



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**PSİKOSOMATİK SİNDİRİM SİSTEMİ RAHATSIZLIĞI
OLAN BİREYLERİN NÖROTİZM VE AFFEDİCİLİK
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

SEDA KARTALTEPE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2019

**PSİKOSOMATİK SİNDİRİM SİSTEMİ
RAHATSIZLIĞI OLAN BİREYLERİN NÖROTİZM
VE AFFEDİCİLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

SEDA KARTALTEPE

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Ezgi ULU

LEFKOŞA

2019

KABUL VE ONAY

Seda Kartaltepe tarafından hazırlanan “Psikosomatik Sindirim Sistemi Rahatsızlığı Olan Bireylerin Nörotizm Ve Affedicilik Düzeyleri Arasındaki İlişki” başlıklı bu çalışma 28/01/2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Yrd. Doç. Dr. Ezgi Ulu (Danışman)

Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Prof. Dr. Ebru Çakıcı (Başkan)

Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç Dr. Ece Emre Müezzın

Kıbrıs Sosyal Bilimler Üniversitesi
İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Psikoloji Bölümü

Prof. Dr. Mustafa Sağsan

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- ☐ Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih

İmza

Seda KARTALTEPE

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın ilerlemesi, yönlendirilmesi, değerlendirilmesi ve yazımı aşamasında bana bilgi ve tecrübesiyle yol gösteren danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Ezgi ULU' ya araştırmamın her aşamasında yardımlarını esirgemeyen değerli iş arkadaşlarım ve hastalarla iletişim kurmamda vesile olan değerli hocam Prof. Dr. Erdal KARAGÜLLE' ye ve tezimin her aşamasında maddi-manevi desteğini esirgemeyen, her anımda yanımda olan hocam Op. Dr. Mehmet Akif Eren ÇUHADAR' a teşekkür ederim.

ÖZ

PSİKOSOMATİK SİNDİRİM SİSTEMİ RAHATSIZLIĞI OLAN BİREYLERİN NÖROTİZM VE AFFEDİCİLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Psikosomatik bozukluklar, etkeni kesin olmayan ancak psikolojik yapıdaki değişimler sonucu bedensel rahatsızlıklara neden olan bozuklukları ifade etmektedir. Nörotizm kişilik özelliği, tehdit, hayal kırıklığı ya da zarara vermek gibi olumsuz duyguları içeren nispeten durağan eğilimlere işaret eder. Affedicilik ise, insanları öfkelerinden ve bilinçsiz öfkenin bir sonucu olan suçluluktan kurtarmaya yönelik güçlü bir terapötik müdahale olarak kabul edilir. Bu bilgiler dahilinde araştırmanın amacı, psikosomatik tanı grubunda yer alan sindirim sistemi bozukluğu olan kişilerin nörotizm ile affedicilik düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Bu amaçla araştırmaya Konya ilinde bulunan ve uzman gastroenterolog tarafından sindirim sistemi rahatsızlığı tanısı almış 50 hasta dahil edilerek öz-bildirim yolu ile Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Beş Faktörlü Kişilik Envanteri-Kısa Versiyonu (Horzum, Ayas ve Padir, 2017) ve Affedicilik Ölçeğini doldurmaları istenmiştir.

Değerlendirmeler sonucunda kronik rahatsızlığı olan kişilerin nörotizm düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,004$). Ayrıca nörotizm ve affedicilik düzeyleri arasında negatif yönde korelasyon saptanmıştır ($p=0,020$; $r=-0,327$). Bu yönüyle literatürle uyum göstermektedir. Daha geniş örneklem ve kontrol grubu da oluşturularak sonraki çalışmalar önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psikosomatik Bozukluk, Nörotizm, Affedicilik, Sağlık Anksiyetesi, Sindirim Sistemi Rahatsızlıkları

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN NEUROTICISM AND FORGIVENESS LEVELS OF INDIVIDUALS WITH PSYCHOSOMATIC DIGESTIVE SYSTEM DISORDER

Psychosomatic disorders refer to disorders that are not specific but cause physical disorders as a result of changes in psychological structure. Neuroticism personality trait refers to relatively stable tendencies, which include negative emotions such as, threat, disappointment or harm. Forgiveness is considered a powerful therapeutic intervention to free people from their anger and guilt, which is the result of unconscious anger. The aim of this study is to evaluate the relationship between neuroticism and forgiveness levels of people with digestive system disorder in psychosomatic diagnosis group. For this purpose, 50 patients in the province of Konya who were diagnosed with digestive system disorder by the gastroenterologist were included in the study and were asked to complete The Health Anxiety Scale, Five Factor Personality Inventory- Short version(Horzum, Ayas ve Padir, 2017) and Forgiveness Scale via Self-report.

As a result of the evaluations, it was seen that the neuroticism levels of people with chronic diseases were higher ($p = 0.004$). In addition, there was a negative correlation between neuroticism and forgiveness levels ($p = 0.020$; $r = -0.332$). In this respect, it was compatible with the literature. A larger sample and including a control group are suggested for further studies.

Key Words: Psychosomatic Disorder, Neuroticism, Forgiveness, Health Anxiety, Digestive System Disorders

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY

BİLDİRİM

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR.....	x

1. BÖLÜM.....1

GİRİŞ.....1

1.1. Problem durumu... ..1

1.2. Araştırmanın amacı.....2

1.3.Araştırmanın önemi3

1.4. Araştırmanın sınırlılıkları3

2. BÖLÜM4

KURAMSAL ARAŞTIRMALAR.....4

2.1. Psikosomatik bozuklukların tarihsel süreci4

2.1.1. Psikosomatik tanısının DSM'deki gelişim süreci.....5

2.2. Psikosomatik bozukluklar ile ilgili tanımlar.....8

2.3. Psikosomatik bozukluklar ve etiyolojisi.....8

2.4. Psikosomatik bozuklukların kuramsal açıklamaları9

2.4.1. Biyolojik kuramlar.....9

2.4.2. Psikolojik kuramlar.....10

2.5. Sindirim sistemi ile ilgili hastalıklar.....10

2.6. Psikosomatik bozukluklar ile sindirim sistemi hastalıklarının ilişkisi	12
2.7. Psikosomatik hastalıklarda ruhsal süreçler	13
2.8. Nörotizm	14
2.9. Affedicilik.....	16
2.10. Nörotizm ve affediciliğin birbiriyle etkileşimi	17
3. BÖLÜM.....	18
YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırma modeli	18
3.2. Evren ve örneklem	18
3.3 Veri toplama araçları	22
3.3.1. Demografik bilgi formu.....	22
3.3.2. Sağlık anksiyetesi ölçeği	22
3.3.3. Beş faktörlü kişilik envanteri.....	23
3.3.4. Affedicilik ölçeği	23
3.4. Verilerin toplanması	24
3.5. Verilerin analizi	24
4. BÖLÜM	26
BULGULAR.....	26
5. BÖLÜM.....	35
TARTIŞMA	35
6. BÖLÜM	42
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	42
6. 1.Sonuç	42
6. 2. Öneriler	42

KAYNAKLAR.....	44
EKLER.....	52
EK-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	52
EK-2 Sağlık Anksiyetesi Envanteri-Kısa Versiyonu.....	56
EK-3 Beş Faktörlü Kişilik Envanteri- Kısa Formu	57
EK-4 Affedicilik Ölçeği	58
EK-5 Sağlık Anksiyetesi Envanteri-Kısa Versiyonu Kullanım İzni	59
EK-6 Beş Faktörlü Kişilik Envanteri- Kısa Formu Kullanım İzni	60
EK-7 Affedicilik Ölçeği Kullanım İzni	61
ÖZGEÇMİŞ	62
İNTİHAL RAPORU	63
ETİK KURUL ONAYI.....	64

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.	Katılımcıların demografik özelliklere göre dağılımı	20
Tablo 2.	Katılımcıların sağlık bilgilerine dair dağılımı	21
Tablo 3.	Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyi	26
Tablo 4.	Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin nörotizm düzeyleri	26
Tablo 5.	Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin affedicilik düzeyi	27
Tablo 6.	Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyinin sosyo-demografik özellikler ile ilişkisi	28
Tablo 7.	Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin nörotizm düzeyinin sosyo-demografik özellikler ile ilişkisi	30
Tablo 8.	Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin affedicilik düzeyinin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi	32
Tablo 9.	Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan kişilerin sağlık anksiyetesi, nörotizm ve affedicilik düzeyleri arasındaki korelasyonun bulguları	34

KISALTMALAR

APA:	Amerikan Psikiyatrik Birliği
DSM:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
GERD:	Gastroözofageal Reflü Hastalığı
GI:	Gastrointestinal
IBS:	İrritabl Bağırsak Sendromu
SSD:	Somatik Belirtiler Bozukluğu
UK:	Ülseratif Kolit
UP:	Birleşik Protokol

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem durumu

Ruh “psike” ve beden “soma” terimlerinden oluşan psikosomatik bozukluklar, etkeni kesin olmayan ancak psikolojik yapıdaki değişimler sonucu bedensel rahatsızlıklara neden olan bozuklukları ifade etmektedir. Ortaçağdan beri dikkat çeken bu durum, günümüzdeki adı altında 19. yüzyıl ile birlikte literatürde yer edinmiştir. Bu konudaki çalışmalar dahilinde somatizasyon terimi de sıklıkla anılmaktadır. Somatizasyon tıbbi bir terminoloji kapsamında duygusal çatışmaların açıklanamayan semptomlar ile bedene yansıması anlamına gelmektedir (Şahin, Çeri, Düzgün, Ergün, Karslı, Koç, Örlü ve Uzun, 2007).

Bedensel yansımalar olarak sıklıkla dolaşım, solunum, deri rahatsızlıkları, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları olmakla beraber sıklıkla sindirim sistemi bozuklukları olarak da karşımıza çıkmaktadır. Sindirim sistemi ile ilgili hastalıklar arasında peptik ülser, ülseratif kolit ve fonksiyonel hastalık olarak irritabl bağırsak sendromuakla gelmektedir (Shah ve Pimentel, 2014).

Nörotizm kişilik özelliği, tehdit, hayal kırıklığı ya da zarar vermek gibi olumsuz duyguları içeren nispeten durağan eğilimlere işaret eder. Nörotizm, birçok zihinsel bozukluğa (örn., somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları, şizofreni ve madde kullanım bozuklukları) ve nörotizm maddeleriyle örtüşen semptomlarla tanımlanmayan fiziksel sağlık problemlerine güçlü bir şekilde bağlıdır. Depresyon kontrol altına alındığında bile nörotizmin çok çeşitli

fiziksel sağlık sorunlarını öngörebileceğine dair bazı kanıtlar vardır (Bouhuys, Flentge, Oldehinkel ve Van den Berg, 2004).

Affedicilik, insanları öfkelerinden ve bilinçsiz öfkenin bir sonucu olan suçluluktan kurtarmaya yönelik güçlü bir terapötik müdahale olarak kabul edilir (Fitzgibbons, 1986).

Farklı yaşam koşullarına sahip bireylerin kendilerini ifade etme şekilleri değişiklik göstermektedir. Yaşam koşulları medeni durum, gelir düzeyi, çalışma durumu, aile ortamı gibi faktörlerle beraber bireyin sağlık durumunu da etkilemektedir. İnsanların maruz kaldıkları etkenler, zaman zaman fizyolojik bir hastalık gibi görünen ancak psikolojinin bedene yansıması şeklinde rahatsızlıklara da yol açmaktadır. Literatürde bu durum “psikosomatik bozukluklar” adı altında değerlendirilmekte ve önemli bir araştırma konusu haline gelmektedir.

1.2. Araştırmanın amacı

Bu bilgiler ışığında bu çalışmada genel olarak psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan kişilerin ruhsal dünyasında yaşadığı sıkıntıyı bedenlerine aktarırken; bedene yansıyan kısımda duygusal dengesizlikleri (nörotizm) ile affedicilik düzeyleri arasındaki ilişkiyi ölçümlemek hedeflenmiştir. Bu genel amaç ile birlikte aşağıdaki soruların yanıtlanmasına çalışılmıştır:

1. Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan kişilerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ne seviyededir?
2. Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan kişilerin nörotizm düzeyleri ne seviyededir?
3. Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan kişilerin affedicilik düzeyleri ne seviyededir?
4. Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan kişilerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri arasında bir ilişki var mıdır?
5. Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan kişilerin nörotizm düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri arasında bir ilişki var mıdır?

6. Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan kişilerin affedicilik düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri arasında bir ilişki var mıdır?
7. Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan kişilerin sağlık anksiyetesi, nörotizm ve affedicilik düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın önemi

Literatürde yer alan çalışmalarda nörotizm düzeyleri ile psikosomatik bozuklukların ilişkili olduğu görülmüştür (Rosmalen, Neeleman, Gans, de Jorge, 2007; Salminen, Lehtinen, Jokinen, Talvitie, Salminen, 1980). Ancak özellikle Türk popülasyonunu yansıtan çalışmalar yetersiz sayıdadır. Nörotizmin affedicilik üzerinde inhibe edici bir karakteristiği olduğu empirik çalışmalar ile bilinmektedir (Ashton, Paunonen, Helmes ve Jackson, 1998). Abid ve arkadaşları (2015), 500 lise ve üniversite öğrencisi ile yaptıkları araştırmada nörotizmin de yer aldığı beş kişilik faktörü ile affedicilik ilişkisini değerlendirmiştir. Buna göre nörotizmin belirgin bir şekilde affedicilik düzeyi ile negatif korelasyon gösterdiğini belirtmişlerdir. Bu ters korelasyon bilinmesine karşın bu durumun psikosomatik bozukluk ile ilişkisi tanımlanmış olan sindirim sistemi bozukluğu olan bireylerdeki nörotizm ve affedicilik düzeyi ilişkisi aydınlatılmamıştır. Bu nedenle çalışma özgün bir değere sahip olup literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır.

1.4. Araştırmanın sınırlılıkları

Bu çalışmada Konya ilinde 18 yaş üzeri psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı bulunan 50 kişiyi kapsamaması nedeniyle belli bir kesimi yansıtan bulgular sunmaktadır.

2. BÖLÜM

KURAMSAL ARAŞTIRMALAR

2.1. Psikosomatik bozuklukların tarihsel süreci

Ortaçağda şeytanda bulunan bir bozukluk olarak inanılan psikosomatik bozukluk semptomlarına dair yüzyıllar boyunca birbiriyle değiştirilebilen çeşitli örtüşen tanımlamalar yapılmıştır. Bu tanımlamalar arasında özellikle “histeri” ve “hipokondriyazis” terimleri doğru yer almıştır (Veigh, 1965). 1682’de Sydenham psikosomatik bozukluklarda görülen fiziksel ve psikolojik belirtilerin ilk sistematik tanımlarından birini yapmıştır. Histerinin, “herhangi bir tıbbi hastalığı simüle edebilecek” ve daha çok kadınlarda görülen bir durum olduğunu, erkeklerde ise hipokondriyazisin daha sık karşılaşıldığını öne sürmüştür (Kallivayalil ve Punnoose, 2010). Her iki durum da “hayvansal ruhlar”dan dolayı zihnin rahatsızlığı ve bedenin tutarsızlığı olarak göz önünde bulundurulmuştur.

1799’da Sims, histerinin dalgalanan bir ruh haliyle ilişkili olduğunu ve hipokondriyazinin melankoli ile en iyi şekilde karakterize edildiğini ifade ederek hipokondriyazi ile histeriyi birbirinden ayırmıştır (aktaran Kallivayalil ve Punnoose, 2010). 19. yüzyılda Briquet 430 histeri vakasını ele alarak ayrıntılı tanımlamalar yapmıştır. Bunun ardından Reynold ve Charcoal da histeriyi merkezi sinir sistemi hastalığı olarak kabul etmiştir (aktaran Jana, Praharaj ve Mazumdar, 2012). Birkaç yıl sonra, Freud ve Breuer histeriye yeni bir bakış açısı ortaya koymuşlardır. Buna göre histeriyi duygusal sıkıntıların fiziksel belirtiler ile bir dönüşümü olarak ifade etmişlerdir (Breuer ve Freud, 1893).

Freud, bu bedensel belirtilerin ortaya çıkışını bilinçdışı zihinsel süreçlere bağlamıştır (Breuer ve Freud, 1893). Stekel ise bir kaç yıl sonra somatizasyon terimini sunmuştur. Menninger de benzer bir kuramsal yaklaşım ile somatizasyon reaksiyonlarını “anksiyetenin bilinçdışı viseral ekspresyonu olarak tanımlayarak somatizasyon kavramını genişletmiştir (Hinsie ve Campbell, 1960).

Bu kavramların evriminde bir başka önemli dönüm noktası, Menninger'in 1947'de daha önce çoğunlukla nevrotik bir özellik olarak ele alınan somatizasyonu zihinsel bir duruma dönüştürmesidir (aktaran Lipowski, 1988). Psikosomatik bozuklukların seyrinin ve korelasyonlarının yanı sıra somatik belirtilere ve bireysel savunmasızlığı etkileyen psikososyal faktörlere yaklaşmakta olan güncel disiplinler arası görüş, yoğun bir süreçten geçmiştir (Babanve Dumitrascu, 1991). Psikosomatik bozuklukların tanımlanmasında kullanılan bazı terimler vardır: psikojenik, psikosomatik, dönüşüm, somatizasyon, hipokondriyazis. Semptomlar da yıllar boyunca pek çok isim almıştır. Nitekim, 20. yüzyılın ortalarından önce psikiyatrik tanılar, hastaneden hastaneye ve hatta bir profesyonelden diğerine büyük ölçüde tutarsız ve çeşitli hale gelmiştir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması gibi modern sınıflandırma sistemleri geliştirildiğinde araştırmalar arttırılarak yeni klinik gelişmeler daha güçlü hal almıştır.

2.1.1. Psikosomatik tanısının DSM'deki gelişim süreci

DSM-I psikofizyolojik otonomik ve viseral bozukluklar adlı bir bölüm içermiştir. Bu bölüm, psikosomatik bozuklukların tanısında kullanılmıştır. Genel özellikler ve kategoriler ilk orijinal baskıya çok benzese de, DSM II 1968'de birkaç değişiklik içererek yayınlanmıştır. El kitabının bu ikinci versiyonunda, “reaksiyon” gibi terimler çıkarılmış ve yeni bir terminoloji benimsenmiştir. Bu terimler; nevroz, psikoz ve bozukluktur. Psikosomatik durumların otonomik ve viseral olarak tanımı kaldırılmış psikofizyolojik bozukluklar haline getirilmiştir,

ancak bu bozuklukların tanı kriterleri büyük ölçüde aynı kalmıştır (American Psychiatric Association, 1968).

DSM III, on iki yıl sonra 1980'de piyasaya sürülmüştür. Psikofizyolojik bozukluklar artık bu baskıya dahil edilmemiştir; bunun yerine yeni bir kategori eklenmiştir: Fiziksel koşulları etkileyen psikolojik faktörler. Bu kategori temel olarak fiziksel (diğer bir deyişle biyolojik) koşulları etkileyen psikolojik süreçlerle tanımlanmıştır ve klinisyenler için psikolojik faktörlerin bazı fiziksel durumun başlamasına veya alevlenmesine katkıda bulunabileceğine dikkat çekmiştir(Amerikan Psikiyatri Birliği, 1980). Benzer bir tasarıma ve yapısına sahip olan DSM IV, 1994 yılında yayınlanmıştır. Psikosomatik bozukluklar açısından iki temel değişiklik yapılmıştır: Tıbbi durumu etkileyen psikolojik faktörler, fiziksel durumu etkileyen psikolojik faktörler ile değiştirilmiştir. Daha da önemlisi, bu bölüm kendi içinde bir kategori statüsüne sahip değildir; bunun yerine başka bir kategoride bir alt bölüm olarak dahil edilmiştir: Dikkatin odak noktası olabileceği diğer koşullar. Somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, ağrı bozukluğu, hipokondriyazis, beden dismorfik bozukluğu, somatoform bozukluk aynı kategoride yer almaktadır(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000).

DSM'nin en yeni sürümü ise 2013'te yayınlanmıştır: DSM-V. Somatizasyon bozuklukları ve tıbbi durumu etkileyen psikolojik faktörler şu anda Somatik belirtiler ve ilgili bozukluklar olarak adlandırılan aynı kategoride yer almaktadır. Bu değişiklik somatoform bozukluklar arasındaki örtüşmeyi ortadan kaldırmak ve sınırlarını netleştirmek için yapılmıştır. Başka bir şekilde belirtilmemiş somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, somatoform bozukluk tanısı çıkarılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre, kronik ağrı bozuklukları yaşayan hastalar artık somatik semptomlar, baskın olarak ağrı veya tıbbi durumu etkileyen psikolojik faktörler veya uyum bozukluğu ile teşhis edilebilmektedir. Somatik belirtiler bozukluğu (SSD) (başka bir şekilde belirtilmemiş somatizasyon bozukluğu ve somatizasyon bozukluğunun birleşik kategorisi) DSM IV'ün aksine belirli sayıda semptom gerektirmemektedir (Suris, Holliday ve North, 2016).

DSM V de yer alan “somatik semptom bozukluğu” tanı kriterleri şöyledir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013):

A. Rahatsız edici veya günlük yaşamda önemli kesintilere yol açan bir veya daha fazla somatik semptom.

B. Aşağıdakilerden en az birinin ortaya koyduğu somatik belirtiler veya ilişkili sağlık sorunları ile ilgili aşırı düşünceler, duygular veya davranışlar:

1.Kişinin semptomlarının ciddiyeti hakkında orantısız ve sürekli düşünceler.

2.Sağlık veya semptomlarla ilgili olarak sürekli yüksek düzeyde kaygı.

3.Bu semptomlara veya sağlık sorunlarına adanan aşırı zaman ve enerji.

C. Herhangi bir somatik semptom sürekli olarak bulunmuyor olsa da, semptomatik olma durumu kalıcıdır (tipik olarak 6 aydan fazla).

Şunları belirtin:

Baskın ağrı ile (daha önce ağrı bozukluğu): Bu belirteç, bedensel belirtileri ağırlıklı olarak ağrıyı içeren bireyler içindir.

Şunları belirtin:

Kalıcı: Kalıcı olan bu durum, şiddetli semptomlar, belirgin bozulma ve uzun süre (6 aydan fazla) ile karakterizedir.

Şunları belirtin:

Hafif: Kriter B'de belirtilen semptomlardan sadece biri bulunmaktadır.

Orta: Kriter B'de belirtilen iki veya daha fazla semptom bulunmaktadır.

Şiddetli: Kriter B'de belirtilen semptomların iki veya daha fazlası bulunmakta olup, ayrıca birden fazla somatik şikayet (veya çok ciddi somatik semptom) vardır.

DSM V'te belirtilen Somatik Semptom Bozukluğu'nun beklenen prevalansı, Somatizasyon Bozukluğundan (<% 1) daha yüksektir, ancak Farklılaşmamış Somatoform Bozukluktan (% 19) daha düşüktür. Her ikisi de kadınlarda daha yaygındır. Yine de, DSM 5'in Somatik Semptom Bozukluğu terimi, ICD10 F45.1 ve ICD9 300.82 Farklılaşmamış Somatoform Bozukluğa geniş ölçüde eşdeğer olduğu düşünülmektedir ve çoğu hastada Hipokondriyazis ICD 10 F45.21 ve ICD 9 300.7 bulunmaktadır (American Psychiatric Association, 2013).

2.2. Psikosomatik bozukluklar ile ilgili tanımlar

Psikosomatik terimi fiziksel belirtilere yol açan psikolojik nedenleri ifade etmektedir (Pintrich ve De Groot, 1990). Bu durum bireylerin sosyal işlevlerinde bozukluklara sebep olmakta ve bu bozukluktan muzdarip bireylerin çözüm arayışı ile hastane, sağlık ocağı, aile hekimliği gibi profesyonel sağlık kuruluşlarına başvurmalarına neden olmaktadır. Psikofizyolojik bozukluklar Oltmanns 'ın (2013) tanımladığı üzere bazı organlarda etkili olabilmektedir. Bronşiyal astım ve hiperventilasyon gibi solunum yolu hastalıkları; diare, gastrit ve ülser gibi gastrointestinal rahatsızlıklar; hipertansiyon ve migren gibi kalp ve damar hastalıkları; hiperhidrozis, egzema ve nörodermanist gibi cilt rahatsızlıkları bu kapsamda sayılabilmektedir. Önemli olan bir diğer nokta, ortaya çıkan fiziksel belirtileri açıklayabilecek bir hastalığın varolmadığı zamanların da olabilmesidir (Tunçer, 2005). Somatoform bozukluklar altında araştırılan grupta Beden Dismorfik Bozukluğu, Konversiyon Bozukluğu, Somatoform Ağrı Bozukluğu ve Hipokondriyazis bulunmaktadır.

2.3. Psikosomatik bozukluklar ve etiyolojisi

Bir kişinin aklının gerçek fiziksel hastalıkları nasıl etkileyebileceği kesin olarak bilinmemekle birlikte kişinin bedenine giden sinirsel uyarılar ile bir ilgisi olabileceği düşünülmektedir. Beynin, bağışıklık sisteminin belirli hücrelerini, çeşitli fiziksel hastalıklarda yer alan belirli hücreleri etkileme yeteneğine sahip olabileceğine dair bazı kanıtlar vardır. Somatoform bozuklukların kesin nedeni, tam olarak anlaşılmamıştır. Somatoform bozuklukların 'ailevi' olduğuna inanıldığından, genetiğin rol aldığı düşünülmektedir (Şahin ve ark, 2007). Somatoform bozukluklar, anksiyete, travma, keder, depresyon, stres, suçluluk veya öfke gibi güçlü duygularla da tetiklenebilir. Somatoform bozukluklar yaşayan kişiler genellikle bu duyguların ortaya çıkan fiziksel semptomlarla ilişkili olduğunun fark edemezler (Tunçer, 2005). Ayrıca yaşadıkları bu fiziksel semptomlar gerçektir, ancak psikolojik faktörlerden kaynaklanmaktadır. Somatoform bozukluklar kadınlarda daha yaygındır. Semptomlar genellikle kişi otuz yaşına ulaşmadan başlar ve birkaç yıl devam eder. Semptomların şiddeti yıldan yıla değişebilir, ancak somatoform

bozukluğu olan kişide semptomların yokluğu nadiren görülür (Kallivayalil ve Punnoose, 2010).

Bozukluklar, kişinin günlük yaşamında akademik, sosyal ve mesleki konuları içerecek şekilde zorluklara neden olabilir. Vücudunda dismorfik bozukluk yaşayan kişiler, fiziksel görünümündeki küçük kusurlara karşı saplantılı olabilirler ya da gerçekte var olmayan kusurları algılayabilirler. Vücut dismorfik bozukluğunun belirtileri ve ilişkili davranışları şunları içerebilir: aynalardan kaçınma, depresyon ve kaygı, toplumda görünmekten kaçınmak, sosyal durumlardan çekilme, aynadaki görünüşün sürekli kontrolü ve kişinin görünüşü hakkında başkalarından güvence istemek (Kumar, Panchaksharappa ve Annigeri, 2016). Yaygın olarak görülen psikosomatik bozukluklar arasında akne, alerjik reaksiyonlar, anjina pectoris, aritmi, bronşiyal astım, kardiyospazm, kronik ağrı sendromları, koroner kalp hastalığı, diyabet, duodenal ülser, gastrik ülser, herpes, irritabl kolon, immün hastalıklar, hipertiroidi, hipoglisemi, migren, bulantı, obezite, kusma, romatoid artrit, sancılı menstruasyon, tüberküloz, spastik kolon, ülseratif kolit yer almaktadır (Ramgopal, 2013).

2.4. Psikosomatik bozuklukların kuramsal açıklamaları

Psikolojik temellere dayanan fizyolojik ağrılar günümüzde sıklıkla görülmekte olup sıklıkla araştırılan bir konu olmuştur. Araştırmalar sonucunda psikosomatik bozuklukları farklı açılardan ele alan kuramlar ortaya çıkmıştır.

2.4.1. Biyolojik kuramlar

Psikosomatik bozukluklar Oltmanns ve arkadaşları (2003) tarafından bedensel zayıflık kuramı, evrim kuramı ve özgül tepki kuramlarını kapsayan biyolojik kuramlar ile açıklanmaktadır. Bedensel zayıflık kuramına göre genetik nedenler, hastalıktan zayıf düşmek ya da yetersiz bir beslenme hali kişiyi stresin ortaya çıkardığı etkilere karşı daha yatkın hale getirmektedir. Bununla birlikte tıbbi bir hastalık sonucunda herhangi bir organ zayıf düşebilir. Bir bireyin otonom sinir sisteminin doğuştan gelen yatkınlığı nedeniyle stres karşısında kalp hızını arttırmak gibi belirli bir psikofizyolojik

bozukluğu geliştirdiği hipotezi özgül tepki kuramını oluşturmaktadır. Buna göre aynı koşullar ve stres karşısında bazı kişiler daha fazla mide asidi salgılayabilirken, bir başka bireyde ise hipertansiyon görülebilmektedir. İnsanlığın yıllar boyunca geçirdiği evrimi ele alan evrim kuramına göre tehlike halinde savaş ya da kaç şeklinde ortaya çıkan tepkileri içermektedir. Bahsi geçen tehlike hali sadece fiziksel değil psikolojik de olabilmektedir. Bireylerin hayali kurguları da otonom sinir sistemini uyararak savaş ya da kaç dürtüsünü devreye sokabilmektedir (Deter, Kruse ve Zipfel, 2018).

2.4.2. Psikolojik kuramlar

Somatizasyon kavramı psikanalitik kuram dahilinde de incelenmektedir. Beden dış dünya ve çevresinden gelen uyarılar ile kendi duyularına karşı korunmasızdır. Bu durum Cengiz'nin (2015) "Acıyan Beden" adlı kitabında acıyı dışa vuran ve görünür kılanın beden olduğu ifadesi ile psikosomatik rahatsızlıklar açısından ifade edilmiştir. Tehlikeli bir durum halinde kişinin ruhsal yapısı ilkel bir şekilde bedeni uyarmaktadır ve bunun sonucunda psikosomatik fonksiyonel bozukluk ortaya çıkabilir. Buna örnek olarak bronşiyal astımda nefesi tutma gereksinimi, ülseratif kolit nedeniyle beden içeriğini acil olarak boşaltma gereksinimi ya da egzema gibi cilt hastalıkları gibi şiddetli reaksiyonlar görülebilmektedir (McDougall, 1989). Freud'a göre beden tehdit uyarısı ya da bedensel anlamda belirli uyarılar alması durumunda bu gibi beden ve zihin tepkisi tekrar etmektedir (McDougall, 1989). Psikanalistlere göre fiziksel bozukluklar, bireyin kendi içinde bastırılmış ya da çözüm getiremediği çatışmaların dışavurumu şeklinde ifade edilmektedir. Örneğin, anne baba tarafında yeterince sevgi görmeyen bir bireyde ülserin ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (Oltmanns, Neale ve Davison, 2003).

2.5. Sindirim sistemi ile ilgili hastalıklar

Gastrointestinal hastalıklar gastrointestinal sistemin herhangi bir bölümünü, yemek borusundan rektuma kadar ve aksesuar sindirim organlarının - karaciğer, safra kesesi ve pankreastan - tümünü etkilemektedir. Bu terim,

akut, kronik, tekrarlayan veya fonksiyonel bozuklukları kapsar ve inflamatuvar bağırsak hastalığı ve fonksiyonel dispepsi dahil olmak üzere geniş bir hastalık yelpazesini içermektedir (Lamont, 2015; Kovacic, 2015). En sık görülen gastroenteroloji bozuklukları şöyledir:

- Akalazya
- Barrett's özofagus
- Karaciğer sirozu
- Biliyer Siroz
- Çölyak hastalığı
- Kolorektal kanser
- Kolorektal Polipler
- Crohn hastalığı
- Divertiküloz ve Divertikülit
- Yağlı karaciğer
- Safra taşları
- Mide kanseri
- Gastrit
- Helikobakter pilori
- Hemokromatozis
- Hepatit - Kronik
- Hepatit - Viral
- İrritabl Bağırsak Sendromu
- Karaciğer yetmezliği / nakli
- Mikroskobik kolit
- Özofagus Kanseri
- Pankreatit
- Peptik ülserler
- Reflü Özofajiti
- Ülseratif Kolit
- Kabızlık

Mide ekşimesi, hazımsızlık, şişkinlik ve kabızlık gibi gastrointestinal semptomlar toplumda yaygındır. Bununla birlikte, bu semptomlar yanlış yorumlanabilmekte; etkileri ve önemi hem sağlık hizmeti sağlayıcıları hem de hastalar tarafından yanlış anlaşılabilir. Ülseratif kolit ve Crohn hastalığını da içeren iritabl barsak sendromunun (IBS) görülme sıklığı %13 ile %70 arasında değişmektedir. Ancak bu rahatsızlığı yaşayan çoğu bireyin tıbbi kayıtlara geçmediği, bu nedenle epidemiyolojisi hakkında kesin bilgi elde edilemediği düşünülmektedir. Ancak mevcut bilgiye göre kadın ve erkeklerdeki görülme sıklığı 2,3: 1 oranındadır(Rubin, Shaker ve Levin, 2012).Abdominal ağrının ise en sık çocuklarda görüldüğü, özellikle

ebeveynleri ile ilişkili duygusal stresin önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Genetik olarak duyarlı konakçılarda bağırsak mikrobiyotalarına verilen hatalı immün yanıtların, IBS patogenezinde önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Beslenme alışkanlığındaki değişim ve bağırsak mikrobiyomunda değişiklikler gibi yaşam tarzı değişiklikleri, IBS prevalansının artmasına neden olabilir (Lamont, 2015; Holtmann, Shah ve Morrison, 2018).

Mide kanseri, dünya çapında kanser ölümlerinin başlıca nedenidir. Mide kanserinin görülme sıklığı özellikle Japonya dahil Doğu Asya ülkelerinde yüksektir. *Helicobacter pylori* (H. pylori) 'nin neden olduğu enfeksiyon mide karsinogenezinde önemli bir rol oynar. Mide kanserinin erken tespiti için, Japonya'da ve diğer yüksek riskli alanlarda tarama programları uygulanmaktadır. Eozinofilik özofajit, özofagus epitelinde özofagus disfonksiyonu ve eozinofil açısından zengin infiltrat ile ilgili semptomlarla karakterize klinikopatolojik bir hastalıktır. Eozinofilik özofajit insidansları da günden güne artış göstermektedir. Refrakter gastroözofageal reflü hastalığı (GERD), proton pompa inhibitörleri ile uygun tedaviye rağmen semptomlara devam eden reflü özofajiti olan hastalarda giderek daha fazla kabul görmektedir (Subramanian ve Triadafilopoulos, 2015).

2.6. Psikosomatik bozukluklar ile sindirim sistemi hastalıklarının ilişkisi

Hastalığın ve bozuklukların, insanların psikolojik iyiliğine etkileri, literatürde iyi bir şekilde belgelenmiştir. Psikolojik hastalıklar, tedaviye uyumsuzluk ve takip etme gibi tıbbi durumun patofizyolojisinden ayrı olarak, altta yatan durumu kötüleştirdiği bilinen yaşam tarzı seçenekleriyle hastalıkları daha da kötüleştirebilir. Nedeni ne olursa olsun, komorbid tıbbi ve psikolojik rahatsızlıkların kombinasyonu, kötü sonuçlara yol açmaktadır. Eşzamanlı psikolojik hastalık, tıbbi bir bozukluğun varlığını güçlendirebilir veya öngörebilir, ancak mutlaka tıbbi duruma neden olmak zorunda değildir (Corotto ve McCarey, 2013).

Etiyolojisi bilinmeyen hastalıklar tarihsel olarak psikosomatik nedenlerle ilişkilendirilmiştir. Gastroenterolojide, bir örnek fleksibl endoskopinin ortaya

ıkmasından önce ülseratif kolittir (UK). Tarihsel olarak, UK hastanın karşı karşıya kaldığı zor bir ikilemden kaynaklanan Freud'un anal regresyonuyla ilişkilendirilmiş bir durumdur (Engel, 1954). UK' deki psikosomatik hipotez, uzun yıllar boyunca ne çıkmaya devam etmiştir. UK, organik bir hastalık süreci olarak yavaş yavaş meşrulaştırıldığı için, stres ve psikolojik katkıların rolü, bağışıklık fonksiyon bozukluğu ve potansiyel çevresel faktörler teorilerine uygun bir durum olmaktadır(Jewel ve Truelove, 1974).

İrritabl barsak sendromunun (IBS) ve psikolojik hastalıkların sıklıkla komorbid durum olduğu bilinmektedir (White, 2010). Önceden yapılan sistematik bir derleme, IBS'nin, kronik yorgunluk sendromu, pelvik ağrı, temporomandibular eklem bozukluğu olan hastalarda ortaya çıkmakta olup, bunların hepsinin temelinde bazı psikolojik bileşenlere sahip olduğu teorileştirilmiştir (Whitehead, Palsson ve Jones, 2002). Daha sonra gelişen IBS ile yaşamsal travmalar ya da psikolojik hastalıkların arasında doğrudan nedensel bir bağlantıyı değerlendirmek için prospektif çalışmalar mevcut değildir. Ancak IBS ve değişmiş mikrobiyota arasındaki etkileşimlerin yanı sıra davranış ve mikrobiyom arasındaki etkileşimleri destekleyen yeni veriler bulunmaktadır. Bu nedenle, bağırsak mikrobiyotasındaki değişikliklere bağlı bulaşıcı olmayan IBS'ye karşı psikolojik hastalık insidansında farklılıklar bulunan bir çalışma ile desteklenmektedir (White, 2010). Mikrobiyota, bir organizma vücudunda bulunan tüm yararlı, zararlı ve ortakçı mikroorganizmaların oluşturduğu komniteyi ifade etmektedir. Mikrobiyotanın taşıdığı genetik materyale ise mikrobiyom denilmektedir (Thursby ve Juge, 2017). Ayrıca psikolojik komorbiditelerin ve fonksiyonel GI hastalığının doğrudan değerlendirilmesinde bir faktör olabileceği düşünülmektedir.

2.7. Psikosomatik hastalıklarda ruhsal süreçler

Bir hastalık, bir kişinin varlığını ve geleceğini değiştirdiği gibi motivasyonu, değerleri ve eğilimleri de dönüştüren bir deneyimdir. Değerler, kişinin belirli bir olayın öznel (kişisel) değerlendirmesini ve kişinin motivasyonunu tanımlar. Bu nedenle değerler bir kişinin en önemli davranış biçimlerini belirler ve

aslında yaşamının tüm yönlerine aracılık eder (Kumar, Panchaksharappa, Annigeri, 2016).

Bir insanın motivasyonunun en iyi şekilde değerlendirilmesi için, kendi özel değerleri ve gelecekteki olasılıkları arasındaki ayrışmanın niteliğini ve kapsamını tanımlamak önemlidir. Kişinin öznel olarak önemli bir nesneye olan ihtiyacı ile gelecekte bu ihtiyacı yerine getirme olasılığı arasındaki boşluk, iç çatışmalar yaratır. Bir kişinin en önemli etkinliklerine müdahale eden nesnel veya öznel engeller her zaman olumsuz duygulara yol açar (Tunçer, 2005). Olumsuz duygular ve psikolojik hoşnutsuzluk dolaylı olarak kişinin motivasyonunu ve iç çatışmalarını oluşturur. Bu nedenle, kronik psikosomatik hastalıklar hastalar için kritik durumlar olduğundan, motivasyonun bir bütün olarak değişmesine neden olmaktadır. Bu kişilerde semptomlar genellikle uzun yıllar boyunca sürebildiği gibi kişi iş yerinde ve evde sıkıntılı ve işlevsiz olabilmektedir. (Sadalskaia ve Enikolopov, 2002).

2.8. Nörotizm

Nörotizm, öfke, anksiyete, öz bilinçlilik, sinirlilik, duygusal istikrarsızlık ve depresyon dahil olmak üzere olumsuz duygulanımları deneyimlemeye yönelik özel bir eğilimdir (Widiger, 2009). Yüksek nörotizm seviyeleri olan kişiler çevresel strese zayıf yanıt vermekte, olağan durumları tehdit edici olarak yorumlamakta ve küçük hayal kırıklıklarını umutsuzca yıkım düzeyinde yaşayabilmektedirler. Nörotizm, daha iyi anlaşılmış ve deneysel olarak doğrulanmış kişilik özellik alanlarından biridir. Bu durumun kalıtsallığını, çocukluk temellerini, yaşam boyunca geçici istikrarı ve evrensel mevcudiyetini desteklemek için önemli araştırmalar yapılmıştır (Widiger, 2009).

Nörotizm halk sağlığı üzerinde önemli etkilere sahiptir (Lahey, 2009). Anksiyete, duygudurum, madde kullanımı, somatik semptom ve yeme bozuklukları dahil olmak üzere geniş bir yelpazede farklı psikopatoloji formları için kırılganlığa neden olmaktadır (Widiger, 2009; Bagby, Uliaszek ve Gralnick, 2015). Uygunsuz madde kullanımının pek çok örneği dehşet, endişe, disfori ve nörotizmin duygusal dengesizliğini bastırmak veya

bozmak için gösterilen çaba ile ilişkilendirilmektedir. Klinik olarak anksiyete ve depresyon süreçlerindeki duygudurum halleri, çoğu zaman, yaşamsal bir stres faktörünün etkisiyle nörotizmin özelliği veya mizacının etkileşimini temsil etmektedir (Widiger, 2009).

Nörotizm, kardiyak problemler, bozulmuş immün fonksiyon, astım, atopik egzama, irritabl barsak sendromu ve hatta artan mortalite riski gibi geniş çaplı fiziksel hastalıklarla ilişkilidir (Lahey, 2009). Nörotizmin fiziksel problemlere olan ilişkisi hem dolaysız hem de dolaylıdır. Nörotizm, bu koşulların gelişmesi için bir kırılma noktası sağlamanın yanı sıra, bireyi hastalıklara karşı zayıf düşürmekte ya da etkintedavi yanıtını azaltmaktadır.

Nörotizm, aynı zamanda, kötü duygulanım, aşırı endişe, mesleki başarısızlık ve evlilikten duyulan memnuniyetsizlik duyguları da dahil olmak üzere, azalan yaşam kalitesi ile ilişkilidir (Ozer ve Benet-Martinez, 2007). Yüksek düzeyde nörotizm, duygusal meşguliyet, tükenme ve dikkat dağınıklığı nedeniyle zayıf iş performansına katkıda bulunmaktadır. Nörotizmin fiziksel koşullar üzerindeki çekişmeli etkisine benzer şekilde, yüksek düzeydeki nörotizm, evlilik ilişkilerinde fiili bir bozulmaya yol açabilmektedir. Aynı zamanda, bu tür duygular için nesnel bir temel olmadığında bile, evlilikle ilgili öznel bir memnuniyetsizlik duygusuna neden olabilmektedir. Bu durum zamanla evlilik ya da eşe dair gerçek bir hayal kırıklığı ve uzaklaşma ile sonuçlanabilmektedir.

Nörotizmin yaşam üzerindeki birçok olumsuz duruma katkısı göz önüne alındığında, genel popülasyonun rutin tıbbi kontroller sırasında klinik olarak anlamlı nörotizm seviyelerine göre taranması önerilmektedir (Barlow, Sauer-Zavala ve Carl, 2014). Mevcut tedavinin yokluğunda tarama sorunlu olacaktır. Bununla birlikte, nörotizm farmakolojik müdahaleye cevap vermektedir (Widiger, 2009). Farmakoterapi, nörotizmin kişilik özelliğini etkili bir şekilde düşürür ve uygular. Barlow ve arkadaşları (2014), Birleşik Protokol (UP) olarak adlandırılan nörotizm için ampirik olarak doğrulanmış bilişsel-davranışçı bir tedavi geliştirmişlerdir. Mevcut psikolojik tedavilerin, bozukluğa özgü semptomlara odaklanarak aşırı spesifikleştirdiğini ileri sürmüşlerdir. UP, transdiagnostik olarak tasarlanmıştır.

Nörotizm, temel bilimin kişiliği araştırmasının başlangıcından beri uzun zamandır tanınmıştır ve hatta psikolojide tanımlanan kişiliğin ilk alanı olabilir. Birçok farklı zihinsel ve fiziksel işlev bozukluğu için merkezi önemi göz önüne alındığında, kişilik, kişilik bozukluğu ve psikopatolojinin baskın modelleri içinde nörotizmin belirgin olduğu şaşırtıcı değildir. Nörotizm, beş-faktörlü model veya Büyük Beş (*Big Five*) içerisinde yer alan genel kişiliğin temel alanlarından biridir (Ozer ve Benet-Martinez, 2006). Ayrıca, ortaya çıkan ölçümler ve modeller için DSM V in III. bölümünde yer alan boyutsal özellik modelinde de yer almaktadır. Bu özellik modeli, olumsuz duygulanım (dekolman, psikotizm, antagonizm ve disinhibisyon ile birlikte) dahil olmak üzere beş geniş alandan oluşur. DSM V de ifade edildiği gibi, bu beş geniş alan, 'Büyük Beş' veya Beş Faktörlü Model olarak bilinen kapsamlı biçimde doğrulanmış ve çoğaltılan kişilik modelinin beş alanının uyumsuz varyantlarıdır.

2.9. Affedicilik

Evrimci araştırmacılar, insanın sosyal karar alma sürecinin, atasal çevrelerindeki uygunluk sonuçlarını optimize etmek için doğal seçim tarafından tasarlanan bilişsel adaptasyonlara dayandığını öne sürmüşlerdir (Tooby ve Cosmides, 2005). Bu tür uyarlamalar, karmaşık sosyal etkileşimlerin ortaya çıkardığı zorlu maliyet-fayda sorunlarını çözmeye çalışmak için evrimleşen bilişsel sistemleri, affetme mekanizmalarını içerebilmektedir (McCullough, 2008; McCullough ve diğ., 2013). Evrimci teorisyenler tarafından önerilen bir affetme modeline göre, bu bağışlama sistemleri, hem gelecekteki etkileşimin potansiyel kazanımlarını hem de gelecekteki olası zararı etkileyen birçok faktörü tartarak bir hatalı olana yönelik bireysel motivasyonu düzenlemektedir. (McCullough, 2008; McCullough, Kurzban, Tabak, 2013). Bu hesaplamaların sonucuna bağlı olarak, mağdur affedici olabilmektedir. Affedicilik, bu modelde, kişilerarası motivasyonun değişmesi, azalan misilleme duyguları, azalan hassasiyet ve/veya hatalı kişiye karşı iyi niyet ile anlaşılmaktadır. (McCullough ve ark., 2013). Teorisyenler ve araştırmacılar Enright ve Coyle'un (1998), affediciliğin mazur görmekten, göz yummaktan, yapılan hatayı unutmaktan ve hata yapan

kişinin sebep olduğu zararı inkar etmekten farklı bir kavram olduğu ifadesini kabul etmektedirler.

2.10. Nörotizm ve affediciliğin birbiriyle etkileşimi

Farklı kişilik özelliklerine sahip insanlar, bir kişinin diğer kişiler ve durumlar hakkında nasıl düşündüğüne bağlı olarak farklı bir affetme derecesine sahiptir. Bu yüzden kişilik özellikleri ile affedicilik düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek ilginç ve önemlidir. Nörotizmin affedicilik üzerinde inhibe edici bir karakteristiği olduğu empirik çalışmalar ile bilinmektedir (Ashton, Paunonen, Helmes ve Jackson, 1998). Abid ve arkadaşları (2015), 500 lise ve üniversite öğrencisi ile yaptıkları araştırmada nörotizmin de yer aldığı beş kişilik faktörü ile affedicilik ilişkisini değerlendirmiştir. Buna göre nörotizmin belirgin bir şekilde affedicilik düzeyi ile negatif korelasyon gösterdiğini bulmuşlardır. Hafnidar (2013) da benzer bir çalışma yaparak beş kişilik faktörü ve maneviyat ile affedicilik düzeylerinin ilişkisini değerlendirmiştir. Buna göre başkalarına karşı daha fazla süren kızgınlık yaşayan bireylerin, nörotizm üzerine yüksek puanlar ve anlaşmazlıklarda düşük puanlar aldığı gösterilmiştir. Benzer şekilde Sabeelah ve arkadaşları da (2014), 450 üniversite öğrencisiyle yaptıkları çalışma sonucunda nörotizm ve affedicilik arasında negatif korelasyon olduğunu belirtmişlerdir.

3. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde sırasıyla araştırma modeli, araştırmanın evren ve örnekleme, araştırmanın değişkenleri, veri toplama araçları, veri toplama prosedürü ve verilerin analizi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir

3.1. Araştırma modeli

Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan kişilerin ruhsal dünyasında yaşadığı sıkıntıyı bedenlerine aktarırken; bedene yansıyan kısımda duygusal dengesizlikleri (nörotizm) ile affedicilik düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirmesi amaçlanan bu çalışmanın geliştirilmesinde niceliksel, tanımlayıcı bir tasarım kullanılmıştır. Niceliksel bir araştırma, araştırma soruları veya hipotezleri cevaplamak amacıyla sayısal verilerin toplanması, tablollaştırılması, özetlenmesi ve analizinden oluşmaktadır. İlişkisel araştırma modeli olan bu çalışma değişkenler arası ilişkinin ortaya koyulması nedeniyle açıklayıcı modele uymaktadır (Karasar, 2016)

3.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini 11.12.2017-16.09.2018 tarihleri arasında Konya ilindeki hastanelerde uzman bir gastroenterolog hekim tarafından, enfeksiyon ve kanser gibi biyolojik kökenli hastalıklar örneklemin dışında tutularak, sindirim sistemi ile ilişkili bir hastalık tanısı almış olan bireyler oluşturmaktadır. Evrenden amaçlı örnekleme yöntemiyle seçilen örnekleme ise yapılan tetkikler sonucunda teşhislerinde fizyolojik bir bulgu

saptanamayan ve psikolojik kökenli olduğu kanaatine varılan 13 irritabl bağırsak sendromu (%26), 12 gastrit(%24), 8 kabızlık(%16), 17 dispepsi (%34) hastası ile çalışılmıştır.

Araştırma örneklemini bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayan, ölçekleri öz-bildirim yolu ile tam olarak dolduran somatik tanı almış olan 30-65 yaş arası ($\bar{X}_{\text{yaş}}=44,14$ ($ss\pm 9,86$)) 50 yetişkin birey oluşturmaktadır. Örneklemle ilgili ayrıntılı demografik bilgiler Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1.*Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı*

	N	%
Cinsiyet		
Kadın	35	70
Erkek	15	30
Öğrenim Durumu		
İlkokul	7	14
Ortaokul	2	4
Lise	13	26
Üniversite	22	44
Yüksek Lisans/Doktora	6	12
Medeni Durum		
Evli	30	60
Bekar	6	12
Boşanmış	9	18
Dul	5	10
Çocuk		
Var	37	74
Yok	13	26
Bakmakla yükümlü olduğu kişi		
Var	3	6
Yok	47	94
Çalışma Durumu		
Evet	35	70
Hayır	15	30
Gelir Düzeyi		
Düşük	7	14
Orta	36	72
Yüksek	7	14

Tablo 1’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan 50 katılımcıdan 35 ‘i kadın (%70), 15 ‘i erkektir (%30).

Katılımcıların çoğunluğu 22 kişi ile (%44,0) üniversite mezunlarından oluşmakta olup bunu takiben 13 lise mezunu (%26,0) bulunmaktadır.

Medeni durum dağılımlarına bakıldığında 30 kişinin (%60) evli olduğu, 9 kişinin (%18) boşanmış olduğu, 6 kişinin bekar olduğu (%12) ve 5 kişinin dul olduğu (%10) görülmüştür. Araştırmaya katılanların 37 ‘si (%74) çocuk sahibidir ve 20 kişiden oluşan çoğunluğun (%40) 2 çocuğu olduğu tespit edilmiştir. 11 kişinin (%22) bir çocuğu, 4 kişinin (%8) 3 çocuğu, 2 kişinin (%4) 4 çocuğu ve 1 kişinin (%2) 9 çocuğu vardır. Üç bireyin (%6) bakmakla yükümlü olduğu kişi olduğu görülmüştür.

Bireylerin 35 ‘i (%70) çalışıyor olup müMESSİL, satış temsilcisi, hemşire, aşçı, mühendis, danışman, öğretmen, subay, kuyumcu, memur, güzellik uzmanı, subay, kuaför ve bakıcı olmak üzere çeşitli meslek dağılımları görülmektedir. Gelir düzeyi 36 kişi (%72) ile çoğunluk olarak orta düzeyde tespit edilmiştir

Tablo 1’de belirtilen katılımcıların demografik bilgilerine ek olarak Tablo 2’de katılımcıların sağlık bilgilerine dair dağılım belirtilmiştir.

Tablo 2.

Katılımcıların sağlık bilgilerine dair dağılımlar

	N	%
Kronik rahatsızlık		
Var	14	28
Yok	36	72
Düzenli ilaç kullanımı		
Var	15	30
Yok	35	70
Psikolojik rahatsızlık		
Var	3	6
Yok	47	94

Tablo 2'e göre katılımcıların 14 'ünün (%28) kronik bir rahatsızlığı olduğu (%28), 15'inin düzenli olarak ilaç kullandığı (%30) ve 3 kişinin de psikolojik rahatsızlığı olduğu (%6) tespit edilmiştir.

3.3. Veri toplama araçları

3.3.1. Demografik bilgi formu

Demografik bilgi formu yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışıyor olup olmaması, gelir düzeyi, medeni durum ve çocuk bilgisinin yanısıra kronik hastalık varlığı, psikolojik rahatsızlık varlığı ve düzenli olarak kullanılan ilaç olup olmadığını içermektedir.

3.3.2. Sağlık anksiyetesi ölçeği

Sağlık anksiyetesi gerek başta hipokondriyazis olmak üzere somatoform bozuklukların gerekse anksiyete bozukluklarının belirti örüntüsünde kullanılmaktadır. Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark tarafından (2002) geliştirilen İngilizce formattaki Sağlık Anksiyetesi Ölçeği 2012 yılında Aydemir, Kirpınar, Sati, Uykur ve Cengisiz tarafından güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılarak Türkçeye çevrilmiş ve Türkçe formu hazırlanmıştır. Yapılan güvenilirlik analiz sonuçlarına göre Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,918 ve madde-toplam puan bağıntı katsayıları 0,405 ile 0,769 arasında saptanmıştır. Test-yeniden test bağıntı katsayısı $r = 0,572$ 'dir. Yapı geçerliliğinde varyansın %54, 5'ini açıklayan iki faktör elde edilmiştir. Bu faktörler bedensel hastalıkla ilgili kaygı boyutları ve bedensel belirtilere aşırı duyarlılığı temsil etmektedir. Ölçek dahilinde bireylerin son 6 ay içerisindeki durumlarını dikkate alarak sağlık anksiyetelerini değerlendirebilmek için dörder maddenin bulunduğu ifadeler yer almaktadır. Sağlık anksiyetesi ölçeği dahilindeki 18 ifadeye verilen yanıtlara göre A'dan D'ye kadar şıklara 0-3 aralığında puan verilerek her birey için toplam skor hesaplanmıştır. Bu ölçek sonucunda toplam skor arttıkça bireyin sağlık ilişkili anksiyete düzeyinin arttığı sonucuna varılmıştır.

3.3.3. Beş faktörlü kişilik envanteri

Beş temel kişilik özelliğini ölçen ve ilk olarak Rammstedt ve John (2007) tarafından geliştirilen Beş Faktörlü Kişilik Envanteri'nin (Kısa Versiyonu) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Horzum, Ayas ve Padir (2017) tarafından yapılmıştır. On ifadeden oluşan ölçek beşli likert şeklindedir. Cevaplama sistemi her ifade için; (1) Hiçbir zaman, (2) Nadiren, (3) Bazen, (4) Sık sık ve (5) Her zaman şeklindedir. Beş faktörlü kişilik envanterinin kısa formunda araştırma amacıyla belirtildiği üzere katılımcıların nörotizm düzeylerini değerlendirebilmek için 4. ve 9. cümleler puanlanmıştır. 4. cümle hesaba tersten dâhil edilirken (negatif) 9. cümle skoru pozitif yönde hesaplanmıştır.

Dışadönüklük, yumuşakbaşlılık, öz denetimlilik, nörotiklik ve deneyime açıklık olmak üzere beş alt boyuttan oluşan ölçeğin her boyut için iç tutarlılık Cronbach alfa değeri .88, .81, .90, .85, .84 şeklinde bulunmuştur. Tüm alt boyutlar için alfa değerinin 70'den yüksek bulunması ölçeğin güvenilir olduğunu Türk kültürü için güvenilir bir ölçme aracı olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca yapı geçerliği için yapılan yakınsama ve ayırt edici geçerlik analizlerine göre testin yapı geçerliliğinin de olduğu belirtilmiştir.

3.3.4. Affedicilik ölçeği

Sarıçam ve Akın (2013), 2001 yılında Berry, Worthington, O'Connor, Parrott III ve Wade tarafından geliştirilen affedicilik ölçeğinin Türkçe'ye uyarlamasını yapmışlardır. On maddeden oluşan ölçek beşli likert şeklindedir. Cevaplama sistemi her ifade için; (1)Hiç Katılmıyorum, (2)Katılmıyorum, (3)Kararsızım, (4)Katılıyorum ve (5)Tamamen Katılıyorum şeklindedir. Her bir maddenin puanları 1 ile 5 arasında değişmektedir. 1., 2., 3., 4., 5., 6. maddeler ters kodlama gerektiren maddelerdir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan ise 50'dir. Affedicilik düzeyi ölçülürken 1, 3, 6, 7 ve 8. cümleler negatif yönde hesaba alınırken, 2, 4, 5, 9 ve 10. ifadeler pozitif değerlendirilerek her birey için toplam skor hesaplanmıştır. Affedicilik ölçeğine göre toplam skor arttıkça affedicilik düzeyinin azaldığı yönünde değerlendirilmiştir.

Affedicilik ölçeğinin güvenirlik çalışmaları sonuçlarına göre Cronbach-alfa değeri 0,67 olarak kabul edilebilir güvenirlik seviyesindedir. Ayrıca test-tekrar test güvenirliği için yapılan ikinci uygulama ile ilk uygulama arasındaki korelasyon da yüksek ($r=.88$) bulunmuştur. Ölçeğinin yapı geçerliği için açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır. Yapılan bu ölçümlere göre ölçeğin yapı geçerliliğinin orijinal form ile tutarlı olarak 10 maddenin tek boyut altında uyum gösterdiği sonucuna varılmıştır.

3.4. Verilerin toplaması

Araştırmaya başlamadan önce etik onam alınmış ve uzman gastroenterolog tarafından sindirim sistemi ilişkili hastalık tanısı almış 50 kişiye bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilmiştir. Hastalara araştırma dahilinde invaziv bir girişimde bulunulmamış olup tüm değerlendirmeler yukarıda belirtilen ölçeklerin yazılı formlarının öz-bildirim yolu ile katılımcılar tarafından doldurulması ile tamamlanmıştır. Hastaların bilgilendirilmesi randevularına geldikleri zaman diliminde gerçekleştirilmiş ve kabul ettikleri takdirde bekletilmeksizin uygulanmıştır. O gün ve saat için uygun olmayan hastalarla tekrar randevu oluşturularak hastane ortamında görüşülmüştür.

Görüşme esnasında bireylere sağlık anksiyetesi formu, beş faktörlü kişilik envanteri ve affedicilik düzeyi ölçeği verilerek bireylerin öz-bildirim yolu ile ölçekleri eksiksiz şekilde doldurulmaları istenmiştir.

3.5. Verilerin analizi

Elde edilen veriler, doğru dokümantasyon, analiz ve yorum yapma amacıyla tablolastırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS kullanılarak sıklık sayıları (frekans), yüzdeler, ortalamaların ağırlıklı ortalaması (AVM), T-testi ve Pearson Korelasyon Katsayısı gibi tanımlayıcı istatistiksel araçlar kullanılmıştır. Uygulanan testlerin ölçeğinin geçerliliği, açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi ile; güvenirliği, Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Normal dağılım durumu kontrol edilerek parametrik testler

(ANOVA, bağımsız değişkenler t testi) ve non-parametrik (Mann-Whitney U, Kruskal Wallis) testler seçilmiştir. P değeri 0,05 'in altında istatistiksel anlamlı olarak bulunmuştur.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde çalışmadan elde edilen sonuçların frekans dağılımları ardından istatistiksel analizleri, bulguları yer almaktadır.

Tablo 3.

Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri

	Minimum- Maksimum	Ortalama	±SD
Sağlık Anksiyetesi Skoru	19- 50	36,76	6,808

Yukarıda belirtilen ifadelere göre her soru için 0 ve 3 arasında verilen skorlamaya göre tüm hastalar için toplam puan 19 ile 50 arasında dağılım göstermiş olup ortalama 36,76 (±6,808) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.

Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin nörotizm düzeyleri

	Minimum-Maksimum	Ortalama	±SD
Nörotizm Skoru	0-8	4,04	1,989

Araştırmanın temel sorularından biri olan nörotizm ifadelerine verilen puanlamalar sonucunda tüm hastalar için toplam nörotizm skoru 0 ile 8

arasında değişmekte olup ortalama 4,04 ($\pm 1,989$) olarak tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 5.

Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin affedicilik düzeyleri

	Minimum- Maksimum	Ortalama	$\pm$SD
Affedicilik Skoru	11-44	25,6	8,26

Affedicilik ölçeğine verilen yanıtlara göre toplam puan 11 ile 44 arasında değişmekte olup, ortalama 25,6 ($\pm 8,26$) değerinde tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 6.

Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin sağlık anksiyetesi düzeylerinin sosyo-demografik özellikler ile ilişkisi

	Ort.	±SD	P
Cinsiyet			
Kadın	37	6,91	0,708
Erkek	36,2	6,74	
Öğrenim Durumu			
İlkokul	37,14	6,99	0,443
Ortaokul	39,5	7,78	
Lise	33,7	6,2	
Üniversite	37,73	7,08	
Yüksek Lisans/ Doktora	38,5	6,72	
Medeni Durum			
Evli	36,57	7,76	0,669
Bekar	34,67	5,35	
Boşanmış	37,11	5,39	
Dul	39,8	4,32	
Çalışma Durumu			
Evet	37,14	6,69	0,549
Hayır	35,87	7,21	
Gelir Düzeyi			
Düşük	35,14	7,77	0,236
Orta	36,3	6,58	
Yüksek	40,71	6,52	
Çocuk			
Var	37,19	7,03	0,458
Yok	35,54	6,21	
Bakmakla yükümlü olduğu kişi			
Var	34,33	0,57	0,53
Yok	36,92	6,99	

* $p \leq 0,05$

İki kategorisi olan gruplar için bağımsız değişkenler t testi ile, ikiden fazla kategorisi olan gruplar için Tek yönlü ANOVA parametrik testleri kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler t testi ile analiz edilen iki kategorili varyansların Levene's testi ile homojenlik hipotezi sınanmıştır. Buna göre cinsiyet ($L_f=0,984$), çalışma durumu ($L_f= 0,904$), çocuk sahibi olup olmama ($L_f=0,749$) ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin var olup olmaması ($L_f=0,058$) varyanslarının homojen olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Öğrenim durumu, medeni durum ve gelir düzeyi değişkenleri için ANOVA sonrası hangi post-doc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağını belirlemek üzere Levenes's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı hipotezi sınanmıştır. Buna göre öğrenim durumu ($L_f=0,943$), medeni durum ($L_f=0,381$) ve gelir düzeyi ($L_f=0,877$) varyanslarının homojen olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$) ve bu nedenle Tukey's test seçilmiştir. Yapılan değerlendirmelere göre sağlık anksiyetesi skoru ile sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki tespit edilmemiştir. Tablo 6'da görüldüğü üzere elde edilen p değerleri cinsiyet için 0,708; öğrenim durumu için 0,443; medeni durum için 0,669; çalışma durumu için 0,549; gelir düzeyi için 0,236; çocuk sahibi olup olmama durumu için 0,458 ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin olup olmaması durumu için de 0,530 bulunmuştur. Buna göre tüm analizler sonucunda p değeri 0,05 den büyük bulunmuştur. Bir başka deyişle araştırmaya katılan psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan kişilerin sağlık anksiyetesi düzeyi sosyo-demografik özellikler ile ilişki göstermemektedir.

Tablo 7.

Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin nörotizm düzeylerinin sosyo-demografik özellikler ile ilişkisi

		Ort.	±SD	p
Cinsiyet				
	Kadın	35	4,09	0,519
	Erkek	15	3,93	
Öğrenim Durumu				
	İlkokul	5,14	1,86	0,257
	Ortaokul	2	2,82	
	Lise	3,54	1,98	
	Üniversite	4,23	1,97	
	Yüksek Lisans/ Doktora	3,83	1,72	
Medeni Durum				
	Evli	4	1,98	0,905
	Bekar	4,5	1,76	
	Boşanmış	4,11	2,26	
	Dul	3,6	2,3	
Çalışma Durumu				
	Evet	37,14	6,69	0,714
	Hayır	35,87	7,21	
Gelir Düzeyi				
	Düşük	35,14	7,77	0,076
	Orta	36,3	6,58	
	Yüksek	40,71	6,52	
Çocuk				
	Var	37,19	7,03	0,237
	Yok	35,54	6,21	
Bakmakla yükümlü olduğu kişi				
	Var	34,33	0,57	0,839
	Yok	36,92	6,99	

* $p \leq 0,05$

İki kategorisi olan gruplar için bağımsız değişkenler t testi ile, ikiden fazla kategorisi olan gruplar için ANOVA parametrik testleri değerlendirme yapılmıştır. Bağımsız değişkenler t testi ile analiz edilen iki kategorili varyansların Levene's testi ile homojenlik hipotezi sınanmıştır. Buna göre cinsiyet ($L_f=0,519$), çalışma durumu ($L_f= 0,127$), çocuk sahibi olup olmama ($L_f=0,762$) ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin var olup olmaması ($L_f=0,834$) varyanslarının homojen olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Öğrenim durumu, medeni durum ve gelir düzeyi değişkenleri için ANOVA sonrası hangi post-doc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağını belirlemek üzere Levenes's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı hipotezi sınanmıştır. Buna göre öğrenim durumu ($L_f=0,826$), medeni durum ($L_f=0,989$) ve gelir düzeyi ($L_f=0,762$) varyanslarının homojen olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$) ve bu nedenle Tukey's test seçilmiştir.

Analiz sonucuna göre sağlık anksiyetesi skoru ile sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki tespit edilmemiştir. Tablo 7'de görüldüğü üzere elde edilen p değerleri cinsiyet için 0,519; öğrenim durumu için 0,257; medeni durum için 0,905; çalışma durumu için 0,714; gelir düzeyi için 0,076; çocuk sahibi olup olmama durumu için 0,237 ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin olup olmaması durumu için de 0,839 bulunmuştur. Buna göre tüm analizler sonucunda p değeri 0,05 den büyük bulunmuştur. Bir başka ifade ile, araştırmaya katılan psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin nörotizm düzeyinin sosyo-demografik özellikler ile ilişkisi bulunmamıştır.

Tablo 8.

Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin affedicilik düzeylerinin sosyo-demografik özellikler ile ilişkisi

		Ort.	±SD	p
Cinsiyet				
	Kadın	24,69	8,19	0,222
	Erkek	27,87	8,26	
Öğrenim Durumu				
	İlkokul	22,71	5,65	0,669
	Ortaokul	25,00	7,07	
	Lise	25,77	7,52	
	Üniversite	25,41	9,12	
	Yüksek Lisans/ Doktora	29,83	10,11	
Medeni Durum				
	Evli	26,27	8,62	0,541
	Bekar	28,00	10,75	
	Boşanmış	22,22	5,14	
	Dul	25,20	7,85	
Çalışma Durumu				
	Evet	26,60	8,79	0,166
	Hayır	23,40	6,61	
Gelir Düzeyi				
	Düşük	25,57	4,07	0,706
	Orta	25,39	8,22	
	Yüksek	28,00	11,74	
Çocuk				
	Var	25,46	8,40	0,796
	Yok	26,15	8,15	
Bakmakla yükümlü olduğu kişi				
		35,00	6,56	0,108
	Var	25,04	8,05	
	Yok			

* $p \leq 0,05$

İki kategorisi olan gruplar için bağımsız değişkenler t testi ile, ikiden fazla kategorisi olan gruplar için ANOVA parametrik testleri kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler t testi ile analiz edilen iki kategorili varyansların Levene's testi ile homojenlik hipotezi sınanmıştır. Buna göre cinsiyet ($L_f=0,544$), çalışma durumu ($L_f= 0,065$), çocuk sahibi olup olmama ($L_f=0,852$) ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin var olup olmaması ($L_f=0,483$) varyanslarının homojen olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Öğrenim durumu, medeni durum ve gelir düzeyi değişkenleri için ANOVA sonrası hangi post-doc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağını belirlemek üzere Levenes's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı hipotezi sınanmıştır. Buna göre öğrenim durumu ($L_f=0,458$), ve medeni durum ($L_f=0,063$) varyanslarının homojen olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$) ve bu nedenle Tukey's test seçilmiştir. Gelir düzeyinin ise homojen olmadığı ($L_f=0,003$, $p\leq 0,05$) anlaşılmıştır ve Tamhane testi ile post-hoc analiz yapılmıştır. Değerlendirmelere göre sağlık anksiyetesi skoru ile sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki tespit edilmemiştir. Tablo 8'de görüldüğü üzere elde edilen p değerleri cinsiyet için 0,222; öğrenim durumu için 0,669; medeni durum için 0,541; çalışma durumu için 0,166; gelir düzeyi için 0,706; çocuk sahibi olup olmama durumu için 0,796 ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin olup olmaması durumu için de 0,108 bulunmuştur. Buna göre tüm analizler sonucunda p değeri 0,05 den büyük bulunmuştur. Başka bir deyişle, araştırmaya katılan psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin affedicilik düzeyinin sosyo-demografik özellikler ile ilişkisi bulunmamıştır.

Tablo 9.

Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin sağlık anksiyetesi, nörotizm ve affedicilik düzeyleri arasındaki korelasyon bulguları

N:50	Sağlık Anksiyetesi		Nörotizm		Affedicilik	
	r	P	r	P	r	p
Sağlık Anksiyetesi	1	-	0,034	0,815	-0,160	0,268
Nörotizm	0,034	0,815	1	-	-0,327	0,020*
Affedicilik	-0,160	0,268	-0,327	0,020*	1	-

* $p \leq 0,05$

Araştırmaya katılanların sağlık anksiyetesi, nörotizm ve affedicilik düzeylerinin birbirleriyle korelasyon analizi Pearson korelasyon testi ile yapılmıştır. Buna göre Tablo 12’de görüldüğü üzere sağlık anksiyetesi ile nörotizm arasında ($p=0,815$), sağlık anksiyetesi ile affedicilik düzeyi arasında ($p=0,268$) istatistiksel anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir. Ancak nörotizm düzeyi ile affedicilik düzeyi arasında istatistiksel anlamlı düzeyde ters korelasyon görülmüştür ($p=0,020$, $r=-0,327$). Buna göre nörotizm düzeyi artarken affedicilik düzeyi azalmaktadır.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada genel olarak psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin ruhsal dünyasında yaşadığı sıkıntıyı bedenlerine aktarırken; bedene yansıyan kısımda duygusal dengesizlikleri (nörotizm) ile affedicilik düzeyleri arasındaki ilişkiyi ölçümlemek hedeflenmiştir. Bu amaçla 35 kadın ve 15 erkekten oluşan, yaşları 30-65 arasında değişen ortalama 44,14 ($\pm 9,86$) olan 50 katılımcı dahil edilmiştir. Değerlendirmeler için sağlık anksiyetesi envanteri, beş faktörlü kişilik ölçeği ve affedicilik ölçeklerinden yararlanılmıştır.

Sağlık anksiyetesi envanterine göre alınabilecek skor aralığı 0 ile 54 arasındadır. Bu çalışmanın sonucuna göre sağlık anksiyetesi skoru 19 ile 50 arasında değişmekte olup ortalama 36,76 ($\pm 6,808$) düzeyinde tespit edilmiştir. Bu durum çalışma örneklemini oluşturan katılımcıların yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi gösterdiğini düşündürmüştür. Scarella ve arkadaşlarının(2017) çalışmasında, hipokondriyazın sağlık anksiyetesi, depresif bozukluklar ve somatoform bozukluklar gibi psikiyatrik ko-morbidite ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Buna göre DSM-IV 'e göre hipokondriyaz tanısı almış 194 kişide anksiyete bozuklukları ko-morbiditesi, somatoform bozukluklara göre daha fazla görülmüş, sağlık anksiyetesi ile somatoform bozukluklar arasında zayıf bir korelasyon tespit edilmiştir. Skorlama State-Trait anksiyete envanteri ile ölçüldüğü için araştırmamızda elde edilen skor ile direk bir karşılaştırma yapılamamaktadır. Aydemir ve arkadaşlarının (2013) sağlık anksiyetesi ölçeğinin Türkçeleştirilmesindeki geçerlilik ve güvenilir çalışmasında 65 somatoform bozukluğu olan kişi dahil edilmiştir.

Buna göre ortalama 24,8 ($\pm 1,3$) skor elde edilmiştir. Çalışma sonucunda bu envanterin somatoform bozukluklarda geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmektedir. Araştırma sonucumuza göre daha yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi skoru elde edilmiştir. Bu durum sindirim sistemi rahatsızlığının da mevcut olması ile ilişkilendirilebileceğini düşündürmektedir.

Nörotizm düzeylerinin değerlendirilmesi için beş faktörlü kişilik envanterinin kısa versiyonundan yararlanılmış olup 4 ve 9 numaralı ifadeler verilen yanıtların değerlendirilmesi ile skorlama yapılmıştır. Buna göre nörotizm düzeyleri için alınabilecek en az ve en çok skor aralığı 2 ile 10 arası olup skor arttıkça nörotizm düzeyinin artması şeklinde yorumlanmaktadır. Çalışma sonucunda 0 ile 8 arasında değişen ortalama 4,04 ($\pm 1,989$) değeri bulunmuştur. Buna göre araştırma örneklemini oluşturan sindirim sistemi rahatsızlığı olan somatoform bozukluğu olan kişilerde düşük düzeyde nörotizm dikkat çekmektedir. Wongpakaran ve Wongpakaran 'ın çalışmasında (2014), kişilik özellikleri ile somatizasyon ilişkisi değerlendirilmiştir. 126 kişinin değerlendirilmesi sonucunda duygusal stabilite ve vijilansın somatizasyon üzerine nörotizmden daha etkili olduğu görülmüştür. Nörotizmin yüksek bulunmadığı bu çalışma, araştırma sonuçlarımız ile uyumlu görülse de çalışmaya 60 yaş üstü yaşlı bireylerin dahil edildiği, araştırma örnekleminizin ise 30-65 yaşları içerdığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Affedicilik düzeyinin değerlendirilmesi için Affedicilik Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçekten alınabilecek skorlar 10 ile 50 arasında olup skorun artması, affedicilik düzeyindeki artışı göstermektedir. Çalışma sonucunda 11 ile 44 puan arasında ortalama 25,6 ($\pm 8,26$) bulunmuştur. Buna göre genel değerlendirme yapılacak olursa orta düzeyde bir affedicilik düzeyi olduğu fark edilmektedir. Literatürde somatoform bozukluğu olan bireylerdeki affedicilik düzeyini değerlendiren bir çalışma görülmemektedir. Çalışmamız bu yönüyle literatüre katkıda bulunmaktadır.

Sosyo-demografik özellikler ile sağlık anksiyetesi envanteri sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yaş ortalaması ile sağlık anksiyetesi envanteri sonuçları arasında da istatistiksel olarak

anlamli bir iliski saptanmamıştır. Konuyla ilgili literatürde farklı bulgular yer almaktadır. Gerolimos ve Edelstein 'ın çalışmasında (2012) genç yetişkinlerin daha ileri yaştakilere göre daha yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi gösterdiği bulunmuştur. McLean, Asnaani, Litz ve Hofmann (2011) anksiyete bozukluğu olan 20.013 kişi ile yaptıkları çalışmada, bulgularımızla uyumlu olarak cinsiyet ve yaş ile anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ancak anksiyete bozuklukları prevalansı açısından kadınların daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Morales, Espada ve Carballo çalışmasında (2013) 832 öğrenci dahil edilmiş ve çalışmamızda kullanılan sağlık anksiyetesi kısa formu ile değerlendirme yapmışlardır. Buna göre kadınlarda daha yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi görülmüştür ($p<0,01$). Çalışmamızla benzer şekilde yaş ile istatistiksel anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir.

Sağlık durumu değişkenleri olarak kronik rahatsızlık varlığı, düzenli ilaç kullanımı ve psikolojik rahatsızlık varlığı değerlendirmeye alınmıştır. Buna göre kronik rahatsızlığı olan 14 kişi (%28,0), düzenli ilaç kullanan 15 kişi (%30) ve psikolojik rahatsızlığı olan 3 kişi (%6) bulunmaktadır. Psikolojik rahatsızlığı olan ve olmayan kişi sayısı dağılımı 3'e 47 şeklinde olduğundan istatistiksel testler uygulanmış ancak yoruma katılmamıştır. Bu kategoride esas olarak değerlendirmeye katılan kronik rahatsızlık varlığı ve düzenli ilaç kullanımıdır. Sağlık anksiyetesi envanteri ile sağlık durumu değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Yani somatoform bozukluğu ve sindirim sistemi ilişkili rahatsızlığı olan kişilerde kronik rahatsızlığın ya da düzenli ilaç kullanımının sağlık anksiyetesi düzeyine etkisi görülmemektedir. Somatoform bozukluklarda böyle bir karşılaştırmanın yapıldığı başka bir çalışma mevcut olmadığından, çalışmamız literatüre katkıda bulunmaktadır. Kobori, Okita, Shirashi, Hasegawa ve Iyo 'nın çalışmasında (2014), 100 kronik sağlık sorunu olan ve 100 kronik sağlık sorunu olmayan katılımcı dahil edilerek çalışmamızda kullanılan sağlık anksiyetesi kısa formu ile değerlendirme yapmışlardır. Buna göre kronik rahatsızlığı olan grupta sağlık anksiyetesi skoru ortalama 18,93 ($\pm 10,55$) iken kronik rahatsızlığı olmayan grupta ortalama 13,21 ($\pm 7,018$) olarak bulunmuş ve bu değişkene göre istatistiksel açıdan yüksek anlamlı ilişki göstermiştir ($p=0,0001$). Yani kronik rahatsızlığı olan bireylerde sağlık anksiyetesi daha yüksek görülmektedir.

Çalışmamızda istatistiksel anlamlı ilişki görülmesi de Kobori ve arkadaşlarının çalışmasına benzer skor farkı göstermektedir. Kronik rahatsızlığı olan katılımcılarda sağlık anksiyetesi skoru ortalama 39,64 ($\pm 6,97$), kronik rahatsızlığı olmayanlarda ise daha düşük olarak 35,64 ($\pm 6,50$) bulunmuştur.

Sosyo-demografik özellikler ve yaş ortalaması ile nörotizm düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Literatüre bakıldığında Jokela ve Keltikangas-Jarvinen 'in çalışmasında (2010), kardiyovasküler risk taşıyan 2678 kişi dahil edilmiştir. Buna göre düşük gelir düzeyi ve statüsü olan işlerde çalışan kişilerde daha yüksek nörotizm düzeyi saptanmıştır ($p < 0,001$). Eğitim düzeyi ile çalışmamızla benzer şekilde anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p = 0,18$). Sulastiana, Harding ve Sumantri 'nin 51 öğrenciyi değerlendirdiği çalışmada (2016) nörotizm düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Buna göre, erkeklerin nörotizm düzeyleri kadınlardan belirgin şekilde daha düşük görülmüştür ($t\text{-testi} = 2,138$, $p < 0,05$). Çalışma bulgularımıza göre nörotizm ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış ancak nörotizm skorlarının benzer şekilde erkeklerde 3,93 ($\pm 2,25$) ile kadınlardan 4,09 ($\pm 1,90$) az farkla da olsa daha düşük olduğu gözlenmektedir. Ancak iki çalışmadaki yaş dağılımlarının adolesanlar ve genç-orta yetişkin olarak farklı olduğu dikkate alınmalıdır. Costa, Terracciano ve McCrae 'nin çalışmasında (2001), 26 kültürün NEO kişilik envanteri ile değerlendirilmesine göre kadınların erkeklere göre daha yüksek nörotizm seviyesine sahip olduğu belirtilmiştir ($p < 0,001$).

Sağlık durumu değişkenleri ile nörotizm düzeylerinin ilişkisi değerlendirildiğinde, kronik rahatsızlık varlığı ile nörotizm düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p = 0,004$). Buna göre kronik rahatsızlığı olan kişilerde daha yüksek nörotizm düzeyi görüldüğü bulunmuştur. Kişilik özellikleri ve kronik hastalıkların ilişkisinin ele alındığı 551 kişiyi içeren bir çalışmada kronik hastalık ve hastalık yükündeki artışın daha yüksek düzeylerde nörotizme neden olduğu gösterilmiştir ($p < 0,01$). Hatta nörotizm düzeyi takibinin hastalığın progresyonu için bir prediktif değeri olduğu öne sürülmüştür. Farklı bir bulgu olarak Turiano, Mroczek, Moynihan

ve Chapman 'nın çalışmasında (2013), "sağlıklı nörotizm" ifadesi önerilmiştir. Bu çalışmada kronik inflamasyon ilişkili belirteçlerden olan interlekin-6 (IL-6) düzeylerine bakılarak, nörotizm düzeyleri yüksek olan, titizlik ve insafılık skorları yüksek kişilerin, kronik hastalıklar açısından daha avantajlı olduğu ve IL-6 düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0,019$; $r=-0,03$). Çalışmamızda düzenli ilaç kullanımı ile nörotizm düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,267$). Gaygısız, Lajunen ve Gaygısız'ın çalışmasında (2017), 14 Avrupa ülkesinden elde edilen kişilik özellikleri verileri değerlendirildiğinde antibiyotik kullanımı miktarı ile nörotizm düzeyleri arasında doğru orantılı bir korelasyon tespit edilmiştir ($p<0,001$; $r=0,73$). Axelsson, Brink, Lundgren ve Lötval (2011) Batı İsveç'teki 749 kronik hastalığı olan kişide ilaç kullanım bağlılığı ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğinde, farklı bir bulgu olarak nörotizm ile negatif bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Yani ilaç bağımlılığının (çalışmamızdaki ifadeye uyarlayacak olursak, düzenli ilaç kullanımının) artmasıyla nörotizm düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Çalışma bulgularımızda istatistiksel anlam ifade etmemesine karşın, bu bulgudan farklı olarak düzenli ilaç kullanan kişilerde nörotizm düzeyi daha yüksek görülmektedir (4,47 vs 3,85).

Affedicilik düzeyleri ile sosyo-demografik özelliklerin ve yaş ortalamasının istatistiksel ilişkisine bakıldığında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Literatür değerlendirildiğinde cinsiyet ile affedicilik düzeyleri arasında çelişen sonuçlar dikkat çekmektedir. Bunun nedeni ise cinsiyete bağlı değişikliklerin sosyolojik faktörler ya da dini unsurlardan etkilenebildiği düşüncesiyle ilişkilendirilmektedir. Çalışmamızla uyumlu olarak cinsiyet ve affedicilik düzeyi arasında ilişki saptanmamış çalışmalar da mevcuttur (Berry ve arkadaşları 2001; Maltby ve arkadaşları, 2007; Toussaint ve Webb, 2005). Miller, Worthington ve Mcdaniel 'in yaptığı 70 çalışmanın rapor edildiği 53 makalenin meta-analize göre (2008) kadınların erkeklerden daha yüksek affedicilik düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir. Yaş ile affediciliğin değerlendirildiği çalışmalarda, yaşı ilerlemiş olan kişilerin pozitif ve yapıcı yaklaşımlarının, hayat boyu kazandıkları deneyimler nedeniyle daha fazla olması gerektiği öngörüsü ve sonucu hakimdir (Birditt ve arkadaşları, 2005; Allemand ve Steiner, 2010). Medeni durum ile affediciliğin direk

değerlendirildiği çalışmaya ulaşılammış olup çalışmaların çoğunlukla evli kişiler arasında yapıldığı görülmüştür. Evliliğe uyum ve affediciliğin değerlendirildiği bir çalışmada 40 evli çift dahil edilmiş ve evliliğe uyumu daha iyi olan kişilerde daha yüksek affedicilik düzeyi tespit edilmiştir ($p<0,05$; $r=0,917$ erkeklerde; $r=0,874$ kadınlarda) (Gaur ve Bhardwaj, 2015). Çalışmamızda medeni durum ve affedicilik arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ancak skorlara bakıldığında evli olan kişilerin affedicilik puanlarının ortalamasının ($26,66\pm8,62$), bekar/ boşanmış/ dul/ ayrı olan kişilere göre daha yüksek skorlar gösterdiği dikkat çekmektedir. Bu durum evliliği devam eden kişilerin uyumunun daha yüksek olduğu varsayılırsa geniş serilerde anlamlı bir ilişki gösterebileceğini düşündürmektedir.

Sağlık durumu değişkenleri ile affedicilik düzeyi ilişkisine bakıldığında da istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu konuda literatürde Elliot 'un derlemesi (2011) dikkat çekmektedir. Buna göre affedicilik düzeyinin yüksek olması kronik hastalıkları olan kişilerin sağlığı için olumlu etki göstermektedir. Bu anlamda kronik hastalığı olan kişilere affedicilik terapisi yapılması da önerilmektedir. Düzenli ilaç kullanımı ve affedicilik düzeyleri arasında yapılmış bir çalışma bulunamamıştır.

Sağlık anksiyetesi, nörotizm ve affedicilik düzeylerinin birbiri ile korelasyonu değerlendirildiğinde sadece nörotizm ve affedicilik düzeyleri arasında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir ($p=0,020$; $r=-0,327$). Bu ilişki nörotizm ve affediciliğin ters korelasyon gösterdiği yani nörotizm düzeyi arttıkça affedicilik düzeyinin azaldığı yönünde tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında nörotizmin affedicilik üzerindeki baskılayıcı etkisinin gösterildiği bir çok çalışma olmasına karşın, çalışma örneklemimizde yer alan somatoform bozukluk gösteren ve sindirim sistemi ilişkili rahatsızlığı olan kişilerdeki durumu değerlendiren benzer bir çalışma görülmemektedir. Özgün değere sahip olan çalışmamız, literatüre bu alanda katkı sağlamaktadır. Abid, Shafiq, Naz ve Riaz (2015), 500 lise ve üniversite öğrencisi ile yaptıkları araştırmada nörotizmin de yer aldığı beş kişilik faktörü ile affedicilik ilişkisini değerlendirmiştir. Buna göre nörotizmin belirgin bir şekilde affedicilik düzeyi ile negatif korelasyon gösterdiğini bulmuşlardır. Hafnidar (2013) da benzer bir

Çalışma yaparak beş kişilik faktörü ve maneviyat ile affedicilik düzeylerinin ilişkisini değerlendirmiştir. Buna göre başkalarına karşı daha fazla süren kızgınlık yaşayan bireylerin, nörotizm üzerine yüksek puanlar ve anlaşmazlıklarda düşük puanlar aldığı gösterilmiştir. Benzer şekilde Al-Sabeelah, Alraggad ve Ameerh 'in çalışmasında da (2014), 450 niversite öğrencisine yapılan değerlendirmeler sonucunda nörotizm ve affedicilik arasında negatif korelasyon görülmüştür. Tüm bu çalışmalar, araştırma sonucumuz ile uyum göstermektedir.

Bu araştırmanın güçlü yönü literatürde daha önce değinilmemiş bir konu olarak psikosomatik sindirim sistemi ilişkili rahatsızlığı olan kişilerdeki sağlık anksiyetesini, nrotizmi ve affedicilik düzeylerini değerlendiren ilk çalışma olmasıdır. Sağlık anksiyetesi envanteri, somatoform bozuklukların değerlendirilmesinde literatürde sıklıkla kullanılan bir ölçektir. Beş faktörlü kişilik envanteri, içerdiği nörotizm değerlendirici ifadeler ile yine birçok çalışmada kullanılmaktadır. Affecilik leği de sıklıkla kullanılan bir değerlendirme aracıdır. Bu nedenle çalışmanın temelini oluşturan soruların yanıtlanması için doğru ölçeklerin kullanıldığı söylenebilir. Ancak araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Kişilik zelliklerinin sosyo-kültürel, sosyo-ekonomik ve dini faktörler ile etkilendiği bilinmektedir. Bu alışma da Konya ilindeki 50 kişiyi kapsaması nedeniyle belli bir kesimi yansıtan bulgular sunmaktadır. Bu nedenle farklı bölgelerden, daha fazla sayıda katılımcı dahil edilerek çalışmanın sürdürülmesi gerekmektedir.

6. BÖLÜM

SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışma sonucunda biyolojik nedeni bulunmayan sindirim sistemi ilişkili rahatsızlığı olan kişilerde yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi, düşük düzeyde nörotizm ve orta düzeyde affedicilik olduğu tespit edilmiştir. Sosyo-demografik özelliklerin hiçbirisi değerlendirilen bu ölçekler ile ilişki göstermemiştir. Sağlık durumu değişkenlerinden ise kronik rahatsızlığı olan kişilerin daha yüksek düzeyde nörotizm düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Sağlık anksiyetesi, nörotizm ve affedicilik düzeylerinin birbiri ile ilişkisine bakıldığında sadece nörotizm ve affedicilik arasında ters korelasyon anlamlı düzeyde görülmüş olup bu durum literatürdeki çalışmalar ile uyumlu tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler

Çalışmanın bir başka benzeri literatürde yer almadığından özgün bir değere sahiptir. Ancak daha farklı şehirlerden kişilerin de dahil edilerek geniş serilerde çalışmanın devam ettirilmesi önerilmektedir. Bununla beraber ölçeklerin sağlıklı kişiler ve sindirim sistemi rahatsızlığı olmayan ancak somatoform bozukluğu olan bir başka grup dahil edilerek (kontrol grubu) karşılaştırılma yapılması daha spesifik değerlendirme yapma imkanı sağlayacaktır.

Çalışma bulgularına dayanarak klinikte daha yüksek düzeyde sağlık anksiyetesi seviyelerine sahip olduğu tespit edilmiş somaform bozukluğu ve

sindirim sistemi rahatsızlığı bulunan hastalara psikolojik destek sağlanmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir. Sindirim sistemi rahatsızlığına ek bir kronik hastalığı olan kişilerde nörotizm düzeyleri de daha yüksek bulunmuştur. Bu nedenle bu hasta popülasyonunun klinik öykü alınırken ayrıca gruplandırılması ve psikoterapi yaklaşımları ile desteklenmesi önerilmektedir. Hastaların aileleri de bu konuda bilgilendirilerek nasıl bir yaklaşım içerisinde olmaları ve bu süreci nasıl yönetmeleri gerektiği hususunda yönlendirilebilir. Bu psikolojik destekler ile hastanın prognozunun da daha iyiye gidebileceği öngörülebilir.

KAYNAKLAR

- Abid, M., Shafiq, S., Naz, I., & Riaz, M. (2015). Relationship between Personality Factors and Level of Forgiveness among College Students. *International Journal of Humanities and Social Science*. 5(7), 149-154.
- Allemand, M. (2008). Age differences in forgiveness: The role of future time perspective. *Journal of Research in Personality*, 42, 1137–1147.
- Al-Sabeelah, A.M.S., Alraggad, F.E.A., Ameerh, A. (2015). The relationship between forgiveness and personality traits, mental health among sample Jordanian university students. *International Journal of Education and Research*. 2(9), 217-229
- American Psychiatric Association. (1952). (Aktaran, Von Zerrsen ve Akiskal, 1998). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). (Aktaran, Kawa S ve Giordano J, 2012). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association, APA.(2013). *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Ashton, M.C., Paunonen, S.V., Helmes, E. & Jackson, D.N. (1998). Kin altruism, reciprocal altruism, and the big five personality factors. *Evolution and Human Behavior*, 19, 243-255.
- Aydemir, Ö., Kırpınar, İ., Satı, T., Uykur, B, & Cengisiz, C. (2013). Reliability and Validity of the Turkish Version of the Health Anxiety Inventory. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 50(4), 325–331.

- Axelsson, M., Brink, E., Lundgren, J., & Lötvall, J. (2011). The influence of personality traits on reported adherence to medication in individuals with chronic disease: an epidemiological study in West Sweden. *PLoS One*, 6(3).
- Băban, A., & Dumitrașcu, D. (1991). Somatisation: A Modern Concept For A Classic Clinical Syndrome, *Journal Of Of Medical Life*, 8.
- Bagby, R.M., Uliaszek, A.A., & Gralnick, T.M. (2015). In: Widiger TA, editor. (ed). *The Oxford handbook of the five factor model*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D.H., Sauer- Zavala, S, & Carl, J.R. (2014). The origins of Neuroticism. *Clin Psychol Sci*. 2, 344- 365.
- Berry, J.W., Worthington, E.L., Parrot, L., O'Connor, L. E., & Wade, N. G. (2001). Dispositional forgiveness: Development and construct validity of the transgression narrative test of forgiveness (TNTF). *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1277–1290
- Birditt, K.S., Fingerman, K.L., & Almeida, D.M. (2005). Age differences in exposure and reactions to interpersonal tensions: A daily diary study. *Psychology and Aging*, 20, 330–340.
- Bouhuys, A.L., Flentge, F., Oldehinkel, A.J., Van den Berg, M.D. (2004). Potential psychosocial mechanisms linking depression to immune function in elderly subjects. *Psychiatry Res*.127(3), 237-45.
- Corotto, P.S., McCarey, M.M., Adams, S., et al. (2013). Heart failure patient adherence: epidemiology, cause, and treatment. *Heart Fail Clin*. 9, 49–58
- Costa, P. J., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences Personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 322 331.
- Deter, H.-C., Kruse, J., & Zipfel, S. (2018). History, aims and present structure of psychosomatic medicine in Germany. *Biopsychosocial Medicine*,

- Dimsdale, J. E., Xin, Y., Kleinman, A., Patel, V., Narrow, W. E., Sirovatka, P. J., & Regier, D. A. (Eds.). (2009). *Somatic presentations of mental disorders: Refining the research agenda for DSM-V*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc..
- Elliott, B.A. (2011). Forgiveness Therapy: A Clinical Intervention for Chronic Disease. *Journal of Religion and Health*, 50(2), 240-247.
- Engel, G.L. (1954). Studies of ulcerative colitis. II. The nature of the somatic processes and the adequacy of psychosomatic hypotheses. *Am J Med.*,16, 416–433
- Enright, R.D. & Coyle, C.T. (1998). *Researching the process model of forgiveness within psychological interventions*. In E.L. Worthington, Jr. (Ed). Dimensions of forgiveness: Psychological Research and Theological Perspectives (pp 139-161). Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Fitzgibbons, R. P. (1986). The cognitive and emotive uses of forgiveness in the treatment of anger. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(4), 629-633.
- Gaur, P. & Bhardwaj, A.B.B. (2015). Relationship between Empathy, Forgiveness and Marital Adjustment in Couples. *The International Journal of Indian Psychology*. 3(1), 145- 152.
- Gaygısız, Ü., Lajunen, T. & Gaygısız, E. (2017). Socio-economic factors, cultural values, national personality and antibiotic use: A cross-cultural study among European countries. *Journal of Infection and Public Health*, (Article in pres).
- Gerolimatos, L.A. & Edelstein, B. (2012). Predictors of health anxiety among older and young adults. *International Psychogeriatrics*, 24(12), 1998-2008.
- Hafnidar. (2013). The relationship among five factor model of personality, spirituality, & forgiveness. *International Journal of Social Science & Humanity*, 3(2), 167-170.

- Holtmann, G., Shah, A., Morrison, M. (2017). Pathophysiology of Functional Gastrointestinal Disorders: A Holistic Overview. *Digestive Diseases*. 35(Supp1), 5-13.
- Horzum, M.B., Ayas, T., Padır, M.A. (2017). Beş Faktör Kişilik Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması. *Sakarya University Journal of Education*. 7, 398-408.
- Jewell, D.P., Truelove, S.C. (1974). Azathioprine in ulcerative colitis: final report on controlled therapeutic trial. *Br Med J.*, 4, 627–630.
- Jokela, M., & Keltikangas-Jarvinen, L. (2010). The association between low socioeconomic status and depressive symptoms depends on temperament and personality traits. *Personality and Individual Differences*, 51(2011), 302-308.
- Karasar, N. (2016). Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar İlkeler Teknikler. Ankara. NOBEL Akademik Yayıncılık.
- Kallivayalil, R. A., & Punnoose, V. P. (2010). Understanding and managing somatoform disorders: Making sense of non-sense. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(Suppl1), 240–S245.
- Kobori, O., Okita, M., Shiraishi, T., Hasegawa, T., & Iyo, M. (2014). Health anxiety and healthcare costs in Japanese individuals: an Internet survey. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2(1), 833–840.
- Kovavic, K. (2015). Current concepts in functional gastrointestinal disorders. *Curr Opin Pediatr*. 27(5), 619-24.
- Kumar, N.N., Panchaksharappa, M.G., & Annigeri, R.G. (2016). Psychosomatic disorders: An overview for oral physician. *J Indian Acad Oral Med Radiol*. 28, 24-9
- Lahey, B.B. (2009). Public health significance of neuroticism. *Am Psychol*. 64, 241- 56
- Lamont, J. T. (2015). Evidence-based management of gastrointestinal diseases. *Gastroenterology Report*, 3(1), 1–2.

- Lipowski, ZJ. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 145(11), 1358-68.
- Maltby, J., Macaskill, A., & Gillett, R. (2007). The cognitive nature of forgiveness: Using cognitive strategies of primary appraisal and coping to describe the process of forgiving. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 555–566.
- McDougall, J. (1989). Vücut Tiyatrosu, B. Ciğeroğlu (Çev.), *Acıyan Beden: Psikosomatiğe Psikanalitik Bakışlar*, Y. Cengiz. (Der), İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2829.
- McCullough, M. E., Kurzban, R., & Tabak, B. A. (2013). Cognitive systems for revenge and forgiveness. *Behav Brain Sci*. 36 1–15.
- McCullough, M. E. (2008). Beyond Revenge: *The Evolution of the Forgiveness Instinct*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- McDougall, J. (1989). *Theaters of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York, NY, US: W W Norton & Co.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035.
- Miller, A.J., Worthington, E.L., & Mcdaniel, M.A. (2008). Gender and Forgiveness: A Meta–Analytic Review and Research Agenda. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(8), 843-876.
- Morales, A., Espada, J.P., & Carballo, J.L. (2013). Short Health Anxiety Inventory: Factor structure and psychometric properties in Spanish adolescents. *Journal of Health Psychology*, 0(0), 1-9.
- Nugent, M.S.. Specific-Reaction Theory in Psychology Dictionary.org, April 13, 2013, <https://psychologydictionary.org/specific-reaction-theory/> (Erişim tarihi: 17 Ağustos 2018).

- Obimakinde, A. M., Ladipo, M. M., & Irabor, A. E. (2015). Familial and socio-economic correlates of somatisation disorder. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 7(1), 746.
- Oltmanns, T.F., Neale, J.M., & Davison, G.C. (2003), Anormal Davranışlar Psikolojisiinde Vak'a Çalışmaları, Ö.Gözene (Çev.). İ. Dağ (Ed.). *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, 25, 70-77.
- Ozer, D.J., & Benet- Martinez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annu Rev Psychol.*, 57, 401-21.
- Rosmalen, J.G., Neeleman, J., Gans, R.O., de Jonge, P. (2007). The association between neuroticism and self-reported common somatic symptoms in a population cohort. *J Psychosom Res.*, 62(3), 305-11.
- Rubin, D. C., Shaker, A., & Levin, M. S. (2012). Chronic intestinal inflammation: inflammatory bowel disease and colitis-associated colon cancer. *Frontiers in immunology*, 3, 107.
- Sadalskaia, E.V., & Enikolopov, S.N. (2002). Psychological Aspects of Quality-of-Life Assessment in Patients with a Psychosomatic Disorder. *International Journal of Mental Health.*, 31(2), 77-89.
- Salkovskis, P.M., Rimes, K.A., Warwick, H.M., Clark, D.M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med.* 32(5), 843-53.
- Salminen, J.K., Lehtinen, V., Jokinen, K., Talvitie, A., Salminen, J.K. (1980). Psychosomatic disorder: A treatment problem more difficult than neurosis? *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Scarella, T. M., Laferton, J. A. C., Ahern, D. K., Fallon, B. A., & Barsky, A. (2016). The Relationship of Hypochondriasis to Anxiety, Depressive, and Somatoform Disorders. *Psychosomatics*, 57(2), 200–207.
- Shah, E., Pimentel, M. (2014). Evaluating the functional net value of pharmacologic agents in treating irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.*, 39(9), 973-83.

- Sulastiana, M.D., Harding, D., & Sumantri, S. (2016). *Gender Differences in Neuroticism on College Students*. Asean Conference, 2nd Psychology & Humanity. *Psychology Forum UMM*, 2016. P.723- 728.
- Surís, A., Holliday, R., & North, C. S. (2016). The Evolution of the Classification of Psychiatric Disorders. *Behavioral Sciences*, 6(1), 5.
- Sutin, A. R., Zonderman, A. B., Ferrucci, L., & Terracciano, A. (2013). Personality Traits and Chronic Disease: Implications for Adult Personality Development. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(6), 912–920.
- Subramanian, C.R., & Triadafilopoulos, G. (2015). Refractory gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 3, 41–53.
- Şahin, N.H., Çeri, Ö., Düzgün, G., Ergün, H., Karslı, E., Koç, V., Öflü, P., & Uzun, C. (2007). Kişilerarası Tarz Ölçeği: Geliştirilmesi ve Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikoloji Yazıları*.
- Ramgopal, K.,& From the proceedings of Insight Ayurveda 2013, Coimbatore. 24th and 25th May 2013. (2013). PA02.08. Role of herbs in psychosomatic disorders. *Ancient Science of Life*, 32(Suppl 2), S53.
- Thursby, E., & Juge, N. (2017). Introduction to the human gut microbiota. *The Biochemical journal*, 474(11), 1823-1836.
- Tooby J., & Cosmides, L. (2005). *Conceptual foundations of evolutionary psychology*, in *Handbook of Evolutionary Psychology*, ed. Buss D. M., editor. (Hoboken, NJ: Wiley;), 5–67.
- Toussaint, L. L.,& Webb, J. R. (2005). Gender differences in the relationship between empathy and forgiveness. *The Journal of Social Psychology*, 145, 673–685.
- Tunçer, Ö. (2005). Stres, Psikosomatik ve Somatoform Bozukluklar, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi, İ. Ü. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 47, 153-162.

- Turiano, N.A., Mroczek, D.K., Moynihan, J., & Chapman, B.P. (2013). Big 5 personality traits and interleukin-6: Evidence for “healthy Neuroticism” in a US population sample. *Brain, Behaviour and Immunity*, 28, 83-89.
- White, D.L., Savas, L.S., Daci, K., et al. (2010). Trauma history and risk of the irritable bowel syndrome in women veterans. *Aliment Pharmacol Ther.*, 32, 551–561.
- Whitehead, W.E., Palsson, O., & Jones, K.R.(2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology.*, 122, 1140–1156.
- Widiger, T.A. (2009) In: Leary MR, editor; , Hoyle RH, editor. (eds). *Handbook of individual differences in social behavior*. New York: Guilford, 129-46.
- Widiger, T.A., & Trull, T.J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *Am Psychol.*, 62, 71- 83.
- Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2014). Personality traits influencing somatization symptoms and social inhibition in the elderly. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 157–164.
- Veigh, I. (1965). *Hysteria: the history of a disease*. University of Chicago Press, Chicago.

EKLER

EK-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmanın genel amacı psikosomatik sinir sistemi rahatsızlığına sahip kişilerin ruhsal dünyasında yaşadığı sıkıntıyı bedenlerine aktarırken; bedene yansıyan kısımda duygusal dengesizlikleri (nörotizm) ile affedicilik düzeyleri arasındaki ilişkiyi ölçümlemek hedeflenmiştir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için bir gastroenterolog tarafından psikosomatik sindirim sistemi ile ilgili almış olmanız gerekir. Çalışmaya dahil edilecek olgularda somatoform semptomlar ile ilişkili herhangi bir enfeksiyon ya da kanser gibi bir rahatsızlık mevcut olmayacaktır.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Bu araştırma tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Herhangi invaziv bir girişim yapılmayacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak Sizden sosyo-demografik özelliklerinizi ifade eden bir formu doldurmanız istenecektir. Bunun ardından nörotizm düzeyinizi ölçen bir kişilik ölçeği ile ve affedicilik düzeylerini ölçen anketleri öz-bildirim yolu ile doldurmanız istenecektir. Bu formları eksiksiz ve doğru şekilde doldurmak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 50 'dir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 2 ay' dır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamayacak ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar Türkiye'nin Konya yerleşkesindeki hastane ve kliniklerde psikosomatik sindirim sistemi tanısı almış bireylerin nörotizm düzeyleri ile affedicilik düzeyleri arasındaki ilişkinin kuvvetini anlamak için bir korelasyon tasarımı sağlayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu araştırma sizin için hiçbir risk teşkil etmemektedir. Kimlik bilgileriniz daimi olarak saklı kalacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Sindirim sistemi ile ilgili somatik tanı almadığı sonradan belirlenen katılımcılar çalışma dışı bırakılacaktır. Size yönlendirilen formlarda eksik bilgiler olması halinde de çalışma dışı bırakılmanız söz konusudur.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar araştırmacı tarafından karşılanacaktır. Uygulama sırasında gelişebilecek herhangi bir hasara karşı (ölüm/sakatlanma dahil) güvence altına alınmaktasınız.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız içinno.lu telefonda Psk. Seda KARTALTEPEYE 'e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum bulunmamaktadır. Çalışma herhangi bir masraf gerektirmemektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren iki sayfa yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

EK-2

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

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

1. (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
 (b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
 (c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
 (d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
 (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
 (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
 (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir.
 (b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.
 (c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
 (d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
 (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
 (c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
 (d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.

EK-3

BEŞ FAKTÖRLÜ KİŞİLİK ENVANTERİ – KISA VERSİYONU

Maddeler	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her Zaman
Kendimi içine kapanık biri olarak görüyorum.					
Kendimi genellikle güvenilir biri olarak görüyorum.					
Kendimi yavaş hareket etme eğiliminde olan biri olarak görüyorum.					
Kendimi rahat ve stresle başa çıkabilen biri olarak görüyorum.					

EK -4

AFFEDİCİLİK ÖLÇEĞİ

Her sorunun karşısında bulunan; **(1)Hiç Katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kararsızım (4) Katılıyorum ve (5) Tamamen Katılıyorum** anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.

		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Bana yakın olan insanlar uzun süre kin tuttuğumu düşünür.					
2	Bana karşı yaptığı tüm hatalara rağmen arkadaşımı affedebilirim.					
3	Birisi bana kötü bir şekilde davranırsa, ona aynı şekilde davranırım.					
4	İnsanlar bana karşı olan hatalarından olayı suçluluk duymasalar da onları affetmeyi denerim.					

EK-5

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ – KISA VERSİYONU**KULLANIM İZNİ (21.05.2018)**

18 Mayıs 2018

Alıcı: soaydemir

Ömer Bey Merhaba;
 Ben psikolog Seda Kartaltepe, şuanda Yakın Doğu Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programında ve tez aşamasındayım,
 Tezimde sizin geliştirip/uyarladığınız Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nden faydalanmak istiyorum araştırmama veri sağlayabilmek amacı ile.
 Bu bağlamda "İzninize" ve testin uygulanması ve puanlanması adına yardımınıza ihtiyacım var.
 Desteğinizi esirgemezseniz çok mutlu olurum,
 İyi akşamlar,
 Ve şimdiden çok teşekkürler

Psk Seda KARTALTEPE

Omer Aydemir

Alıcı: bana

Merhaba
 Tez çalışmanızda Sağlık Anksiyetesi ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.
 Ölçeğin puanlaması maddelerin toplam puanıdır.
 Kolaylıklar diliyorum.
 Prof. Dr. Ömer Aydemir
 Manisa Celal Bayar Üniversitesi

From: Seda Kartaltepe <kartalteseda@gmail.com>**To:** soaydemir@yahoo.com**Sent:** Friday, May 18, 2018 11:21 PM**Subject:** Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Hakk.**Seda Kartaltepe** <kartalteseda@gmail.com>

Alıcı: Omer

Ömer hocam;
 Gerçekten çok teşekkür ederim,
 Psk Seda KARTALTEPE

Omer Aydemir <soaydemir@yahoo.com> şunları yazdı (21 May 2018 08:43):

EK-6

BEŞ FAKTÖRLÜ KİŞİLİK ENVANTERİ – KISA FORMU**KULLANIM İZNİ (29.11.2017)****5 Faktörlü Kişilik Envanteri Hakk.**29.11.
2017**Seda Kartaltepe <kartaltepeseda@gmail.com>**

Alıcı: mali.pad1r

Mehmet Ali Hocam Merhaba,

Ben Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisiyim çalışacağım tez konusu için literatür taraması yaparken "Beş Faktörlü Kişilik Envanteri"nin tezim için içime çok sinen bir noktası oldu ve yardımınıza çok ihtiyacım var,

Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerde 5 Faktörlü Kişilik Envanteri nin alt alanı olan nörotisizm düzeyini ölçümlemek ve çalışmak istiyorum.. Duygusal gelgitlerini ölçümlemek adına da 5 Faktörlü Kişilik Envanterini izninizle kullanmak istiyorum,

Bu bağlamda uyarlaması sizde olan bu envanteri hem sizden talep etmek hem de kullanım onayı alabilmek için kapınızı çalmak istedim,

Bu konuda yardımcı olabilirsiniz gerçekten çokook mutlu olurum çünkü çok çalışmak istediğim bir konu belirlenmiş oldu, Doktora tezimde de devamını getirebileceğim bir çalışma olacak mümkünse şayet,

Psk Seda KARTALTEPE

mehmet ali padır <mali.pad1r@gmail.com>29.11.
2017

Alıcı: bana

Merhaba Seda Hocam,

Çok güzel açıklamışsınız tebrik ederim. Hocam ekte maddeleri, ve ilintili makaleyi sizinle paylaşıyorum. Bizim uyarladığımız ölçek 10-maddelik kısa form. Kullanışlılığı arttırmak adına uyarladık. İçinize halen siniyorsa istediğiniz gibi kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar.

EK-7

AFFEDİCİLİK ÖLÇEĞİ

KULLANIM İZNİ (26.02.2018)

Alıcı: Hakan

Hakan Bey tekrar merhaba;

Gün içerisinde sağlıklı bir geri dönüş yapamadım şöyle ki tez konumu Somatizasyon ve Kendilik Algısı üzerine çerçevelemeyi düşünüyordum literatür taraması yaparken İnternette çalışmalarda okuduğum kadarı ile nörotizm alt başlığı ile spesifikleştirebilirim diye bir düşünce belirdi. Bu çalışma ile kişinin duygusal dengesini ölçümlemiş olurken hastanelerde psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireyler bağımsız değişken; bu bireylerin yaşam standardına göre nörotizm düzeyleri arasındaki fark bağımlı değişken olarak saptanabilir diye düşünmüştüm, tez öneri formu üzerinden gerçekleştirdiğimiz seminer dersimizde kendini affetme düzeylerini de (ben bunu doktora tezi için derinleştirmeyi düşünüyordum) eklemenin yararlı olacağı kanaatine vardık ve şekillendirdik,

Bu sebeple "Hertland Affedicilik Ölçeği" ni baz alabilirim diye varsaymıştım fakat bu çerçevede sizin çalışmanız ışık tutacaksa ve paylaşmanızda sıkıntı olmayacaksa çok mutlu olurum gerçekten

Danışmanlığınız için naif yaklaşımınız için ne desem az kalır gerçekten, Çok teşekkür ederim tekrar,

Psk Seda KARTALTEPE

Hakan Saricam <hakansaricam@gmail.com>

26
Şub

Alıcı: bana

Merhabalar,

Yazdıklarınızdan anladığım kadarıyla psikosomatik belirti gösterenler ile göstermeyenlerin kendilik algısına (nörotizm bağlamında) bakacaksınız. Kendilik algısı altında da bir takım duygu durum düzeylerini inceleyeceksiniz. Affedicilik bunlardan bir tanesi. Yanlış hatırlamıyorsam üç boyutlu Hertland Affedicilik Ölçeği işinizi görür fakat klinik alanda bir ölçeğin alt boyutunu alıp kullanmak etik midir onu tartışmak gerekir. Benim ölçeği göndereyim işinizi görürse memnuniyetle kullanabilirsiniz. Konu kapsamıyla bu ölçek de işinizi görür. Ama diğer değişkenleri iyi seçmelisiniz. Hatta kendilik algısını sınırlandırmalısınız. Çok geniş bir konu. Örneğin sadece "Kendilik Algısı Ölçeği" var onu kullanabilirsiniz. Ya da farklı değişkenlerle değerlendirecekseniz kendiliğin duygusal boyutu mu, düşünsel boyutu mu, davranışsal boyutu mu buna karar vermelisiniz. Duygusal boyutu ise affedicilik, intikam, öz duyarlılık, merhamet vs.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim

26 Şubat 2018 19:55 tarihinde Seda Kartaltepe <kartalteseda@gmail.com> yazdı:

EK-8

ÖZGEÇMİŞ

Seda KARTALTEPE

17.05.1987 tarihinde Van ilinde doğdum. İlkokul, ortaokul ve liseyi Bursa ilinde okudum. 2005 yılında Ege Üniversitesi Sosyoloji Bölümü' ne giriş yaptım ve 2007 yılında İstanbul Üniversitesi'ne yatay geçiş yaparak Psikoloji ve Sosyoloji Bölümlerini Çift Anadal Programı ile bitirdim. Mezun olduktan sonra alanımla ilgili kendimi ve yeterliliğimi geliştirebilmek adına eğitim programlarına katıldım. Rehabilitasyon merkezi, huzurevi, tüp bebek merkezi ve hastane olmak üzere pek çok kurum ve kuruluşta bireysel ve grup terapileri gerçekleştirdim.

2016 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programına kabul edildim.

EK-9

İNTİHAL RAPORU

%6	%4	%2	%3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	%1
2	www.noropsikiyatriarsivi.com İnternet Kaynağı	%1
3	docobook.com İnternet Kaynağı	%1
4	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
5	www.sporbilim.com	<%1

EK-10**BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

11.02.2019

Sayın Seda Kartaltepe

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2018/211 proje numaralı ve **“Psikosomatik Sindirim Sistemi Rahatsızlığı Olan Bireylerin Nörotizm ve Affedicilik Düzeyleri Arasındaki İlişki”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü



Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.