Ericsson, N., Kendall-Tackett, K., & Hernandez, A. (2007). Childhood abuse, chronic pain, and depression in the National Comorbidity Survey. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 531-547. doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.007
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (11. edition). Wolters Kluwer Health.
- Salğar, A. (2016). *Şiddet gören ve görmeyen kadınların otomatik düşünce ve somatizasyon düzeylerinin incelenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Salmon, P. G., Sephton, S. E., & Dreeben, S. J. (2011). Mindfulness-based stress reduction. J. D. Herbert & E. M. Forman (Ed.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* içinde (1. edition, ss. 132-163). John Wiley & Sons, Inc. doi.org/10.1002/9781118001851

- Sargın, A. E., Özdel, K., Utku, Ç., Kuru, E., Yalçınkaya Alkar, Ö., & Türkçapar, M. H. (2012). Sıkıntıya dayanma ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(3), 10.
- Sayar, K. (2001). The predictors of somatization: A review. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 11(4), 266-271.
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: Psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 607-628. doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141
- Sek-yum, S. N., Man, L. C., & Kong, C. B. (1992). Stressful life events, perceived stress and somatic problems among young people in Hong Kong. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 2(1), 27-44. doi.org/10.1080/21650993.1992.9755591
- Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 6(2), 117-230. doi.org/10.1210/jcem-6-2-117
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- Shangguan, F., Zhou, C., Qian, W., Zhang, C., Liu, Z., & Zhang, X. Y. (2021). A conditional process model to explain somatization during Coronavirus disease 2019 epidemic: The interaction among resilience, perceived stress, and sex. *Frontiers in Psychology*, 12, 633433. doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633433
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health

- of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115. doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. doi.org/10.1002/jclp.20237
- Sharpe, M. (2001). "Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes and somatization: Do we need a paradigm shift? *Annals of Internal Medicine*, 134(9), 926-930. doi.org/10.7326/0003-4819-134-9\_Part\_2-200105011-00018
- Sheehan, B., & Banerjee, S. (1999). Somatization in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(12), 1044-1049. doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199912)14:12<1044::AID-GPS55>3.0.CO;2-0
- Shorey, R. C., Gawrysiak, M. J., Elmquist, J., Brem, M., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2017). Experiential avoidance, distress tolerance, and substance use cravings among adults in residential treatment for substance use disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 36(3), 151-157. doi.org/10.1080/10550887.2017.1302661
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What is it? Where did it come from? F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* içinde (ss. 17-35). Springer New York. doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6\_2
- Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine*, 341(18), 1329-1335. doi.org/10.1056/NEJM199910283411801

- Simon, G., Gater, R., Kisely, S., & Piccinelli, M. (1996). Somatic symptoms of distress: An international primary care study. *Psychosomatic Medicine*, 58(5), 481-488. doi.org/10.1097/00006842-199609000-00010
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102. doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3
- Smith, R. C., & Dwamena, F. C. (2007). Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms. *Journal of General Internal Medicine*, 22(5), 685-691. doi.org/10.1007/s11606-006-0067-2
- Song, Y., & Lindquist, R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today*, 35(1), 86-90. doi.org/10.1016/j.nedt.2014.06.010
- Stahl, B., & Goldstein, E. (2010). *A mindfulness-based stress reduction workbook*. New Harbinger Publications.
- Stawarczyk, D., Majerus, S., Van der Linden, M., & D'Argembeau, A. (2012). Using the daydreaming frequency scale to investigate the relationships between mind-wandering, psychological well-being, and present-moment awareness. *Frontiers in Psychology*, 3, 363. doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00363
- Sterling, P. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. S. Fisher & J. Reason (Ed.), *Handbook of life stress cognition and health içinde* (1.edition). Wiley.
- Stoudemire, A. (1991). Somatothymia. *Psychosomatics*, 32(4), 365-381. doi.org/10.1016/S0033-3182(91)72037-9

- Sürme, Y. (2019). Stres, stresle ilişkili hastalıklar ve stres yönetimi. *Journal of International Social Research*, 12(64), 525-529. doi.org/10.17719/jisr.2019.3374
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Landerman, R. (1986). Somatization disorder in a community population. *The American Journal of Psychiatry*, 143(11), 1403-1408. doi.org/10.1176/ajp.143.11.1403
- Tak, L. M., & Rosmalen, J. G. M. (2010). Dysfunction of stress responsive systems as a risk factor for functional somatic syndromes. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 461-468. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.12.004
- Tan, Y., & Şahin, E. M. (2020). Somatik belirtilerin sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 12(2), 183-190. doi.org/10.18521/ktd.622524
- Tang, Y.-Y., & Tang, R. (2020). Personality and meditation. *The neuroscience of meditation içinde* (ss. 15-36). Elsevier. doi.org/10.1016/B978-0-12-818266-6.00003-4
- Tathan, E. (2014). Winnicott'ın nesne ilişkileri kuramı ile somatoform bozuklukların incelenmesi: Ağrı bozukluğu vakası. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 1(3), 17-28. doi.org/10.31682/ayna.470597
- Tavakoli, N., Broyles, A., Reid, E. K., Sandoval, J. R., & Correa-Fernández, V. (2019). Psychological inflexibility as it relates to stress, worry, generalized anxiety, and somatization in an ethnically diverse sample of college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, 1-5. doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.11.001
- Taycan, O., Sar, V., Celik, C., & Erdogan-Taycan, S. (2014). Trauma-related psychiatric comorbidity of somatization disorder among women in eastern

- Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1837-1846.  
doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.08.052
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.  
doi.org/10.1177/070674370004500203
- Taylor, G. J. (2003). Somatization and conversion: Distinct or overlapping constructs? *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(3), 487-508. doi.org/10.1521/jaap.31.3.487.22136
- Taylor, S. E. (2018). *Health psychology* (10. edition). McGraw-Hill Education.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.  
doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. *Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Web Sitesi*.  
hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-  
db/hastaliklar/kronik\_havayolu/raporlar/KRONIK\_ARASTIRMA\_TEMEL\_  
BULGULAR.pdf adresinden edinilmiştir. Erişim tarihi: 12 Aralık 2021.
- Thimm, J. C., Wang, C. E. A., Waterloo, K., Eisemann, M., & Halvorsen, M. (2018). Coping, thought suppression, and perceived stress in currently depressed, previously depressed, and never depressed individuals. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(3), 401-407. doi.org/10.1002/cpp.2173
- Tomasson, K., Kent, D., & Coryell, W. (1991). Somatization and conversion disorders: Comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(3), 288-293. doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb03146.x

- Tomba, E., & Offidani, E. (2012). A clinimetric evaluation of allostatic overload in the general population. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(6), 378-379. doi.org/10.1159/000337200
- Tomenson, B., Essau, C., Jacobi, F., Ladwig, K. H., Leiknes, K. A., Lieb, R., Meinschmidt, G., McBeth, J., Rosmalen, J., Rief, W., Sumathipala, A., Creed, F., & EURASMUS Population Based Study Group. (2013). Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 203(5), 373-380. doi.org/10.1192/bjp.bp.112.114405
- Tomfohr, L. M., Pung, M. A., Mills, P. J., & Edwards, K. (2015). Trait mindfulness is associated with blood pressure and interleukin-6: Exploring interactions among subscales of the five facet mindfulness questionnaire to better understand relationships between mindfulness and health. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 28-38. doi.org/10.1007/s10865-014-9575-4
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K., & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(11), 754-761. doi.org/10.1097/01.nmd.0000144694.30121.89
- Ünal, B., & Coşar, B. (2021). Somatik belirti bozukluğu ve ilişkili bozuklukların epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 14(4), 1-5.
- Ünal, S. (1999). Somatoform bozukluklar: Nozoloji ve tarihçe. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 1-6.
- Ünal, S. (2002). Bir anlatım tarzı olarak bedenselleştirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 52-55.

- Valikhani, A., Kashani, V. O., Rahmanian, M., Sattarian, R., Rahmati Kankat, L., & Mills, P. J. (2020). Examining the mediating role of perceived stress in the relationship between mindfulness and quality of life and mental health: Testing the mindfulness stress buffering model. *Anxiety, Stress, & Coping*, 33(3), 311-325. doi.org/10.1080/10615806.2020.1723006
- Valikhani, A., Rahmati Kankat, L., Hariri, P., Salehi, S., & Moustafa, A. A. (2019). Examining the mediating role of stress in the relationship between mindfulness and depression and anxiety: Testing the mindfulness stress-buffering model. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38(1), 14-25. doi.org/10.1007/s10942-019-00321-7
- van Dijk, S. D. M., Hanssen, D., Naarding, P., Lucassen, P., Comijs, H., & Oude Voshaar, R. (2016). Big Five personality traits and medically unexplained symptoms in later life. *European Psychiatry*, 38, 23-30. doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.05.002
- van Gils, A., Burton, C., Bos, E. H., Janssens, K. A. M., Schoevers, R. A., & Rosmalen, J. G. M. (2014). Individual variation in temporal relationships between stress and functional somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(1), 34-39. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.04.006
- van Houdenhove, B., & Egle, U. T. (2004). Fibromyalgia: A stress disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(5), 267-275. doi.org/10.1159/000078843
- van Son, J., Nyklíček, I., Nefs, G., Speight, J., Pop, V. J., & Pouwer, F. (2015). The association between mindfulness and emotional distress in adults with diabetes: Could mindfulness serve as a buffer? Results from diabetes MILES:

- The Netherlands. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 251-260.  
doi.org/10.1007/s10865-014-9592-3
- Veehof, M. M., ten Klooster, P. M., Taal, E., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Psychometric properties of the Dutch five facet mindfulness questionnaire (FFMQ) in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 30(8), 1045-1054. doi.org/10.1007/s10067-011-1690-9
- Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 129-135.  
doi.org/10.1097/01.psy.0000195834.37094.a4
- Weinstein, N., Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality*, 43(3), 374-385.  
doi.org/10.1016/j.jrp.2008.12.008
- Wharton, E., & Kanas, N. (2019). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of anxiety disorders. *International Journal of Group Psychotherapy*, 69(3), 362-372. doi.org/10.1080/00207284.2019.1599289
- Wise, T. N., & Mann, L. S. (1994). The relationship between somatosensory amplification, alexithymia and neuroticism. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(6), 515-521. doi.org/10.1016/0022-3999(94)90048-5
- Wolgast, M. (2014). What does the acceptance and action questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy*, 45(6), 831-839.  
doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.002

- Wool, C. A., & Barsky, A. J. (1994). Do women somatize more than men? *Psychosomatics*, 35(5), 445-452. doi.org/10.1016/S0033-3182(94)71738-2
- Woolfolk, R. L., & Allen, L. A. (2007). *Treating somatization: A cognitive-behavioral approach*. Guilford Press.
- Woolfolk, R. L., Allen, L. A., & Tiu, J. E. (2007). New directions in the treatment of somatization. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 621-644. doi.org/10.1016/j.psc.2007.07.001
- Yang, Y. (2020). Aggression and somatic symptoms: The role of emotion regulation and distress tolerance. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(4), 466-474. doi.org/10.1007/s12529-020-09885-6
- Yanık, M. (2003). Hafırgan: Kültüre bağı bir sendrom mu, yoksa anksiyetenin kültüre özgü bedensel ifadesi mi? *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 13(4), 6.
- Yavuz, F. K., Ataoğlu, A., Özçetin, A., Ölmez, S. B., Kuduban, A. K., & Kocagöz, Z. B. (2017). Somatoform bozukluk ve fibromyalji hastalarında kişilik özelliklerinin karşılaştırılması. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(1), 8-13.
- Yıldırım, İ. (1991). Stres ve stresle başa çıkmada gevşeme teknikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(6), 175-189.
- Yıldırım, J. C. (2019). *Üstbilişler ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide yaşantısal kaçınma stratejilerinin aracı rolünün incelenmesi* (Yayınlanmış yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Yıldırım, J. C., & Bahtiyar, B. (2020). Çok boyutlu yaşantısal kaçınma ölçeğinin Türkçe uyarlaması ve psikometrik özellikleri. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 4(1), 34-47. doi.org/10.5455/kpd.26024438m000019

- Yılmaztürk, N. (2020). *Algılanan stres, yaşam olayları, psikolojik iyi oluş ve kişilik bozuklukları arasındaki ilişkilerde içsel ve kişiler arası duygu düzenleme güçlüğünün rolünün incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Yorulmaz, A. (2021). *Duygu düzenleme güçlüğü, bilinçli farkındalık ve aleksitiminin somatizasyon belirtilerini yordayıcı etkilerinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul.
- Yu, N. X., Chan, J. S. M., Ji, X., Wan, A. H. Y., Ng, S., Yuen, L.-P., Chan, C. L. W., & Chan, C. H. Y. (2019). Stress and psychosomatic symptoms in Chinese adults with sleep complaints: Mediation effect of self-compassion. *Psychology, Health & Medicine*, 24(2), 241-252. doi.org/10.1080/13548506.2018.1546014
- Yücel, B. (2009). Somatoform bozukluklar. I. B. Kulaksızoğlu, R. Tükel, A. Üçok, İ. Yargıç, & O. Yazıcı (Ed.), *Psikiyatri içinde* (ss. 175-180). İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi.
- Zakiei, A., Ghasemi, S. R., Gilan, N. R., Reshadat, S., Sharifi, K., & Mohammadi, O. (2017). Mediator role of experiential avoidance in relationship of perceived stress and alexithymia with mental health. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(5), 335-341. doi.org/10.26719/2017.23.5.335
- Zargar, F., Rahafrouz, L., & Tarrahi, M. J. (2021). Effect of mindfulness-based stress reduction program on psychological symptoms, quality of life, and symptom severity in patients with somatic symptom disorder. *Advanced Biomedical Research*, 10(9), 1-7. doi.org/10.4103/abr.abr\_111\_19
- Zettle, R. D., Hocker, T. R., Mick, K. A., Scofield, B. E., Petersen, C. L., Song, H., & Sudarjanto, R. P. (2005). Differential strategies in coping with pain as a

function of level of experiential avoidance. *The Psychological Record*, 55(4), 511-524. doi.org/10.1007/BF03395524

Zhong, M., Goh, P. H., Li, D., Bao, J., & Xu, W. (2020). Dispositional mindfulness as a moderator between perceived stress and psychological symptoms in Chinese digestive tract cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 25(6), 810-818. doi.org/10.1177/1359105317736576

Zhong, M., Zhang, Q., Bao, J., & Xu, W. (2019). Relationships between meaning in life, dispositional mindfulness, perceived Stress, and psychological symptoms among chinese patients with gastrointestinal cancer. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 207, 34-37. doi.org/10.1097/NMD.0000000000000922

Zimmaro, L. A., Salmon, P., Naidu, H., Rowe, J., Phillips, K., Rebholz, W. N., Giese-Davis, J., Cash, E., Dreeben, S. J., Bayley-Veloso, R., Jablonski, M. E., Hicks, A., Siwik, C., & Sephton, S. E. (2016). Association of dispositional mindfulness with stress, cortisol, and well-being among university undergraduate students. *Mindfulness*, 7(4), 874-885. doi.org/10.1007/s12671-016-0526-8

## EKLER

### EK A. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın katılımcı,

Sizi Acıbadem Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Aybuke AKKAYA tarafından, Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur AKTAŞ danışmanlığında yürütülen tez çalışmasına davet etmekteyiz. Bu çalışma bireylerdeki stres algısı ve fiziksel belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlamaktadır. Araştırmaya katılmak için en az 18 yaşında ve üniversite öğrencisi olmanız yeterlidir. Bu formu okuyarak araştırmaya katılmayı seçerseniz size en uygun gelen yanıtları içtenlikle yansıtacak şekilde, yaklaşık 15-20 dakika sürecek bir anket setine yanıt vermeniz istenecektir.

Bu çalışmaya katılma kararınız tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmanın size doğrudan bir getirisi bulunmamaktadır. Bu çalışmaya katılımınız durumunda, psikoloji alanındaki bilimsel bilgiye destek sağlamış olacaksınız. Araştırma sonuçlarının psikolojik belirtilerin gelişiminde rol oynayan süreçlerin anlaşılmasına, önleyici müdahalelerin ve tedavi uygulamalarının genişletilmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Sizden kişisel verilerinize (örn. Adınız, adresiniz, e-posta vb.) dair herhangi bir bilgi istenmemektedir. Araştırmadan elde edilen veriler toplu olarak değerlendirilecek ve araştırma sonuçları yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır.

Araştırmaya katılmak fiziksel veya psikolojik açıdan öngörülen herhangi bir risk taşımamaktadır. Çalışmanın güvenilir ve doğru sonuçlara ulaşabilmesi için çalışmayı tamamlamanız, soruları eksiksiz ve samimi olarak cevaplamanız çok önemlidir. Çalışma sırasında herhangi bir noktada rahatsız olursanız, katılım onayınızı geri çekmeyi seçebilirsiniz. Onamınızı geri çekmeniz sizin için olumsuz bir sonucu olmayacaktır. Katılımınızı herhangi bir noktada sonlandırmak istiyorsanız, tarayıcı penceresini kapatmanız yeterlidir. Söz konusu durumda verileriniz çalışmaya dâhil edilmeyecektir.

#### *İletişim Bilgileri*

Araştırma hakkında bilgi almak için [Aybuke.Akkaya@live.acibadem.edu.tr](mailto:Aybuke.Akkaya@live.acibadem.edu.tr) mail adresinden araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

- Yukarıda verilen bilgileri okudum, anladım ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

## EK B. Demografik Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
  - ☐ Kadın
  - ☐ Erkek
  - ☐ Diğer
3. Şu an devam etmekte olduğunuz öğrenim düzeyi nedir?
  - ☐ Hazırlık
  - ☐ Ön lisans
  - ☐ Lisans
  - ☐ Yüksek Lisans
  - ☐ Doktora
4. Bölümünüz:  
Belirtiniz:.....
5. Medeni Durumunuz:
  - ☐ Bekâr
  - ☐ Evli
  - ☐ Boşanmış
  - ☐ Partneri ile yaşıyor
6. Şu an bir işte çalışıyor musunuz?
  - ☐ Evet
  - ☐ Hayır
7. Belirtilen ifadelerden hangisi ekonomik düzeyinizi en iyi şekilde temsil etmektedir?
  - ☐ Düşük
  - ☐ Orta
  - ☐ Yüksek
8. Yaşamınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz?
  - ☐ Köy
  - ☐ İlçe
  - ☐ İl
  - ☐ Büyük Şehir
9. Ailenizde psikolojik rahatsızlığı olan var mı?
  - ☐ Var
  - ☐ Yok

Var ise kimde ve ne tür bir rahatsızlık olduğunu belirtiniz:.....
10. Tanısı konulmuş herhangi bir tıbbi kronik hastalığınız var mı?
  - ☐ Evet
  - ☐ Evet ise belirtiniz:.....
  - ☐ Hayır

**11. Tanısı konulmuş herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı?**

- ☐ Evet  
Evet ise belirtiniz:.....
- ☐ Hayır

**12. Şu an psikolojik ilaç kullanıyor musunuz?**

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

**13. Şu an psikoterapi desteği alıyor musunuz?**

- ☐ Evet  
Evet ise ne kadar süredir destek aldığınızı belirtiniz:.....
- ☐ Hayır

**14. Bedensel yakınmalar (vücudunuzun çeşitli yerlerinde ağrı, acı, vb.) ile ne sıklıkla doktora başvurursunuz?**

- ☐ Her zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Nadiren
- ☐ Hiçbir zaman

**15. Genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu düşünürsünüz?**

- ☐ İyi
- ☐ Orta
- ☐ Kötü

### EK C. Algılanan Stres Ölçeği

Aşağıdaki sorular son bir ay içindeki düşünceleriniz ve duygularınızla ilgilidir. Her bir soruda sizden bu düşünceyi ya da duyguyu ne sıklıkta yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Bazı sorular birbirine benzer gibi görünse de aralarında farklılıklar vardır ve her soruyu ayrı bir soru olarak değerlendirmeniz gerekmektedir. Soruları yanıtlarken son bir ay içinde ne sıklıkta bu şekilde düşündüğünüzü ya da hissettiğinizi hesaplamaya çalışmak yerine soruyu okuduktan sonra seçenekler arasında en uygun gördüğünüz tahmini işaretlemeniz daha uygun olacaktır.

|    |                                                                                                                                  | Hiç | Neredeyse hiç | Bazen | Sıkça | Çok sık |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------|-------|-------|---------|
| 1  | Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzüldünüz?                                      | 0   | 1             | 2     | 3     | 4       |
| 2  | Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki önemli celery kontrol edemediğinizi hissettiniz?                                    | 0   | 1             | 2     | 3     | 4       |
| 3  | Son bir ay içinde kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?                                                          | 0   | 1             | 2     | 3     | 4       |
| 4  | Son bir ay içinde, yaşamınızdaki can sıkıcı durumlarla ne sıklıkta başarılı bir biçimde baş ettiniz?                             | 0   | 1             | 2     | 3     | 4       |
| 5  | Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızda meydana gelen önemli değişikliklerle etkili bir biçimde başa çıktığınızı hissettiniz? | 0   | 1             | 2     | 3     | 4       |
| 6  | Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?                                      | 0   | 1             | 2     | 3     | 4       |
| 7  | Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?                                                   | 0   | 1             | 2     | 3     | 4       |
| 8  | Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?                        | 0   | 1             | 2     | 3     | 4       |
| 9  | Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?                                         | 0   | 1             | 2     | 3     | 4       |
| 10 | Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hakim olduğunuzu hissettiniz?                                              | 0   | 1             | 2     | 3     | 4       |
| 11 | Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkelenediniz?                                   | 0   | 1             | 2     | 3     | 4       |
| 12 | Son bir ay içinde ne sıklıkta, üstesinden gelmek zorunda olduğunuz şeyler üzerinde düşündünüz?                                   | 0   | 1             | 2     | 3     | 4       |
| 13 | Zamanınızı nasıl geçirdiğinizi son bir ay içinde ne sıklıkta kontrol edebildiniz?                                                | 0   | 1             | 2     | 3     | 4       |
| 14 | Son bir ay içinde ne sıklıkta, güçlüklerin, üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?                            | 0   | 1             | 2     | 3     | 4       |

## EK D. Somatizasyon Ölçeği

Bu formda sıra ile numaralandırılmış bazı sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak kendi durumunuza göre DOĞRU ya da YANLIŞ olup olmadığına karar veriniz. Bu soruları sadece kendinizi düşünerek yanıtlayınız. Bazı sorular birbirinin aynı ya da tam tersi gibi gelebilir. Mümkünse bütün soruları cevaplandırmaya çalışınız

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

### EK E. Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Aşağıda verilen maddelerdeki ifadelere ne derece katılıp ne derece katılmadığınızı değerlendirip sizin için en uygun seçeneği yanıtlayınız.

|    |                                                                                                                                     | Kesinlikle<br>Doğru Değil | Nadiren<br>Doğru | Bazen Doğru | Çoğunlukla<br>Doğru | Her Zaman<br>Doğru |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------|-------------|---------------------|--------------------|
| 1  | Yürürken vücudumda oluşan hareketlerin verdiği hislere özellikle dikkat ederim                                                      | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 2  | Hislerimi tanımlayan kelimeleri bulmakta iyiyimdir.                                                                                 | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 3  | Mantığa aykırı veya yersiz duygular yaşadığımda kendimi eleştiririm                                                                 | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 4  | Duygu ve hislerimi, onları reddetmeksizin algılarımla.                                                                              | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 5  | Bir şeyler yaparken konudan uzaklaşırım ve dikkatim kolay dağılır.                                                                  | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 6  | Duş alırken veya banyo yaparken, suyun bedenim üzerindeki yarattığı hislere karşı duyarlıyım..                                      | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 7  | İnanç, görüş ve beklentilerimi kolayca kelimelere dökebilirim.                                                                      | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 8  | Ne yaptığıma dikkat etmem; çünkü ya dalıp giderim, ya endişelenirim ya da bir şekilde dikkatim dağılmış olur.                       | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 9  | Duygularımın içinde kaybolup gitmeden onları izleyebilirim.                                                                         | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 10 | Kendi kendime hissettiğim şekilde hissetmemem gerektiğini söylediğim olur.                                                          | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 11 | Yediğim ve içtiğim şeylerin düşüncelerimi, bedensel duyularımı ve duygularımı nasıl etkilediklerini fark ederim.                    | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 12 | Düşüncelerimi tanımlayan kelimeleri bulmak benim için zordur.                                                                       | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 13 | Dikkatim kolay dağılır.                                                                                                             | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 14 | Bazı düşüncelerimin anormal veya kötü olduğuna ve o şekilde düşünmemem gerektiğine inanırım.                                        | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 15 | Saçlarımla arasında dolaşan rüzgâr ve yüzüme vuran güneş gibi hislere dikkat ederim.                                                | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 16 | Bir şeyler hakkında nasıl hissettiğimi ifade edecek doğru kelimeleri düşünmekte zorlanırım.                                         | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 17 | Düşüncelerimin iyi veya kötü olup olmadığı konusunda değerlendirmeler yaparım.                                                      | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 18 | Şu anda olup bitene odaklanmak benim için zordur.                                                                                   | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 19 | Bana sıkıntı veren düşünce ve imgelere sahip olduğumda, bir adım geri atar ve o düşünce ve imgeye esir olmadan, onları fark ederim. | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |
| 20 | Saatlerin tıklaması, kuşların cıvıltısı ya da yoldan geçen arabaların gürültüleri gibi seslere dikkat ederim.                       | 1                         | 2                | 3           | 4                   | 5                  |

|    |                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 21 | Zor durumlarda, hemen tepki vermeden duraksayabilirim.                                                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Bedenimde bir şey duyumsadığımda, bunu tanımlamak bana zor gelir; çünkü doğru kelimeleri bulamam.                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Ne yaptığının pek farkına varmaksızın, otomatikçe bağlanmışım gibime geliyor.                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Bana sıkıntı veren düşünce ve imgelere sahip olduğumda, çok geçmeden kendimi sakin hissedirim.                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Kendi kendime, düşündüğüm şekilde düşünmemem gerektiğini söylerim.                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Çevremdeki koku ve aromaları fark ederim.                                                                                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Kendimi çok kötü hissettiğim durumlarda bile, bu durumu kelimelere dökmenin bir yolunu bulabilirim.                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Ne yaptığma çok dikkat etmeksizin, işlerimi acele ile yapıp geçerim.                                                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | Bana sıkıntı veren düşünce ve imgelere sahip olduğumda, tepki vermeksizin onları fark ederim                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 | Bazı duygularımın kötü veya yersiz olduğunu ve bunları hissetmemem gerektiğini düşünürüm.                                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 | Sanat veya doğadaki görsel öğeleri; örneğin renkleri, şekilleri, dokuları ya da ışık ve gölge motiflerini fark ederim.                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 | Deneyimlerimi kelimelere dökmek gibi doğal bir eğilimim vardır.                                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 | Bana sıkıntı veren düşünce ve imgelere sahip olduğumda, onları sadece fark eder ve salıveririm.                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 | Ne yaptığının farkına varmaksızın iş ve görevlerimi otomatikçe bağlanmış gibi yaparım.                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35 | Bana sıkıntı veren düşünce ve imgelere sahip olduğumda, o düşünce ve imgenin ne olduğuna bağlı olarak kendimi iyi veya kötü bir insan olarak değerlendiririm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36 | Duygularımın düşünce ve davranışlarımı nasıl etkilediğine dikkat ederim.                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37 | Genellikle şu anda nasıl hissettiğimi ayrıntılı bir biçimde tanımlayabilirim.                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38 | Kendimi, ne yaptığma dikkat etmeksizin bir şeyler yaparken bulurum.                                                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39 | Mantığa aykırı fikirlerim olduğu zaman kendimi onaylamam.                                                                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## EK F. Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği

Aşağıda verilen maddelerdeki ifadelere ne derece katılıp ne derece katılmadığınızı değerlendirip sizin için en uygun seçeneği yanıtlayınız.

|    |                                                                                           | Hiç<br>katılmıyorum | Kısmen<br>katılmıyorum | Biraz<br>katılmıyorum | Biraz<br>katılıyorum | Kısmen<br>katılıyorum | Tamamen<br>katılıyorum |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|
| 1  | Acı verici anılarımın tümünü sihirli bir şekilde silebilecek olsaydım, bunu yapardım.     | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 2  | Üzücü bir şey olduğu zaman, onun hakkında düşünmemek için çok çabalarım.                  | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 3  | Yapılması gereken hoş olmayan şeyleri erteleme eğilimindeyim.                             | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 4  | İnsanlar korkularıyla yüzleşmelidir.                                                      | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 5  | Mutluluk, hiçbir zaman acı ya da hayal kırıklığı hissetmemek demektir.                    | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 6  | Düşük de olsa, zarar görme ihtimalinin olduğu aktivitelerden kaçınırım.                   | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 7  | Olumsuz düşünceler aklıma geldiğinde, zihnimi başka şeylerle meşgul etmeye çalışırım.     | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 8  | İnsanların bana inkâr içinde olduğumu söylediği zamanlar oldu.                            | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 9  | Bazen zorluklarla karşılaşmaktan kaçınmak için işlerimi ertelerim.                        | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 10 | Rahatsız hissetsem bile, değer verdiğim şeyler için çalışmaktan vazgeçmem.                | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 11 | İncindiğim zaman daha iyi hissetmek için her şeyi yaparım.                                | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 12 | Beni üzme ihtimali olan bir şeyi nadiren yaparım.                                         | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 13 | Acı çektiğim zaman, genelde dikkatimi dağıtmaya çalışırım.                                | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 14 | Hissetmek istemediğimde duygularımı “kapatabilirim”.                                      | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 15 | Önemli bir şey yapmam gerektiği zaman, kendimi bir sürü başka şey ile uğraşırken bulurum. | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 16 | İstediğimi elde etmek için acı ve rahatsızlığa katlanmaya razıyım.                        | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 17 | Mutluluk, olumsuz düşüncelerden kurtulmak demektir.                                       | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 18 | Hoş olmayan düşünce ya da hislere yol açabilecek durumlardan kaçınmak için çok uğraşırım. | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |
| 19 | Diğer insanlar bana söyleyene kadar kaygılı                                               | 1                   | 2                      | 3                     | 4                    | 5                     | 6                      |

|    |                                                                                                |   |   |   |   |   |   |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
|    | olduğumu fark etmem.                                                                           |   |   |   |   |   |   |
| 20 | Üzücü anılar aklıma geldiği zaman başka şeylere odaklanmaya çalışırım.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21 | Duygularımla temas halindeyim.                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22 | Benim için önemli olan şeyler için acı çekmeye razıyım.                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23 | En büyük amaçlarımdan biri, acı veren duygulardan uzak olmaktır.                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24 | Yeni şeyler denemek yerine, kendimi rahat hissettiğim aktivitelere devam etmeyi tercih ederim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25 | Üzüntü verici duygulardan uzak durmak için çok çabalarım.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26 | Sorunlarımı kabul etmediğimi söyleyenler oldu.                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27 | Korku ya da kaygı, beni önemli bir şeyi yapmaktan alıkoymaz.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28 | Sorunlarımın hemen üstesinden gelmeye çalışırım.                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29 | Daha az stresli hissetmek için her şeyi yapardım.                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30 | Hoş olmayan anılar aklıma geldiğinde, onları aklımdan çıkarmaya çalışırım.                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31 | Bu devirde insanlar, acı çekmek zorunda olmamalı.                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32 | Duygularımı bastırdığımı söyleyenler oldu.                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33 | Hoşuma gitmeyen işleri mümkün olduğunca ertelemeye çalışırım.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34 | Acı çektiğim zamanlarda bile yapılması gerekenleri yaparım.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35 | Hiç kaygı hissetmeseydim, hayatım mükemmel olurdu.                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36 | Eğer kendimi köşeye sıkışmış hissetmeye başlarsam, derhal o durumu bırakırım.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 37 | Olumsuz bir düşünce aklıma geldiğinde, hemen başka bir şey düşünmeye çalışırım.                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38 | Ne hissettiğimi bilmek benim için zordur.                                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39 | Bir şeyi kesinlikle yapmam gereken son ana kadar yapmam.                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 40 | Acının ya da rahatsızlığın istediğimi elde etmeme engel olmasına izin vermem.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 41 | Kötü hissetmemek için birçok şeyden vazgeçerdim.                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 42 | Rahatsız edici durumlardan kaçınmak için çok çaba harcarım.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 43 | Hislerim çok yoğun olduğunda onları uyuşturabilirim.                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

|    |                                                                                     |   |   |   |   |   |   |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 44 | Yarına erteleyebileceğin bir şeyi neden bugün yapasın ki?                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 45 | İstediklerimi alabilmek için üzüntüye katlanmaya razıyım.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 46 | İnsanların bana “kafamı kuma gömdüğümü” söyledikleri oldu.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 47 | Acı her zaman zarar verir.                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 48 | Bir durum beni biraz bile rahatsız etse, hemen ondan uzaklaşmaya çalışırım.         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 49 | Kötü hissettiğimi fark etmem biraz zaman alır.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 50 | Şüphelerim olsa bile amaçlarım için çalışmaya devam ederim.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 51 | Olumsuz duygularımdan kurtulabilmeyi dilerdim.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 52 | Gergin hissetme ihtimalimin olduğu durumlardan kaçınırım.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 53 | Duygularımdan kopuk olduğumu hissediyorum.                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 54 | Umutsuz/kasvetli düşüncelerin beni yapmak istediklerimden alıkoymasına izin vermem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 55 | İyi bir hayatın sırrı hiç acı hissetmemektir.                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 56 | Huzursuz hissettiğim herhangi bir ortamı hızlıca terk ederim.                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 57 | İnsanların bana, sorunlarımın farkında olmadığını söyledikleri oldu.                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 58 | Hiç üzüntü ya da hayal kırıklığı olmadan yaşamayı umut ederim.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 59 | Önemli bir şey üzerinde çalışırken işler zorlaşsa da o işi bırakmam.                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

## EK G. Acibadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırma Etik Kurul Kararı



SAYI: ATADEK-2021/12

30.06.2021

KONU: Etik Kurul Kararı

Sayın Aybüke AKKAYA, Dr.  gr. Üyesi Ay enur AKTA ,

Sorumluluğunu y r tt  n z “**Algılanan Stres ile Somatizasyon Arasındaki İlişkide Bilinçli Farkındalık ve Yaşantısal Kaçınma De i kenlerinin İncelenmesi**” başlıklı proje 30.06.2021 tarih 2021/12 Sayılı ATADEK Toplantısında g r   lm   olup 2021-12/21 karar numarası ile tıbbi etik yönden uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. İsmail Hakkı Ulus

ATADEK Başkanı