

**T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ (KLİNİK PSİKOLOJİ)
ANABİLİM DALI**

**TÜBERKÜLOZ HASTALARINDA
STRES VE STRESLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Yüksek Lisans Tezi

Gül ULUBAYRAM

Ankara-2015

**T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ (KLİNİK PSİKOLOJİ)
ANABİLİM DALI**

**TÜBERKÜLOZ HASTALARINDA
STRES VE STRESLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Yüksek Lisans Tezi

Gül ULUBAYRAM

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ayşegül DURAK BATIGÜN

Ankara-2015

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim.(01/07/2015)

Tezi Hazırlayan Öğrencinin
Adı Soyadı

Gül ULUBAYRAM

TEŞEKKÜR

Psikoloji eğitimime adım attığım 2004 yılında başlayan ve Yüksek Lisans eğitimiyle devam eden bu uzun sürecin her aşamasında yanımda olan, bilgi ve deneyimlerini içtenlikle benimle paylaşan, sabır gösteren, yol göstericim, değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün'e teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimime başlamamda çok değerli katkılarından dolayı kendisine şükran duyduğum, eğitimim ve tez çalışmam sırasında engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli hocam Prof.Dr. Nesrin Hisli Şahin'e teşekkür ederim.

Psikoloji bölümünden tanıştığım ilk kişi olan, eğitimimin her aşamasında bana destek olan değerli hocam, Doç. Dr. Banu Yılmaz'a teşekkür ederim.

Psikoloji eğitimim sürecinde benim sonu gelmeyen tekrarlarımı, çalışmalarımın tüm detaylarını bıkip, usanmadan dinleyen; sabrını sınırlarına kadar zorladığım; bu süreçte olduğu kadar, hayatımın her evresinde bana yaptığı katkılarla da sürekli yanımda olan meslektaşım, mesai arkadaşım, can dostum, fedakar insan Cavidan Gökyar'a teşekkür ederim.

Tezimi yazarken beni yönlendiren, bilgi ve tecrübeleriyle bana moral, motivasyon ve destek sağlayan Prof. Dr. Kezban Ulubayram'a teşekkür ederim.

Yaşamıma enerji veren, güzel prenseslerim canım kızım Gülce Ulubayram ve biricik kardeşim Sedef Çetin'e teşekkür ederim.

Bugünümü yaşıyor olmamda en büyük payı olan, hayatta beni dik durmaya programlayan ve Psikoloji eğitimi için beni yürekten destekleyen, bugün her ikisi de hayatta olmayan sevgili annem Rüya Çetin ve sevgili babam Mehmet Çetin'e teşekkür ederim.

Son olarak, 23 yıldır hayatı paylaştığım, acı ve tatlı günlerimizde hep yanımda olan, psikoloji eğitimimin her aşamasında bana manevi ve teknik anlamda destek olan, tez çalışmamız sırasında motivasyonumu yüksek tutmaya çalışan, eşim, arkadaşım, dostum, can yoldaşım İsmail Ulubayram'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1. TÜBERKÜLOZ	3
1.1.1. Tüberkülozun Tarihçesi	3
1.1.2. Sanatoryum Hareketi	6
1.1.3. Tüberküloz Hastalığı	11
1.1.3.1. Tüberkülozun Bulaşması	11
1.1.3.2. İmmünite ve Patogenez	14
1.1.3.3. Tüberküloz Tanısı	17
1.1.4. Dünyada Tüberküloz	20
1.1.5. Türkiye’de Tüberküloz	23
1.1.6. Verem Savaşın Hedefleri	26
1.1.7. Türkiye ve Dünyada Tüberkülozun Psikolojik/ Psikiyatrik Durumu	27
1.1.8. Tüberküloz Olgularının Genel Özellikleri	31
1.2. STRES	35
1.2.1. Zaman İçerisinde Stres Kavramı	35
1.2.2. Stres ve Diğer Kavramlar	38
1.2.3. Stres Kuramları	40
1.2.3.1. Biyolojik Stres Kuramları	41
1.2.3.2. Genetik Yapısal Kuramlar	45

1.2.3.3.	Psikolojik Kuramlar	46
1.2.3.3.1.	Psikodinamik Kuram	46
1.2.3.3.2.	Öğrenme Modeli	47
1.2.3.3.3.	Bilişsel-Transaksiyonel Model	50
1.2.3.4.	Sosyal Kuramlar	51
1.2.3.4.1.	Çatışma Kuramı	51
1.2.3.5.	Sistem Kuramları	52
1.2.3.5.1.	Bütüncül Sağlık Modeli	52
1.2.3.5.2.	Psikosomatik Kuram	53
1.2.4.	Kronik Hastalık ve Stres	54
1.2.5.	Kronik Stres ve Cinsiyet	56
1.3.	ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE AMACI	59

BÖLÜM II

YÖNTEM	63
2.1. ÖRNEKLEM	63
2.2. BİLGİ TOPLAMA ARAÇLARI	65
2.2.1. Demografik Bilgi Formu	65
2.2.2. Kısa Semptom Envanteri	66
2.2.3. Stres Belirtileri Ölçeği	67
2.2.4. Strese Yatkınlık Ölçeği	68
2.2.5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	69
2.3. İŞLEM	70

BÖLÜM III

BULGULAR	72
3.1. ÖRNEKLEM GRUPLARININ TÜM ÖLÇEKLERDEN ALMIŞ OLDUKLARI PUAN ORTALAMALARI VE STANDART SAPMALARI	73
3.2. TÜM ÖLÇEKLERDEN ALINAN PUANLARIN TANI GRUPLARI VE CİNSİYET DEĞİŞKENİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	75
3.3. DEĞİŞKENLER ARASI İLİŞKİLER	78
3.4. REGRESYON ANALİZİ	80

BÖLÜM IV

TARTIŞMA	85
ÖZET	97
ABSTRACT	100
KAYNAKÇA	104
TABLolar	
Tablo 1 - Örneklemin Demografik Özellikleri	64
Tablo 2 - Örneklem Gruplarının Tüm Ölçeklerden Almış Oldukları Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları	74
Tablo 3 - Kadın ve Erkeklerin Farklılaştığı Değişkenlerin Ortalama ve Standart Sapmaları	76
Tablo 4 - Hasta ve Sağlıklı Grupların Farklılaştığı Değişkenlerin Ortalamaları ve Standart Sapmaları	77
Tablo 5 - Tukey – Kremer Testi Sonuçları	77
Tablo 6 - Değişkenler Arası İlişkiler	79

Tablo 7 -	Stresin Psikolojik Belirtilerini Yordayan Değişkenler	81
Tablo 8 -	Stresin Fiziksel Belirtilerini Yordayan Değişkenler	83

GRAFİKLER

Grafik 1 –	Genel Uyum Sendromu	42
Grafik 2 --	Stresin Psikolojik Belirtilerine İlişkin “Tanı Grupları x Cinsiyet” Etkileşim Etkisi	78

EKLER

Ek 1 -	Sosyodemografik Bilgi Formu	118
Ek 2 –	Kısa Semptom Envanteri	120
Ek 3 –	Stres Belirtileri Ölçeği	121
Ek 4 –	Strese Yatkınlık Ölçeği	124
Ek 5 –	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	125

BÖLÜM I

GİRİŞ

Tüberküloz (TB); Mycobacterium Tüberkülozis basili ile oluşan bulaşıcı bir enfeksiyon hastalığıdır. Tüm TB olgularının %80-90'ı akciğerlerde ortaya çıkar. TB hastalığının sık görüldüğü diğer organlar lenfatik sistem, plevra, santral sinir sistemi, genitoüriner sistem, kemikler ve eklemlerdir. Tüberküloz basili bütün organları etkileyebilmesine karşın, enfeksiyonun giriş kapısı hemen her zaman akciğer olmaktadır. Basil, tüberküloz hastasından sağlam kişiye hava yolu ile bulaşır. Tüm dünyada yaygın olarak görülen bir hastalıktır, bulaşıcıdır, yoğun ilaç kullanımı gerektirir ve tedavisi uzun sürmektedir. Tüm bu özellikleri nedeniyle tüberküloz, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hala önemli bir sağlık sorunudur. 1980'li yılların başında hastalık insidansında azalma görülmesine rağmen daha sonra AIDS'in ortaya çıkması, gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere göçün artması, global olarak turizm hareketlerinin yaygınlaşması, çok ilaca dirençli vakaların görülmesi gibi nedenlerle gelişmiş ülkelerde de Tüberkülozun tam olarak kontrol altına alınmasını güçleştirmiştir (DSÖ, 2012).

Hastalığın uzun süreye yayılması, bulaşıcı olması ve yoğun ilaç kullanımını gerektirmesi gibi nedenler, kuşkusuz stres faktörlerini de devreye sokmaktadır. Günlük yaşantımız üzerinde oldukça önemli bir etkiye sahip olan stres; insanoğlunun

gelişim ve değişimine paralel olarak nedenleri konusunda farklılaşmakla birlikte, gösterilen tepkilerde değişiklik olmaksızın çok eski çağlardan beri mevcuttur. İlk insanın yaşadığı stres hayatta kalmaya yönelikken, günümüzde yaşanan stres ekonomik, politik, teknolojik, sağlık ve sosyal alanlarda yaşanan değişimlere uyum sağlama gerekliliği sonucunda ortaya çıkmaktadır. Konunun bu denli yaygın olması; başka bir deyişle yaşamımızın vazgeçilmez bir ögesi olması ve beraberinde getirmiş olduğu çeşitli fiziksel ve ruhsal sorunlar nedeniyle konuya ilişkin pek çok çalışma yapılmış ve yapılmaktadır. İlgili literatür tarandığında özellikle fiziksel hastalıklar ile stres arasındaki ilişkilerin araştırıldığı dikkati çekmektedir. Bu fiziksel hastalıklardan biri de yukarıda belirtildiği gibi, tüberkülozdur. İlgili literatür tarandığında, ülkemizde tüberküloz ile stres ve stres ile ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Buradan hareketle, mevcut çalışmada tüberküloz hastalarının stres belirtileri, strese yatkınlık ve stresle başa çıkma özellikleri incelenmeye çalışılmıştır. **Bu çalışmanın temel amacı,** tüberküloz vakalarını (akciğer ve akciğer dışı) stres belirtileri, strese yatkınlık ve stresle başa çıkma değişkenleri açısından incelemektir. Ayrıca çalışmada, stres ile ilişkili olabileceği düşünülen, kişilerarası memnuniyet, gelecek beklentisi ve yaşam doyumu gibi değişkenlerin etkisi de incelenmiştir. Bunların yanı sıra, yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi sosyodemografik değişkenlerin etkisini belirlemek de çalışmanın diğer bir amacını oluşturmaktadır.

Aşağıda önce tüberküloz hastalığına, daha sonra da stres değişkenine ilişkin ayrıntılı bilgilerin yer aldığı bir literatür taraması yer almaktadır.

1. 1. TÜBERKÜLOZ

1. 1. 1. Tüberküloz'un Tarihçesi

İnsanlık tarihi kadar eski bir hastalık olan Tüberküloz (TB) hakkında kesinliği kanıtlanmış en eski vakanın 9000 yıl öncesine dayandığı saptanmıştır. İsrail'in Hayfa kenti yakınlarında yapılan kazılarda neolitik dönemden kalma, anne ve bebek kalıntıları üzerinde yapılan incelemelerde, TB'un somut en eski izlerine rastlanmıştır (Yılmaz, 2010).

İsa'nın doğumundan üç bin yıl önce Nil nehri kıyısında şimdiki adı ile Dar Abu-El-Naga olan bir kasabada yapılan kazılarda genç bir kıza ait olduğu anlaşılan kemiklerde TB'ü düşündüren bulgulara rastlanmıştır. Aynı dönemlere ait Mısır mumyalarında ve Ürdün'de bulunan iskeletlerde TB'ü düşündüren omurga hasarı (Pott hastalığı) ve Psoas apseleri gözlenmiştir. Günümüzden 2500 yıl önce Bodrum'un karşısındaki Kos adasında yaşamış olan rahip Nesperehan'ın mumyasında Pot absesi bulunduğu saptanmıştır (Barış, 2002).

Günümüzde de önemini yitirmeyen bu hastalığa tarihsel süreçte birçok isim verilmiştir. Yakaladığı insanı eriterek öldürdüğü için **“Tüketim Hastalığı”** (Consumption), hastaları soldurarak yok ettiği için **“Beyaz Ölüm”** veya **“Beyaz Veba”** (White Death; White Plaque) ve asırlar boyu birçok kişinin yaşamını sonlandırdığı için de **“Ölümün Kaptanı”** (Captain of the Death) adıyla bilinir. Romalılar bu hastalığa hırıltılı nefes alıp verme ve öksürükle balgam atma anlamında **“Phthisis”** adını koymuşlardır. Bu yüzden veremle ilgilenen doktorlara da Ftizyolog denilmekteydi. Bizim dilimizde ise **“İnce Hastalık”** en çok kullanılan tanımdır (Barış, 2002).

Tüberküloz tarihi üzerinde yapılan araştırmalarda; İsa'dan önceki ve sonraki yüzyıllarda hastalığın belirli dalgalanmalar gösterdiği ortaya çıkmıştır. Milattan önceki yıllarda Nil nehri vadisinde iki büyük Tüberküloz salgını tespit edilmiştir. Bu salgınlardan sonra hastalığın görülme oranı ani olarak düşmüştür. Milattan sonraki yüzyıllarda da Kuzey Amerika'da ve son 1000 yılda Avrupa'da salgınlar tarif edilmiştir. Bu tür dalgalanmaların çıkışında bağışıklık sistemi, sosyo-ekonomik olaylar ve hastalığın doğal seyrinin etkili olduğu düşünülmektedir. Nüfus artışı, göçler, yoksulluk ve sanayi devrimi bu dalgalanmalarda önemli olmuştur.

Tüberküloz hastalığı, 18. ve 19. Yüzyıl Avrupa'sının sanatçı ve yoksul kesiminde görüldüğü için mezarlık edebiyatı ve şairliğinin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Hastalık ile zeka arasında pozitif bir ilişki olduğuna inanılıyordu. Alexander Duma Fils o dönemin bazı yazarları gibi sağlam olduğu halde tüberküloz olduğunu ima etmiştir. Tüberkülozlu olanlar arasında ağır akciğer kanamasından ölen yazarlardan Moliere, Anton Cheov, Franz Kafka, Anne/Emily/Charlotte Bronte kardeşler; müzisyenlerden Frederich Schiller, Nicolo Paganini örnek verilebilir (Daniel, 1997)

Tüberküloz hastalığının tanınması, sebebinin bilinmesi ve tedavisinde büyük adımların atılması Paris'te Necker Hastanesi'nde çalışan Dr. Rene Laennec'in çalışmalarıyla başlamıştır. Annesi Tüberkülozdan ölen Laennec, kalp ve akciğer seslerini dinlemeye yarayan steteskop denilen aleti keşfetmiştir. Çok iyi bir klinisyen, bilim adamı ve yazar olan Laennec, Tüberküloz'un bütün formlarını ortaya çıkarmış fakat kendisi de çok çalıştığı Tüberküloz hastalığından ölmüştür (Barış, 2002).

Bu tarihsel birikim sonucunda Robert Koch 1882 yılında Tüberküloz’a sebep olan Mycobacterium Tüberkülosis basilini hastaların balgamında gösterdi (Barış, 2002).

Tüberküloz hastalığı, Anadolu topraklarında ilk tıp okulunun kurulmasına neden olmuştur. Anadolu Selçuklularında, II. Kılıçarslan’ın kızı, Gıyasettin Keyhüsrev’in kızkardeşi olan Gevher Nesibe Sultan, rivayete göre aşk acısından vereme yakalanmış. Gıyasettin kız kardeşinin vasiyeti üzerine; Anadolu Selçukluları’nın Anadolu’da inşa ettikleri ilk sağlık kuruluşu olan Kayseri Gevher Nesibe Tıp Medresesini yaptırmıştır (1206). Osmanlı döneminde birkaç kez tamirden geçen medrese 1890 yılına kadar kullanılmıştır (Yılmaz, 2010).

Tüberküloz’un Avrupa’da en yaygın olduğu yüzyıllarda Osmanlı İmparatorluğu da bu hastalıktan etkilenmiştir. Toprak kaybına sebep olan savaşlar, arkasından gelen göçler, sosyoekonomik sıkıntılar bu hastalığın yaygınlaşmasına neden olmuştur. Osmanlı sarayında Tüberkülozun görülme nedeni ise Rusların Kafkasları işgal etmesi ile birlikte bu bölgelerden verem mikrobu taşıdığı düşünülen kadınların saraya girmeye başlamalarıdır.

Verem hastalığının çok yaygın olduğu 18. yüzyılda yetişmiş büyük tıp alimi Abbas Vesim Efendi, Tüberküloz basilini balgamda ilk gösterdiği bilinen Robert Koch’dan 150 yıl önce “Düstur’ül-Vesim fi Tıbb’ül Cedid ve’l Kadim” (Eski ve yeni tıp konusunda Vesim’in Prensipleri) adlı ünlü eserinde verem hastalığının mikrop-lardan meydana geldiğini belirtmiştir. II. Mustafa, I. Mahmut, III. Osman, III. Mustafa, II. Mahmut’un oğlu Abdülmecit, II. Abdülhamit’in annesi Trimüjgan ve son padişah Vahdettin’in verem hastalığı geçirdiği bilinmektedir (Yılmaz, 2010).

Paris’te 1906 yılında yapılan ilk uluslararası Tüberküloz Kongresi’ne Besim Ömer Paşa katılmıştır. Verem hastalığından ölenlerin ihbar edilmesi 13 Nisan 1914 tarihinden itibaren zorunlu olmuştur. Birinci Dünya Savaşındaki göç hareketleri, yoksulluk ve felaketler sebebiyle Osmanlı’da veremli hasta sayısı hızla artmıştır.

İlk dispanser, Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti adıyla 8 Haziran 1918 günü İstanbul’da açılmış ve derneğin başkanlığına Dr. Besim Ömer Paşa seçilmiştir.

1. 1. 2. SANATORYUM HAREKETİ

Tüberküloz hastalığındaki bilimsel gelişmeler ile birlikte bulaşıcı özelliğinin anlaşılması hastaların izole edilerek barındırılmaları için yeni bir yapılandırma ihtiyacı yarattı. George Budington, sanatoryum için “Akılcı, doğal ve başarılı prensiplere dayalı Akciğer Tüberkülozu tedavisi üzerine bir deneme” isimli yazısıyla ilk olarak sözünü etmiştir. 1842 yılında (aynı dönemler) “Mamut Mağarası” sahibi Dr. John Croghan mağaranın sabit ısısı ve temiz havasında hastaların şifa bulması umuduyla 15 TB hastasını buraya getirdi. Hastalar buradaki taş kulübelere yerleştirilerek hepsine yiyeceklerini getirmek üzere birer zenci uşak verildi. 1849’da John Croghan Loysvil’deki malikanesinde tüberkülozdan öldü. (Mamut Mağaraları ABD Kentucky eyaletinde Brownsville şehri yakınlarında bulunan dünyanın en büyük mağaralar sistemidir. 1941’de ulusal park olarak organize edilmiş, 1981’de UNESCO dünya mirasları listesine alınmıştır) (www.wikipedia.org, History of Tuberculosis, 18.10.2010)

Bir Alman hekim olan Herman Brehmer tüberkülozun kalbe ait sıkıntılar sebebiyle ortaya çıktığına inanıyordu. Bu nedenle kalp fonksiyonlarına etkili olacağını düşündüğü deniz seviyesinde daha yüksek yerleri önerdi. Kaşif Alexander

Von Humboldt ve hocası J.L. Schönlein'in cesaretlendirmesi ile 1854 yılında denizden 650 metre yüksekte Görbestrof'da ilk sanatoryumu kurdu. Brehmer ve hastalarından birisi olan Peter Dettweiller sanatoryum hareketini başlattılar ve 1877'de Almanya ve Avrupa'da yayılmaya başladı. 1885'de Dr.Edward L.Trudeau ABD deki ilk sanatoryum olan Adirondack Cottage Sanatoryum'unu New York Saranac gölünde açtı. Peter Retweiller 1877'de kendi sanatoryumunu Falkhenstein'de kurarak 1022 hastasının 132'sinin kendi tesislerinde kaldıktan sonra tamamen şifa bulduklarını yayınladı.

Nihayet 1890 yılında, sanatoryumlar Boston yakınlarında açılan Sharon Sanatoryumu gibi büyük şehirler ve düşük rakımlarda da görülmeye başlandı.

Tek tedavi merkezleri sanatoryumlar değildi büyük metropolitan alanlar içinde özelleşmiş TB klinikleri açılmaya başlandı. 1887 yılında Sir Robert Philip Victoria TB Dispanseri'ni kurdu. Dispanserler erken TB vakaları için yapılandırılan ve sanatoryumlar gibi davranarak düşük gelirli hastalar için açıldılar. Dispanserlerin büyük metropol alanlarda orta ve düşük sınıftaki hastaları tedavi etmeleri ve hastaneler, sanatoryumlar gibi değişik seviyelerdeki sağlık hizmet programları arasındaki işbirliği; "Edinburg Antitüberküloz Planlaması" olarak bilinmeye başlandı (www.wikipedia.org, History of Tuberculosis, 18.10.2010).

20. yy'ın başlarında, Tüberküloz ölüm nedenlerinin başında geliyordu (10 ölümden birisi). Bu hastalığı taşıyanlar sanatoryumlarda "ölüm bekleme odaları" da denilen odalarda toplumdan izole ediliyorlardı. Piedmont Sanatoryum'u, TB olan zenciler için bir dinlenme evi olarak 1917'de Virginia Burkeville'de kuruldu. 1910'larda artan şehirleşme beyazlar ve siyahların yakın teması içinde olmalarına

sebepe oldu. Yüksek hastalık oranı, ölüm, anne ve bebek ölümü oranlarının artması durumuna; zencilerin zor çalışma ve barınma şartları ile kötü beslenmelerinin sebepe olduğu saptandı. Kalabalık zenci topluluklarda hastalık patlama yaptı. Zenci çalışanların hastalığı beyazlara da yayabileceği korkusu, hükümetin TB ve diğer bulaşıcı hastalıkların baskılanması için tedbirler aramalarını sağladı (www.wikipedia.org, Piedmont Sanatorium, 19.02.2011).

Hiçbir iyileşme belirtisi olmaksızın bazen 8-10 yıla varan uzun bir dönemi sanatoryumda geçirmenin cesareti kırması ve ümitsizliğe yol açması seyrek rastlanan bir durum değildi. Çalışanlar için de artık dayanması zor ve sıkıcı hale gelen sanatoryum rutinlerine dayanmayı sağlamak ve morali canlı tutmak zor bir görevdi ancak bunu çoğu zaman başarıyorlardı. Bazı sanatoryum yayınları, komik hikayeler, çizgi romanlar, doktorların yazdığı “ruh sağlığının korunması” hakkında makaleler ve hatta hastaların yaratıcı yazıları ile doluydu. Cresson Sanatoryum’unda yatan bir hasta böyle bir yayında, arkadaşlarını cesaretlendirmek için şu şiiri yazmıştı (www.wikipedia.org).

Güne kahkaha ile başla, onu bir şarkı ile karşıla

Etrafa mutluluk çiçekleri saç

Kendi yolunda giderken mutsuzluğa zaman ayırma

Neşeyle dudaklarını boya, sürekli cesaret topla.

Türkiye’deki ilk sanatoryum hareketi 1952 yılında zamanın Sağlık Bakanı Dr. Ekrem Hayri Üstündağ önderliğinde Yedikule Göğüs Hastanesi Pavyonlarında başlatılmış, bu arada modern rehabilitasyon tesisleri anlayışı esaslarına uygun şekilde Heybeliada Sanatoryumu’na ilave bina inşa edilerek Heybeliada Sanatoryum ve

Rehabilitasyon Merkezi tesis edilmiştir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Dr. Ekrem Hayri Üstündağ, İstanbul Sağlık Müdürü Dr. Abdürrahim Bayraktar, Heybeliada Sanatoryumu başhekimini Dr. Tevfik İsmail Gökçe, Haydarpaşa Göğüs Hastalıkları Hastanesi Başhekimini Dr. Yakup Çelebi ve Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesinin başhekimini Dr. Zühtü Tevfik Erman ile birlikte birtoplantı düzenleyerek; *“Arkadaşlar bu memleketin sakatlarına çalışabilecek durumda olan tüberküloz hastalığı geçirmiş kimselere mesleklerinden daha hafif bir işte çalıştırarak hayatlarını kazanmalarını, onlara böyle bir iş bulunmasını, yani rehabilitasyonlarını temin etmemiz lazım geliyor. Bu işleri biz de düşüneceğiz bütün dünyanın bu işle meşgul olduğu bu sırada bizim de bu faaliyete, bu tempoya uymamız lazım, ve bu işleri elbirliği ile başarmaya çalışacağız, bu suretle hem devlet muazzam bir kitle teşkil eden sakatlara yardım elini uzatmış olacak, hem de sosyal bir hizmette bulunmakla vazifemizi yapacağız. Neticede de devlet büyük bir yükten kurtulmuş olacaktır”* diyerek dönemin Tüberküloz ile ilgili hassasiyetini gözler önüne sermiştir (İstanbul Verem Savaşı Derneği, 1964).

İstanbul Verem Savaşı Derneği'nin Tüberküloz Rehabilitasyon Merkezleri'nin 10. Yıl dönümü sebebiyle 1964 yılında çıkarttığı yayında, Sanatoryum Rehabilitasyon merkezlerinin kuruluş amaçları, kısmen kaybolmuş beden kabiliyetlerinden geriye kalanlarının tıbbi, mesleki ve psikolojik eğitimle azami seviyeye çıkarılarak, malul insanın kendi kabiliyetine göre toplum içinde kazanç sağlamasını ve bağımsız olarak yaşamasını sağlamak olarak belirtilmiştir. Bunu sağlayabilmek için, çalışmalara hastanın tıbbi tedavi altına alınmasının yanısıra sosyal servis personeli de katılmaktadır. Moral ve meşguliyet tedavisi bunun ilk

aşamasını oluşturuyor, hasta rehabilite edildikten sonra da yine sosyal servis tarafından iş ve toplum hayatına iade edilmekteydi.

Sanatoryum'a yatan hastaların tedavi altına alınmasından, topluma tekrar iadesine kadar geçirmiş oldukları aşamalar aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

1. Sağlığın olanaklar dahilinde normale dönmesini sağlamak (Tıbbi tedavi).
2. Çalışma kabiliyetinin olanak nispetinde normale dönmesini sağlamak (Tıbbi rehabilitasyon).
3. İş hayatına yeniden intibak etmesini sağlamak (Meşgale tedavisi).
4. Bir meslek sahibi olmasını sağlamak (Mesleki rehabilitasyon).
5. İş ve toplum hayatına tekrar iadesini sağlamak (Plasman).

Görülüyor ki TB' da rehabilitasyon yani hastanın yeniden çalışma kabiliyetini kazanıp çalışma hayatına dönmesi tedavi ile başlar ve topluma tekrar geri dönünceye kadar devam eder (İstanbul Verem Savaşı Derneği, 1964).

Erzurum Verem Hastanesinin Kuruluşu ve Beş yıllık Çalışmaları isimli 1957 yılına ait yayında; Fransız doktor Even'in *"Bir veremliyi teşhis etmek iyi, tedavi etmek ise daha iyi birşeydir. O'nu ailesine ve sosyal hayata iade etmek ise herşeydir."* sözüne yer verilmiştir. Ancak bunun başarılabilmesi için, kararlılıkla belli bir program çerçevesinde çalışılması gereği vurgulanmıştır (Erzurum Verem Hastanesinin Kuruluşu ve Beş Yıllık Çalışmaları, 1957).

1. 1. 3. TÜBERKÜLOZ HASTALIĞI

Tüberküloz (TB); Mycobacterium Tüberkülozis basili ile oluşan bir enfeksiyon hastalığıdır. Tüm TB olgularının %80-90'ı akciğerlerde ortaya çıkar. TB hastalığının sık görüldüğü diğer organlar lenfatik sistem, plevra, santral sinir sistemi, genitoüriner sistem, kemikler ve eklemlerdir. **Akciğer tüberkülozu (AC TB)** tanımı, akciğer parankimini tutan TB için kullanılır. **Akciğer dışı tüberküloz (AD TB)** ise akciğer parankimi dışındaki organlardan alınan örneklerde tanısı konabilen tüberkülozu tanımlar. AD TB vakalarının birçoğu da akciğerlerdeki tüberküloz enfeksiyonunu takiben seconder olarak meydana gelir.

AC TB ayrıca **yayma pozitif akciğer tüberkülozu** (en az bir balgam yaymasında Aside Rezistan Basil (ARB) gösterilen hastalar) ve **yayma negatif akciğer tüberkülozu** (iki hafta ara ile balgam örnekleri alınan ve her seferinde ARB gösterilemeyen fakat radyolojik olarak tüberküloz ile uyumlu lezyonları olan ve en az bir hafta geniş spektrumlu antibiyotik kullanılmasına rağmen klinik yanıt alınamayan ve ayırıcı tanı olanakları olan bir hastanede tüberküloz tedavisine karar verilen hastalar) olarak tanımlanırlar (Özkara, Aktaş, Özkan, Ecevit, 2003).

1. 1. 3. 1. Tüberkülozun Bulaşması

Yukarıda bahsedildiği gibi, TB hastalığı, Mycobacterium Tuberculosis basili tarafından oluşturulur. Tüberküloz basili bütün organları etkileyebilmesine karşın, enfeksiyonun giriş kapısı hemen her zaman akciğer olmaktadır. Basil, tüberküloz hastasından sağlam kişiye hava yolu ile bulaşır.

En bulaştırıcı olan hastalar balgam mikroskopisinde ARB pozitif olan akciğer ve larinks (gırtlak) tüberkülozlulardır. Yayma negatif tüberkülozlu hastaların bulaştırıcılığı çok daha azdır (Behr, Warren, Salamon ve ark., 1999).

Hasta ile yakın ve uzun süreli teması olan kişilere bulaşma riski fazladır. Basillerin en sık rastlanılan yayılım yolu; yayma pozitif akciğer tüberkülozu olan kişinin öksürmesi, hapşırması, konuşması ve şarkı söylemesiyle akciğer sekresyonunun damlacık şeklinde havaya atılmasıyla olur. Damlacıklar hızla kurur ve bazıları basil içeren küçük damlacık çekirdekleri oluşturur. 1-10 mm boyutlarında olan damlacık çekirdekleri, çevresel koşullara bağlı olarak uzun süre havada asılı olarak kalabilirler. Bu boyuttaki damlacık çekirdekleri solunduğunda en uç solunum birimlerine kadar ulaşabilir. (Schlossberg, 1995).

Yapılan deneysel araştırmalar tüberküloz basilinin hastaların eşyalarını kullanmakla ya da aynı kaptan yemekle bulaşamayacağını göstermiştir. Hasta ile uzun süreli ve yakın teması olan, aynı havayı soluyan aile bireyleri, aynı evi paylaştığı arkadaşları ve işyeri arkadaşlarına bulaşma riski fazladır (T.C. Sağlık Bakanlığı VSD Başkanlığı, 1998).

Klinik deneyimlere göre; etkili bir tedavinin ilk günlerinde, öksürük sıklığı ve basil sayısı hızla azalmaktadır. Pratik olarak tedavinin 2. veya 3. haftasında hastaların bulaştırıcılığı ortadan kalkar. Tüberküloz hastasını, hastalık saptanır saptanmaz izole edip, etkili tedaviye başlamak bu noktada çok önemlidir.

Hastanın ilaçlarını düzenli kullanmasına karşın tedavinin 5. ayında halen basil pozitif olarak saptanıyorsa, bunun en önemli nedeni; kullanılan ilaçlara direnç gelişmiş olmasıdır. Bu durum hastanın iyileşmemesine, tedavinin güçleşmesine ve

hastanın bulaştırmıcılığının dirençli basille devamına neden olmaktadır. Basilin doğal suşlarındaki direnç oranları son derece düşüktür. Kötü tedavi (tek ilaçla tedavi, yetersiz ilaç kombinasyonları ile tedavi ve tedaviye aralar vermek) ile ilaç direnci gelişmektedir (Mitchison, 1998).

Tüberküloz hastalığının bulaştırmıcılığının önlenmesinde, bulaştırmıcı olgulara hızla tanı konulması, vakit kaybetmeden tedaviye başlanması ve hastanın izolasyonu önemlidir. Tüberküloz hastalarının bulunduğu ortamları havalandırmak havada asılı bulunan partikülleri seyreltirken, ortamın güneş görmesi de basilleri öldürür. Bulaşma olasılığı azalır. En azından balgam mikroskopisi negatif olana kadar hastanın ayrı bir odada kalması, bulaşmayı önlemek açısından önerilmektedir.

Tüberküloz Basilinin Bulaşmasını Etkileyen Faktörler

Kaynak Hasta

- Balgamda basil sayısının fazla olması bulaştırmayı artırır (yayma pozitifliği)
- Balgamın aerosol oluşturması (öksürük, hapşırık, sulu balgam, nebulizör kullanımı)
- Basilin canlılığı bulaşmayı artırır (anti-tüberküloz ilaçlarla bulaşma azalır)
- Basilin virulansı bulaşmayı etkiler (Bazı suşların daha fazla bulaştırmıcı olduğu gösterilmiştir) (Valway ve ark. 1998).

Ortam

- Havalandırma (Ortamın havalandırılması ortamı seyreltir)
- Havalandırma sisteminin aynı havayı (HEPA filtreden geçirmeden ya da UV uygulamadan) tekrar geri vermesi bulaşmayı artırır

- Ultraviole, güneş ışığı bulaşmayı azaltır
- Kaynağa yakın olma (aile bireylerinde enfeksiyon ve hastalık uzak temaslara göre daha fazladır)

Hedef Kişi

- Hastalığa/basile dirençlilik (önceki hastalık, koruyucu tedavi, BCG, Tüberküloz dışı mikobakteri enfeksiyonları) bulaşmayı azaltır
- Hastalanmayı artıran durumlar ve diğer hastalıklar
- Basil kaynağı ile birlikte geçirilen süre arttıkça bulaşma da artar

1. 1. 3. 2. İmmünite ve Patogenez

Toplumdaki bulaştırıcı hasta sayısı, kaynak kişinin bulaştırıcılığı (öksürük, hapşırma, şarkı söyleme ile artar; basilin yoğunluğunu azaltan havalandırma, UV uygulama, güneş gibi faktörlerle azalır), bulaştırıcı kişi ile temas derecesi (uzun süreli ve yakın temas varsa artar) basile olan maruziyeti ve böylelikle de hastalık riskini arttırır (Özkara, Aktaş, Özkan, Ecevit; 2003).

Solunum yoluyla alınan küçük damlacık çekirdekleri, akciğerde içi hava dolu kesecikler olan alveollere kadar ulaşırlar. Basiller alveoldeki savunma hücreleri (makrofaj) tarafından alınır ve bu hücrenin içinde çoğalırlar. Bir kısmı lenfatik yolla lenf bezlerine bir kısmı da kan dolaşımı ile akciğerlerin üst kısımlarına, beyine, kemiklere, böbreklere ve diğer organlara yayılırlar (Özkara, Aktaş, Özkan, Ecevit; 2003).

Yaklaşık 2 hafta-2 ayda bağışıklık sistemi devreye girer ve tüberküloz basilinin yayılması engellenir. Lokalize immünolojik olaylar, basillerin

makrofajlarca yutulması, yeni makrofajların olay yerine gelmesi, aktifleşmeleri, doku hasarı oluşturmaları immünolojik yanıtı oluşturur ve 2-8 haftada tamamlanır. Bu bireylere Mycobacterium Tuberculosis ile enfekte kişiler denir. TB basili ile enfekte olan kişileri belirlemek için Tüberkülin Cilt Testi (TCT) kullanılır. Enfekte kişilerin çoğunda 2-8 haftada cilt testi pozitifleşir. Bu kişiler hasta değildir ve bulaştıracılıkları da yoktur (Özkara, Aktaş, Özkan, Ecevit, 2003; T.C Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bulaştırıcı TB Hastasıyla Karşılaşma

TB basili ile enfekte olanların ilk iki yılda %5, sonra da yaşam boyu %5 olmak üzere %10'unda TB hastalığı gelişir (Sutherland, 1976). Bunun için TB basilinin bağışıklık sisteminin savunmasını yenip çoğalması gereklidir.

Diğer birçok patojenik bakterinin hücrel içeriğinde bulunan zararlı iç ve dış salgılar ya da enzimlerden farklı olarak TB'un hasar yapıcı etkileri, büyük ölçüde konakçının immün sisteminin kendi dokularında basile karşı yaptığı savunma amaçlı yanıtlar tarafından oluşturulmaktadır (Iseman, 2002).

Enfeksiyon

- İmmünolojik olay 2-8 haftada oluşur
- Yerel immünolojik olaylar; basillerin makrofajlarca yutulması, T lenfositlere sunulması ile başlar. T lenfositlerin salgıladıkları lenfokinler yeni makrofajları olay yerine getirir ve aktifleştirir. Nekroz oluşur
- İmmün olayların özelliği, geç tip aşırı duyarlılık gelişmesidir. Sonuçta Tüberkülin Cilt Testi pozitifleşir

Hastalık

Enfekte kişide TB hastalığı gelişimini artıranlar

- Enfeksiyonun yeni gelişmiş olması (<2yıl)
- Diyabet
- Silikozis
- Uzun süre kortikosteroid kullanımı
- Bağışıklığı baskılayan tedavileri
- Akciğer filminde apekte infiltrasyon
- Yetersiz tedavi almış kişide TB sekel lezyonu
- Enfekte olan kişinin 0-5 yaşında ya da çok ileri yaşta olması
- Sigara tiryakiliği
- Kronik malabsorbsiyon sendromları
- Transplantasyon
- Vücut ağırlığının, ideal vücut ağırlığına göre %5'den düşük olması
- HIV enfeksiyonu
- Uyuşturucu kullanımı
- Baş boyun kanserleri
- Lösemi
- Lenfoma
- Diğer Retiküloendotelial sistem kanserleri
- Kronik böbrek yetersizliği, hemodializ
- İntestinal rezeksiyon (jejunoileal bypass)
- Gastrektomi

Enfeksiyonun yeni gelişmiş olması (< 2 yıl), şeker hastalığı, bağışıklığı baskılayan tedaviler, sigara tiryakiliği, uyuşturucu kullanımı, HIV enfeksiyonu, kronik böbrek yetersizliği, lösemi, lenfoma, transplantasyon yapılmış olması, vücut ağırlığının ideal vücut ağırlığına göre % 5'ten düşük olması, enfekte olan kişinin 0-5 yaşında ya da çok ileri yaşta olması gibi durumlarda enfekte kişinin TB hastalığı geliştirme riski artar (Özkara, Aktaş, Özkan, Ecevit, 2003).

Ölüm

Ölüm olasılığını artıranlar

- Geç tanı konulması (hastaya ya da doktora ait gecikmeler)
- Hastalığın yeri, yaygınlığı, komplikasyonları
- Etkisiz tedavi
- HIV ve diğer ek hastalıkların varlığı

Tüm TB olgularının %80-90'ında hastalık akciğerlerde ortaya çıkar. Diğer organ TB'lerinin birçoğu da akciğerlerdeki TB enfeksiyonunu takiben meydana gelir.

1. 1. 3. 3. Tübeküloz Tanısı

Hastanın değerlendirilmesinde kapsamlı bir tıbbi yaklaşım gerekir: Hastanın öyküsü (anamnez), fizik bulguları, akciğer filmi, tüberkülin cilt testi ile hastalıktan şüphelenilir. Gereken bakteriyolojik, histolojik incelemeler yapılır. Akciğer TB'unun kesin tanısı bakteriyolojiktir; bazı durumlarda tanı histopatolojik yöntemle de konulabilir.

Anamnez (tıbbi öykü) de:

-İki hafta ya da daha uzun süren öksürük, balgam, hemoptizi (ağızdan kan gelmesi),

-Göğüs, sırt, yan ağrısı: Plevra tutulumu olduğunda solunumla değişen ağrı olur.

-Nefes darlığı: Lezyonların yaygın olduğu ya da plevra sıvısının fazla olduğu durumlarda görülür.

-Ses kısıklığı: Larinks tutulumunda görülür.

-Halsizlik, çabuk yorulma, iştahsızlık, kilo kaybı, çocuklarda kiloda duraklama, ateş, gece terlemesi sıkça görülen belirtilerdir.

Yukarıda sayılan bulgulardan biri ya da birkaçı bulunan kişilerde akciğer TB'undan şüphelenmek gerekir. Diğer organ TB'larında bulgular, tutulan organa göre değişir. Böbrek TB'unda idrarda kan, omurga TB'unda sırt ağrısı, plevra TB'unda yan ağrısı, omuz ağrısı olabilir.

Tanıda; akciğer TB için, akciğer grafisi, hemen daima bulgu verir, ancak sadece radyoloji ile tüberküloz tanısı konulamaz.

Yeni enfeksiyona bağlı gelişen "Primer TB"da genellikle basilin giriş yerinde parankimde bir lezyon ile birlikte direne eden lenf bezinde kalsifikasyon (Ranke Kompleksi) görülür. Beraberinde aynı taraf lenf bezi büyür. Büyüyen lenf bezleri bası yaparak atelektazi yapabilir. Nadir olarak kavite ve erişkin tip lezyonlar görülebilir.

Erişkin tipi AC TB’unda üst zonlarda infiltrasyon, kavite ve fibrozis görülebilir. Üst lop apikal, posterior ve alt lop apikal segment en sık tutulur. Diabetes Mellitus, böbrek yetmezliği, HIV pozitifliği ve diğer bağışıklığın baskılandığı durumlarda; alt lop tutulumları, plevra efüzyonu, miliyer tutulum, mediastende büyümüş lenf bezleri gibi atipik tutulumlar gözlenebilir.

Akciğer radyolojisinde, lezyonlar TB’u düşündürebilir; fakat TB’da görülen lezyonlar başka birçok hastalıkta da görülebilir. Akciğer filmlerinin, aktif TB tanısında duyarlılığı %70-80’dir. Özgüllük (spesifite) ise nispeten daha azdır (%60-70). Akciğer filminin değerlendirilmesinde en önemli sorunlardan birisi, okuyucular arasındaki farklı değerlendirmelerdir. Kavite varlığı, lenfadenopati ve aktif hastalık olup olmadığı konularında okuyucular arasındaki uyum azdır (Koppaka, SB,2004). Klinik ve bakteriyolojik bulgular olmadan tek başına radyoloji ile TB tanısı koymak uygun değildir (T.C. SB, 2011).

Tedavi takibinde radyolojik iyileşme genellikle yavaştır, aylarca sürer. Radyoloji TB tedavisinin sonlandırılmasında bir kriter olarak kullanılmamalıdır.

Tüberkülin Cilt Testi (TCT), Tüberküloz basili ile enfeksiyonu gösterir; hastalığı göstermez. Tüberküloz basiline bağlı geç tip aşırı duyarlılık sonucu pozitif olur. Çocuk tüberkülozu tanısında tanıya yardımcı olabilir. Erişkinde ise tanıdaki değeri düşüktür.

Tüberkülozun kesin tanısı bakteriyolojiktir. Tüberkülozdan şüphelenilen hastalardan usulüne uygun üç balgam örneği alınarak kesin tanıya gidilmeye çalışılır. AD-TB olgularında ise; Akciğer parankimi dışındaki organlardan alınan örneklerde ARB gösterilmesi ya da Tüberkülozla uyumlu histolojik ve klinik bulgularla tanı

konur. Uygun ilaçlarla, tedaviye erken başlanıp, yeterli süre tedavi edilirlerse hastalar %95-99 olasılıkla tamamen iyileşebilirler.

1. 1. 4. DÜNYADA TÜBERKÜLOZ

Tüberküloz hastalığı, tarih boyunca dünyanın en öldürücü epidemileri arasında yer almıştır.

Dünyada tüberküloz hastalarının % 80'i 15-49 yaşları arasındadır. Bugün dünya nüfusunun %32'si TB basili ile enfektidir, her yıl yaklaşık 8 milyon kişi TB hastalığına yakalanmakta ve yaklaşık 2 milyon insan ölmektedir. Tanı konulan her dört hastadan birisinin ölüyor olması, dünyada tüberküloz hastalarının yeterince tedavi edilmediklerini açık bir şekilde göstermektedir. Tüberküloz ölümlerinin hemen tümü, önlenabilir ölümlerdir. Tüberküloz ölümleri genelde genç ve erişkinlerde olmaktadır (Dye, Scheele, Dolin ve ark., 1999). Dünya Sağlık Örgütü öncülüğünde 1991'den bu yana yeni bir Tüberküloz kontrol stratejisi hızla yayılmış ve günümüzde Tüberküloz kontrolünün temel yöntemi olarak kabul görür hale gelmiştir. Bu strateji Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisidir (DGTS).

DGT Stratejisi:

1. TB kontrolü ile ilgili uygulamalar için politik iradenin ortaya konması
2. Semptomatik hastalarda pasif yöntemle bakteriyolojik tanı
3. Gözetimli kısa süreli tedavi
4. Ücretsiz ve sürekli ilaç sağlanması

5. Kayıt-raporlama-analiz sistematığının kurulması, unsurlarını içermektedir.

Özellikle ABD ve sanayileşmiş ülkelerde 1980 ortalarından başlayan TB hasta sayılarındaki artış, TB konusuna ilgiyi artırmış ve bu konuyu önemli bir gündem maddesi haline getirmiştir. Dünyada TB artışında etkili olduğu düşünülen unsurlar şöyle sıralanmıştır:

1. Hükümetlerin hastalığı ihmal etmeleri sonucunda TB kontrol sistemleri kötüleşmiş ve hatta birçok yerde kaybolmuştur.
2. Kötü yönetilen ya da doğru yaklaşımların uygulanmadığı TB kontrol programları hastalığın artışı yanında ilaca dirençli Tüberkülozun da artışına yol açmıştır.
3. HIV'in endemik olduğu yerlerde TB patlayıcı bir artış yapmıştır.
4. Nüfus artışı TB olgularının sayılarında artışa yol açmıştır.
5. Sanayileşmiş ülkelere göçle gelen TB olguları, o ülkelerdeki hasta sayılarının artış nedenlerindendir (DSÖ, 1994).

TB hasta sayısındaki artış ve TB kontrolü için yapılan çalışmaların yeterli başarıyı elde edememesi nedeniyle DSÖ 1993 yılında TB için acil durum ilan etmiştir. Dünyada ilk kez bir hastalık için acil durum ilan edilmiştir. Böylelikle 1990'lı yıllardan başlayan DGT stratejisi hızlı bir şekilde yayılmaya başlamıştır (DSÖ, 1994).

Dünyada en çok TB hastasının olduğu ülkeler, yüksek hasta yükü olan ülkeler olarak ele alınmaktadır. Bugün 22 ülke TB hastalarının %80'ini barındırmaktadır.

Bunlardan en çok hastanın bulunduğu 5 ülke Hindistan, Çin, Bangladeş, Filipinler ve Güney Afrika'dır (DSÖ, 2001).

Güney Afrika ile Güney Doğu Asya'da HIV ve TB birlikteliği önemli bir sorundur. Son yıllarda eski Sovyetler Birliği ülkelerinde de bu iki hastalığın birlikteliği artış göstermektedir.

Yaklaşık olarak 10 yıldan uzun süren DGT Strateji deneyimleri sonrasında DSÖ, DGT Stratejisinin içeriğini genişletmiştir. Bu stratejinin bütünleyici bir destek programına dönüştürülmesi gerektiği noktasından hareketle; sağlık hizmeti verenlere, hastalara ve TB sorunu ile karşılaşan insanlara destek sağlayıcı olması gerektiği ortaya konmuştur. DSÖ bu yeni yaklaşımla, TB tedavisinin bir insan hakkı olduğunu ve TB kontrolünün toplum için önemli yararlarının olacağını vurgulamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 raporunda; 2009 yılında dünyada 14 milyon Tüberküloz hastası olduğu, hastalık insidansının ise yüzbinde 137 olduğu bildirilmiştir (DSÖ, 2010). DSÖ verilerine göre; 1990'lı yıllardan itibaren Tüberküloz yaygınlığı dünyada uzun zaman artış göstermiştir. Bu artış %1,5 ile 1995 yılında maksimum hızına ulaşmış ve daha sonra azalmıştır. 2009 yılındaki verilere göre dünya ölçüsünde Tüberküloz insidansı azalırken, Güneydoğu Asya bölgesinde insidans stabil seyretmektedir (Kılıçaslan, 2011).

Yukarıda belirtildiği gibi, dünya nüfusunun üçte biri tüberküloz basili ile enfektedir. Her yıl dünya nüfusunun yüzde biri tüberküloz basili ile enfekte olmaktadır. Enfekte nüfustan sürekli yeni hastalar çıkacağı için tüberküloz sorununun uzun yıllar süreceği açıktır.

Uygun olmayan tedavi uygulamaları, hastaların tedaviye uyum sağlayamaması ya da başka bir deyişle tedaviyi reddetme gibi sebeplerden dolayı çok ilaca dirençli hasta sayısı her yıl artmaktadır. İlaça dirençli tüberküloz sorunu tüm dünya için önemli bir olgudur ve dünyanın bütün ülkelerinde tüberküloz tedavisini zorlaştırmaktadır.

Tüberküloz hastalığının kendine özgü özellikleri ve yaygın bir halk sağlığı sorunu olması nedeniyle, kontrolü ile ilgili yasalar çıkarılıp, tüberküloz kontrol programları düzenlenmiştir.

1. 1. 5. TÜRKİYE’DE TÜBERKÜLOZ

Türkiye’de bu yüzyıl başında ciddi bir epidemi yaşandı. TB ölümleri, bütün ölüm nedenleri içinde birinci sırada yer alıyordu. Bu durum 1950’li yıllara kadar devam etti. O yıllarda yürütülen başarılı verem savaşı mücadelesi sonucu, TB artık önemli bir ölüm nedeni değildir. Ancak, son yıllarda dirençli Tüberküloz vakalarının ortaya çıkması nedeniyle yeniden dikkati çeker hale gelmiştir.

Ülkemizde TB’un durumu değerlendirildiğinde, hastalık insidansı açısından başarılı kontrol programı uygulamış ülkeler ile başarısız programlar uygulamış ülkeler arasında bir konumumuzun olduğu görülmektedir. Hastalık insidansı Avrupa ülkelerinin çoğunda yüzbinde 20’den az iken, Hindistan, Bangladeş, Çin gibi ülkelerde yüzbinde 100’ün üzerinde, ülkemizde ise Verem Savaşı Dispanserlerinde kayıtlı hastalara göre hesaplandığında yüzbinde 27’dir (DSÖ, 2002).

Türkiye’de 10-20 milyon arası bir nüfusun enfekte olduğu, yani vücutlarında henüz hastalık oluşturmamış TB basilinin olduğu hesaplanmaktadır. Bu insanların

%5-10'u yaşamlarının bir döneminde TB hastası olacaklardır. Verem Savaşı Dispanserlerinde kayıtlı hasta sayısı 2000 yılında 18.038 olarak bulunmuştur. Kayıtlı hastalar dışında özel hekim ve hastaneler tarafından tedavi edilen hastalar olduğunu biliyoruz ayrıca da bildirimdeki aksamaları da gözönüne aldığımızda; Türkiye'de yılda yaklaşık 25-30 bin TB hastasının ortaya çıktığını tahmin edebiliriz. (Özkara, Aktaş, Özkan, Ecevit, 2003).

Verem Savaşı Daire Başkanlığı tarafından Dünya Sağlık Örgütü'ne gönderilen ve DSÖ 1999 raporunda yer alan bilgide; Türkiye'nin Tüberküloz insidansı yüzbinde 33,1'dir. Yine DSÖ 2002 raporuna göre ülkemizdeki TB hastalık insidansı, 2000 yılındaki kayıtlı hastalara göre hesaplandığında yüzbinde 27'dir. Verem Savaşı Dispanserinin 2010 raporunda ise, TB hasta insidansı yüzbinde 25,8 olarak belirtilmiştir (Yıldırım, 2010). Verem Savaşı Dispanserleri tarafından Türkiye genelinde oluşturulan Tüberküloz hasta istatistikleri, Verem Savaşı Dairesi Başkanlığında toplanmakta ve raporlanmaktadır. Özel kurumlarda, üniversite ve diğer hastanelerde tedavi olan ve Verem Savaşı Dispanserlerinde kaydı olmayan hastalar olabilmektedir. Bu şekilde dispanserlerde kayıtlı olmayan hasta sayısı konusunda elimizde sağlam veriler yoktur. Dolayısıyla bu rakamların Türkiye'deki tüm hastaları yansıtmadığı düşünülmektedir.

Ülkemizde TB hastalarının çoğunluğu genç yaştadır.

Hastanın izolasyonunu sağlayarak bulaşa engel olmak amacıyla TB hastalarının %60-75'inin tedavisine hastanelerde başlanmaktadır.

Bakteriyolojik tanı koyma konusunda ciddi eksiklerimiz bulunmaktadır. Dispanserlerin Verem Savaşı Daire Başkanlığına gönderdiği sonuçlar incelendiğinde;

hastaların %24'ünün yayma pozitif olduğu görülmektedir (DSÖ, 2002). Bu oran genellikle VSD'lerin kendi saptadıkları pozitiflikleri bildirmeleri, buna karşın hastanede saptanan pozitiflikleri kayıt sistemi sebebiyle bildirememeleri sonucunda yanıltıcı olmaktadır. Türkiye'deki hastaların yaklaşık yarısını yansıtan 1999 yılına ait bir yayında yeni vaka AC-TB'lu hastaların %25.8'inde tanıda mikroskopi yapılmamış, %51.8'inde ise yayma (+) bulunmuştur (Özkara ve ark., 2002).

Ülkemizde standart kısa süreli tedavi rejimi kabul edilmiştir. Ancak tedavinin uygulamasında, ilaç rejimi seçiminde, tedavi süresi ve tedaviye uyum konusunda sorunlar bulunmaktadır.

Türkiye'de ilaç direncini ortaya çıkaracak bir çalışma yapılmamıştır. Fakat hastane ve dispanserlerde yapılan çalışmalardan ilaç direnci oranlarının yüksek olduğunu biliyoruz. Tedavi almayan ya da yetersiz tedavi almış pek çok kronik olgu toplumda serbestçe dolaşmaktadır. Bu durum yakın gelecekte daha çok sayıda primer ilaç direnci olan hastayı ortaya çıkaracaktır.

Aylık raporlarda dispanserlerde tedavi edilen hastaların cinsiyet ayrımını yapmadığımız için hastaların cinsiyet dağılımını bilmiyoruz. Türkiye'nin verilerinde cinsiyet dağılımı olmadığı ve yaş dağılımında 20 yıllık dilimler kullanıldığı için Avrupa sürveyans çalışması ile DSÖ raporlarında yer almamaktadır (DSÖ,2002; Euro TB, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü önderliğinde 1991 yılından bu yana küresel Tüberküloz kontrol program ve stratejileri hazırlanıp hızla yayılmıştır. Hükümet kararlılığı, mikroskobik tanı, standart ve gözetimli tedavi, kesintisiz ilaç temini ve kayıt-

raporlama-analiz sisteminin olması bu stratejinin temel bileşenlerini oluşturmaktadır (DSÖ, 1994).

1. 1. 6. VEREM SAVAŞININ HEDEFLERİ

Verem savaşının başlıca hedefleri şunlardır:

- Tüberkülozun bulaşmasını önlemek
- Yeni hastaların ortaya çıkışını azaltmak
- Tüberküloz hastalarına erken tanı konularak tümüyle iyileşmesini sağlamak
- Tüberküloza bağlı ölümleri azaltmak
- İlaç direncinin gelişimini ve dirençli basil bulaşmasını önlemek

Verem savaşının tedavi hedefi; standart tedavi rejimlerinin uygulanmasını sağlayarak, tanı konulan tüberküloz hastalarının tamamının tedavisini başarıyla tamamlamaktır. Özellikle yayma pozitif TB hastalarının tamamında kür sağlamak önemlidir.

Balgam yayması pozitif TB hastalarının tamamını mümkün olan en kısa sürede saptamak ise verem savaşının tanı hedefidir. Bu amaçla TB şüphesi olan her hastaya üç kez mikroskopik inceleme yapmak, TB şüphesi olan bakteriyolojisi menfi hastalarda ileri tetkikler yapmak, saptanan her TB hastasının temaslılarını en erken sürede muayene etmek gereklidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 yılı için dünyaya önerdiği hedef, balgam yayması pozitif TB olgularının %70'ini saptamak ve bulunan balgam yayması pozitif yeni TB hastalarının %85'inde kür sağlamaktır (DSÖ, 2002).

1. 1. 7. TÜRKİYE VE DÜNYADA TÜBERKÜLOZUN PSİKOLOJİK/ PSİKİYATRİK DURUMU

Tüberküloz hastalarının psikiyatrik ve/veya psikolojik durumlarıyla ilgili yapılmış olan araştırmaların literatür taraması yapıldığında; Türkiye’de konuyla ilgili az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalardan birinde; aktif ve inaktif tüberküloz (eski vaka) olguları normal grup ile karşılaştırılmış; yaşam kalitesi ve durumluk sürekli kaygı düzeyleri incelenmiştir (Ünalan, Baştürk, Soyuer, Ceyhan, Öztürk, 2008). Bu çalışmanın sonucunda; aktif ve inaktif tüberküloz olgularının yaşam kalitesinin kontrol grubununkinden düşük olduğu, ancak inaktif olgularda fiziksel ve sosyal işlevsellik alanlarındaki yaşam kalitesi puanlarının aktif olgulara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Hasta ve kontrol gruplarının durumluk ve sürekli kaygı ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Diğer makalede yine aynı kriterlere uyan örneklem grubu oluşturulmuş ve aktif, inaktif tüberküloz olguları ile kontrol gruplarında depresyonun yaşam kalitesi üzerine olan etkisi araştırılmış. Bu çalışmanın sonucunda; yaşam kalitesinin bütün alanlarında, kontrol grubunu oluşturan bireylerin puanlarının hasta gruplarını oluşturan bireylerinkinden daha yüksek olduğu; ayrıca aktif ve inaktif olguların Beck Depresyon Envanteri puanı ortalamalarının kontrol grubunu oluşturan bireylerinkinden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Ünalan, Baştürk, Soyuer, Ceyhan, Öztürk, 2007).

Konuyla ilgili başka bir makalede ise, tüberküloz olgularında hastalığın algılanması ve kişilik özellikleri çalışılmış, bunun için de yatarak tedavi gören hastalara hastalıklarını yorumlama biçimlerini değerlendirmeye yönelik bir anket

formu ile MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) uygulanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda hastalığa özgü olarak yorumlanabilecek herhangi bir psikopatoloji bulunmamıştır ancak toplumumuzda hastalığın halen yeterince tanınmamasının hastalık hakkındaki olumsuz yargıları desteklediği, etkin tedavi mümkün olduğu halde hastalarda umutsuzluk yarattığı ve dışlanma kaygısına neden olduğu sonucuna varılmıştır (Arıkan, Kuruoğlu, Beler, Ekim, Köktürk, Levent, 2000).

Akciğer Tüberkülozlu olgularda, MMPI ile kişilik özelliklerini belirlemeye yönelik olarak yapılan diğer bir araştırmada; 29 hastanın %41,4'ünde sosyal içe dönüklük (şizoid), %17.2'sinde nörotiklik, %10.3'psikopatik özellik, birer hastada sırasıyla histeri, bağımlılık ve dışa dönüklük bulunmuştur. Bu teste göre normal olarak değerlendirilenler ise, %20.7 olarak saptanmıştır (Zamani, Aşkın, Gödeneli, Ilısu, Süerdem, 1995).

Diğer bir çalışmada; 30 Akciğer Tüberkülozlu hastanın kişilik özellikleri, sosyal uyum düzeyleri ve ruhsal belirti dağılımları; 29 nörotik hasta kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonunda tüberküloz hastalarının sosyal yaşantılarındaki sorunlarını nörotik hastalardan daha düşük seviyede yaşadıkları saptanarak, Eysenck Kişilik Envanteri'nin hiçbir boyutunda patolojik özellik saptanmamıştır (Önen, Kaptanoğlu, Baysal, Seber, Tekin, 1993).

Akciğer Tüberkülozlu 100 hasta ile sağlıklı 50 bireyin kaygı ve depresyon durumlarını araştıran bir çalışmada; tüm katılımcılara STAI (State Trait Anxiety Inventory) ve Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. Tüberküloz olgularının %51'inde durumluk kaygı, %45'inde sürekli kaygı ve %54'ünde depresyon

saptanmıştır. Hasta grupta saptanan verilerin kontrol grubuyla karşılaştırılması sonucunda, kaygı yönünden aralarında anlamlı bir fark izlenmezken, depresyondaki hasta grubunda saptanan fark anlamlı bulunmuştur (Utkaner, Büyüksirin, Yılmaz, Yalnız, Akpınar, Bakır, 1997).

Tüberkülozlu olguların tedaviye ve sosyal yaşama uyumlarının değerlendirildiği diğer bir çalışmada; sosyodemografik özellikler ve sosyal uyum düzeylerini sorgulayan bir anket formu ile birlikte Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. Hastalıklarını kabullenmediklerini, arkadaş ve komşuları tarafından dışlanma korkusu yaşadıklarını söyleyenlerin Beck Depresyon puanı ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özkurt ve ark., 2000).

Akciğer Tüberkülozlu hastalardaki Yaşam kalitesini belirlemeye yönelik olarak yapılan bir çalışmada; hastanede yatarak tedavi gören hastalara bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklerini tanıtıcı anket formu ve Yaşam Kalitesi ölçeği uygulanmış sonucunda ise Akciğer Tüberkülozlu hastaların, sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerinin yaşam kalitesini etkilediği saptanmış (Taşkın, Olgun, 2009).

Eskiden olduğu gibi günümüzde de tüberküloz hastası olmak çevre tarafından tehlikeli, ayıplanacak ve izolasyon gerektiren bir durum olarak algılanmaktadır. Böyle bir ortam içinde tüberküloz hastaları giderek en yakınlarından dahi kendilerini soyutlamaya başlarlar. Vinogradov ve arkadaşları 61 akciğer tüberkülozlu olguya MMPI testini uygulamışlardır. Çalışmanın sonunda; çevredeki insanlardan soğuma, depresif etkiler (%18); tedaviye karşı olumsuz yaklaşım (hastaların %16'sı tedaviyi terk etmiştir), sosyal uyumda bozukluk, şizoid kişilik özellikleri tespit edilmiş ayrıca

%13.6 hipokondriyak, %18.4 anksiyete-depresyon, %9.1 paranoid bulgular saptanmıştır (Vinogradov, Cherkashina, Perelman, 1991).

262 kronik destrüktif akciğer tüberkülozlu olguda yapılan bir çalışmada; hastaların gösterdikleri kişilik bozukluklarının etkili tedaviyi engellediği saptanmıştır. Daha sonra psikoterapi uygulanarak patolojileri düzeltilen hastaların, tüberküloz tedavi etkinliğinin arttığı gözlemlenmiştir (Kunichkina, Ilnitski, Ladnyi, ve ark., 1990).

Atina’da yapılan bir çalışmada, içinde tüberküloz vakalarının da bulunduğu akciğer hastalarında anksiyete ve depresyon belirtileri araştırılmıştır. Bu çalışmada akciğer hastalığı olan 132 kişiye anksiyete için Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği, depresyon ölçümü için ise Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. Hastaların % 49.2’sinde orta ya da şiddetli derecelerde depresyon, %26.5’inde ise anksiyete bozukluğu saptanmış; cinsiyet değişkeninin anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisine de bakılarak; kadınlardaki anksiyete ve depresyon düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Depresyonun hastanın yaşı, anksiyete ve tedavi süresi ile; anksiyetenin ise depresyon ve tedavi süresi ile pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Sonuç olarak; depresyon ve anksiyetenin özellikle kronik hastalarda olmak üzere akciğer hastalıklarında yaygın olarak görüldüğüne değinilmektedir (Moussas, Tselebis, Karkanias, Stamuli, Ilias, Bratis, Vassila-Demi, 2008).

Boston’da yapılan bir araştırmada ise 1996-1999 yılları arasında Lima-Peru’da Çok İlaça Dirençli Tüberküloz tanısı almış 75 hastayla geriye dönük bir

Çalışma yapılarak, hastaların %52.2'sinde depresyon, %8.7'sinde anksiyete saptanmıştır (Vega, Sweetland, Acha, Castillo, Guerra, Fawzi, Shin, 2004).

Pakistan'da yapılmış diğerk bir çalışmada ise ayaktan takip edilen tüberkölöz vakalarında, anksiyete, depresyon ve hastalık algıları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Araştırma kapsamında ayaktan tedavi gören 108 tüberkölöz hastasına Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Hastalık Algısı Ölçeği uygulanmıştır. Sonuç olarak bu hastaların %46.3'ünde depresyon, %47.2'sinde ise anksiyete saptanmış; olumsuz hastalık algısının emosyonel semptomlarla açık olarak ilişkili olduğu rapor edilmiştir (Husain, Dearman, Chaudhry, Rivzi, Waheed, 2008).

1. 1. 8. TÜBERKÖLOZ OLGULARININ GENEL ÖZELLİKLERİ

Yapılan araştırmalar sonucunda, tüberkölöz hastalarının kalabalık ailelerde, elverişsiz evre koşullarında ve iyi bir gelire sahip olmadan yaşayan, düşük eğitim seviyesine sahip kişiler olduğu belirlenmiştir. Tüberkölöz ile savaşta başarılı olmak için bu nüfus gruplarının sosyo-ekonomik durumunu iyileştirici ve yaşam kalitesini arttırıcı politikalara ihtiyaç bulunmaktadır (Işıkhan ve Balbay, 2005).

Susan Sontag tüberkölöz hastalarını tutkulu ve depresif olarak değerlendirmiştir. Tüberkölöz hastalığının oluşumu ve nüksler ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda; etiyoloji, kişilik özellikleri ve stresin önemli olmadığı saptanırken (Moran, 1985), diğerk çalışmalarda ise tüberkölözlu hastalarda başta şizoid kişilik özellikleri olmak üzere kişilik bozuklukları olduğunu bildirmişlerdir (Kunichkina ve ark., 1990). Önen ve arkadaşları ise herhangibir patolojik kişilik özelliği saptamamıştır (Önen, Kaptanoğlu, Baysal, ve ark., 1993).

Tüberkülozun antibiyotiklerle tedavi edilebilir olması nedeniyle, bu yüzyılın ortalarından itibaren hastalığın insidansı ve ölüm oranlarında azalma olmuştur. Bu sebepten dolayı hastalığın psikiyatrik ve/veya psikolojik yönü ile ilgili çalışmalara ilginin azaldığı bildirilmiştir (Moran, 1985).

Fiziksel hastalığı olanlarda ruhsal bozukluklar sağlıklılara göre daha sık görülmektedir. Yapılan bir araştırmada kronik fiziksel hastalığı olanlarda yaşam boyu ruhsal bozukluk yaygınlığı %42 olarak saptanmış olup, bunların çoğunu madde kötüye kullanımı, duygudurumu ve anksiyete bozuklukları oluşturmaktadır (Strain, 2000).

Yaşantısal deneyimlere baktığımızda hastalıklar, hasta için fiziksel boyutun ötesinde ruhsal, sosyal, çevresel, psikoseksüel boyutları da kapsayan bir durumdur. Fiziki hastalık sonucunda; hastalık tanısının ne olduğuna, kişinin kim olduğuna, çevresel ve sosyal özelliklere göre değişmekle birlikte değişik ve çok sayıda tepki oluşturulur (Özkan, 2004). Fiziksel hastalıklar bireyin dengesini bozarak emosyonel tepkilere neden olan kriz durumlarıdır. Bu tepkiler, basit sıkıntı halinden, kayıp-yaş tepkisine kadar değişen bir yelpazede olabilmektedir. Kaygı, bağımsızlığını kaybetme korkusu, ölüm korkusu, beden organ ve bölümlerinin kaybedileceği korkusu, pişmanlık-suçluluk duygusu gibi tepkiler hastanın duygu durumunu, zihinsel işleyişini, dengesini, beden algısını ve sosyal yaşamını etkilemektedir (Ünalan ve ark., 2008).

Ünalan ve arkadaşlarının yukarıda sözedilen çalışmasında; aktif ve inaktif tüberküloz olgularının yaşam kalitesinin, sağlıklı kontrol grubununkinden daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, Wang ve ark. ile Dion ve ark.'nın aynı konuda

yapmış olduğu çalışmaların sonuçlarıyla uyum göstermektedir (Wang, Lii, Lu, 1998; Dion, Tousignant, Bourbeau, Menzies, Schwartzman, 2002). Aynı çalışmada, aktif tüberküloz olgularında fiziksel ve sosyal işlevsellik alanlarındaki yaşam kalitelerinin inaktif olgulardan daha çok bozulmuş olduğu saptanmıştır.

Akciğer tüberkülozlu hastalardaki yaşam kalitesini araştıran başka bir çalışmada ise; olguların hastanede yatış sayısı, tüberküloz dışında başka bir hastalığın varlığı, tüberküloz hastalığına yakalandıktan sonra aile içi, komşuluk ve arkadaşlık ilişkileri, eş ile cinsel hayat, iş yaşantısındaki ilişkiler, gelir seviyesi, ilaçlarını düzenli kullanma durumu, hastalığını değerlendirme ve tedavi ekibine duyulan güven ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Taşkın ve Olgun, 2010).

Tüberküloz hastalarında benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi için yapılan bir araştırmada kronik fiziksel rahatsızlığı olan yetişkinlerde benlik saygısının etkilendiği saptanmıştır. Aynı araştırmada; hastaların işsiz veya ev hanımı olması, hastalığın maddi durumu etkilemesi, iyileşme inancının olmaması, ailesi ve çevresiyle olan ilişkilerinin değermesi ve sosyal destek görmemesi durumunun; benlik saygısı puan ortalamalarını düşürdüğü belirlenmiştir (Erdem ve Taşcı, 2003).

Tüberküloz hastalarındaki kaygı durumunu araştıran bir çalışmada; hastalık tanısı almış olanların hem durumluk hem de srekliyet kaygı düzeylerinin, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı lde yüksek olduğu saptanmış ve bunu tetikleyen bilişsel/duygusal reaksiyonların tüberküloza karşı baskın olan kaygı, sosyal dışlanma ve sosyal etiketlenme olduğu dşnlmştir (zl ve ark., 2005).

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, 2002 yılı içinde yatarak tedavi gören akciğer ve akciğer dışı tüberküloz olgularının, Tüberküloz hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla bir anket çalışması yapılmış. Bu anket çalışmasının sonucunda; erkeklerin tüberküloz hastalığı ve bulaştırmıcılığı konusundaki bilgi düzeylerinin kadınlardan daha fazla olduğu; tüberküloz hastalığını en az duyanların ilkokul mezunlarından olduğu; ailelerinde tüberküloz öyküsü olanların, hastalığın bulaşma yollarını, tedavi şekli ve süresini ailede tüberküloz öyküsü olmayanlara göre daha çok bildikleri; geçirilmiş tüberküloz öyküsü olanların olmayanlara göre tüberküloz hakkında daha çok bilgili oldukları saptanmış ve tüberküloz hastalarının hastalıkları konusunda yeteri kadar bilgiye sahip olmadıkları sonucuna varılarak tüberküloz ile mücadelede halk eğitiminin çok önemli olduğu vurgulanmıştır (Dursun ve ark., 2005).

Tüberküloz uzun bir tedavi süresi gerektiren kronik bir hastalıktır. tüberkülozun kontrolündeki en büyük güçlük, tedavi sürecinde hastaların ilaç kullanımını kesintisiz olarak devam ettirebilmektir. Bu noktada; tüberküloz kontrolü için uygulanan stratejiler kadar, hastaların kişisel özellikleri, hastalıklarının dereceleri, psikolojik bozuklukları, unutkanlık, yanlış anlama ve bilgilendirilmeme, sağlık personelinin hoşnutsuzluk, hastalığın ciddiyetinin anlaşılmaması, yetersiz takip, sosyokültürel faktörler de önem kazanmaktadır (Özşeker ve ark., 2004).

Tüberküloz hastalarının tedavi sonuçları, diğer enfeksiyon hastalıklarının tedavi sonuçlarından çok daha geç ortaya çıkar. Hastaların çoğu düşük sosyo-ekonomik düzeydeki bireylerdir (Işıkhani ve Balbay, 2005). Pek çok kronik hastalıkta olduğu gibi, Tüberküloz için de sadece ilaçlarının verilip gönderilmesi yeterli

değildir. Hastanın ilaçlarını düzenli olarak içtiğinden emin olmak tüberküloz kontrolünde önemli bir noktadır.

1. 2. STRES

1. 2. 1. ZAMAN İÇERİSİNDE STRES KAVRAMI

Stres Latince’de “estricia”, eski Fransızca’da “estree” kelimesinden gelip, zorlanma, gerilme ve baskı anlamındadır. 19. yüzyılda anlam değişerek kişi, nesne veya organa yönelik olarak yaşanan baskı, zorluk ve dengenin bozulmasına karşı gösterilen bir direnç anlamında kullanılmaya başlanmıştır (Baltaş ve Baltaş, 1987).

Stres kavramı insanlık tarihi kadar eski olmakla birlikte, tanımını yapma konusunda araştırmacılar çoğu zaman zorlanmışlardır. Her insanın yaşadığı stresin nedeni o kişiye özel olduğundan, her insanın kendine özgü bir stres kavramı vardır da denilebilir.

“Stres” ilk kez 17. Yüzyılda elastiki nesne ve ona uygulanan dış güç arasındaki ilişkiyi açıklamak üzere fizikçi Robert Hook tarafından kullanılmıştır. Thomas Young isimli bir başka fizikçi 18. yüzyılda bunu, bir formül üzerinde göstermiştir. Young’a göre stres, maddenin kendi içinde olan bir güç ya da dirençtir. Madde kendi üzerine uygulanan dış güce kendi direnci oranında tepki vererek, dış güce karşı uyum sağlamaya çalışır. Eğer dıştan gelen güç madde içerisindeki dirençten daha büyükse maddenin nicelik ve niteliksel değişimine sebep olabilir. “Stres”in bu şekilde kullanımından sonra fizikle sınırlı kalmayarak, biyoloji, fizyoloji, endokrinoloji, sosyoloji ve psikoloji gibi diğer bilim alanlarında da yoğun olarak kullanıldığını görüyoruz (Şahin, 2010a).

Hippocrates, doğal gücün hastalıkları iyileştiremediği durumlarda kişinin ağrı ve acı çekerek “distress” (stres) içine düştüğünü belirterek, o dönemin stres tanımıyla şimdinin stres tanımının benzer olduğunu göstermiştir (Öztop, 2000).

Walter Canon ise stresi; canlının iç dengesinin, dış çevresel uyaranlarca bozulması sonucu oluşan ve temelinde biyolojik varoluş ile uyum ihtiyacı olan bir acil durum tepkisi olarak açıklamıştır. Stres Canon’a göre; canlının yaşamı ve çevreye uyumunu (homeostasis) tehlikeye sokan bir uyarıcıya karşı gösterdiği “savaş ya da kaç” tepkisidir (Şahin, 2010a).

Hans Selye, yukarıda belirtilen düşünceler temelinde daha sonra farklı bir başlık altında anlatılacak olan Genel Uyum Sendromu’nu ortaya atmıştır. Selye’nin yaptığı çalışmalar sonucunda, ortaya koyduğu tanıma göre stres; her türlü değişime karşı vücudun uyum sağlamak amacıyla gösterdiği yaygın fizyolojik tepkilerdir. Başka bir deyişle; Selye’ye göre stres bedenin içsel ve dışsal koşulların değişimine karşı verdiği özgül olmayan fizyolojik tepkilerdir (Allen, 1984).

Selye’nin bu tanımında ifade edilen, stresin fizyolojik bir durum olduğu, üzüntü, kaygı, depresyon veya engellenme olmadığıdır. Bu zihinsel durumlar stres için başlangıç noktasını oluşturabilirler, ancak kendileri stres değildir. Görüldüğü gibi Selye’nin stres tanımlamasında bilişsel süreçler göz ardı edilmiştir.

Hans Selye’nin tanımındaki başka bir bileşen de; strese neden olan etmenler çok değişken olsa da, verilen fiziksel tepkinin özgül olmamasıdır. Ayrıca stres hemen her türlü değişime karşı, bedenin bütün sistemlerini etkileyerek bütün biyolojik işlevlerini etkileyebilen fizyolojik bir örüntüdür. Buna göre, haz ya da acı veren stres faktörleri kastedilmektedir. Genel olarak insan bedeni haz ve acı arasındaki ayrımı

fark edemez. Her iki durum için ortaya çıkan koşullar uyum gerektirir ve bedende aynı stres belirtilerini oluşturlar (Allen, 1984).

1949'da Haggard, bugün psikolojik stres dediğimiz durumu, duygusal stres olarak ele almış ve bunu kişinin tehdit edildiği, uyum mekanizmalarının ciddi olarak bozulduğu ve vücut direncinin tükendiği nokta olarak ele almıştır (akt. Baltaş ve Baltaş, 1987).

Wolf (1953) stresi, dışarıdan gelen tehdit içerikli bir uyarıcıya karşı bedenin gösterdiği tepki olarak tanımlamıştır (akt. Kasl ve Cooper, 1995). McGrath'a (1976) göre ise stres; dışarıdan gelen talebi karşılamada verilebilecek olan olası tepki başarısızlığının önemli sonuçlar çıkaracağı durumlarda, talep ile bu talebi karşılayabilme yeteneği arasında algılanan dengesizliktir. McGrath bu görüşüyle; bireyin psikolojik, ailesel, kültürel özellikleri ile motivasyon kaynakları ve inanç sistemlerinin belli bir stres durumunu algılama ve yorum farklılığına yol açarak değişik duygusal, fizyolojik ve davranışsal tepkilere neden olacağını belirtmiştir (akt. Göktepe, 2002).

Lazarus ve Folkman'a göre stres; biyolojik, sosyal veya psikolojik sistemler ile çevresel etkileşim sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu etkileşim sonucunda birey olaylar ve kişileri ne kadar stres kaynağı olarak algılar ve değerlendirirse aynı oranda stres yaşayacaktır (akt. Öztop, 2000).

Baltaş ve Baltaş (1987) stresi; canlının biyolojik ve psikolojik sınırlarının zorlanıp tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durum olarak tanımlamışlardır. Schultz ve Schultz (1994) da benzer şekilde stresi, çevresel kaynaklı tehdit içeren uyarıcılara karşı gösterilen fiziksel ve psikolojik tepkiler olarak belirtmişlerdir.

Robbins'e (1998) göre stres bireyin çeşitli fırsat, engel ve taleplerle karşılaşması ve tüm bu uyaranların sonucunun belirsiz ve önemli olduğunun algılandığı dinamik bir durumdur. Robbins'in görüşündeki dikkati çeken nokta; sadece tehdit unsuru taşıyan uyaranların değil, fırsat olarak değerlendirilebilecek uyaranların da stres kaynağı olarak görülmesidir.

Schermerhorn ise stresi; olağandışı talep, sınırlama ya da fırsatlarla karşılaşma durumunda birey tarafından yaşanan bir gerilim durumu olarak tanımlamıştır (Schermerhorn, 1989).

Canlı sistemler yaklaşımına göre ise; stres, sisteme giren ve sistemden çıkan madde veya bilginin eksikliği, fazlalığı ya da uyumsuzluğu durumunda dengenin bozularak yeni duruma uyum sağlanmaya çalışılması sürecidir. Canlı organizma, en basit temel yapı olan hücreden, en karmaşık yönetici sistemler arasındaki ve dışarıdaki bütün değişkenlerin dengede olması durumunda varlığını, ya da başka bir deyişle sağlıklı işlerliğini koruyabilir. Sistemlerdeki denge durumundan sözederken biyolojik, psikolojik ve sosyal denge akla gelmelidir.

Cüceloğlu (1992) ise stresi; bireyin fizik ya da sosyal çevresinden gelen tehdit içerikli uyaranlar nedeniyle bedensel ve psikolojik olarak sınırlarının ötesinde çaba harcaması olarak açıklamıştır.

1. 2. 2. STRES VE DİĞER KAVRAMLAR

Gerilim, zorlanma, rahatsızlık/sıkıntı, engellenme, çatışma, uyum yapma süreçleri gibi kavramlar, zaman zaman stres yerine ya da onunla birlikte kullanılmaktadır.

Gerilim; dışarıdan gelen tehdit edici durumun yani stres durumunun bireyde yarattığı etkidir. Gerilim sayesinde birey, stres durumunda olduğu bilgisini alıp işleyerek dengeye dönme sürecini başlatır.

Zorlanma, dengeye dönme süreci içerisinde sistemin ödediği bedel başka bir deyişle harcadığı enerjidir.

Rahatsızlık/sıkıntı durumu ise, gerilimin subjektif olarak yaşanma biçimidir (Şahin, 2010a). Sıkıntı, stresli durumlarda yaşanan ve aynı zamanda gerginlik, sinirlilik, kaygı ve üzüntü gibi terimlerle de tanımlanan bir süreçtir ve genellikle stres belirtilerini içerir (Okutan, 2002).

Denge (homeostasis); canlı organizmaya giren ve çıkan unsurların sistemi rahatsız etmeyecek şekilde optimal bir seviyede bulunmasıdır. Sistemlerin devamlılığı için sistemin içindeki ve dışındaki değişkenlerin dengede olması biyolojik olarak programlanmıştır.

Uyum yapma süreçleri, canlı organizmayı denge durumuna çevirmek için harekete geçirilen alt sistem süreçleridir. İnsanda bu süreçler; biyolojik, duygusal, davranışsal ve bilişsel olabilmektedir (Şahin, 2010a). Biyolojik denge genetik olarak kodlanmıştır. Bireyin düşünsel, duygusal ve davranışsal mekanizmaları arasındaki denge psikolojik dengeyi oluşturur. Bu noktada bilişsel denge kavramı önem kazanmaktadır. Bilişsel denge; dış dünyadaki uyaranlar ile o uyaranlara ilişkin insanın zihninde oluşturduğu şemaların uyuşmasıdır. Beyin sürekli olarak iç ve dış uyaranlardan gelen bilgiyi örgütleme ve anlamlandırmaya yönelik olarak çalışır. Herhangi bir uyarıcının stres yaratabilmesi için, hedef duyu organı için önceden programlanmış olan denge eşiğini aşp sistemin çalışmasını bozması gerekir.

Fizyolojik tepkiler (endokrin sistem ve otonom sinir sistemi) ve beyin korteksinin denetiminde olan bilişsel tepkiler strese gösterilen tepkilerdir.

Bireyin herhangi bir şekilde içten ya da dıştan gelen bir uyarıcıya maruz kalmasıyla dengesinin bozulması durumunda buna ilişkin geri bildirim aktarılır. Biyolojik ya da psikolojik dengedeki bozulmaya ilişkin bilgi otonom sinir sistemine iletilir ve bu uyarıcı için “stres” ve dengelerin bozulması yorumu yapıldığında otonom sinir sistemi aynı anda endokrin ve sempatik sinir sistemini de uyarır.

Biyolojik ve psikolojik dengedeki bozulma birey tarafından bir tehdit olarak yorumlandığı durumlarda “savaş ya da kaç” davranışları başlatılır. Bu şekilde eski denge durumuna dönmeye çalışılır. Bireyin stres durumlarında gösterdiği davranışsal tepkiler aktif ve probleme yönelik olanlar pasif ve savunmaya yönelik olanlar şeklinde ayrılabilir.

Stres tepkisi, değişen bir duruma karşı direnmek ya da varolan tepkiyi değiştirmek için ortaya çıkan nötr bir enerjidir. Ancak stres durumu devamlı hale geldiğinde anksiyete, depresyon, öfke vb. yaşanmaya başlanır. Başka bir deyişle bu psikopatolojik durumlar kronik stresin bir tür yaşanma biçimidir (Şahin, 2010b).

1. 2. 3. STRES KURAMLARI

Kuramlar, bilimin açıklayıcı temellerini oluşturarak verileri özetlerler. Literatürde stresi açıklamak üzere oluşturulmuş olan pek çok kuram bulunmaktadır. Stres kuramlarına tek tek bakıldığında, konuyla ilgili yalnızca bir bölümü ele aldıkları, etkili olabilecek ilgili diğer unsurları kapsamadıkları görülmektedir. Bu

nedenle, tüm stres kuramlarını bilerek bir sentezini oluşturmak stresi anlamak için önemlidir.

Stres kuramları, aşağıda sırasıyla biyolojik, psikolojik ve sosyal temelli kuramlar olarak ele alınacaktır.

1. 2. 3. 1. Biyolojik Stres Kuramları

Strese yönelik biyolojik kuramlar, Selye'nin kuramında olduğu gibi vücudun strese karşı verdiği tepkileri açıklamaya çalışan, başka bir deyişle fizyolojik vurgulu kuramlardır. Biyolojik stres kuramları kapsamında; Hans Selye'nin "Genel Uyum Sendromu" ve "Genetik Yapısal Kuramlar"dan bahsedilecektir.

Genel Uyum Sendromu:

Genel Uyum Sendromu, Hans Selye tarafından 1936 yılında stresi açıklamak için geliştirilmiş olan ilk yaklaşımlardan birisidir. Selye, hazırladığı deneysel ortamlarda fareleri soğuk, sıcak, basınç, hareketlilik, hareketsizlik gibi stresörlere maruz bırakarak ortaya çıkan fizyolojik değişimleri kaydetmiştir. Selye yaptığı bu deneylerin sonucunda, farelerin stresör değişikliğinden etkilenmeksizin aynı fizyolojik örüntüyle tepki verdiklerini gözlemleyerek "Genel Uyum Sendromu" kuramını oluşturmuştur (Taylor, 1986).

Bu kuram açıklayıcı dört anafikir etrafında özetlenebilir:

- Bütün canlılar iç dengelerini (homeostasis) korumaya yönelik olarak doğuştan gelen bir güdüye sahiptir ve bu durum yaşam boyu devam eden bir süreçtir.

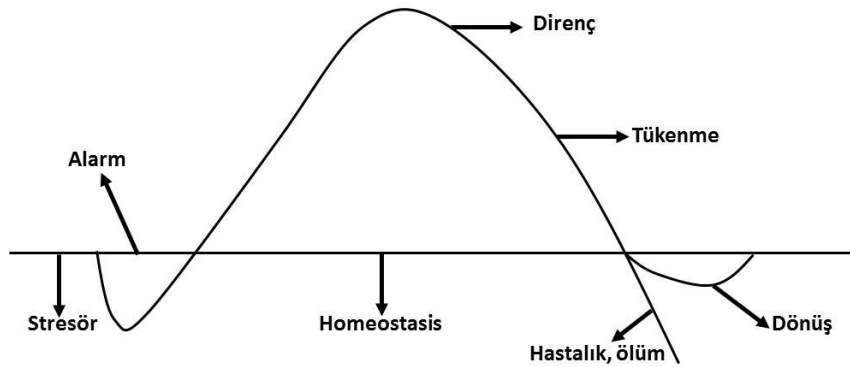
- Canlı organizmayı tehdit eden her türlü stresör iç dengeyi bozarak bedende genel fizyolojik uyarılma tepkisine yol açar. Bu fizyolojik tepkiler canlıyı savunma ve korumaya yöneliktir.

- Bu fizyolojik uyarılma tepkisine uyum sağlama süreci; alarm, direnç ve tükenme evrelerini içerir. Bu süreç evrelerindeki uyum durumu stresörün süre ve yoğunluğuna bağlı olarak değişebildiği gibi, canlının gösterdiği direncin başarısına göre de farklılaşmaktadır.

- Canlının uyum sağlama süreci için kullandığı enerji sınırsız değildir ve bu enerji tüketildiğinde, organizma stresle baş etme yeteneğini kaybedip ölebilir (Rice, 1999).

Genel Uyum Sendromu, Grafik 1’de görüldüğü gibi alarm, direnç ve tükenme evrelerinden oluşmaktadır.

Grafik 1. Genel Uyum Sendromu



Alarm evresi: Bu evre Walter Canon'un "savaş ya da kaç" tepkisi olarak ifade ettiği tepkiyle paralellik göstermektedir. Dengenin bozulduğu ve gerilimin yaşandığı evredir. Stresin başlangıç evresi olduğundan canlının gösterdiği direnç, ilerleyen evrelere oranla çok daha düşüktür. Direncin düşük olduğu bu kısa sürede bireyin gastrointestinal yakınmaları ve artmış kan basıncı olabilir. Daha sonra beden savunma sistemlerini devreye sokarak dengesini korumaya yönelik çabalar gösterir. Bu evreye akut stres tepkisi de denilmektedir. Bedenin devreye soktuğu savunucu tepkiler başarılı olursa alarm tepkisi ortadan kalkarak normal işleyişine geri döner (Rice, 1999).

Direnç Evresi: Stres'e yönelik olarak dengeyi korumak üzere, beden devreye soktuğu savunucu tepkilerin başarılı olamadığı, başka bir deyişle stresin devam ettiği durumlarda beden aktivitesi ve direnç artarak bir süre devam eder. Stres kronikleşir yani bireyin kontrolünün dışında uzun süre devam ederse, beden bu savaşı kazanmak için çok fazla kaynak kullanıp direncinin düşmesine neden olabilir. Direncin uzun süre devam etmesi beden savunma sistemlerini zayıflatarak yüksek tansiyon, alerjiler, şeker hastalığı, ülser gibi ciddi fiziksel hastalıklara neden olabilir. Bu hastalıklar sonucunda da direnç azalır (Rice, 1999).

Tükenme Evresi: Stres durumu şiddetli ve uzun süreli olduğunda, beden enerjisini kaybederek tükenme evresine gelir. Sonunda direnç tamamen kırılır ve bedensel işlevler alarm öncesi döneme göre iyice düşer. Stres bireye geriye dönüşü olmayan zararlar vermiştir, bu dönem hastalıklara çok açık olunan bir dönemdir; ciddi rahatsızlıklar ve ölüm görülebilir (Rice, 1999 ; Baltaş ve Baltaş, 1987).

Selye'nin ortaya koyduğu “Genel Uyum Sendromu”; çok çeşitli stresörlere verilen uzun zaman içerisindeki tepkilerin genel bir kuramını ortaya koyması, stres-hastalık ilişkisinde fizyolojik bir mekanizmanın olduğunu varsayması sebebiyle bugün hala stres alanındaki önemini korumaktadır. Selye; hastalığın temelinde yatan fizyolojik sıkıntılardan, kuramında açıkladığı tükenme aşamasının sorumlu olduğunu söylemektedir. Günümüzde de uzun süreli ve tekrarlayan stresin; kardiyovasküler hastalıklar, yüksek tansiyon, mide rahatsızlıkları ve bağışıklık sisteminde yetersizlikler gibi hastalıklara yol açtığı bilinmektedir.

Selye'nin “Genel Uyum Sendromu Kuramı”nın, psikolojik faktörlere çok sınırlı bir rol vermesi, stresörlerin “fırsat” mı yoksa “tehdit” mi olarak algılandığına önem vermemesi, dolayısıyla bilişsel süreci önemsememesi nedeniyle çok ciddi eleştiriler almıştır. Stresle mücadele stratejilerinin seçimi ve bu stratejilerin etkililiği üzerinde de durulmamıştır (Rice; 1999).

“Genel Uyum Sendromu”nda Selye'nin ifade ettiği; kişilerin tüm stresörlere karşı aynı tepkiyi vermesi, başka bir deyişle; tepkilerin “özgül olmama” görüşü de eleştirilere maruz kalan diğer bir konu olmuştur. Yapılan araştırmalar sonucunda; bireylerin stresörlere karşı verdikleri tepkilerin genel olmadığı, kişiden kişiye göre farklılık gösterebileceği bilinmektedir. Ayrıca bu kuramda sözü edilen, tüm stresörlerin aynı bedensel tepkiyi vereceği görüşü günümüzde kabul görmemektedir. Farklı stresörlerin birbirlerinden değişik tepkiler verebileceğine ilişkin görüş bildiren araştırmalar bulunmaktadır (Taylor, 1986; Ross ve Altmaier, 1994).

Ancak, bütün eleştirilere rağmen, Selye'nin "Genel Uyum Sendrom"u, stres konusuna getirdiği ayrıntılı bakış açısı ve bunun farklı görüşler ve araştırmalara yol açması sebebiyle halen en önemli kuramlardan sayılmaktadır.

1. 2. 3. 2. Genetik Yapısal Kuramlar

Bu kuramlar; kişinin genetik yapısı ile direncini belirleyen fizik yapısı arasındaki ilişki üzerinde yoğunlaşmışlardır. Genetik yapının otonom sinir sistemi üzerinde etkili olması ve stres durumunda yaşanan "savaş- kaç" tepkisinin de otonom sinir sistemi aracılığıyla meydana çıkması, bu kuramın ortaya atılmasında etkili olmuştur. Genetik yapı ve fizik özellikler kişinin strese direnme gücü üzerinde etkilidir. Strese dayanıklılıkla doğrudan ilişkili olan böbrek, kalp-damar sistemi, sindirim ve sinir sistemi genler tarafından kontrol edilip şekillendirilmektedir (Rice, 1999). Bazı kişilerin kap-damar sistemleri, bazılarının gastrointestinal sistemleri genetik olarak strese karşı daha yoğun tepki verirler; stres durumunda hedef olan organik sistemler genetik kodlar tarafından belirlenir. (Rice, 1999).

Stresle Kalıtım-Çevre Etkileşimi Modeli

Kalıtım-Çevre Etkileşimi Kuramında; bireyin belirli bir hastalığa karşı kalıtsal yatkınlığı olduğu ve bu yatkınlığın stres faktörleriyle etkileşime geçmesi sonucunda psikosomatik bir rahatsızlığın ortaya çıkacağı görüşü savunulmaktadır. Stres eşiği düşük olan kişi, hastalığa açık hale gelecektir ancak hastalığın ortaya çıkıp çıkmayacağı maruz kalınan stres miktarına bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Rice, 1999). Buna karşılık stres eşiği düşük olan kişinin, stressiz bir yaşam sürmesi durumunda, yatkınlığı olan hastalığa yakalanmadığı ve son derece sağlıklı olduğu da görülebilmektedir (Rice, 1999). Bu noktada çevrenin önemi ortaya çıkmaktadır. Kişi

stresli olmayan çevre koşullarında yaşadığı sürece stres kaynaklı hastalıklarla karşılaşmayacak demektir. Ancak aynı kişi stresi olan bir çevrede yaşıyorsa kalıtsal yatkınlığı olan hastalığa yakalanabilecektir.

Sonuç olarak; kişinin kalıtsal yatkınlığı olan hastalıkların ortaya çıkıp çıkmayacağını, çevresel stresörün varlığı ile birlikte o stresörün miktarı da belirler (Şahin, 2010b).

1. 2. 3. 3. PSİKOLOJİK KURAMLAR

1. 2. 3. 3. 1. Psikodinamik Kuram

Psikodinamik modeller içerisinde en çok kabul göreni Sigmund Freud'un kuramıdır. Freud'un kuramında stres anksiyeteye dayandırılmıştır ve üç tip anksiyeteden sözedilir; işaret (signal) anksiyetesi ya da nesnel anksiyete, travmatik anksiyete ya da nevrotik anksiyete (Rice, 1999; Shultz ve Shultz, 2001) ve ahlaki (moral) anksiyete (Shultz ve Shultz, 2001).

İşaret ya da nesnel anksiyete: Bireyin yaşamını tehdit eden, dışarıdan gelen gerçek bir tehlike karşısında ortaya çıkan doğal ve genel bir anksiyetedir (Rice, 1999; Shultz ve Shultz, 2001).

Travmatik ya da Nevrotik Anksiyete: Bu anksiyete içsel olarak yaratılmıştır ve Freud'un kuramında geniş bir şekilde yer alır. Gelişigüzel ortaya çıkabilecek cinsel ya da agresif dürtülerin ortaya çıkma olasılığı karşısında bu durumun bastırılması ve cezalandırılma korkusu nedeniyle yaşanmaktadır.

Ahlaki Anksiyete: Kiři toplumun ve kendisinin ahlaki deęerleri ile baędařmayan dūřünceleri olduęunda ya da aynı doęrultuda bir davranıřta bulunduęunda suçluluk ve utanç duyabilir ve bu da kiřide anksiyeteye neden olabilir (Shultz ve Shultz, 2001).

Freud'un tanımladığı bu üç tip anksiyete kişide gerilime neden olur. Meydana gelen bu gerilimin azaltılması ise; savunma mekanizmalarının kullanılması ve dönüştürme (konversiyon) ile sağlanır (Shultz ve Shultz, 2001; Rice, 1999).

1. 2. 3. 3. 2. Öğrenme Modeli

Öğrenme Modeli; stresi, klasik koşullanma, edimsel koşullanma veya her ikisinin birleştiği modellerle açıklar.

Klasik Koşullama: Klasik koşullamanın ortaya çıkmasına öncülük eden kişi Nobel ödüllü Rus bilim adamı Ivan Pavlov'dur. Pavlov, klasik koşullama kuramını köpeklerle geliştirmiştir. Köpeğin bulunduğu deneysel ortamda önce sadece zil çalınır, daha sonra et verilir ve köpek eti gördüğünde bol miktarda salya salgılar. Bu işlem defalarca tekrarlanır. Daha sonraki aşamada zil çalınıp et verilmediği halde köpek yine de salya salgılar. Köpek zil ile et arasında ilişki kurmayı öğrenmiştir (Atkinson, Atkinson ve Hilgard, 1995; Arık, 1995). Köpek, koşullu uyaran (zil) ile koşulsuz uyaran (et) arasındaki bağı öğrenmiştir. Bu deneyde et koşulsuz uyaran olarak salya salgılama tepkisine yol açar, salya tepkisi ise koşulsuz bir tepkidir; başka bir deyişle otomatik olarak ortaya çıkmaktadır. Zil ise koşullu uyaran olarak salya salgılama tepkisine neden olan öğrenilmiş bir uyaran durumunda karşımıza çıkmaktadır.

Davranışçı psikolojinin kurucularından John Watson'ın, 11 aylık Albert ile yaptığı çalışma, klasik koşullamanın en iyi örneklerindendir. Çalışmanın başında Albert beyaz fareden korkmamaktadır, ancak koşullama denemelerinden sonra korku tepkisini öğrendiği gösterilmiştir. Albert fareyi gördüğü her zaman arkadan yüksek bir ses çıkartılarak korku tepkisi oluşturulmuştur. Böylece beyaz fare ile korku arasında bağ kurması sağlanmıştır. Daha sonra yükses ses olmaksızın, sadece gösterilen beyaz fare ile çocukta korku ve huzursuzluk olduğu gözlenmiştir. İlerleyen zamanlarda bu koşullamanın tavşanlar, beyaz kürklü ceketler ve benzeri beyaz tüylü her uyarana karşı genellendiği görülmüştür. Burada yüksek ses koşulsuz uyarıcı, fare ise koşullu uyarıcıdır. Koşulsuz uyarıcılar koşulsuz tepkiler yaratır ve bu tepkiler genelde refleks tepkilerdir. Koşullu uyarıcılar ise, önceden bir tehdit ya da korku kaynağı olarak görülmezler ancak öğrenilmiş tepkiler yaratırlar. Güçlü bir koşulsuz uyarıcı (yükses ses), koşullu uyarıcı (beyaz fare) stres uyarıcı haline dönüştürebilir ve koşullu tepkiye (savaş ya da kaç) sebep olabilir (Akkoyun, 2004). Watson bu klasik koşullama deneyinin sonrasında, yetişkin anksiyete ve korkularının temelinde erken çocukluk dönemi koşullamalarının olduğuna işaret etmiştir (Shultz ve Shultz, 2001).

Öğrenme modelinde stres için klasik koşullamanın iki yönü üzerinde durulmuştur:

Birincisi; anksiyete ve korku yalnızca duygusal tepkiler olarak kabul edilemezler, fizyolojik, bilişsel, davranışsal bileşenleri de içerirler. Kaçınma davranışı kişiyi stresörden uzak tutar. Ayrıca kişi korkulan kişi, nesne ya da olayla karşılaştığında içsel bir gerilim yaşar ve bedeni fizyolojik olarak uyarılarak, kan

basıncı, kalp atım hızı ve vücut ısısında değişiklikler gibi fizyolojik stres belirtileri ortaya çıkar. Yani, sözü edilen her bileşen koşullu uyarıcı ile koşullanır. Başka bir deyişle; koşullu uyarıcı sadece korku duygusuyla değil, bununla birlikte oluşan bütün fizyolojik, bilişsel ve davranışsal süreçlerle birleştirilir. Daha sonraki dönemlerde koşullu uyarıcı ile çok düşük düzeylerdeki karşılaşmalarda ya da resmini görme durumunda bile aynı fizyolojik ve davranışsal tepkiler görülebilir.

İkincisi; Klasik koşullama oluşturulduktan sonra, anksiyete ve korku önceden tahmin edilebilir bir duruma gelebilir. Anksiyete ve korku oluşturan uyarıcının ortamda bulunmadığı durumlarda yalnızca onun hakkında konuşmak ya da düşünmek bile aynı etkiyi yaratabilir (Rice, 1999; Akkoyun, 2004).

Edimsel Koşullama: Edimsel koşullamada başlangıçta belli bir uyarana karşı kendiliğinden gelişen davranışın sonucunda, ödül getirmesi ya da olumsuz sonuçlara yol açmasıyla davranışın sıklığının artması ya da azalması söz konusu olmaktadır. Başka bir deyişle; davranışlar, olumlu sonuç verdiğinde tekrarlanır, olumsuz sonuç verdiğinde ise tekrarlanmaz. Edimsel koşullama bakış açısı özellikle kaçınma davranışının üzerinde durmaktadır. Kaçınma davranışı, anksiyete ve korkuya gösterilen edimsel tepki olarak ortaya çıkar ve bu duyguların azaltılmasında rol oynar. Korku ve anksiyeteyi yaratan nesneden uzaklaşmak gerilimi azalttığından kaçınma davranışı daha da güçlenecektir. Bireyler kontrol edemeyecekleri stresli durumların yarattığı korku ve anksiyeteyi azaltmak için kaçınma davranışını değişik şekillerde göstermeye başlarlar (Rice, 1999).

Öğrenme modeli, biyolojik-davranışçı bir bakış açısını yansıtır ve deneyime dayalı bir modeldir. Stres yaşantısını kapsamlı olarak açıklamaya yeterli değildir.

1. 2. 3. 3. 3. Bilişsel - Transaksiyonel Model

Bilişsel-transaksiyonel kuramda en çok Richard Lazarus dikkat çekmektedir. Bu model stres sürecinde bilişsel değerlendirmelerin önemini vurgulamaktadır. Bireyler yaşamları boyunca dünyaya ve kendilerine ilişkin şemalar oluştururlar. Bu şemaların bir kısmı evrensel olduğu gibi bir kısmı da kişiseldir ve öğrenilmiş bilgilerin temsilleridir (Rice, 1999). Lazarus'a göre; bireyin şemaları durumun stres verici olup olmadığını belirleyen ana unsurdur. Başka bir deyişle; bireyin durumu nasıl anlamlandığı, stres yaşıyıp yaşamayacağını belirleyen temel sebeptir. Bu nedenle, bireyin durumu ne yönde algıladığı ve bununla nasıl baş edeceğinin değerlendirmesi sonucunda, bu durumu stres kaynağı olan ya da olmayan olarak tanımlamasına sebep olmaktadır.

Lazarus kuramını açıklarken birincil ve ikincil değerlendirme süreçlerinden bahsetmiştir:

Birincil değerlendirme; Birey karşılaştığı durumun kendisi için önemini belirlemek için şemalarını devreye sokarak, olayı tehdit edici, kayba neden olabilecek ya da zarar verici olarak yorumlayacaktır. Ancak şemalarında bu durumla ilgili olarak herhangi bir olumsuz bilgi yoksa stres yaratıcı olarak yorumlanmayacaktır (Baltaş ve Baltaş, 1987; Gençöz, 1998; Doğan, 2001).

İkincil değerlendirme; Birey durumu stres yaratıcı olarak algıladığı anda ikincil değerlendirme süreci de başlamıştır. Bu süreç, bireyin başa çıkma stratejilerinin ve kaynaklarının durumla başetmeye yeterli olup olamayacağı ile ilgili zihinsel değerlendirmesidir (Baltaş ve Baltaş, 1987; Gençöz, 1998; Doğan, 2001).

Birey bu değerlendirme sonucunda, karşılaştığı durumla baş edebileceği

değerlendirmesini yapmışsa stres tepkisi vermeyecektir ancak, aynı durumla başedemeyeceği sonucuna ulaşmışsa stres tepkisi gösterecektir.

Olayların nasıl değerlendirildiği bireysel farklılıklar göstermektedir. Başka bir deyişle aynı olay bir kişi tarafından stres yaratıcı olarak yorumlanırken başka bir kişi için stres yaratıcı olarak yorumlanmayabilir.

Bireyin olaya verdiği anlamda, başka bir deyişle bunu değerlendirmesinde etkili olabilecek pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler, bireyin özsaygısı, kişilik yapısı, yaşadığı toplumsal ve kültürel değerler, fiziksel özellikleri, o andaki duygusal durumu, cinsiyet ve olayın olduğu bağlam şeklinde sıralanabilir (Şahin, 2010b).

Bilişsel-transaksiyonel modelde, bireye aktif bir rol verilerek, bireyin durumu anlamlandırmasının önemi üzerinde durulmaktadır.

1. 2. 3. 4. SOSYAL KURAMLAR

1. 2. 3. 4. 1. Çatışma Kuramı

Yapılan araştırmalar, bireyin toplumun bir parçası olduğunu ve toplumun bireysel stresi etkileyen faktörlerden birisi olduğunu belirtmektedir. Bu kurama göre; toplumların uyum içinde olabilmesi için, bireylerden bazı sosyal kurallara uymaları beklenir ve bu sebeple, kurallara uymaları için birbirlerine baskı yaparlar. Bu baskılar da bireylerde iç çatışmalara sebep olabilir (Rice, 1999; Şahin, 2010b).

Yaklaşma-yaklaşma, yaklaşma-kaçınma ve kaçınma-kaçınma olarak tanımlanmış üç tür çatışma vardır. İstenilen iki durum arasında seçim yapma durumunda yaşanan çatışma; yaklaşma-yaklaşma çatışmasıdır. Pek çok çatışmada

ise, aynı anda hem istek duyulan hem de istek duyulmayan durumlar söz konusu olabilir. Bu çatışma biçimi de, yaklaşma-kaçınma çatışması olarak adlandırılır. İki olumsuz alternatiften birinin tercih edilmesi durumunda ise kaçınma-kaçınma çatışmasından söz edilmektedir (Epstein, 1982; Atkinson, Atkinson ve Hilgard, 1995).

Ayrıca, bağımsızlık-bağımlılık çatışması, yakınlık-yalnızlık çatışması ve güdülerin ifade edilmesi-ahlaki standartlar olarak bilinen çatışmalar da toplumda sıkça yaşanan çatışmalardır. Bireyler stresli durumlarda çocukluktaki gibi onlarla ilgilenen ebeveynlerinin yanında olmak isterler ancak sorumlulukları üstlenmek öğrenildiği için bağımsızlık-bağımlılık çatışması yaşanabilmektedir. Başka bir bireyle duygu ve düşüncelerimizi paylaşma isteği ile incinme ve reddedilme kaygısıyla da yakınlık-yalnızlık çatışması yaşanabilir. Cinsellik ve saldırganlık güdülerıyla çatışan ahlaki standartlar ise en sık çatışma yaşanan konulardır (Atkinson, Atkinson ve Hilgard, 1995).

1. 2. 3. 5. SİSTEM KURAMLARI

1. 2. 3. 5. 1. Bütüncül Sağlık Modeli

Sistem teorisi, stresi bilgi geri bildirimi olarak açıklamaktadır. Bu kuramda, bireyin gerilimi algılayıp bununla başetmek üzere bilgiyi uyum yapma süreçlerine aktarması üzerinde durulmaktadır (Cummings ve Cooper, 1998).

Bu kurama göre, kendi kendisini düzenleyen sistemlerin amacı çevreden gelen uyaran ile bireyin iç standartları arasındaki farkı ortadan kaldırmaktır. Bu fark

çevrenin değiştirilmesi, iç standartların ayarlanması ya da ikisinin birden yeniden yapılandırılması ile ortadan kaldırılmaktadır (Edwards, 1998).

Bütüncül sağlık yaklaşımına göre; bedensel işlevler tamamen istem dışı değildir. Birey hem sağlığını korumada hem de hastalığının tedavisinde aktif rol oynayabilir (Girdona ve Everly, 1986; Whitlington, 1998).

Bütüncül sağlık modeli, bireyi bir zihin-beden bütünü olarak görüp stresin yönetilmesinde fiziksel, psikolojik ve sosyal yaklaşımların aynı anda kullanılması gerektiğini vurgular (Şahin, 2010b).

1. 2. 3. 5. 2. Psikosomatik Kuram

Konu ile ilgili yapılan araştırmalarda pekçok bilimadamı ve düşünür zihin-beden etkileşiminin üzerinde durmuştur. Psikosomatik kuramın temel ilkesi; zihin ve bedenin birbiriyle etkileşim halinde olmasıdır (Şahin, 2010b).

Psikosomatik kuramdaki ilk adım duyuşsal uyarın ile karşılaşmaktır. Bu stresör olarak adlandırılabilir. İkinci adımda; stresörün algılanması gerçekleşir. Üçüncü adımda; algılanan stresörün bilişsel değeriendirilmesi yapılarak duyuşsal uyarın (stresör) “tehdit edici” ya da zararsız olarak etiketlenir. Eğer uyarın zararsız olarak değeriendirilirse, bir sonraki aşamaya geçilmez. Ancak “tehdit edici” olarak değeriendirilirse duyuşsal uyarılmanın fiziksel uyarılmaya dönüştüğü dördüncü adım devreye girer. Daha sonraki adımda ise, fiziksel uyarılma periferik sinir sisteminin belli bölgelerdeki aktivitelerinin artışı ve pekçok özel hormonun salgılanması gerçekleşir. Fiziksel uyarılmadan sonra iç organların aktivitelerinde ölçülebilir değerişimler gözlenir ve bu değerişimler “savaş ya da kaç” tepkisine yol açar. En son

adımında ise; uzun süreli psikojenik uyarılma sonucunda somatik (bedensel) tepkiler yani organlarda oluşan zararlar ortaya çıkmaktadır. Eğer organların tolerans eşikleri aşılsa, zarar görüp hastalanma durumları söz konusu olur (Allen, 1984; Şahin, 2010b).

Sonuç olarak psikosomatik yaklaşım, bedensel hastalıkların meydana gelmesinde psikolojik faktörlerin önemine vurgu yapmış olması nedeniyle önemlidir.

1. 2. 4. KRONİK HASTALIK VE STRES

Bedensel hastalıklar, bireyin dengesini bozarak, yeni durum için uyum gerektirir. Bu durum kişinin günlük yaşamına, gelecek planlarına ne kadar engel oluyorsa, o kadar ağır psikolojik ve/veya psikiyatrik sorunlara da neden olur. Hastalar hastalıklarının ağırlığına ve bireysel özelliklerine göre değişen nitelik ve sürede yeni duruma uyum sağlayarak yeni bir yaşam akışı oluştururlar. Ancak, zaman zaman hastalıkla baş etmede çok işlerine yaramayacak düzenekler de geliştirebilirler. Gerileme (regresyon), yansıtma (projeksiyon), yadsıma (inkar) gibi uyum mekanizmaları hastaların hastalıklarına uyum sağlayabilmek için geliştirdikleri bu işe yaramayacak olan düzeneklere örnek olarak gösterilebilir (Elbi Mete, H. 2008).

Bireyin dengesini bozacak olan tüm faktörler kronik stres durumuna yol açabilmektedirler. Başka bir deyişle sempatik sinir sistemine aşırı yük bindirilmektedir. Eğer bu durum çok uzun sürerse, yaşanan belirtiler en hafif düzeyde tedirginlik, rahatsızlık duygusu, baş ağrıları, hazımsızlık, yorgunluk ve cilt bozukluklarından, depresyon ve diğer psikolojik ve/veya psikiyatrik hastalıklar, yüksek tansiyon, gastrointestinal sistem ülserleri, kanser, kalp krizleri, felç, astım

gibi hastalık tablolarına kadar uzayan geniş bir yelpazede belirti ve/veya hastalıklara sebep olabilir.

Sağlık çalışanlarının, bu uyum mekanizmaları ve sonrasında gelişen ruhsal bozuklukları tanımaları ve tedavi etmeleri, hastaların yaşam kalitelerini yükselterek kronik hastalıklarının da tedavilerini kolaylaştıracaktır.

Tüm kronik hastalıklar, fiziksel bir hastalık olmalarının yanı sıra, psikiyatrik ve psikososyal boyutları olan hastalıklardır ve bireyi ruhsal, duygusal, sosyal ve psikoseksüel sorunlarla karşı karşıya bırakmaktadır. Ayrıca tüm kronik hastalıklarda yaşam kalitesi de etkilenmekte ve bireylerin yaşamdan aldıkları doyum azalmakta, sosyal ve fiziksel işlevsellikleri olumsuz olarak etkilenmektedir. Yaşam kalitesi çok geniş ve karmaşık bir şekilde bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, zihinsel şemaları, sosyal ilişkileri ve çevresindeki olayları algılama ve değerlendirme şeklinden etkilenen bir kavramdır (Güven, 2007).

Yapılan çalışmalarda: diyabet, kanser, kalp-damar, deri hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları gibi birçok hastalık grubunda psikiyatrik bozukluk risk oranı yüksek bulunmuştur. Özellikle nörolojik bozukluklar, kalp hastalıkları, kanser, sakatlıklar, artritler için risk daha yüksek bulunmuştur (Anderson, 2001; Edmondson, 2001; Dickens ve ark., 2008).

Kronik bir hastalıkla karşılaşma; kendine güveni bozabildiği gibi, keder, öfke, isyan, inkar, endişe, şaşkınlık, sevilmemeye, beğenilmeme kaygısı ve günlük yaşamı sürdürme güçlüklerini de yaşatabilir. Hastalıkla ilgili tepkiler, hastalığın özelliklerine, hastanın kişilik özelliklerine ve çevresel özelliklere göre değişir.

Tedavi uyumu, uzun süreli hastalıklarda hastalığın prognozunu ve tedavi başarısını belirleyen önemli bir konudur. Tedaviye uyumu sağlayabilmek için önce hastanın hastalığından ne anladığını, varsa hastalığı ile ilgili şemalarını, korkularını öğrenmek gerekir. Sağlık çalışanının hastaya gerekli bilgi ve güveni vermesi ve hastalığı ile başa çıkması konusunda destek olması gerekir. Hastalar bazen hastalıklarını bir ceza gibi görebilir, bazen korkutucu geldiği için yokmuş gibi davranarak inkar edebilir bazen de doktordan mucize bekleyebilirler. Hastanın tedaviye uyumunu sağlayabilmek için; korkularını, planlarını ve beklentilerini anlamak varsa hatalı inançlarını değiştirmek, hastalığına daha uygun bir yaşam tarzı ve alışkanlıklar edinmesine yardımcı olmak gerekebilir (Elbi Mete, 2008).

Stres ve kaygı, hem nöroendokrin mekanizmalarla hem de tedavinin gerekliliklerine uyumu güçleştirerek hastalığın gidişini olumsuz yönde etkiler.

1. 2. 5. KRONİK STRES VE CİNSİYET

Stres ile bağlantısı olabileceği düşünülerek, araştırmalara konu edilen önemli demografik değişkenlerden bir tanesi de cinsiyettir. Bu konu ile ilgili olan araştırmalar, kadın ve erkeklerin stres yaşantılarını (stres belirtileri, strese yatkınlık, stresle baş etme vs.) farklı miktar, şiddet ve sıklıkta gösterdikleri düşüncesiyle yapılmışlardır. Başka bir deyişle; bu araştırmalarda, cinsiyetin stres için belirleyici bir değişken olduğu noktasından hareket edilmiştir. Strese neden olabilecek uyarılar için, stresin fiziksel ve psikolojik belirtileri, stresle başa çıkma tarzları gibi ölçümler yaygın olarak kullanılmaktadır.

Şahin ve Durak Batıgün (1997) tarafından sağlık personeli üzerinde yapılan bir araştırmada, kadınların fiziksel stres belirtilerini (kas, parasempatik, sempatik,

endokrin ve bağışıklık sistemi) erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek oranda gösterdikleri saptanmıştır. Bazı araştırmalarda ise, kronik stresin psikolojik belirtisi olan depresyon ölçümleri kullanılarak stres ve cinsiyet arasındaki bağ saptanmaya çalışılmıştır. Bu yönde yapılan bazı çalışmalarda kadınların erkeklere oranla daha yüksek düzeyde depresyon belirtilerine sahip oldukları ifade edilmektedir (Kessler, 2003; Blehar ve Keita, 2003). Aynı doğrultuda kadınların daha yüksek anksiyete bulgularına sahip oldukları saptanmış olan araştırmalar bulunmaktadır (Poltavski ve Ferraro, 2003). Türkiye’de, Şahin ve arkadaşlarının 559 ergenden oluşan örneklem üzerinde yaptıkları araştırmanın sonucunda da, benzer şekilde kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla depresyon belirtilerine sahip oldukları görülmüştür (Şahin ve ark., 2002). 200 yetişkin ile yapılan diğer bir çalışmada, aynı şekilde kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek depresyon, anksiyete ve hostilite belirtileri saptanmıştır (Uçman, 1990). Bu araştırma sonuçlarının aksine, stresin psikolojik belirtileri açısından, cinsiyetler arasında anlamlı farkların gözlenmediği araştırmalara da rastlanmaktadır. Örneğin Zeidner ve Hammer (1990) tarafından ergenlerle yapılan araştırmada; kadın ve erkeklerin toplam stres belirtileri ile ayrı ayrı, fiziksel, duygusal ve davranışsal stres belirtileri arasında anlamlı ölçüde bir farklılaşma saptanmamıştır. Ensminger ve Celentano (1990), Amerika’da 360 kişiden oluşan örneklem grubunda yaptıkları çalışmanın sonucunda, kadın ve erkekler arasında stres belirtileri açısından bir fark görememiştir. Lindquist ve arkadaşları (1997) ile Arulrajah ve Harun (2000) tarafından yapılan çalışmalarda da iş ve aile kaynaklı stres belirtileri için cinsiyetler arasında anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır.

Stres oluşumu sırasında yaşanan basamaklar kabaca hatırlanacak olursa; ilk olarak uyarıcı (stresör) ile karşılaşma, daha sonra zihinsel değerlendirme ve duygusal uyarılma son olarak da fizyolojik değişiklikler olarak sıralanıyordu. Bu aşamalar sırasında kadın ve erkeklerin birbirinden farklılaşması nedeniyle farklı stres deneyimleri yaşamaları mümkündür. Stresin tetiklenmesi için ilk sırada yer alan uyarıcı (stresör) ile karşılaşma aşamasında cinsiyet fark yaratan bir faktör haline gelebilir. Pek çok alanda, cinsiyetleri nedeniyle farklı rol ve statüye sahip olan kadın ve erkeklerin farklı uyarıcılardan etkilenmeleri tahmin edilebilir bir sonuçtur. Uyarıcının zihinsel değerlendirilmesi aşamasında, kadın ve erkeklerin farklı değerlendirme eğilimleri yaşadıkları stresin farklı olmasına neden olacaktır. Amerikalı üniversite öğrencileriyle yapılan bir araştırma sonucuna göre kız ve erkekler aynı olayların farklı değerlendirmelerine sahip olabilmektedir. Bu araştırmada kız öğrencilerin aynı olaylar karşısında erkeklerden daha yüksek düzeyde stres yaşadıkları tespit edilmiştir (Poltavski ve Ferraro, 2003).

Stres için önemli aşamalardan diğeri fizyolojik değişimler olarak bilinmektedir. Stresin fizyolojik değişimleri içeren yapısı nedeniyle kadın ve erkeklerin farklı özellikte stres deneyimledikleri düşünülmektedir. Bazı araştırmacılar kadın ve erkeğin farklı hormonal dengede olmalarından dolayı farklı şiddet ve sıklıkta stres yaşadıklarını ifade etmektedir. Araştırmacılar, hormon dengesinin değiştiği ergenlik, doğum sonrası ve menapoz gibi dönemlerde kadınların fiziksel ve psikolojik stres belirtilerini incelemişlerdir. Bu konu ile ilgili bir gözden geçirme çalışması yapmış olan Kessler (2003), kadınların ergenlik döneminde erkeklerden daha yüksek olan depresyon belirtilerini saptarken bunun hormonal

değişikliklere bağlı olabileceğini ifade etmiştir. Araştırmacıya göre bunun nedeni, cinsiyet ile ilişkili biyolojik özellikler ve çevresel deneyimler olabilir.

Stres ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, bir diğer stres değişkeninin stresle başa çıkma olduğu görülmektedir. Türkiye’de 255 üniversite öğrencisi ile yapılan araştırmada kız öğrencilerin, çaresiz başa çıkma tarzını erkek öğrencilerden, erkek öğrencilerin ise iyimser başa çıkma tarzını kız öğrencilerden anlamlı düzeyde daha fazla kullandıkları görülmüştür (Durmuş ve Tezer, 2001). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir diğer araştırmada kız ve erkek öğrencilerin iyimser, çaresiz ve boyun eğici başa çıkma tarzları açısından benzer oldukları ancak, kız öğrencilerin sosyal destek arama eğiliminin erkek öğrencilerden daha fazla olduğu saptanmıştır (Şahin ve Durak, 1995). Yurtdışında 108 ergen ile yapılan çalışmada, kız öğrencilerin sosyal ve duygusal başa çıkma kaynaklarına erkek öğrencilerden daha fazla sahip oldukları görülmüştür (Zeidner ve Hammer, 1990). Ancak, Ensminger ve Celentano (1990) tarafından yapılan toplum örneklemlili (N=360) çalışmada kadın ve erkeklerin stresle başa çıkma tarzları açısından farklılaşmadığı görülmüştür.

1. 3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE AMACI

Yukarıda aktarılan bilgilerden de anlaşılacağı gibi, tüberküloz günümüzde hala önemini koruyan, kronik bir enfeksiyon hastalığıdır. Klinik gözlemler, bu hastaların ciddi fiziksel bulgularla birlikte yoğun stres yaşadıklarını, anksiyete ve depresyon belirtileri sergilediklerini göstermektedir. Kuşkusuz, hastaların akciğer ve akciğer dışı tüberküloza sahip olmaları ve de balgamlarında ARB(+) (bulaşıcı) ve ARB(-) (bulaşıcı olmayan) bulunmasının, stres faktörü açısından farklılık yaratacağı

düşünülebilir. **Doğası gereği, akciğer dışı tüberküloz hastalığının bulaştırıcı özelliği bulunmamakta; ancak, akciğer tüberkülozu ARB(+) ya da ARB(-) olabilmektedir.** Mevcut çalışmada da, akciğer tüberkülozu olan hastaların, özellikle de ARB(+) ise, stres ve diğer psikolojik belirtiler açısından akciğer dışı tüberküloz hastalarından ve sağlıklı bireylerden farklı özellikler sergileyebilecekleri varsayımından yola çıkılmıştır. İlgili literatür tarandığında, tüberküloz hastalarında stres ve ilişkili değişkenler bağlamında çok az çalışmanın bulunduğu ve mevcut çalışmaların hiçbirinde de Tüberkülozun yerleşim yerinin (akciğer ve akciğer dışı) dikkate alınmadığı görülmektedir. Bu nedenle ilk kez böyle bir çalışmanın yapılması önemli görülmektedir.

Bu çalışmanın temel amacı, tüberküloz vakalarını (akciğer ve akciğer dışı) stres belirtileri, strese yatkınlık ve stresle başa çıkma değişkenleri açısından incelemektir. Ayrıca çalışmada, stres ile ilişkili olabileceği düşünülen, kişilerarası memnuniyet, gelecek beklentisi ve yaşam doyumu gibi değişkenlerin etkisi de incelenmiştir. Bunların yanı sıra, yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi sosyodemografik değişkenlerin etkisini belirlemek de çalışmanın diğer bir amacını oluşturmaktadır.

Çalışmanın hipotezleri şu şekilde belirlenmiştir:

1. Akciğer tüberkülozu bulunan hastalar, akciğer dışı tüberkülozu bulunan hastalar ve sağlıklı bireyler stresin psikolojik belirtileri puanları açısından farklılaşacaktır.
2. Akciğer tüberkülozu bulunan hastalar, akciğer dışı tüberkülozu bulunan hastalar ve sağlıklı bireyler stresin fiziksel belirtileri puanları açısından farklılaşacaktır.

3. Akciğer tüberkülozu bulunan hastalar, akciğer dışı tüberkülozu bulunan hastalar ve sağlıklı bireyler stresle başa çıkma puanları açısından farklılaşacaktır.
4. Akciğer tüberkülozu bulunan hastalar, akciğer dışı tüberkülozu bulunan hastalar ve sağlıklı bireyler strese yatkınlık puanları açısından farklılaşacaktır.
5. Akciğer tüberkülozu bulunan hastalar, akciğer dışı tüberkülozu bulunan hastalar ve sağlıklı bireyler yaşam doyumu, kişilerarası memnuniyet ve gelecek beklentisi puanları açısından farklılaşacaktır.
6. Akciğer tüberkülozu bulunan hastalar, akciğer dışı tüberkülozu bulunan hastalar ve sağlıklı bireyler yaşam doyumu puanları açısından farklılaşacaktır.
7. Akciğer tüberkülozu bulunan hastalar, akciğer dışı tüberkülozu bulunan hastalar ve sağlıklı bireyler kişilerarası memnuniyet puanları açısından farklılaşacaktır.
8. Akciğer tüberkülozu bulunan hastalar, akciğer dışı tüberkülozu bulunan hastalar ve sağlıklı bireyler gelecek beklentisi puanları açısından farklılaşacaktır.
9. Akciğer tüberkülozu bulunan hastalar, akciğer dışı tüberkülozu bulunan hastalar ve sağlıklı bireylerin stresin psikolojik belirti puanları cinsiyet değişkeni açısından farklılaşacaktır.

10. Akciğer tüberkülozu bulunan hastalar, akciğer dışı tüberkülozu bulunan hastalar ve sağlıklı bireylerin stresin fiziksel belirti puanları cinsiyet değişkeni açısından farklılaşacaktır.
11. Hem tüberküloz hastaları hem de sağlıklı bireyler için; stres belirtileri, stresle başa çıkma, strese yatkınlık, kişilerarası memnuniyet, yaşam doyumu ve gelecek beklentisi değişkenleri arasında beklenen yönde ve anlamlı ilişkiler mevcuttur.
12. Tüberküloz hastaları ve sağlıklı bireylerde stres belirtilerini yordayan değişkenler farklılaşacaktır.

BÖLÜM II

YÖNTEM

2. 1. ÖRNEKLEM

Çalışmaya, Ankara 4 nolu Verem Savaşı Dispanseri'nde kayıtlı olan ve Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi'nde tedavi gören toplam 129 tüberküloz hastası katılmıştır. Bunların 75'i Akciğer Tüberkülozu (AC TB), 54'ü Akciğer Dışı Tüberküloz (AD TB) hastasıdır. **AC TB hastalarının tamamı yayma pozitif (bulaştırıcı özelliklere sahip), AD TB hastaların tamamı ise yayma negatif (bulaştırıcı özellikleri olmayan) hastalardır.** Karşılaştırma grubu ise, hasta grubu ile demografik özellikler açısından denkleştirilmeye çalışılan 161 sağlıklı bireyden (herhangi bir hastalığı bulunmayan) oluşmaktadır.

Çalışmanın başlangıcında karıştırıcı bir değişken olabileceği düşünüldüğü için, akciğer tüberkülozu olan hastalar arasından ARB(-) (bulaştırıcı özelliği bulunmayan) olan 11 hasta çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Örneklemin yaş aralığı 18-70, yaş ortalaması 39.09'dur (ss= 13.19). Örnekleme ilişkin ayrıntılı bilgiler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Örneklemen Demografik Özellikleri

Akciğer Tüberkülozu (n= 75)		
	N	%
Cinsiyet		
Kadın	21	28.0
Erkek	54	72.0
Yaş		
18-34	38	50.9
35-55	24	31.9
56-70	13	17.2
Eğitim		
İlköğretim	46	61.4
Lise	20	26.6
Üniversite	9	12.0
Akciğer Dışı Tüberküloz (n= 54)		
	N	%
Cinsiyet		
Kadın	27	50.0
Erkek	27	50.0
Yaş		
18-34	18	33.3
35-55	21	38.6
56-70	15	28.1
Eğitim		
İlköğretim	35	64.8
Lise	14	25.9
Üniversite	4	7.4
Bilinmeyen	1	1.9
Sağlıklı Grup (n= 161)		
	N	%
Cinsiyet		
Kadın	72	44.7
Erkek	89	55.3
Yaş		
18-34	62	38.5
35-55	88	54.6
56-70	11	6.9
Eğitim		
İlköğretim	58	36.0
Lise	39	24.2
Üniversite	64	39.8

2. 2. BİLGİ TOPLAMA ARAÇLARI

2. 2. 1. Demografik Bilgi Formu

Bu form, örnekleme ilişkin hastalık öyküsü, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum gibi demografik bilgileri elde edebilmek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Formda katılımcılardan içinde büyüdükleri aileyi, diğer insanlarla ilişkilerini, karşı cinsle ilişkilerini, kendilerini yalnız hissedip hissetmediklerini ve yakın arkadaşlarının olup olmadığını “çok kötü (1)” ve “çok iyi (5)” arasında, 5’li likert tipinde değerlendirmeleri istenmiştir. Bu beş soruya verdikleri yanıtların toplamı ise **“kişilerarası ilişkilerden duyulan memnuniyet”** indeksi olarak kabul edilmiştir. Buna göre toplam puan yükseldikçe yaşam doyumu ve kişilerarası memnuniyet artmaktadır. Bu indeks, daha önce kişilerarası tarz, kendilik algısı ve öfke değişkenlerinin incelendiği 4 ayrı çalışmada kullanılmış, geçerli ve güvenilir olduğuna ilişkin bulgular saptanmıştır (Şahin, Batıgün ve Pazvantoğlu, 2012; Batıgün, Şahin ve Karşlı, 2011; Şahin, Batıgün ve Uzun, 2011; Şahin, Batıgün ve Koç, 2011).

Tüm bunlara ek olarak, çalışmaya katılan bireylere “Gelecek 5 yıl içerisinde yaşamınızın nasıl olacağını düşünüyorsunuz?” sorusu sorulmuş ve “çok iyi (5)” ile çok kötü(1) arasında derecelendirmeleri istenmiştir. Yanıtlar ise **“gelecek beklentisi”** indeksi olarak değerlendirilmiştir. Yüksek puanlar gelecek beklentisinin olumluluğuna işaret etmektedir. Formda ayrıca, katılımcılardan şu andaki yaşamlarından memnuniyet derecelerini “Hiç memnun değilim (1)” ve “Çok memnunum (5)” arasında, 5’li Likert tipinde değerlendirmeleri de istenmiştir. Bu soruya verdikleri yanıt ise **“yaşam doyumu”** indeksi olarak kabul edilmiştir.

2. 2. 2. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory- BSI), Derogatis (1992) tarafından çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla geliştirilmiştir. ‘SCL-90-R’ nin kısa formudur. ‘CL-90-R’nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış 53 maddeden oluşmaktadır. KSE’ de ‘SCL-90-R gibi, 9 alt ölçekten ve global rahatsızlık belirleyicisi 3 ölçekten (global indeks) oluşmuştur. Alt ölçekler; ‘Somatizasyon’, ‘Obsesif-Kompulsif’, ‘Kişilerarası Duyarlılık’, ‘Depresyon’, ‘Anksiyete Bozukluğu’, ‘Hostilite’, ‘Fobik Anksiyete’, ‘Paranoid Düşünceler’ ve ‘Psikotizizm’ dir. Global indeksler ise; ‘Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi’, ‘Belirti Toplamı İndeksi’ ve ‘Semptom Rahatsızlık İndeksi’ dir. ‘Kısa Semptom Envanteri’, 5’li likert tipinde olan kendini değerlendirme ölçeğidir. Katılımcılardan istenen, ölçekte yer alan her madde için, “Hiç Yok”, “Biraz Var”, “Orta Derecede Var”, “Epey Var” ve “Çok Fazla Var” seçeneklerinden kendilerine uygun olanı seçmeleri ve işaretlemeleridir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği, bireylerin ruhsal belirtilerinin sıklığını göstermektedir.

‘Kısa Semptom Envanteri’nin Türk gençleri için uyarlaması ve güvenirlik, geçerlik çalışmaları Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar ‘Kısa Semptom Envanteri’nin farklı amaçlarla kullanıldığı üç ayrı araştırmanın verilerini kullanarak envanterin psikometrik özelliklerini belirlemişlerdir. Yapılan faktör analizi sonuçları, ölçeğin orijinal formundan farklı olarak 5 faktörlü yapıda olduğuna işaret etmiştir. Bu faktörler; ‘Anksiyete’, ‘Depresyon’, ‘Olumsuz Benlik’, ‘Somatizasyon’ ve ‘Hostilite’ dir. Şahin ve Durak tarafından, 3 farklı örneklem verileri kullanılarak yapılan güvenirlik çalışmalarında, iç tutarlık hesaplamaları sonucunda toplam ölçek için Cronbach Alfa katsayısının $\alpha = .95$ ile $\alpha = .96$ arasında

alt ölçekler için ise $\alpha = .55$ ile $\alpha = .86$ arasında değiştiği görülmüştür. Geçerlik çalışmaları ise envanterin alt ölçeklerinin ve üç global indeks puanlarının ‘Sosyal Karşılaştırma Ölçeği’ ile; $-.14$ ve $-.34$ arasında, ‘Boyun Eğicilik Ölçeği’ ile; $.16$ ve $.42$ arasında, ‘Strese Yatkınlık Ölçeği’ ile; $.24$ ve $.36$ arasında, ‘UCLA Yalnızlık Ölçeği’ ile; $.13$ ve $.36$ arasında, ‘Offer Yalnızlık Ölçeği’ ile; $-.34$ ve $-.57$ arasında, ‘Beck Depresyon Envanteri’ ile ise; $.34$ ve $.70$ arasında değişen korelasyon gösterdiği belirlenmiştir (Şahin ve Durak, 1994).

2. 2. 3. Stres Belirtileri Ölçeği

‘Stres Belirtileri Ölçeği’, Miller ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olan Stres Audit 4.2-OS Ölçeği’nin üç bölümünden biridir (Day, 1992). Ölçek, yedi fizyolojik sistem için düzenlenmiştir. Her fizyolojik sistem ile ilgili on belirti maddesi bulunmaktadır. Ölçeğin içinde başlık olarak da yer alan bu fizyolojik sistemler; **(a) Kas Sistemi, (b) Parasempatik Sinir Sistemi, (c) Sempatik Sinir Sistemi, (d) Duygusal Sistem, (e) Bilişsel Sistem, (f) Endokrin Sistemi, (g) Bağışıklık Sistemi**’ dir. Bu ölçekte katılımcılardan istenen, son altı ay içinde maddelerde yer alan stres belirtilerinin, kendilerini ne derece rahatsız ettiğini ‘‘Hiç (1)’’ ve ‘‘Çok (5)’’ arasında olan 5 seçenekli bir ölçek üzerinde derecelendirmeleridir.

Stres Audit 4.2-OS Ölçeği’nin Türk popülasyonundaki geçerlik ve güvenirliği Day (1992) tarafından yapılan bir araştırma ile incelenmiştir. Tıp fakültesinde okumakta olan 198 öğrencinin yer aldığı bu çalışmada, Stres Belirtileri Ölçeği’nin güvenirlik çalışması, test - tekrar test güvenirliği ve iç tutarlık (Cronbach Alfa) hesaplamaları ile yapılmıştır. Bu hesaplamalara göre, Stres Belirtileri Ölçeği için

bulunan iç tutarlık katsayısı (Cronbach Alfa değeri); $\alpha = .84$ 'dür. Araştırmada bu ölçeğin test-tekrar test güvenirliğine ilişkin yapılan hesaplamalar sonucunda, güvenirlik katsayılarının yeterli düzeyde yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ($p < .01$). Stres Belirtileri Ölçeği'nin hesaplanan test-tekrar test güvenirlik katsayısı $r = .72$ dir. Ölçeğin içinde yer alan sistem bölümleri için ayrı ayrı hesaplanan korelasyon katsayılarının ise, $r = .64$ ile $r = .81$ arasında değişen değerlerde olduğu görülmüştür (Day, 1992).

Ölçek, Şahin ve Batıgün (1997) tarafından stres ve iş doyumu üzerine olan bir çalışmada uyarlanarak kullanılmıştır. Bu çalışmada da ölçeğin geçerlik ve güvenirlik hesaplamaları yapılmıştır. Bankacılık sektöründe çalışan kişiler üzerinde yapılan çalışma sonucunda stres belirtileri ölçeğinin içinde yer alan sistem bölümleri için elde edilen güvenirlik katsayılarının (Cronbach Alfa); $\alpha = .91$ ile $\alpha = .96$ arasında değiştiği görülmüştür.

2. 2. 4. Strese Yatkınlık Ölçeği

Bu ölçek, 'Stres Belirtileri Ölçeği' gibi, Miller ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen Stres Audit 4.2-OS Ölçeği'nin üç bölümünden birisidir. Yatkınlık maddeleri Likert tipi (1=Hemen her zaman, 5= Hiçbir zaman) bir ölçekte derecelendirilmektedir. Maddeler; yeme, uyuma, fiziksel egzersiz ve eğlence alışkanlıkları, alkol, kafein ve tütün kullanımı; duyguları ifade etme yeteneği ile sosyal ve ruhsal kaynaklar ile ilgilidir (Day, 1992).

Day (1992) tarafından yapılan güvenirlik çalışmasında ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısının $r = .73$ ($p < .01$) olduğu görülmüştür (Day, 1992). Ölçek, Şahin ve Durak-Batıgün (1997) ve Şahin ve arkadaşları (1994) tarafından iki ayrı

çalışmada kullanılmış, bu çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık katsayıları $\alpha = .74$ ve $\alpha = .78$ olarak hesaplanmıştır (Şahin ve Batıgün, 1997; Şahin ve ark., 1994).

Puan aralığı; 20-100'dür. Ölçekten alınan puanlar arttıkça, strese yatkınlık artmaktadır. Yapılan faktör analizi sonunda, ölçeğin “Sosyal Destek”, “Kendine Zaman Ayırma”, “Bedene Yönelik Faaliyetler” olmak üzere üç faktörden oluştuğu belirlenmiştir. Ölçeğin stresle etkili başa çıkma yöntemleri ile korelasyonu $r = -.35$ ($p < .001$), etkisiz başa çıkma yöntemleri ile korelasyonu ise $r = .24$ ($p < .001$) olarak saptanmıştır (Şahin ve Durak 1994; Şahin ve Batıgün 1997).

İş stresi ve iş doyumu ile ilgili olarak, Kahya (2006) tarafından, 503 jandarma mensubundan oluşan örneklem üzerinde yapılan çalışmada ölçeğin iç tutarlılığı için elde edilen Cronbach Alfa katsayısı .82' dir. Bu çalışmada, ayrıca ölçeğin yapı geçerliği ile ilgili hesaplamalar yapılmıştır. Sonuçta, ölçeğin iş yeri stres faktörleri toplam puanı ile korelasyonunun $r = .39$ ($p < .01$), stres belirtileri toplam puanı ile korelasyonunun ise $r = .48$ ($p < .01$) olduğu görülmüştür (Kahya, 2006).

2. 2. 5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Lazarus ve Folkman (1984) tarafından geliştirilen Likert tipi bir ölçektir. Toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin faktör analizi, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Şahin ve Durak (1995) tarafından üç farklı örneklem kullanılarak yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayıları; “İyimser Yaklaşım” alt ölçeği için $\alpha = .49$ ile $\alpha = .69$ arasında, “Kendine Güvenli Yaklaşım” alt ölçeği için $\alpha = .62$ ile $\alpha = .80$ arasında, “Çaresiz Yaklaşım” alt ölçeği için $\alpha = .64$ ile $\alpha = .73$ arasında, “Boyun Eğici Yaklaşım” alt ölçeği için $\alpha = .47$ ile α

= .70 arasında ve “Sosyal Desteğe Başvurma” alt ölçeği’ için $\alpha = .45$ ile $\alpha = .47$ arasında belirlenmiştir.

Ölçeğin üç alt boyutu (iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek) birleştirilerek “**Etkili Başaçıkma**”, iki alt boyutu (çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım) birleştirilerek ise “**Etkisiz Başaçıkma**” boyutları elde edilmektedir.

Geçerlik çalışmaları sonucunda ise ölçeğin psikolojik sorunlar, çeşitli kişilik boyutları ve durumsal değişkenler ile beklenen yönde ve anlamlı ilişkiler gösterdiği; ayrıca ayırt edici gücünün de yüksek olduğu bildirilmektedir (Şahin ve Durak, 1995).

2. 3. İŞLEM

Ölçeklerin uygulanmasından önce katılımcılara, kısaca araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş; araştırmaya katılmak için gönüllü olup olmadıkları sorulmuştur. Katılmaya gönüllü olan hasta ve sağlıklı kişilere ölçek bataryası doldurulmak üzere verilmiştir. Katılımcılardan, her bir ölçeği doldurmadan önce, o ölçeğe ilişkin yönergeyi dikkatle okumaları ve bu yönergeye uygun şekilde cevaplamaları istenmiştir. Ölçeklere ait yönergeleri okudukları halde nasıl doldurulacağını anlamayan katılımcılara, yönerge bir kez de araştırmacı tarafından açıklanmıştır. Bu açıklamaya rağmen cevaplama hata yapabileceği düşünülen katılımcıların bir kısmının ölçekleri araştırmacı yardımıyla doldurulmuş bir kısmı da değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma için, hasta örneklemini oluşturan katılımcılara Ankara 4 Nolu Verem Savaşı Dispanseri ve Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesinden ulaşılmıştır. Bu nedenle, dispanser ve hastanenin ilgili idari birimlerinden

araştırmanın uygulanması için izin verilmesi talep edilmiştir. İdari yazışmalar sonucunda Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünden izin alındıktan sonra araştırmayı kabul eden hastane ilgili bölümlerinde ve dispanserde uygulama yapılmıştır. Ayrıca, bu hastanede ve dispanserde çalışan doktor, hemşire gibi sağlık personeline çalışmanın genel amacı ve uygulama planı açıklanmış, ihtiyaç olduğunda onların yardımları alınmıştır. Bu uygulamalar tamamlandıktan sonra yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik değişkenler açısından hasta gurubu ile denk tutulmaya çalışılan, araştırmaya katılma yönünde gönüllü, sağlıklı kişilere aynı batarya uygulanmış ve sağlıklı örneklem oluşturulmuştur.

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amacı doğrultusunda, elde edilen verilere uygulanan istatistik analiz sonuçlarına yer verilmektedir. Bölümde yer alan tüm analizler, “SPSS 18.00 for Windows” programı ile gerçekleştirilmiştir.

Yöntem bölümünde de değinildiği gibi, çalışmada, katılımcıların yaşadıkları fiziksel ve psikolojik stres belirtileri hakkında detaylı bilgi edinilmesi amacı ile Stres Belirtileri Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri kullanılmıştır. Bilindiği üzere, Stres Belirtileri Ölçeği ağırlıklı olarak, kronik stresin fiziksel belirtileri hakkında bilgi vermektedir. Bu ölçeğin 7 alt ölçeğinden 5 tanesi (Kas Sistemi, Parasempatik Sinir Sistemi, Sempatik Sinir Sistemi, Endokrin Sistem, Bağışıklık Sistemi Alt Ölçekleri) stresin fiziksel belirtilerini ölçmektedir. Stres Belirtileri Ölçeği’nde yer alan “Duygusal Sistem” ve “Bilişsel Sistem” alt ölçekleri ise, stresin psikolojik belirti düzeyleri hakkında bilgi vermektedir.

Stresin psikolojik ve fiziksel belirtilerinin ölçülmesinde, Stres Belirtileri Ölçeği’nin yanı sıra Kısa Semptom Envanteri (KSE) de kullanılmıştır. Bu envanterin araştırmaya dahil edilmesindeki amaç, katılımcıların sahip olduğu stresin psikolojik

belirtileri hakkında daha detaylı bilgiye ulaşmaktır. KSE'nin 5 alt ölçeğinden 4 tanesi (Depresyon, Anksiyete, Olumsuz Benlik, Hostilite) stresin psikolojik belirtilerini ölçmek için, Somatizasyon alt ölçeği ise stresin fiziksel belirtilerini ölçmek için kullanılmıştır.

Sonuç olarak, stresin fiziksel ve psikolojik belirtilerini taramak amacı ile Stres Belirtileri Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri'nin bazı alt ölçeklerinden faydalanılmış ve şu şekilde yapılandırılmıştır:

Stresin Psikolojik Belirtileri = Depresyon + Anksiyete + Olumsuz benlik + Hostilite + Duygusal sistem + Bilişsel sistem

Stresin Fiziksel Belirtileri = Kas Sistemi + Parasempatik Sinir Sistemi + Sempatik Sinir Sistemi + Endokrin Sistem + Bağışıklık Sistemi + Somatizasyon

Araştırmanın amacı ve hipotezleri doğrultusunda elde edilen bulgular, sırasıyla; “Örneklem Gruplarının Tüm Ölçeklerden Almış Oldukları Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları”, “Tüm ölçeklerden Alınan Puanların Tanı Grupları ve Cinsiyet Değişkeni Açısından Karşılaştırılması”, “Değişkenler Arası İlişkiler” ve “Regresyon Analizleri” başlıkları altında sunulmuştur.

3. 1. Örneklem Gruplarının Tüm Ölçeklerden Almış Oldukları Puan

Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Örneklem gruplarının (akciğer tüberkülozu hastaları, akciğer dışı tüberküloz hastaları ve sağlıklı bireyler) ölçeklerden almış oldukları puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 2’de verilmektedir.

Tablo 2. Örneklem Gruplarının Tüm Ölçeklerden Almış Oldukları Puan Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Akciğer Tüberkülozu (n= 75)		
	x	ss
Stresin Psikolojik Belirtileri	34.49	24.25
Stresin Fiziksel Belirtileri	83.70	25.39
Stresle Etkili Başaçıkma	29.78	7.64
Stresle Etkisiz Başaçıkma	18.20	7.17
Strese Yatkınlık	46.93	12.29
İlişki Memnuniyeti	18.65	2.91
Yaşam Memnuniyeti	3.26	.97
Gelecek Beklentisi	3.64	.93
Akciğer Dışı Tüberküloz (n= 54)		
	x	ss
Stresin Psikolojik Belirtileri	28.80	20.93
Stresin Fiziksel Belirtileri	81.24	24.31
Stresle Etkili Başaçıkma	32.57	7.68
Stresle Etkisiz Başaçıkma	16.37	8.01
Strese Yatkınlık	47.84	8.84
İlişki Memnuniyeti	19.24	2.89
Yaşam Memnuniyeti	3.20	.88
Gelecek Beklentisi	3.81	.74
Sağlıklı Bireyler (n= 161)		
	x	ss
Stresin Psikolojik Belirtileri	27.73	15.64
Stresin Fiziksel Belirtileri	75.33	20.85
Stresle Etkili Başaçıkma	32.48	7.54
Stresle Etkisiz Başaçıkma	14.80	7.06
Strese Yatkınlık	43.71	10.76
İlişki Memnuniyeti	19.45	2.65
Yaşam Memnuniyeti	3.60	.88
Gelecek Beklentisi	3.87	.73

3. 2. Tüm Ölçeklerden Alınan Puanların Tanı Grupları ve Cinsiyet Değişkeni Açısından Karşılaştırılması

Hatırlanacağı gibi, akciğer tüberkülozu tanısı alan hastaların tamamı ARB (+) (bulaşıcı özelliği bulunan), akciğer dışı tüberküloz hastaları ise ARB (-) (bulaşıcı özelliği bulunmayan) hastalardır. Çalışmanın başlangıcında, AC TB hastaları ile AD TB hastaları arasında, hastalığın bulaşıcı olup olmaması özelliğinden kaynaklanan farklar olabileceği düşünülmüş ve üç farklı grubun (AC TB, AD TB, sağlıklı bireyler) stres belirtileri puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığı belirlenmeye çalışılmıştır. Bu noktada önemli değişkenlerden birinin de cinsiyet olabileceği düşünüldüğünden, söz konusu bağımlı değişkenler üzerindeki grup etkisi, cinsiyet değişkeni de göz önüne alınarak araştırılmıştır. Örneklemen ölçeklerden almış oldukları puanları tanı grupları (AC TB, AD TB ve sağlıklı bireyler) ve cinsiyet (kadın, erkek) değişkeni açısından incelemek amacıyla 3x2 desenine uygun çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Ancak analiz sonucunda stresin psikolojik belirtileri ($F_{(2,176)}=2.20, p>.05$) ve stresin fiziksel belirtileri ($F_{(2, 176)}=2.86, p>.05$) bağlamında herhangi anlamlı bir fark bulunamadığından AC TB ve AD TB hastaları birleştirilerek 2 (tüberküloz hastaları, sağlıklı bireyler) x 2(kadın, erkek) desenine uygun çok değişkenli varyans analizi yapılmıştır.

Analiz sonucunda, Wilks' Lambda değeri tanı grupları (*Wilks' Lambda* =.91, $F=2.19, p<.001$) ve cinsiyet (*Wilks' Lambda*=.83, $F=5.05, p<.001$) açısından anlamlı farklar olduğuna işaret etmektedir. Cinsiyet değişkeni açısından baktığımızda; “stresin fiziksel belirtileri” [$F_{(1,203)}= 18.28, p<.001, Eta^2=.083$] ve “gelecek beklentisi” [$F_{(1,203)}= 5.37, p<.02, Eta^2=.026$] boyutlarında anlamlı farklılıklar olduğu

gözlennmektedir. Kadın ve erkeklerin bu boyutlardan almış oldukları puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 3’de görölmektedir.

Tablo 3. Kadın ve Erkeklerin Farklılaştığı Değişkenlerin Ortalama ve Standart Sapmaları

	Kadın N= 78		Erkek N= 129		F
	X	Ss	x	Ss	
Stresin Fiziksel Belirtileri	86.35	24.77	78.34	23.09	18.28***
Gelecek Beklentisi	3.75	.82.	4.01	71	5.37**

p< .01, *p< .001

Tablo 3’de göröldüğü gibi, kadınların fiziksel stres belirtileri yüksek, gelecek beklentileri ise erkeklerden daha düşüktür.

Tanı grupları açısından baktığımızda ise, “stresin fiziksel belirtileri” [$F_{(1,203)}=6.40$, $p<.01$, $Eta^2=.031$], “etkisiz başaıkma” [$F_{(1,203)}=4.75$, $p<.03$, $Eta^2=.023$] ve “yaşam memnuniyeti” [$F_{(1,203)}=4.28$, $p<.04$, $Eta^2=.021$] boyutu üzerinde temel etki olduğı belirlenmiştir. Tanı gruplarının bu boyutlardan almış oldukları puanların ortalama ve standart sapmaları Tablo 4’de görölmektedir.

Tablo 4. Hasta ve Sağlıklı Grupların Farklılaştığı Değişkenlerin Ortalamaları ve Standart Sapmaları

	Hasta Grubu N= 118		Sağlıklı Grup N= 89		F
	x	Ss	x	Ss	
Stresin Fiziksel Belirtileri	82.11	24.40	75.50	21.73	6.40***
Etkisiz Başa çıkma	16.85	7.59	14.68	6.94	4.75*
Yaşam Memnuniyeti	3.27	.90	3.57	.86	4.28*

***p< .001, *p< .05

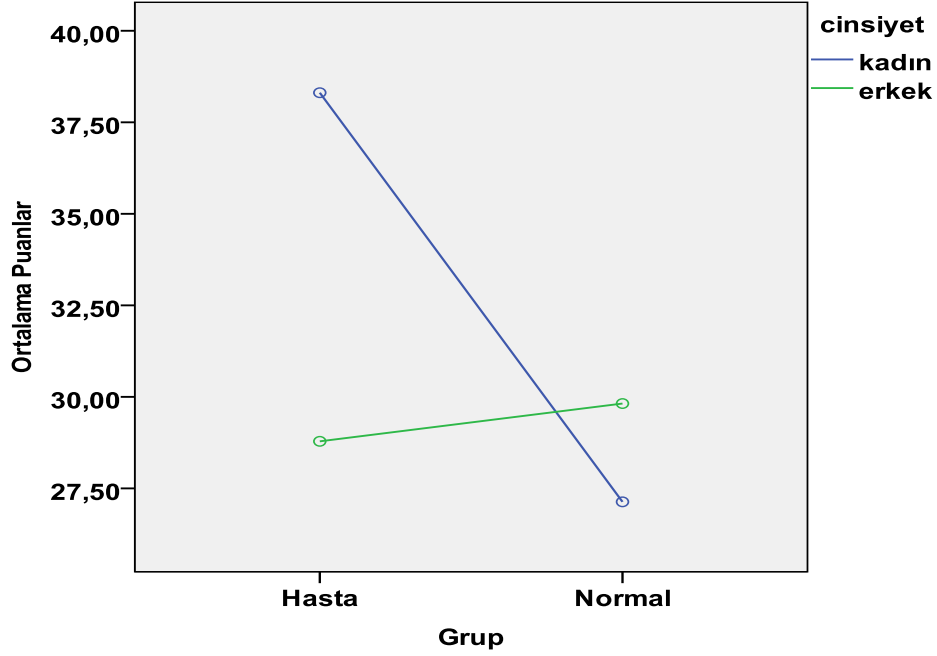
Tablo 4’de görüldüğü gibi, tüberküloz hastalarının stresin fiziksel belirtileri ve etkisiz başa çıkma puanları sağlıklı gruptan daha yüksek, yaşam memnuniyetleri ise daha düşüktür.

Yapılan MANOVA analizi sonucunda değişkenler arasında etkileşim etkisi de (tanı grubu x cinsiyet) saptanmıştır [(*Wilks’ Lambda*=.92, *F*= 2.14, *p*<.03), *Eta*²=.08]. “Stresin psikolojik belirtileri” [*F*(_{1,203})= 4.51, *p*<.03, *Eta*²=.022] değişkeni için belirlenen bu etkileşim etkilerinin hangi gruplar arasındaki farklılıklardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey Kremer Testi sonuçları Tablo 5 ve Grafik 2’de verilmektedir.

Tablo 5. Tukey-Kremer Testi Sonuçları

Stresin Psikolojik Belirtileri		
Tüberküloz Kadın > Sağlıklı Kadın		
x= 38.30	x= 27.13	q= 3.44
ss= 23.16	ss= 16.01	p< .05
Tüberküloz Kadın > Tüberküloz Erkek		
x= 38.30	x= 28.79	q= 3.03
ss= 23.16	ss= 23.25	p< .05

Grafik 2. Stresin Psikolojik Belirtilerine İlişkin “Tanı Grupları x Cinsiyet” Etkileşim Etkisi



Tablo 5 ve Grafik 2’de görüldüğü gibi, stresin psikolojik belirtileri açısından bakıldığında, tüberküloz hastası olan kadınların hem sağlıklı kadınlardan hem de tüberküloz hastası olan erkeklerden daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir.

3. 3. Değişkenler Arası İlişkiler

Çalışmada yaş ve eğitim gibi demografik değişkenler ile diğer tüm bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Tüberküloz hastaları (n= 129) ve sağlıklı grup (n= 161) için ayrı ayrı yapılan analiz sonuçları Tablo 6’de görülmektedir.

Tablo 6. Değişkenler Arası İlişkiler

	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1T	-.12	-.01	-.01	-.06	.03	-.02	-.02	-.20**	-.09
1S	-.21**	-.01	-.12	.02	.06	-.08	-.07	-.08	.21**
2T	-	-.25**	-.10	.03	-.18	.02	.21**	-.20**	-.09
2S	-	-.02	.01	.13	-.08	-.05	-.03	.07	-.10
3T	-	-	.68***	-.09	.47***	.22**	-.47***	-.41***	-.23**
3S	-	-	.53***	-.42***	.36***	.39***	-.56***	-.51***	-.41***
4T	-	-	-	-.01	.34***	.13	-.31***	-.21**	-.14
4S	-	-	-	-.20**	.33***	.24**	-.35***	-.22**	-.25***
5T	-	-	-	-	.08	-.21*	.39***	.37***	.42***
5S	-	-	-	-	-.18	-.31***	.36***	.31***	.28***
6T	-	-	-	-	-	.18	-.22**	-.19	-.08
6S	-	-	-	-	-	.28***	-.27***	-.09	-.06
7T	-	-	-	-	-	-	-.19*	-.19*	-.22**
7S	-	-	-	-	-	-	-.34***	-.30***	-.16*
8T	-	-	-	-	-	-	-	.49***	.46***
8S	-	-	-	-	-	-	-	.45***	.41***
9T	-	-	-	-	-	-	-	-	.48***
9S	-	-	-	-	-	-	-	-	.55***

* p< .05, **p< .01, ***p< .001

T- Tüberküloz Hastaları**S- Sağlıklı grup**

1. Yaş
2. Eğitim
3. Stresin psikolojik belirtileri
4. Stresin bedensel belirtileri
5. Etkili başa çıkma

6. Etkisiz başa çıkma
7. Strese Yatkınlık
8. İlişki memnuniyeti
9. Gelecek beklentisi
10. Yaşam memnuniyeti

Tablo 6’da görüldüğü gibi, hem hasta grubunda hem de sağlıklı grupta değişkenler arasında beklenen yönde ve anlamlı ilişkiler mevcuttur. Stresin psikoloji belirtileri ile diğer değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları hasta grubunda .68 (p< .001) ile -.47 (p< .001) arasında, sağlıklı grupta .53 ile (p< .001) ile -.56 (p< .001) arasında değişmektedir. Bu değerler stresin fiziksel belirtileri için hasta

grubunda .34($p < .001$) ile -.31 ($p < .001$) arasında, sağlıklı grupta .33 ($p < .001$) ile -.35 ($p < .001$) arasındadır.

3. 4. Regresyon Analizi

Buraya kadar aktarılan bölümde, hasta ve sağlıklı grupların stres ile ilişkili değişkenler açısından karşılaştırılması yapılmıştır. Bu bölümde ise, her iki grup için, stresin psikolojik ve fiziksel belirtilerini yordayan değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca, fiziksel ve psikolojik oluşların birbirinden bağımsız olamayacağı ve bu nedenle birbirleri üzerinde yordayıcı güce sahip olabileceği düşünüldüğünden, fiziksel belirtilerin bağımlı değişken olduğu denklem psikolojik belirtiler bağımsız değişken; psikolojik belirtilerin bağımlı değişken olduğu denklem ise fiziksel belirtiler bağımsız değişken olarak alınmıştır.

Örnekleme oluşturan gruplar üzerinde stresin psikolojik ve fiziksel belirtilerini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla 4 ayrı, aşamalı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Denklem ilk aşamada demografik değişkenler (yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi), ikinci aşamada Strese Yatkınlık Ölçeği toplam puanı, üçüncü aşamada Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt ölçekleri (etkili başa çıkma, etkisiz başa çıkma), dördüncü aşamada ilişki memnuniyeti, gelecek beklentisi ve yaşam doyumu, son aşamada ise psikolojik belirtiler ya da fiziksel belirtiler girilmiştir. Her iki grupta da stresin psikolojik belirtilerini yordayan değişkenler Tablo 7’de, stresin fiziksel belirtilerini yordayan değişkenler ise Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 7. Stresin Psikolojik Belirtilerini Yordayan Değişkenler

Tüberküloz Hastaları						
Yordayan Değişkenler	R	R²	Uyarlanmış R²	Beta	t	F
Eğitim Düzeyi	.24	.06	.05	-.09	-1.18	5.32**
Etkisiz Başa çıkma	.52	.28	.26	.25	3.27***	16.18***
İlişki Memnuniyeti	.63	.39	.37	-.22	-2.91**	17.90***
Stresin Bedensel Belirtileri	.77	.59	.57	.50	6.38***	29.94***
Sağlıklı Bireyler						
Yordayan Değişkenler	R	R²	Uyarlanmış R²	Beta	t	F
Strese Yatkınlık	.43	.18	.18	.08	1.16	25.98***
Etkisiz Başa çıkma	.51	.26	.25	.15	2.11*	20.27***
Etkili Başa çıkma	.56	.32	.30	-.15	-2.11*	17.80***
Gelecek Beklentisi	.66	.44	.42	-.29	-3.93***	22.11***
İlişki Memnuniyeti	.70	.49	.47	-.18	-2.19*	21.43***
Stresin Bedensel Belirtileri	.76	.57	.55	.32	4.57***	24.50***

Tablo 7’de görüldüğü gibi, stresle etkisiz başa çıkma tarzı, ilişki memnuniyeti ve stresin bedensel belirtileri her iki grupta da stresin psikolojik belirtilerini ortak olarak yordayan değişkenlerdir. Bunların dışında, tüberküloz hastalarında eğitim düzeyi; sağlıklı bireylerde ise strese yatkınlık, stresle etkili başa çıkma ve gelecek beklentisi stresin psikolojik belirtilerini yordamaktadır.

Tüberküloz hastalarında denkleme giren ilk değişken eğitim düzeyidir ve varyansın %5’ini açıklamaktadır. Ardından varyansa %21’lik katkı ile etkisiz başa çıkma girmiştir. Üçüncü sırada denkleme giren ilişki memnuniyeti ile birlikte açıklanan varyans %37’ye ulaşmaktadır. Son sırada denkleme giren stresin bedensel

belirtileri ile birlikte açıklanan toplam varyans %57'dir. Denkleme giren her bir değişkenin t değerleri incelendiğinde, eğitim düzeyi dışındaki tüm değişkenlerin yordamaya bağımsız katkılarının da anlamlı olduğu gözlenmektedir.

Sağlıklı grupta ise denkleme ilk sırada strese yatkınlık girmekte ve varyansın %18'ini açıklamaktadır. İkinci sırada denkleme giren etkisiz başa çıkma varyansa %7, üçüncü sırada denkleme giren etkili başa çıkma ise varyansa %5'lik bir katkı sağlamıştır. Denkleme dördüncü sırada giren gelecek beklentisi değişkeni ile birlikte açıklanan toplam varyans %42'ye ulaşmaktadır. Denkleme beşinci sırada varyansa %5'lik bir katkı ile ilişki memnuniyeti değişkeninin girdiği ve son sırada giren stresin bedensel belirtileri ile birlikte açıklanan toplam varyansın %55'e ulaştığı gözlenmektedir. Ayrıca denkleme giren bu değişkenlerin t değerleri incelendiğinde, strese yatkınlık dışındaki tüm değişkenlerin yordamaya bağımsız katkılarının bulunduğu da gözlenmektedir.

Tablo 8. Stresin Fiziksel Belirtilerini Yordayan Değişkenler

Tüberküloz Hastaları						
Yordayan Değişkenler	R	R²	Uyarlanmış R²	Beta	t	F
Cinsiyet	.29	.09	.07	-.18	-2.22**	7.95**
Etkisiz Başaçıkma	.46	.21	.19	.05	.49	11.33***
İlişki Memnuniyeti	.53	.28	.25	-.05	-.54	10.86***
Stresin Psikolojik Belirtileri	.70	.49	.47	.60	5.88** *	20.05***
Sağlıklı Bireyler						
Yordayan Değişkenler	R	R²	Uyarlanmış R²	Beta	t	F
Cinsiyet	.29	.08	.07	-.34	-4.37***	10.32***
Strese Yatkınlık	.41	.17	.16	.06	.74	11.96***
Etkisiz Başaçıkma	.48	.23	.21	.12	1.47	11.61***
İlişki Memnuniyeti	.52	.27	.24	.02	.19	10.50***
Stresin Psikolojik Belirtileri	.64	.41	.39	.50	5.26***	15.91***

Tablo 8’den anlaşılacağı gibi, cinsiyet, etkisiz başaçıkma, ilişki memnuniyeti ve stresin psikolojik belirtileri her iki grupta da stresin fiziksel belirtilerini yordayan ortak değişkenlerdir. Ayrıca, sağlıklı bireylerde strese yatkınlık da stresin fiziksel belirtilerini yordamaktadır.

Tüberküloz hastalarında denkleme giren ilk değişken cinsiyettir ve varyansın %7’sini açıklamaktadır. Ardından varyansa %12’lik katkı ile etkisiz başaçıkma girmiştir. Ardından denkleme giren ilişki memnuniyetinin varyansa katkısı %6’dır. Son sırada denkleme giren stresin psikolojik belirtileri ile birlikte

açıklanan toplam varyans %47'ye ulaşmıştır. Cinsiyet ($t= 2.22$, $p< .01$) ve stresin psikolojik belirtilerinin yordamaya bağımsız katkısı da anlamlıdır ($t=5.88$, $p< .001$)

Sağlıklı grupta ise denkleme ilk sırada cinsiyet girmekte ve varyansın %7'sini açıklamaktadır. İkinci sırada denkleme giren strese yatkınlık varyansa %9, üçüncü sırada denkleme giren etkisiz başa çıkma ise varyansa %5'lik bir katkı sağlamıştır. Denkleme dördüncü sırada giren ilişki memnuniyeti değişkeni ile birlikte açıklanan toplam varyans %24'e ulaşmaktadır. Denkleme son sırada giren stresin psikolojik belirtileri ile birlikte açıklanan toplam varyansın %39'a ulaştığı gözlenmektedir. Ayrıca cinsiyet ($t= 4.37$, $p< .001$) ve stresin psikolojik belirtileri ($t= 5.26$, $p< .001$) değişkenlerinin varyansa bağımsız katkıları mevcuttur.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Hatırlanacağı gibi çalışmada, AC TB hastaları (bulaşıcı), AD TB (bulaşıcı olmayan) hastaları ve sağlıklı kişilerden; stresin fiziksel ve ruhsal belirtileri, strese yatkınlık, stresle başa çıkma tarzları, yaşam doyumu, ilişki memnuniyeti ve gelecek beklentisi ile ilgili bilgi toplanmıştır. Çalışmanın başlangıcında, çalışma hipotezlerinde de belirtildiği gibi, AC TB hastaları ile AD TB hastaları arasında, hastalığın bulaşıcı olup olmaması özelliğinden kaynaklanan farklar olabileceği düşünülmüş ve üç farklı grubun (AC TB, AD TB, sağlıklı) stres belirtileri puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığı belirlenmeye çalışılmıştır. Bu noktada önemli değişkenlerden birinin de cinsiyet olabileceği düşünüldüğünden, söz konusu bağımlı değişkenler üzerindeki grup etkisi, cinsiyet değişkeni de göz önüne alınarak araştırılmıştır. Öncelikle, örneklemin ölçeklerden almış oldukları puanları tanı grupları (AC TB, AD TB ve sağlıklı) ve cinsiyet (kadın, erkek) değişkeni açısından incelemek amacıyla 3x2 desenine uygun çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapılmış ancak analiz sonucunda stresin psikolojik belirtileri ve stresin fiziksel belirtileri bağlamında herhangi anlamlı bir fark bulunamadığından AC TB ve AD TB

hastaları birleştirilerek 2 (tüberküloz hastaları, sağlıklı grup) x 2 (kadın, erkek) desenine uygun çok değişkenli varyans analizi yapılmıştır.

Stresin fiziksel/psikolojik belirtileri hakkında bilgi edinilmesi amacı ile Stres Belirtileri Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri kullanılmıştır. Bu iki ölçeğin birlikte kullanımı ile stresin fiziksel ve psikolojik belirtilerinin daha detaylı ölçümü hedeflenmiştir. Bilindiği üzere, Stres Belirtileri Ölçeği ağırlıklı olarak stresin fiziksel belirtileri hakkında bilgi vermektedir. Bu nedenle, Kısa Semptom Envanteri de araştırmaya dahil edilmiş ve stresin psikolojik belirtileri ile ilgili de daha detaylı bilgiye ulaşılmıştır.

Stresin fiziksel ve psikolojik belirtilerini ölçmede kullanılan araçların özellikleri yakından incelendiğinde, bunların aynı zamanda bir sağlık taramasında yer alabilecek nitelikte belirtileri ölçtüğü dikkati çekmektedir. Bu nedenle stresin fiziksel ve psikolojik belirti ölçümlerinin aynı zamanda katılımcıların fiziksel ve psikolojik sağlık durumlarını yansıttığı düşünülebilir. Buradan hareketle istatistik analizler sonucunda öne çıkan değişkenler, stres belirtilerinin yanı sıra, aynı zamanda kişilerin fiziksel ve psikolojik sağlıkları üzerinde belirleyici olan değişkenlerdir. Dolayısıyla tartışma esnasında, “stresin fiziksel/psikolojik belirtileri” ifadesinin yanı sıra, “fiziksel/psikolojik sağlık” ifadeleri de kullanılacaktır.

Çalışmanın ilk aşamasında, tanı grupları arasında ilgili değişkenler açısından farklılıkları belirlemek amacıyla çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Genel stres literatüründe cinsiyetin önemli bir değişken olduğu bilindiğinden tanı gruplarının yanı sıra cinsiyet değişkeni de bağımsız değişken

olarak ele alınmış ve analiz edilmiştir. Sonuçta tanı gruplarının ve de cinsiyet değişkeninin temel etkileri ve etkileşim etkileri saptanmıştır.

Cinsiyet değişkeni bağlamında bakıldığında, kadınların stresin fiziksel belirtileri boyutlarında erkeklerden daha yüksek puanlar aldıkları dikkati çekmektedir. Stres Belirtileri Ölçeği'nin kullanıldığı ve sağlık personeli üzerinde yapılan bir araştırmada da aynı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Çalışmada, kadınların kas, parasempatik, sempatik, endokrin ve bağışıklık sistemi gibi fiziksel stres belirtilerinin erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Şahin ve Batıgün,1997). Ayrıca Onbaşıoğlu (2006) tarafından psikosomatik hastalar ve psikolojik hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada da çok benzer bulgular mevcuttur. Cinsiyet değişkeni bağlamında elde edilen bu bulgu, gelecek beklentisine ilişkin olarak elde edilen bulgu ile değerlendirildiğinde daha da anlam kazanmaktadır. Şöyle ki; Tablo 3'de görüldüğü gibi, kadınların fiziksel stres belirtileri yüksek, gelecek beklentileri düşüktür. Ruh sağlığının bileşenlerinden biri sayılabilecek olan gelecek beklentisi değişkeninin, fiziksel stres belirtileri yüksek olan kadınlarda düşük çıkması anlamlı bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Bu değişkenler arasında görülen anlamlı ve negatif korelasyon katsayıları da bu değerlendirmeye destek sağlamaktadır (Bkz. Tablo 6). Bulunan cinsiyetler arası bu farkın, toplumsal cinsiyet rolleri ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Şöyle ki; kadınlar ve erkekler, sosyal çevrelerinde, aile ve iş yaşamlarında, cinsiyetlerinden dolayı farklı stres kaynakları ile karşılaşılıyor olabilirler. Başka bir deyişle, maruz kaldıkları stresörlerin farklı şiddetlerde, farklı nitelikte ve sıklıkta olması; stres belirtileri ve gelecek beklentisi konusundaki bu farklılıklara yol açıyor olabilir.

Tanı grupları bağlamında bakıldığında, yapılan çok değişkenli varyans analizi sonucunda stresin fiziksel belirtileri, stresle etkisiz başa çıkma ve yaşam memnuniyeti boyutlarında tanı grubunun temel etkisi bulunmuştur. Post-Hoc Tukey testi, tüberküloz hastalarının fiziksel stres belirtilerinin sağlıklı gruptan daha yüksek olduğunu, etkisiz başa çıkma yollarını daha fazla kullandıklarını ve de yaşam memnuniyetlerinin daha düşük olduğunu göstermektedir (Bkz. Tablo 4). Tüberküloz hastalarının sağlıklı gruba göre etkisiz başa çıkma tarzlarını daha sıklıkla kullandıklarına dair bulgu, tüberküloz tanısı alan kişilerin sağlıklı kişilere göre daha fazla fiziksel stres belirtisine sahip oldukları bulgusu ile tutarlıdır. Sonuçta, etkisiz başa çıkma tarzlarının daha sıklıkla kullanılıyor olması, stres belirtilerinin daha fazla deneyimlenmesine yol açıyor olabilir. Literatürde, tüberküloz hastaları ile yapılmış benzer bir çalışma mevcut olmamakla birlikte, bu sonuç, stres belirtileri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki anlamlı ilişkiye işaret eden önceki toplum örneklemleri çalışmaları ile tutarlıdır (Simons ve ark., 2002; Arulrajah ve Harun, 2000). Gruplar arasındaki bu farklılığın, tüberküloz hastalığının doğası ile ilgili olabileceği de düşünülebilir. Şöyle ki; hastalıktan kaynaklanan kilo kaybı, halsizlik, gece terlemeleri, sırt ağrısı ve çabuk yorulma gibi fiziksel belirtiler doğal olarak stresin fiziksel belirti puanlarında yükselmeye yol açıyor olabilir. Ayrıca bu hastaların stresle etkisiz başa çıkma puanlarının yüksek olması; başka bir deyişle stresle etkili bir biçimde başa çıkamıyor olmaları da bu bulguyu destekler niteliktedir. Tüm bunlara ek olarak; hastaların yaşam memnuniyetlerinin düşük olması da hastalığın getirmiş olduğu bazı yaşam kısıtlılıkları (sürekli tedavi olmak zorunda olma, önyargılarla mücadele etmek durumunda kalmak, hastalığın gidişatına ilişkin kaygılar vb.) ile bağlantılı olabilir. Bu durum hastaların

yaşam kalitelerini, dolayısıyla da yaşam memnuniyetlerini olumsuz yönde etkiliyor olabilir.

Çalışmada, “**tanı grupları x cinsiyet**” **değişkenlerine ilişkin etkileşim etkileri** de bulunmuştur. Bu etkileşim etkilerinin hangi gruplar arasındaki farklılıklardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Post-Hoc Kremer Testi sonucunda, stresin psikolojik belirtileri boyutunda anlamlı farklılıklar belirlenmiştir (Bkz. Tablo 5, Grafik 2). Tüberküloz hastası olan kadınların sağlıklı gruptaki kadınlardan ve yine tüberküloz hastası olan kadınların tüberküloz hastası olan erkeklerden daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Başka bir anlatımla, Tüberküloz hastası olan kadınlar stresin psikolojik belirtilerini sağlıklı kadınlardan ve tüberküloz hastası erkeklerden daha yoğun yaşamaktadırlar. Hatırlanacağı gibi, stresin psikolojik belirtileri üzerinde cinsiyet temel etkisi bulunmamaktadır ancak, cinsiyet etkisinin tanı grubu ile birleştiğinde ortaya çıkması değerli bir bulgudur. Hatırlanacağı gibi stresin psikolojik belirtileri boyutu, depresyon ve anksiyete gibi, kadınlarda daha yoğun gözlenen belirtileri içermektedir. Örneğin, ülkemizde ergen ve yetişkinlerle yapılan iki ayrı çalışma sonucunda, kadınların erkeklere oranla daha fazla depresyon belirtisine sahip oldukları belirtilmektedir (Şahin ve ark., 2002; Uçman,1990). Yurt dışında yapılan çalışmalarda da, kadınların erkeklere oranla daha yaygın şekilde depresyon belirtileri gösterdikleri dile getirilmektedir (Kessler, 2003; Blehar ve Keita, 2003). Literatürde, depresyon belirtilerinin yanı sıra, kadınların erkeklerden daha fazla anksiyete belirtisi aktardıklarına dair bulgulara da rastlamak mümkündür (Uçman, 1990; Poltavski ve Ferraro, 2003). Literatürün vurguladığı cinsiyetler arasında gözlenen bu farklılık, bizim çalışmamızda tüberküloz hastalığı ile birleştiğinde anlamlılık kazanmıştır. Başka bir deyişle, stresin psikolojik belirtileri

açısından cinsiyet temel etkisi bulunmamakla birlikte, “cinsiyet X tanı grubu” etkileşim etkisi olarak karşımıza çıkmıştır. Zaten cinsiyetinin getirmiş olduğu bazı özellikler nedeniyle psikolojik belirtilere daha yatkın olan kadınlarda, bir de tüberküloz gibi sürekli tedavi olmak, önyargılarla mücadele etmek durumunda kalınan ve hastalığın gidişatına ilişkin kaygılar yaşanan bir hastalığın bulunması, diğer bireylere göre daha fazla psikolojik semptom sergilemelerine neden oluyor olabilir. Ayrıca tüberküloz hastası kadının bir anne ve eş olarak yüklenmiş olduğu sorumluluklar da hastalığı ile birleştğinde psikolojik semptomlarında artışa neden oluyor olabilir.

Çalışmanın son aşamasında, hasta ve sağlıklı grupta stresin psikolojik belirtilerini ve stresin fiziksel belirtilerini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla ayrı ayrı **regresyon analizleri** yapılmıştır. Fiziksel ve psikolojik oluşların birbirinden bağımsız olamayacağı ve bu nedenle birbirleri üzerinde yordayıcı güce sahip olabileceği düşünüldüğünde, fiziksel belirtilerin bağımlı değişken olduğu denkleme psikolojik değişkenler; psikolojik belirtilerin bağımlı değişken olduğu denkleme ise fiziksel belirtiler bağımsız değişken olarak alınmıştır.

Denkleme ilk aşamada demografik değişkenler (yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi), ikinci aşamada Strese Yatkınlık Ölçeği alt ölçekleri (sosyal destek, kendine zaman ayırma, bedene yönelik faaliyetler), üçüncü aşamada Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt ölçekleri (etkili başa çıkma, etkisiz başa çıkma), dördüncü aşamada ilişki memnuniyeti, gelecek beklentisi ve yaşam doyumu, son aşamada ise psikolojik belirtiler ya da fiziksel belirtiler girilmiştir (Bkz. Tablo 7, Tablo 8).

Yapılan bu regresyon analizlerinin en belirgin bulgusu, tanı grubu ne olursa olsun, istisnasız her grupta, psikolojik belirtileri yordayan değişkenler arasında fiziksel belirtilerin; fiziksel belirtileri yordayan değişkenler arasında da psikolojik belirtilerin gözlenmesidir. Ayrıca bu iki değişken, tüm gruplarda da varyansı en güçlü yordayan (Beta değerleri en yüksek olan) değişkenler olarak karşımıza çıkmıştır. Bu sonuç stresin fiziksel ve psikolojik belirtilerinin birbiri ile bir bütün olduğunu ve mutlaka bir arada değerlendirilmesi gerektiğini bize bir kez daha göstermiştir. Her fiziksel hastalık bir kriz olarak değerlendirilmelidir ve fiziksel hastalıklar bireyin dengesini (homeostasis) bozarak duygusal tepkilere neden olabilirler. Basit sıkıntıdan, kayıp- yas tepkisine, bedensel bütünlüğün tehdit edildiği duygulanıma kadar değişen tepkiler uyandırabilir. Ayrıca anksiyete, ölüm korkusu, bedensel organ ve bölümlerinin zedeleneceği kaygısı, pişmanlık-suçluluk duygusu gibi değişik tepkiler hastanın duygu durumunu, zihinsel işlevlerini, dengesini, fiziksel-duygusal özerkliğini, beden imgesini ve sosyal yaşamını etkiler. Hastalığın özelliklerine, hastanın kişilik yapısına ve psikososyal ortama göre değişmekle birlikte hastalığa karşı gelişen duygusal tepkilerin en yaygın olanlarının kaygı ve depresyon olduğu belirtilmektedir (Özkan, 1993). Tüberküloz, hastaları sadece fizyolojik değil, psikolojik olarak da olumsuz yönde etkilemektedir. Fiziksel hastalığı olanlarda ruhsal bozukluklar sağlıklılara göre daha sık görülmektedir. Örneğin, kronik fiziksel hastalığı olanlarda yaşam boyu ruhsal bozukluk yaygınlığı %42 olarak belirtilmektedir (Strain, 2000). Tüberkülozlu hastalardaki kaygı durumunu değerlendirmek üzere yapılan bir çalışmada, hem durumluk hem de sürekli kaygı skorlarının sağlıklı karşılaştırma grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özol ve ark., 2005). Literatürde özellikle de solunum sistemi hastalıkları ile

bireylerin psikolojik durumları arasında yakın bir etkileşim olduğu vurgulanmaktadır. Solunum sistemi hastalıklarında en sık görülen psikolojik belirti kaygı, ikinci olarak ise depresyondur (Özkan, 1993).

Yukarıda adı geçen araştırmalardan elde edilen sonuçların tam aksine; Ünalın ve ark. (2008) ile Utkaner ve ark.'nın (1997) yaptığı çalışmalarda, Tüberküloz hastaları ile karşılaştırma grupları arasında durumluk ve sürekli kaygı puanları açısından anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmektedir.

Tüberküloz hastalığının tedavisi diğer enfeksiyon hastalıklarının tedavisinden çok daha uzun sürmektedir. Bu sebeple hastaların psikolojik durumları ve yaşam kaliteleri tedaviye uyumlarını etkileyebilmektedir. Birçok ilaca dirençli tüberküloz hastalığının en sık görülen sebebi düzensiz ve yetersiz dozda ilaç kullanımıdır. Özkurt ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada depresyon saptanan hastaların hastalıklarını kabul etmedikleri ve dolayısıyla tedaviye uyumlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Özkurt ve ark. 2000). Bizim çalışmamızda hastaların tedaviye uyumları değerlendirilmemiş ayrıca ilaca dirençli hasta sayısının az olması nedeniyle de çalışma dışında bırakılarak ayrıntılı analiz yapılamamıştır. Ancak Tüberküloz hastası kadınlarda stresin psikolojik belirtilerinin yüksek olmasının tedaviye uyumlarını etkileyebileceği düşünülebilir.

Tüberküloz hastalarında, stresle etkisiz başaçıkma ve ilişki memnuniyeti değişkenleri hem psikolojik hem de fiziksel sağlığı yordayan ortak değişkenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan bir çalışmada, Tüberküloza karşı baskın olan bilişsel/duygusal reaksiyonların anksiyete, sosyal dışlanma ve sosyal etiketlenmeden kaynaklandığı belirtilmektedir (Carey ve ark., 1997) ve bu bulgu bizim çalışmamızda

ilişki memnuniyeti değişkeninin yordayıcı olarak karşımıza çıkmasını açıklar niteliktedir. Şöyle ki, sosyal olarak geçmişten gelen yanlış anlaşılmalardan dolayı bazı toplumlarda tüberküloz oldukça korkutucu bir hastalıktır. Sosyal dışlanma ve etiketlenme bu korkuyu tetiklemektedir. Kelly (1999) yaptığı bir çalışmada Tüberküloz hastalarının tanıları kesinleştikten sonra ailelerinden ya da arkadaşlarından uzaklaştıklarını, kendilerini izole ettiklerini ve hastalıklarını gizleme yoluna başvurduklarını bildirmiştir. Diğer bir çalışmada da aynı şekilde Tüberküloz hastalarının aile üyelerinden, arkadaşlarından ve tanıdıklarından uzaklaşmayı ve damgalanma duygusunu yaşadıkları vurgulanmaktadır (Hansel ve ark. 2004). Olgularının %37.4'ünün tüberküloz tanısı aldıktan sonra iş hayatındaki ilişkilerinin bozulduğu (Taşkın ve ark., 2010), iş hayatının hastalıktan olumsuz yönde etkilendiği ve bazı hastaların işlerinden ayrılmak zorunda kaldığı saptanmıştır (Hansel ve ark., 2004). Bu çalışmada, stresin psikolojik ve fizyolojik belirtilerini yordayan ortak değişkenin kişilerarası ilişkilerden duyulan memnuniyet (memnuniyetsizlik) olması sözü edilen çalışmalar ile örtüşmektedir. Tüm bu araştırmalardan da anlaşılacağı üzere, hastalığın taşıdığı özellikler nedeniyle bireylerin yaşadıkları sorunlar kişilerarası ilişkilerden aldıkları doyumu/memnuniyeti düşürüyor olabilir. Bu durum, stresle etkili bir şekilde başa çıkamıyor olmalarına ilişkin bulgumuz ile de tutarlıdır. Etkili bir biçimde başa çıkılamayan stresin kişilerarası ilişki memnuniyetini de olumsuz yönde etkilemesi olası görünmektedir.

Regresyon analizinde dikkati çeken bir nokta da, tüberküloz hastalarında stresin psikolojik belirtilerini yordayan değişkenler arasında **eğitim** değişkeninin bulunmasıdır. Örneklemi oluşturan hastaların %63'ü ilköğretim mezunudur. Yapılan çalışmalar, eğitim düzeyinin yaşam kalitesinde önemli bir belirleyici olduğunu

göstermektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe birey dış etkenlerden daha az etkilenebilir ve sonucunda da yaşam kalitesi yükselmektedir (Meeks ve Murrell, 2001). Taşkın ve Olgun'un (2010) çalışmasında da, Tüberküloz olgularının %56.5'i ilkokul mezunudur ve eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmıştır. Eğitim seviyesinin düşük olması, bireyin kendine güveninin azalmasına, bilinçli başatma mekanizmaları geliştirememesine dolayısıyla da hastalık ve damgalanma gibi olumsuzluklar karşısında stres düzeylerinin artmasına neden oluyor olabilir.

Yukarıda özetlendiği üzere, araştırma sonuçları, stresin tüberküloz hastaları ve sağlıklı bireyler için önemli bir faktör olduğuna işaret etmektedir. Bulgular, hastaların sağlıklı kişilere göre farklı nitelikte ve nicelikte stres belirtilerine sahip olduğu yönündedir. Tüberküloz hastaları sağlıklı kişilere göre daha yüksek düzeyde stresin fiziksel belirtilerini göstermekte ve daha etkisiz başa çıkma stratejileri kullanmaktadırlar. Bu bulgular, genel olarak stresin Tüberküloz ile ilişkisini düşündürmektedir. Stresin bağışıklık sistemi üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde, yoğun stres yaşayan bireylerin tüberküloz basiline karşı daha hassas, hastalığa karşı daha açık olabilecekleri düşünülebilir. Bu ilişki ile ilgili olarak göz önünde bulundurulması gereken en önemli nokta, stresin hastalıktan da kaynaklanıyor olma ihtimalidir. Araştırmanın deseni stres ve hastalık ilişkisinde nedenselliğin yönünü belirlememize imkan vermemekle birlikte, hastalar için kronik stresin önemli olduğu açıktır. Daha önce de belirtildiği gibi, Tüberküloz sürekli takibi gerektiren ve tedavisi uzun süren bir hastalıktır. Bu nedenle, hastaların bu tedavi süreçleri esnasında stres ile ilişkili çalışmalara yer verilmesi önerilebilir. Örneğin, stres yönetimi ve stresle etkili başa çıkma stratejileri konusunda hazırlanan çeşitli eğitim programlarına hastaların katılımı teşvik edilebilir. Bu programlar

hastaların motivasyonlarını arttırarak tedavide büyük sorun olan ilaçların düzensiz kullanımı ve/veya tedavinin yarıda kesilmesi gibi risk faktörlerini de ortadan kaldırabilir, tıbbi tedaviyi bütünleyici faydalar sağlayabilir. Bu durumda kuşkusuz hastalığın prognozunu olumlu yönde etkilenecektir. Tüm bunlara ek olarak, hastalığın getirmiş olduğu fiziksel yakınmalara yönelik çeşitli tekniklere (gevşeme, biofeedback vb.) yer verilmesi de hastaların rahatlamasına ve tedaviden daha olumlu sonuçlar elde edilmesine yol açabilir.

Hatırlanacağı gibi, çalışmanın hipotezleri üç grubun (akciğer tüberkülozu, akciğer dışı tüberküloz ve sağlıklı grup) karşılaştırılacağı varsayımına dayanmaktaydı. Ancak Yapılan varyans analizi sonucunda akciğer tüberkülozu ve akciğer dışı tüberküloz hastaları arasında stres değişkenleri açısından bir farklılık saptanamadığı için, bu iki grup birleştirilerek sağlıklı bireyler ile karşılaştırılmıştır. Bu durumda hipotezler “tüberküloz hastaları” ve “sağlıklı grup” karşılaştırması şeklinde yeniden formüle edilerek değerlendirildiğinde, 2, 3, 6, 10, 11 ve 12 nolu hipotezlerin doğrulandığı gözlenmektedir.

Araştırmanın bazı **sınırlılıkları** mevcuttur. Örneğin, vaka sayısının az olması nedeniyle ARB(-) (bulaşıcı olmayan) akciğer tüberkülozu hastaları çalışmaya dahil edilememiştir. Bundan sonraki çalışmalarda bu grup hastalar da çalışmaya dahil edilerek, diğer hastalar ile aralarında bir fark bulunup bulunmadığına bakılabilir. Çalışma ilişkisel desende düzenlenmiştir ve bu nedenle fiziksel ve psikolojik belirtiler için gözlenen ilişkilerde neden-sonuç bağlantıları kurulamamaktadır. Ayrıca kesitsel bir çalışma olması nedeniyle bireylerin rapor ettikleri stres belirtileri uygulandığı zaman dilimi ile sınırlıdır.

Araştırmada kendini değerlendirme (self-report) türü ölçekler kullanılmıştır; dolayısıyla aslında ‘‘algılanan stres belirtileri’’nin ölçümü söz konusudur. Ayrıca, kendini değerlendirme türü ölçeklerle yapılan ölçümlerin tüm kısıtlılıkları bu çalışma için de geçerlidir. Araştırmada, şartların kısıtlı olması nedeniyle, hasta grubu yeterince genişletilememiştir. Bu tür çalışmalarda, sonuçların güvenilir olması için daha geniş örneklem grupları ile çalışılmalıdır.

Sonuçlar değerlendirilirken yukarıda aktarılan sınırlılıkların göz önünde bulundurulması faydalı olacaktır.

ÖZET

Tüberküloz günümüzde hala önemini koruyan, kronik bir enfeksiyon hastalığıdır. Klinik gözlemler, bu hastaların ciddi fiziksel bulgularla birlikte yoğun stres yaşadıklarını, anksiyete ve depresyon belirtileri sergilediklerini göstermektedir.

Bu araştırmanın amacı, Tüberküloz hastalarını stres belirtileri, strese yatkınlık ve stresle başa çıkma değişkenleri açısından incelemektir. Ayrıca stres ile ilişkili olabileceği düşünülen kişilerarası memnuniyet, gelecek beklentisi ve yaşam doyumu değişkenlerinin etkisi de incelenmiştir. Buna ek olarak yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi sosyodemografik değişkenlerin stres değişkenleri üzerindeki etkisini belirlemek de çalışmanın diğer bir amacıdır.

Çalışmaya, Ankara 4 nolu Verem Savaşı Dispanseri'nde kayıtlı olan ve Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi'nde yatarak tedavi gören toplam 129 tüberküloz hastası katılmıştır. Bunların 75'i Akciğer Tüberkülozu (AC TB), 54'ü Akciğer Dışı Tüberküloz (AD TB) hastasıdır. Toplam TB hastalarının 48'i kadın (%37.20), 81'i erkektir (%62.80). AC TB hastalarının %61.4'ü, AD TB hastalarının ise %64.8'inin eğitimi ilkokul düzeyindedir. Karşılaştırma grubu ise, hasta grubu ile demografik özellikler açısından denkleştirilmeye çalışılan 161 normal bireyden (herhangi bir hastalığı bulunmayan) oluşmaktadır. Normal grubun 72'si

kadın (%44.7), 89'u erkektir (%55.3). Tüm örneklemin yaş aralığı 18-70, yaş ortalaması 39.09'dur (ss= 13.19).

Bilgi toplama araçları olarak; Demografik bilgi formu, Yaşam Doyumu indeksi, Kişilerarası İlişkilerden Duyulan Memnuniyet indeksi, Gelecek Beklentisi indeksi, Kısa Semptom Envanteri, Stres Belirtileri Ölçeği, Strese Yatkınlık Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmada yer alan tüm analizler, "SPSS 18.00 for Windows" programı ile gerçekleştirilmiştir.

İlk olarak Tüm ölçeklerden alınan puanlar tanı grupları ve cinsiyet değişkeni açısından karşılaştırılmıştır. Cinsiyet değişkeni bağlamında bakıldığında; kadınların erkeklere göre fiziksel stres belirtilerinin yüksek, gelecek beklentilerinin ise düşük olduğu bulunmuştur. Tanı grupları bağlamında bakıldığında ise; tüberküloz hastalarının fiziksel stres belirtilerinin normal gruptan daha yüksek olduğu, etkisiz başa çıkma yollarını daha fazla kullandıkları, ve yaşam memnuniyetlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

Stresin psikolojik belirtileri açısından cinsiyet ve tanı grubu temel etkisi bulunmamakla birlikte, "cinsiyet x tanı grubu" etkileşim etkisi dikkati çekmektedir. Stresin psikolojik belirtileri, tüberküloz hastası olan kadınlarda normal gruptaki kadınlardan ve yine tüberküloz hastası olan kadınlarda tüberküloz hastası olan erkeklerden daha yüksek bulunmuştur

Yapılan regresyon analizlerinin en belirgin bulgusu; tanı grubu ne olursa olsun, psikolojik belirtileri yordayan değişkenler arasında fiziksel belirtilerin; fiziksel

belirtileri yordayan değişkenler arasında da psikolojik belirtilerin gözlenmesidir. Bu sonuç, stresin fiziksel ve psikolojik belirtilerinin birbiri ile bir bütün olduğunu ve mutlaka birarada değerlendirilmesi gerektiğini bir kez daha göstermiştir.

Tüberküloz hastalarında, stresle etkisiz başa çıkma ve ilişki memnuniyeti değişkenleri hem psikolojik hem de fiziksel sağlığı yordayan ortak değişkenler olarak karşımıza çıkmıştır. Regresyon analizinde dikkati çeken diğer bir nokta da, tüberküloz hastalarında stresin psikolojik belirtilerini yordayan değişkenler arasında “eğitim” değişkeninin bulunmasıdır.

Araştırma sonuçları; stresin tüberküloz hastaları ve normal bireyler için önemli bir faktör olduğuna işaret etmektedir. Tüberküloz hastaları sağlıklı kişilere göre daha yüksek düzeyde stresin fiziksel belirtilerini göstermekte ve daha etkisiz başa çıkma stratejileri kullanmaktadırlar. Bu bulgular genel olarak stresin tüberküloz ile ilişkisini düşündürmektedir.

Bu bulgular ışığında, tüberküloz hastalarının tedavi süreçleri esnasında stres yönetimi ve stresle etkili başa çıkma stratejileri konusunda hazırlanan çeşitli eğitim programlarına katılımı teşvik edilebilir. Bu programlar hastaların tedaviye yönelik motivasyonlarını arttırarak tedavide büyük sorun olan ilaçların düzensiz kullanımı ve/veya tedavinin yarıda kesilmesi gibi risk faktörlerini ortadan kaldırarak tıbbi tedaviyi bütünleyici faydalar sağlayabilir. Ayrıca fiziksel yakınmalara yönelik çeşitli tekniklere (gevşeme, biofeedback vb.) yer verilmesi de hastaların rahatlamasına ve tedaviden daha olumlu sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.

ABSTRACT

Tuberculosis is and chronic infectious disease which maintains its importance today. Clinical observations reveal that these patients are under intensive stress along with serious physical symptoms and they show anxiety and depression indications.

The purpose of this survey is to examine tuberculosis patients in terms of the variables of stress indications, predisposition to stress and overcoming the stress. Besides, interpersonal pleasure, future expectation and life satisfaction, which are presumably thought to be correlated with stress, were examined as well. In addition, to determine the impact of socio-demographic variables such as age, gender and educational level over stress variables hereby comprises a further objective of this study.

The study included totally 129 tuberculosis patients registered in Ankara Tuberculosis Dispensary No.4 and undergoing an inpatient treatment in Atatürk Chest Diseases and Chest Surgery Hospital. There are 75 Pulmonary Tuberculosis (AC TB) and 54 Extra- Pulmonary Tuberculosis (AD TB) patients. Total TB patients consists of 48 female (37.20%) and 81 male (62.80%) patients. The educational level of 61.4% of AC TB patients and 64.8% of AD TB patients is primary school education. On the other hand, the comparison group consists of 161 normal persons (disease free) who are attempted to be compared to patient group in terms of

demographic features. There are 72 female (44.7 %) and 89 male (55.3%) in the normal group. Age range of the sample is between 18-70, and the average of age is 39.09 (ss= 13.19).

As regards data collection tools; Demographic Information Form, Life Satisfaction Index, Index of Pleasure from Interpersonal Relations, Future Expectation Index, Brief Symptom Inventory, Stress Symptoms Scale, Stress Vulnerability Scale, Stress Coping Scale were used.

All analyzes conducted in the survey were accomplished by “SPSS 18.00 for Windows” program.

Primarily, points received from all scales were compared in terms of diagnosis groups and gender variable. Within the context of gender variable; it was found that; physical stress indications of female are higher compared to those of male, whereas their future expectations are lower. Within the context of diagnosis groups; it was found that; stress indications of tuberculosis patients are higher than the normal group, they use their ineffective dealing ways more and their life satisfactions are lower.

There exists no gender and diagnosis group basic effect in terms of the psychological indications of stress, however “gender x diagnosis group” interaction effect draws attention herein. Psychological effects of stress observed in tuberculosis female patients were found higher compared to the females in the normal group, on the other hand that effect observed in tuberculosis female patients were found higher than tuberculosis male patients again.

The most specific finding of the regression analyzes conducted; regardless the diagnosis groups, is that; physical indications were observed among the variables predicting the psychological indications, on the other hand psychological indications were observed among the variables predicting physical indications. This result hereby revealed one more time that; stress's physical and psychological indications are integral and should be certainly evaluated jointly.

In tuberculosis patients, ineffective overcoming the stress and relation pleasure variables are confronted as joint variables which are predicting both the psychological and physical health. Another point which draws attention in regression analyzes is that; "education" variable takes place among the variables which predict the psychological indications of stress in tuberculosis patients.

The results of the research hereby point out that; stress is a significant factor for tuberculosis patients and normal individuals. Tuberculosis patients display the physical indications of stress at a higher level compared to healthy people and they use less ineffective dealing strategies thereof. These findings generally set us to consider the relation of stress with tuberculosis.

Under the light of these findings, tuberculosis patients, during their treatment processes, may be encouraged to attend various training programs prepared for stress management and effective dealing strategies with stress. By increasing the patients' motivation towards the treatment, these programs may provide supplementary benefits to the treatment by the elimination of risk factors, which are important challenging factors against treatment, such as irregular use of drugs and/or interruption of treatment. Besides, allowing various techniques (relaxation,

biofeedback, etc.) for physical complaints may provide the patients to get relaxed and to obtain better results from the treatment.

KAYNAKÇA

- Akkoyun, N. (2004). *Örgütsel Stres, A Tipi Kişilik ve Stresle Başa Çıkma: Jandarma Genel Komutanlığında Bir Uygulama*. Ankara Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Allen, R.J. (1984). *Human Stres: Its nature and kontrol*. New York: Mac Millan Publishing Company.
- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E. ve ark. (2001). The Prevalance of Comorbid Depression in Adults with Diabetes. A Metaanalysis. *Diabetes Care*, 24(6): 1069-1078).
- Arık, İ.A. (1995). *Öğrenme Psikolojisine Giriş*. İstanbul: Der Yayınları.
- Arıkan, Z., Kuruoğlu Çepik, A., Beler, N., Oral, N., Ekim, N. N., Köktürk, O., Levent, E. (2000). Tüberküloz Olgularında Hastalığın Algılanması Ve Kişilik Özellikleri. *Kriz Dergisi*, 8(2) 39-45.
- Arulrajah, A. N., Harun, L. M. H. (2000). *Relationship of psychological well-being with perceived stress, coping styles and social support amongst university undergraduates*. <http://eric.ed.gov>.

- Atkinson, D.L., Atkinson, R.C., Hilgard, E.R. (1995). *Psikolojiye Giriş I-II*. (Çev. Kemal Atakay, Mustafa Atakay, Aysun Yavuz). İstanbul: Sosyal Yayınlar.
- Barış, İ. (2002). Osmanlı'da Tüberküloz. *Toraks Dergisi*, 3 (3): 335-337.
- Barış, İ. (2002). Dünyada Tüberkülozun Tarihçesi. *Toraks Dergisi*, 3 (3):338-340.
- Baltaş, A., Baltas,Z. (1987). *Başarılı ve Sağlıklı olmak için Stres ve Başaçaıkma Yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Başar, Z. (1957). *Erzurum Verem Hastanesinin Kuruluşu ve Beş Yıllık Çalışmaları*. Ankara: Güzel İstanbul Matbaası.
- Batıgün, A.D., Şahin, N. ve Karşı, E. (2011). Bedensel hastalıkları olan bireylerde stres, kendilik algısı, kişilerarası tarz ve öfke ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 245-254.
- Behr, M.A.; Warren, S.A.; Salamon, H.; ve ark. (1999). Transmission of Mycobacterium Tuberculosis from patients smear-negative for acid fast bacilli. *Lancett*, 353:444-449.
- Blehar, M. C., Keita, G. P., (2003). Women and depression: a millennial perspective. *Journal of Affective Disorders*, 74:1-4.
- Carey, J.W., Oxtoby, M.J., Nguyen, L.P., et al. (1997). Tuberculosis beliefs among recent Vietnamese refugees in New York State. *Public Health Rep*, 12:66-72.
- Cummings, T.G., Cooper, C.L. (1998). *A Cybernetic Theory of Stres*. C.L. Cooper (Ed). Theories of Organizational Stres. Oxford: Oxford University Press.
- Cüceloğlu, D. (1992). *İnsan Davranışı*, İstanbul: Remzi Kitabevi.

- Daniel,T.M. (1997). Captain of Death. The Story of Tüberkülosis. *University of Rochester Press, Rochester New York.*
- Day, A., (1992). *Üniversite öğrencilerinde stres algısı ve Stres Audit Ölçeği'nin geçerliği, güvenirliği.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İzmir.
- Derogatis, L.R. (1992). *The Brief Symptom Inventory (BSI), Administration, Scoring and Procedures Manuel=2.* Clinical Psychometric Research Inc.
- Dickens, C., Mc Govan, L., Percival, C. Ve ark. (2008). New Onset Depression Following Myocardial Infarction Predicts Cardiac Mortality. *Psychosom Med*, 70(4): 450-455.
- Dion, M.J.; Tousignant, P.; Bourbeau, J.; Menzies, D.; Schwartzman, K. (2002). Measurement of Health Preferences Among Patients with Tuberculosis Infection and Disease. *Med Decis Making*, 22(Suppl.5):102-114.
- Doğan, M. (2001). *İşitme Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Çeşitli Psikolojik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi.* Yüksel Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- DSÖ (1994). WHO Tuberculosis Programme: Framework for Effective Tuberculosis Control. World Health Organization.
- DSÖ (2002). Global Tuberculosis Control. Surveillance, Planning, Financing. Communicable Diseases, World Health Organization, Geneva.

DSÖ (2010). Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report. Genova.

Dursun, A.B.; Güler, Z.M.; Aydın, Ö.; Güven, S.F.; Yılmaz, A.; Sertkaya, D. (2005). Tüberküloz Hastalarında Tüberküloz Hakkında Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları Dergisi*, 16: 127-131.

Durmuş, Y., Tezer, E. (2001). Mizah duygusu ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Türk Psikoloji Dergisi*, 16 (47): 25-32.

Dye, C., Scheele, S., Dolin, P. ve ark. (1999). Global Burden of Tuberculosis. Estimated incidence, prevalence and mortality by country. *JAMA*, 282: 677-686.

Edmondson, J.C. (2001). Chronic Pain and the Placebo Effect. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Sadock, Sadock (Ed). 7. Baskı, Lippincott Williams and Wilkins: 1981-2001.

Edwards, J. (1998). Cybernetic Theory of Stress Coping and Well Being. C.L. Cooper (Ed). *Theories of Organizational Stress*. Oxford: Oxford University Press.

Elbi Mete, H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11 (Ek 3): 3-18

Ensminger, M. E., Celentano, D. D. (1990). Gender differences in the effect of unemployment on psychological distress. *Social Science and Medicine*, 30: 469-477.

- Epstein, S. (1982). *Handbook of Stres Theoretical and Clinical Aspects* (Edt. Leo Goldberger, Shlomo Breznitz). London: Collier Macmillan Publishers.
- Erdem, M.; Taşcı, N. (2003). Tüberküloz Hastalarında Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 51(2): 171-176.
- Euro TB (InVS/KNCV) and the national coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European Region (2002). Surveillance of Tuberculosis in Europe. Report on Tuberculosis Cases Notified in 1999.
- Gençöz, F. (1998). Uyum Psikolojisi. *Kriz Dergisi*, 6(2): 1-7.
- Girdano, D.A., Everly, G.S. (1986). *Controlling Stres and Tension A Holistik Approach* (2th edt.). New Jersey: Perntice Hall.
- Güven, T. (2007). *Diabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Etkisinin Araştırılması*. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Uzmanlık Tezi.
- Göktepe, E.O. (2002). *İşitme Engelli Çocuğu Olan Annelerin Stres ve Aile İçi Uyum Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Hansel, N.N., Wu, A.W., Chang, B., Diette, G.B. (2004). Quality of life in tuberculosis: Patient and provider perspectives. *Qual of Life Research*, 13: 639-652.

- Husain, O. M. Dearman, S. P., Chaudry, I. B., Rivzi, N., Waheed, W. (2008). The Relationship Between Anxiety, Depression and İllness Perception in Tuberculosis patients in Pakistan. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4:4.
- İseman, M.D. (2002). *Klinisyenler için Tüberküloz Klavuzu*. (Ş. Özkara, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- İstanbul Verem Savaşı Derneği, (1964). *Memleketimizde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Tarafından Kurulmuş Olan Tüberküloz Rehabilitasyon Merkezlerinin X. Yıl Dönümü*. İstanbul: İsmail Akgün Matbaası.
- Işıkhan, V., Balbay, Ö. (2005). *Ülkemizde Tüberküloz Hastalarının Genel Özellikleri*. Araştırma Projesi. T.C Sağlık Bakanlığı, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Düzce Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Kahya, M., (2006). *Jandarma genel komutanlığında iş stresi ve iş doyumu*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü Güvenlik Bilimleri Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Kasl, S.V. ve Cooper, C.L. (1995). *Research Methods in Stres and Health Psychology*. England: John Wiley&Sons, Ltd.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74: 5-13.
- Kelly, P. (1999). İsolation and stigma: The experience of patients with active tuberculosis. *Journal of Community Health Nursing*, 16: 233-241.

- Kılıçaslan, Z. (2011). Tüberküloz Epidemiyolojisi. *Türkiye’de Verem Savaşı Dergisi*, 3: 20-25. Ankara: Başak Matbaacılık ve Tan. Hiz. Ltd. Şti.
- Koppaka, R., Bock, N. (2004). *How reliable is chest radiography?* In ed. T. Frieden. Toman’s Tuberculosis case detection, treatment and monitoring : questions and answers. 2nd ed. P. 51-60. WHO/HTM/TB/2004.334
- Kunichkina, S.A., Initski, I.G., Ladnyi, A., Polishchuk, E.S., Stebletsov, D.V., Boquta, K., Bodnar, R.N. (1990). *Vrach Delo*, (5):75-6.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Linguist, T. L., Beilin, L. J., Knuiman, M. W. (1997). Influence of lifestyle, coping and job stress on blood pressure in men and women. *Hypertension*, 29 (1): 1-9.
- Meeks, S., Murrell, S.A. (2001). Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative affect. *J Aging Health*, 13:92-119.
- Miller, L.H., Smith, A.D., Mehler, B.L. (1988). *The Stress Audit Manual*. Brookline.
- Mitchison, D.A. (1998). How Drug Resistance Emerges as a Result of Poor Compliance During Short Course Chemotherapy for Tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2: 10-15.
- Moran, M.G. (1985). Psychiatric aspects of tuberculosis. *Adv. Psychosom Med*, 14:109-18

- Moussas, G., Tselebis, A., Karkanias, A., Stamouli, D., Ilias, I., Bratis, D., Vassila-Demi, K. (2008). A Comparative Study of Anxiety and Depression in Patients with Bronchial Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Tuberculosis in a General Hospital of Chest Diseases. *Annals of General Psychiatry*, 7:7.
- Okutan, M. (2002). *Stres ve Stresle Başaçıkma Yöntemleri-Bir alan uygulaması*-Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi.
- Onbaşıoğlu, M. (2006). *Psikosomatik bedensel ve ruhsal rahatsızlığa sahip bireylerin stres ile ilişkili değişkenler açısından incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Önen, R., Kaptanoğlu, C., Baysal, Z.B., Seber, G., Tekin, D. (1993). Akciğer Tüberkülozu Olan Bir Grup Hastada; Kişilik Özellikleri, Sosyal Uyum ve Ruhsal Belirti Dağılımı. *Solunum Hastalıkları Dergisi*, 4(1): 97-100.
- Öztop, F. (2000). *Stresle Başaçıkma Yolları ve Bir Uygulama*. Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Özkan, S. (1993). Dahili tıpta psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*, İstanbul, 109-113.
- Özkan, S. (2004). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi: Hastalıktan Hayata Biyolojik-Psikolojik Adaptasyon. 40. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Tam Metin Kitabı*, s. 112-113, Kuşadası.
- Özkara, Ş., Kılıçaslan, Z., Öztürk, F. ve ark. (2002). Bölge verileriyle Türkiye’de Tüberküloz. *Toraks Dergisi*, 3: 178-187.

- Özkara Ş.; Aktaş Z.; Özkan S.; Ecevit H. (2003). *Türkiye’de Tüberkülozun Kontrolü için Başvuru Kitabı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı. Ankara: Rekmay Ltd. Şti.
- Özkurt, S. (2000). Tüberkülozlu Olguların Tedaviye ve Sosyal Yaşama Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 48(3): 213-218.
- Özol, D.; Koçak, O.M.; Coşkunol, İ.; Egemen, A. (2005). Tüberkülozlu Hastalarda Kaygı Durumu Değerlendirmesi. *Solunum Hastalıkları Dergisi*, 16: 66-70.
- Özşeker, F.; Akkaya, E.; Dilek, İ.; Damadoğlu, E. (2004). Tüberküloz Hastalarının Tedaviye Uyumunu (Hasta Kompliyansı). *Solunum Hastalıkları Dergisi*. 15: 109-115.
- Poltavski, D., Ferraro, F. R. (2003). Stress and illness in American and Russian college students. *Personality and Individual Differences*, 34: 971-982.
- Rice, P.L. (1999). *Stres and Health* (3rd edition). New York: Brooks/Cole Publishing Company.
- Robbins, S.P. (1998). *Organizational Behaviour* (8th edition). New Jersey: Prentice Hall.
- Ross, R., Altmaier, E.M. (1994). *Intervention in Occupational Stres*. London: Sage Publications.
- Schultz, D., Schultz, S.E. (1994). *Psychology and Work Today: An Introduction to Industrial and Organizational Psychology*. New Jersey: Macmillan Publishing.

- Schultz, D., Schultz, S.E. (2001). *Modern Psikoloji Tarihi* (Y. Aslay, Çev.). İstanbul: Kaknus Yayınları.
- Schermerhorn, R.J. (1989). *Management for Productivity*. New York: John Willey & Sons Inc.
- Schlossberg, D. (1995). *Tüberküloz*. Tetikkurt, C. (Ed.). (S. Solakoğlu, D. Solakoğlu, Çev.). Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı. İstanbul.
- Simons, C., Aysan, F., Thompson, D., Hamarat, E., Steele, D. (2002). Coping resource availability and level of perceived stress as predictors of life satisfaction in a cohort of Turkish college students. *College Student Journal*, March.
- Strain, J.J. (2000). Consultation-Liaison Psychiatry. Sadock, B.J., Sadock, V.A. (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, seventh ed., Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins, 1876-1877.
- Sutherland, I. (1976). Recent Studies in the Epidemiology of tuberculosis based on the risk of being infected with tubercle bacilli. *Adv Tuberc Res*. 19: 1-63.
- Şahin, N.H., Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk Gençleri için Uyarlaması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 9(31): 44-56.
- Şahin, N.H., Durak, A., Yasak, Y. (1994). "İnterpersonal Style, Loneliness and Depression". 23 rd International Congress of Applied Psychology, Book of Abstracts, Madrid: July, 17-22, s.209.

- Şahin, N.H., Durak, A. (1995). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği : Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34) : 56 – 73.
- Şahin, N.H., Batıgün A.D. (1997). Bir özel hastane sağlık personelinde iş doyumu ve stres. *Türk Psikoloji Dergisi*, 12 (39) : 57 – 73.
- Şahin, N.H. (2010a). *Stres Nedir? Ne Değildir?* (Ed. Nesrin Hisli Şahin). Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım (4.Basım). (s. 1-17). Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:2 Ankara: Detamat basım.
- Şahin, N.H., Batıgün A.D, Uğurtaş, S. (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (2) : 125 – 135.
- Şahin, N.H. (2010b). *Stres ve Yönetimi*. Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Ders Notları.
- Şahin, N.H., Batıgün, A.D., Uzun, C. (2011). Anksiyete bozukluğu: Kişilerarası tarz, kendilik algısı ve öfke açısından bir değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(2), 107-113.
- Şahin, N.H., Batıgün, A.D., Koç, V. (2011). Kişilerarası tarz, kendilik algısı, öfke ve depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22 (1), 17-25.
- Şahin, N.H., Batıgün, A.D. ve Pazvantoğlu, E.A. (2012). Cinsel işlevlerdeki sorunlarda kişilerarası tarz, kendilik algısı ve öfkenin rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(1), 18-25.
- Taşkın, F.; Olgun, N. (2010). Akciğer Tüberkülozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Toraks Dergisi*. 11: 19-25

- Taylor, S.E. (1986). *Health Psychology* (6th edition). New York: McGraw-Hill, Inc.
- T.C. Sağlık Bakanlığı VSD Başkanlığı, (1998). *Tüberküloz Hastalarının Tanı-Tedavi ve İzlenmesi*. Ankara: Aydoğdu Ofset.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2011). *Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi*. Ankara: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.
- Uçman, P. (1990). Ülkemizde çalışan kadınlarda stresle başa çıkma ve psikolojik rahatsızlıklar. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7 (24): 58-75.
- Utkaner, G., Büyüksirin, M., Yılmaz, U., Yalnız, E., Akpınar, M., Bakır, F. (1997). Tüberküloz Olgularında Kaygı (Anksiyete) ve Depresyonun İncelenmesi. *Tüberküloz ve Toraks*, 45(3): 199-204.
- Ünalın, D. (2005). *Tüberkülozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi Yaşam Kalitesinin Demografik-Sosyokültürel Özellikler ve Depresyonla İlişkisi*. Kayseri Erciyes Üniversitesi Uzmanlık Tezi.
- Ünalın, D., Baştürk, M., Soyuer, F., Ceyhan, O., Öztürk, A. (2007). Tüberkülozlu Hastalarda Depresyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Aktif, İnaktif ve Kontrol Gruplarında Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(3): 113-124.
- Ünalın, D., Baştürk, M., Soyuer, F., Ceyhan, O., Öztürk, A. (2008). Aktif ve İnaktif Tüberküloz Olgularında Yaşam Kalitesi ve Durumluk Sürekli Kaygı Düzeyleri ile İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9:22-30.

- Valway, S.E., Sanchez, M.P.C., Shinnick, T.F. et al. (1998). An Outbreak of Tuberculosis Involving Extensive Transmission of a Virulent Strain of M. Tuberculosis. *N Engl J Med* 338: 633-639.
- Vega, P., Sweetland, A., Acha, J., Castillo, H., Guerra, D., Fawzi, M. C. S., Shin, S. (2004). Psychiatric Issues in the Management of Patients with Multidrug-Resistant Tuberculosis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 8(6):749-759.
- Vinogradov, M.V., Cherkashina, I.I., Perelman, M.I. (1991). The Mental Status of Patients with Restricted forms of Pulmonary Tüberculosis. *Probl Tuberck*, (10): 41-3.
- Wang, Y.; Lii, J.; Lu, F. (1998). Measuring and Assessing the Quality of Life of Patients with Pulmonary Tuberculosis. *Zhonghua Jie He he Hu Xi Za Zhi*, 21:720-723.
- Westaway, M.S., Wolmarans, L. (1992). Depression and self-esteem: rapid screening for depression in black, low literacy, hospitalized tuberculosis patients. *Soc Sci Med*, 35:1311-1315.
- Whitlington, H.G. (1998). *Stres: Bir Psikiyatristin Gerçekçi ve Bütüncül Yaklaşımı* (Çev. Nesrin Hisli Şahin) Nesrin Hisli Şahin (Ed.) Stresle Başa Çıkma: Olumlu bir yaklaşım (3. basım) (s.48-56). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Yıldırım, A.G. (2010). Verem Savaşı 2010 Raporu Özeti. *Türkiye’de Verem Savaşı Dergisi*, 1: 4-7. Ankara: Başak Matbaacılık ve Tan. Hiz. Ltd. Şti.

Yılmaz, E. (2010). Anadolu’da Verem Panoraması. *Türkiye’de Verem Savaşı Dergisi*, 1: 9-14. Ankara: Başak Matbaacılık ve Tan. Hiz. Ltd. Şti.

Zamani, A. Aşkın, R., Gödeneli, B., Ilısu, B. ve Süerdem, M. (1995). Akciğer Tüberkülozlu Olgularda “Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri” (MMPI) ile Belirlenen Kişilik Özellikleri. *Tüberküloz ve Toraks*, 43(1): 21-23.

Zeidner, M. ve Hammer, A. (1990). Life events and coping resources as predictors of stress symptoms in adolescents. *Personal and Individual Differences*, 11: 693-703

EKLER

Ek 1 - Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Yaş:
2. Cinsiyet:
3. Meslek:
4. Medeni durum;
 - a) Evli
 - b) Bekar
 - c) Dul
5. Hastalık:
 - a) Şeker Hastalığı
 - b) Kalp Hastalığı
 - c) Böbrek Hastalığı
 - d) Diğer
 - e) Yok
6. Eğitim durumu
 - a) İlkokul
 - b) Orta-Lise
 - c) Üniversite

Kişiler Arası İlişkilerden Duyulan Memnuniyet , Gelecek Beklentisi ve Yaşam Doyumu

Kişiler Arası İlişkilerden Duyulan Memnuniyet

1- İçinde büyüdüğünüz ailenizin, size ne türden bir ilgi ve yakınlık gösterdiğini düşünüyorsunuz?

Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok Kötü ☐

2- Genel olarak diğer insanlarla olan ilişkinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok Kötü ☐

3- Karşı cinsle genel olarak ilişkinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok Kötü ☐

4- Kendinizi yalnız hissettiğiniz oluyor mu?

Hiç ☐ Nadiren ☐ Arada sırada ☐ Sıklıkla ☐ Her zaman ☐

5- Yakın arkadaşınız var mı?

Çok fazla ☐ Epey var ☐ Orta derecede var ☐ Biraz var ☐ Hiç yok ☐

Gelecek Beklentisi

Gelecek 5 yıl içerisinde yaşamınızın nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

Çok iyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok Kötü ☐

Yaşam Doyumu

Şu andaki yaşamınızdan memnuniyet derecenizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyiniz.

1-----2-----3-----4-----5

Hiç Biraz Orta düzeyde Oldukça Çok

Ek 2 - KSE

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi bugün dahil, son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiğini yandaki kutulardan uygun olanının içini ☒ işaretleyerek gösterin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızın üstünü karalayın.

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok Fazla
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	☐	☐	☐	☐	☐
2. Baygınlık, baş dönmesi	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
5. Olayları hatırlamada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	☐	☐	☐	☐	☐
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Meydanlık(açık) alanlardan korkma duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	☐	☐	☐	☐	☐
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	☐	☐	☐	☐	☐
11. İştahta bozukluklar	☐	☐	☐	☐	☐
12. Hiç bir nedeni olmayan ani korkular	☐	☐	☐	☐	☐
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	☐	☐	☐	☐	☐
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
16. Yalnızlık hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
17. Hüzünlü, kederli hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
18. Hiçbir şeye ilgi duymama	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ağlamaklı hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
20. Kolayca incinebilme, kırılma	☐	☐	☐	☐	☐
21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak	☐	☐	☐	☐	☐
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	☐	☐	☐	☐	☐
23. Mide bozukluğu, bulantı	☐	☐	☐	☐	☐
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
25. Uykuya dalmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme	☐	☐	☐	☐	☐
27. Karar vermede güçlükler	☐	☐	☐	☐	☐
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma	☐	☐	☐	☐	☐
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma	☐	☐	☐	☐	☐
30. Sıcak, soğuk basmaları	☐	☐	☐	☐	☐
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma	☐	☐	☐	☐	☐
32. Kafanızın bomboş kalması	☐	☐	☐	☐	☐
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	☐	☐	☐	☐	☐
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak	☐	☐	☐	☐	☐
36. Konsantrasyonda(dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanma	☐	☐	☐	☐	☐
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	☐	☐	☐	☐	☐
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
39. Ölme ve ölüm üzerinde düşünceler	☐	☐	☐	☐	☐
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	☐	☐	☐	☐	☐
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği	☐	☐	☐	☐	☐
42. Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	☐	☐	☐	☐	☐
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	☐	☐	☐	☐	☐
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	☐	☐	☐	☐	☐
45. Dehşet ve panik nöbetleri	☐	☐	☐	☐	☐
46. Sık sık tartışmaya girme	☐	☐	☐	☐	☐
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme	☐	☐	☐	☐	☐
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi	☐	☐	☐	☐	☐
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme.	☐	☐	☐	☐	☐
50. Kendini değersiz görme, değersizlik duyguları	☐	☐	☐	☐	☐
51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
52. Suçluluk duyguları	☐	☐	☐	☐	☐
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	☐	☐	☐	☐	☐

Ek 3 - Stres Belirtileri Ölçeği

Aşağıdaki maddelerin her birinin sizin için ne kadar geçerli olduğunu 1-5 arası ölçek üzerinden değerlendiriniz (Son 6 ayı düşününüz)

	Hiç				Çok	
1. Kaslarınızın gergin olması ya da kas ağrısı	1	2	3	4	5	
2. Asabi tikler	1	2	3	4	5	
3. Kekeleme, sesin titremesi ya da gerginliği	1	2	3	4	5	
4. Çatılmış ve burulmuş bir alın	1	2	3	4	5	
5. Gerginlik baş ağrıları	1	2	3	4	5	
6. Dişlerin gıcırdatılması, kasılması	1	2	3	4	5	
7. Çenede ağrı ya da sızı	1	2	3	4	5	
8. Yerinde duramama/ parmakların ya da ayağın sürekli oynatılması/ aşağı yukarı gidip gelme	1	2	3	4	5	
9. Titreme ya da titreklilik	1	2	3	4	5	
10. Sırt ağrıları	1	2	3	4	5	
1. İştahta değişimler	1	2	3	4	5	
2. Bulantı	1	2	3	4	5	
3. Gaz ağrıları ya da kramplar	1	2	3	4	5	
4. Midenin asitlenmesi ve yanması	1	2	3	4	5	
5. İdrara çıkma ile ilgili sorunlar	1	2	3	4	5	
6. Kabızlık	1	2	3	4	5	
7. İshal	1	2	3	4	5	
8. Frijidlik ya da empotans (cinsel işleyişte sorunlar)	1	2	3	4	5	
9. Ağızın ya da boğazın kuruması	1	2	3	4	5	
10. Yutkunma güçlüğü	1	2	3	4	5	
1. Yüksek kan basıncı	1	2	3	4	5	
2. Baş dönmesi	1	2	3	4	5	
3. Çarpıntı	1	2	3	4	5	
4. Ellerin terlemesi	1	2	3	4	5	
5. Ellerin ve ayakların soğuması	1	2	3	4	5	

6. Kalbin çok hızlı çarpması	1	2	3	4	5
7. Ani enerji patlamaları	1	2	3	4	5
8. İnatçı baş ağrıları	1	2	3	4	5
9. Göğüs ağrıları	1	2	3	4	5
10. Nefes daralması	1	2	3	4	5
1. Her şeyin kontrolden çıktığı duygusu	1	2	3	4	5
2. Panik duyguları	1	2	3	4	5
3. Kendini engellenmiş gibi hissetmek	1	2	3	4	5
4. Kızgınlık ve sinirlilik	1	2	3	4	5
5. Umutsuzluk ve çaresizlik	1	2	3	4	5
6. Kendini tuzağa düşürülmüş gibi hissetmek	1	2	3	4	5
7. Kendini kederli ve karamsar hissetmek	1	2	3	4	5
8. Suçluluk	1	2	3	4	5
9. Yaptığınız her davranışın başkaları tarafından incelendiğini düşünmek	1	2	3	4	5
10. Tedirginlik ve huzursuzluk	1	2	3	4	5
1. Hafıza sorunları/ hatırlama güçlükleri	1	2	3	4	5
2. Sürekli hayal kurma	1	2	3	4	5
3. Kararsızlık	1	2	3	4	5
4. Zihinde bulanıklıklar	1	2	3	4	5
5. Düşüncelerin hızlanması/kontrolden çıkması	1	2	3	4	5
6. Her şeyin en kötüye gittiğine inanma	1	2	3	4	5
7. Uykuya dalmada güçlük	1	2	3	4	5
8. Hatalı kararlar verme	1	2	3	4	5
9. Konsantrasyonda (dikkati toplamada) güçlük	1	2	3	4	5
10. Zihnin sürekli meşgul olması	1	2	3	4	5
1. Eklem romatizması ağrıları	1	2	3	4	5

2. Ay hali (menstrasyon) zorlukları	1	2	3	4	5
3. Vücut ısısında ani değişimler	1	2	3	4	5
4. Şeker hastalığı	1	2	3	4	5
5. Deride döküntüler ya da sivilceler	1	2	3	4	5
6. Yorgunluk, bitkinlik	1	2	3	4	5
7. Kısırlık	1	2	3	4	5
8. Şişkinlik, aşırı su tutma	1	2	3	4	5
9. Aşırı susama	1	2	3	4	5
10. Derinin renginde değişme (gri renk hakimiyeti)	1	2	3	4	5
1. Soğuk algınlıklarının sıklaşması	1	2	3	4	5
2. Nezle olma sıklığında artış	1	2	3	4	5
3. Allerji	1	2	3	4	5
4. Sıklıkla ortaya çıkan hafif enfeksiyon rahatsızlıkları	1	2	3	4	5
5. Ürtiker/ kurdeşen (deride kırmızı döküntüler)	1	2	3	4	5
6. Kendini genellikle hasta ya da rahatsız hissetmek	1	2	3	4	5
7. Ağızda yaralar	1	2	3	4	5
8. Farenjit (boğaz yanması, acıması)	1	2	3	4	5
9. Mononucleosis (lenf bezleriyle ilişkili bir hastalık)	1	2	3	4	5
10. Uçuklar (ağızda ya da genital bölgede)	1	2	3	4	5

Ek 4 – Strese Yatkınlık Ölçeği

Aşağıda, insanların strese yatkınlığını etkileyen bazı faktörlerden söz edilmektedir. Her maddeyi okuyun ve sizin için ne kadar geçerli olduğunu 1 (hemen her zaman) ve 5 (hiç bir zaman) arası dereceli ölçek üzerinden değerlendirin.

Lütfen Bu Sayfadaki Her Maddeyi Yanıtlayın

Hiçbir zaman	Hemen Her zaman
1. Hergün en azından 1 kez dengeli ve sıcak bir öğün yemek yerim.	1 2 3 4 5
2. Haftada en az 4 gece 7 ya da 8 saat uyku uyurum.	1 2 3 4 5
3. Düzenli olarak ban ilgi ve şefkat gösterilir, ben de karşındakilere gösteririm.	1 2 3 4 5
4. Bulunduğum yerden istersem kolaylıkla ulaşabileceğim, en azından 1 tane güvendiğim ve dayanabileceğim bir akrabam vardır.	1 2 3 4 5
5. Haftada en az iki kez, terleyinceye kadar egzersiz yaparım	1 2 3 4 5
6. Hergün en fazla yarım paket sigara içerim. (sigara içmiyorsanız 1'i işaretleyin)	1 2 3 4 5
7. Haftada en fazla 5 kadeh alkol alırım. (Eğer ki içki içmiyorsanız 1'i işaretleyin)	1 2 3 4 5
8. Boyuma göre kiom uygundur.	1 2 3 4 5
9. Kazancım temel ihtiyaçlarımı karşılamaya yeterli dir	1 2 3 4 5
10. Dini yada diğer manevi inançlarımdan güç alırım.	1 2 3 4 5
11. Sosyal aktivitelere ya da kulüp / dernek etkinliklerine düzenli olarak katılırım.	1 2 3 4 5
12. Kendime yakın bulduğum arkadaşlarımdan ve hoşlandığım tanıdıklarımdan olmuş bir grubum var.	1 2 3 4 5
13. Özel konularımı açabileceğim bir ya da iki arkadaşım var.	1 2 3 4 5
14. Sağlığım iyidir (görme, işitme ve diş sağlığı dahil).	1 2 3 4 5
15. Kızgın ya da kaygılı olduğuma duygularımı açıkça söyleyebilirim.	1 2 3 4 5
16. Birlikte yaşadığım insanlarla ev işleri, para, günlük yaşamla ilgili konularda düzenli olarak konuşabilirim.	1 2 3 4 5
17. Haftada en az bir kez eğlence için birşeyler yaparım.	1 2 3 4 5
18. Zamanımı etkili bir biçimde düzenleyebilirim.	1 2 3 4 5
19. Hergün en fazla 3 badak kahve (çay ya da kolalı içecekler) içerim	1 2 3 4 5
20. Gün içinde kendime sakin ve sessiz kalabileceğim bir süre ayırırım	1 2 3 4 5

Ek 5- SBÖ

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

<i>Bir sıkıntı olduğunda...</i>	<i>%0</i>	<i>%30</i>	<i>%70</i>	<i>%100</i>
1- Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2- İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3- Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4- Olayları büyütmeyip üzerinde durmaya çalışırım	()	()	()	()
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum	()	()	()	()
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	()	()	()	()
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum	()	()	()	()
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum	()	()	()	()
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım	()	()	()	()
15- Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
16- Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19- Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	()	()	()	()
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()
21- Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	()	()	()	()
25- “Keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	()	()	()	()
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim	()	()	()	()
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm	()	()	()	()
28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	()	()	()	()
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	()	()	()	()
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	()	()	()	()