



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**EVLİ KADINLARIN SOMATİK BELİRTİ
DÜZEYLERİNE GÖRE RUHSAL HASTALIĞA
YÖNELİK İNANÇLAR İLE DUYGUSAL
FARKINDALIĞIN YAŞANTISAL KAÇINMA
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYŞENUR TOPCUOĞLU

İSTANBUL, 2021



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**EVLİ KADINLARIN SOMATİK BELİRTİ
DÜZEYLERİNE GÖRE RUHSAL HASTALIĞA
YÖNELİK İNANÇLAR İLE DUYGUSAL
FARKINDALIĞIN YAŞANTISAL KAÇINMA
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**AYŞENUR TOPCUOĞLU
(190131007)**

**Danışman
(Doç. Dr. Gaye Saltukoğlu)**

İSTANBUL, 2021

02/ 07/2021

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji Anabilim Dalı'nda 190131007 numaralı Ayşenur TOPCUOĞLU'nun hazırladığı “Somatik Belirti Düzeylerine Göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar, Duygusal Farkındalık ve Yaşantısal Kaçınma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi “ konulu Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans tezi ile ilgili Tez Savunma Sınavı, 02/07/2021 Cuma günü saat 12 :00 'da yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **KABULÜNE** karar verilmiştir.

Düzeltilme verilmesi halinde:

Adı geçen öğrencinin Tez Savunma Sınavı .../.../20... tarihinde, saat ...:.... da yapılacaktır.

Tez Adı Değişikliği Yapılması Halinde: Tez adının “Evli Kadınların Somatik Belirti Düzeylerine Göre Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar İle Duygusal Farkındalığın Yaşantısal Kaçınma Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi” şeklinde değiştirilmesi uygundur.

Jüri Üyesi	Tarih	İmza
(Danışman) Doç. Dr. Gaye SALTUKOĞLU	02/07/2021	KABUL
Dr. Öğr. Üyesi Elif Özge ERBAY	02/07/2021	KABUL
Dr. Öğr. Üyesi Nevin KILIÇ	02/07/2021	KABUL
(İkinci Danışman)		
*/ .../20...
*/ .../20...

*2. Danışman varsa doldurulacak

BEYAN/ ETİK BİLDİRİM

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Ayşenur Topcuoğlu

TEŐEKKÜR

Sevgisi ve desteğiyle hep aklımda, yanımda kalacak olan kıymetli babama.

EVLİ KADINLARIN SOMATİK BELİRTİ DÜZEYLERİNE GÖRE RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR İLE DUYGUSAL FARKINDALIĞIN YAŞANTISAL KAÇINMA ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Ayşenur Topcuoğlu

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, ruhsal hastalığa yönelik inançlar ve duygusal farkındalığın yaşantısal kaçınma üzerindeki yordayıcı etkisini somatik belirti düzeylerine göre incelemektir. Çalışmada yaşları 20 ile 66 arası değişen, evli ve kadın bireylerden oluşan toplam 351 katılımcı yer almaktadır. Sosyodemografik Bilgi Formu ile Somatizasyon Ölçeği, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği, A-Duygusal Farkındalık Ölçeği-10 ve Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği kullanılmıştır. RHYİÖ alt boyut puanları, A-DÖFÖ-10 toplam puanı ve ÇBYKÖ alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi ölçmek için korelasyon analizi yapılmıştır. Bütün değişkenler arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Yaşantısal kaçınmanın ruhsal hastalığa yönelik inançlar ve duygusal farkındalık tarafından yordanması için regresyon analizi yapılmıştır. Belirtilen değişkenlerin yaşantısal kaçınmanın anlamlı yordayıcıları olduğu bulunmuştur. Daha sonra, regresyon analizi Somatizasyon Ölçeği puanlarına göre belirlenen somatik belirti düzeylerine göre gerçekleştirilmiş ve farklı düzeylerde farklı değişkenlerin yordayıcı etkisi olduğu gözlenmiştir.

Anahtar kelimeler: somatizasyon, ruhsal hastalık, ruhsal hastalığa yönelik inançlar, duygusal farkındalık, yaşantısal kaçınma

**EFFECTS OF BELIEFS TOWARDS MENTAL ILLNESS AND
EMOTIONAL AWARENESS ON EXPERIENTIAL AVOIDANCE
IN TERMS OF SOMATIC SYMPTOM LEVELS OF MARRIED
WOMEN**

Ayşenur Topcuoğlu

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the predictive effect of beliefs towards mental illness and of emotional awareness on experiential avoidance according to somatic symptom levels. 351 married women between the ages of 20 and 66 participated in the study. The tools of this study are the Sociodemographic Information Form, the Somatization Scale, the Beliefs towards Mental Illness Scale, the A Emotional Self Awareness Scale and the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. The relationship between the subscales of the Beliefs towards Mental Illness Scale and the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire and total scale of the A Emotional Self Awareness Scale are examined using correlation analysis. According to results, positive relationship was found between all variables. The regression analysis showed that beliefs toward mental illness and emotional awareness predicted experiential avoidance. Then, the regression analysis was performed according to somatic symptom levels determined via The Somatization Scale, and as a result, different variables were found as predictors for each level.

Anahtar kelimeler: *somatization, mental illness, beliefs towards mental illness, emotional awareness, experiential avoidance*

İÇİNDEKİLER

ÖZET	v
ABSTRACT	vi
KISALTMALAR	xii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
1. KURAMSAL ARKA PLAN	3
1.1. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR	3
1.1.1. Ruh Sağlığı	3
1.1.2. Ruhsal Hastalık	3
1.1.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ve Tutumlar	5
1.1.3.1. Tarihte Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Tutumlar	5
1.1.3.2. Damgalama	6
1.1.3.3. Etiketleme	7
1.1.3.4. Yaygın Stereotipler	7
1.1.3.5. Ayrımcılık.....	8
1.1.3.6. İçselleştirilmiş Damgalama.....	8
1.1.3.7. Damgalamanın Çözümü	8
1.1.3.8. Damgalama ve Sosyoekonomik Düzey İlişkisi	9
1.1.3.9. Damgalama ve Aileler	9
1.2. DUYGUSAL FARKINDALIK	10
1.2.1. Duygu	10
1.2.2. Duygusal Farkındalık	11
1.2.2.1. Duygusal Farkındalık Düzeyleri	12
1.2.2.2. Duygusal Farkındalık ve Psikopatoloji İlişkisi	14
1.3. YAŞANTISAL KAÇINMA	16
1.3.1. Yaşantısal Kaçınma Yolları	17
1.3.1.1. Duygusal Kaçınma.....	17

1.3.1.2. Düşünce Baskılama ve Dikkat Dağıtma	17
1.3.1.3. Erteleme	18
1.3.1.4. Bastırma ve İnkâr	19
1.3.2. Psikoterapi Kuramlarında Yaşantısal Kaçınma.....	19
1.3.2.1. Kabullenme ve Farkındalık.....	20
1.3.2.2. Psikoterapinin Etkileri	20
1.3.3. Yaşantısal Kaçınmanın Etiyolojisi	21
1.3.3.1. İlişkisel Çerçeve Kuramı	21
1.3.3.2. Diğer Etkenler.....	22
1.3.4. Yaşantısal Kaçınmanın Psikopatolojik Etkileri.....	22
1.3.4.1. Kaçınmanın Paradoksal Etkisi	24
1.3.4.2. Başa Çıkma Teknikleri Açısından Yaşantısal Kaçınma	25
1.3.5. Yaşantısal Kaçınmada Cinsiyet Farkı	25
1.4. SOMATİZASYON	26
1.4.1. Somatizasyonun Bileşenleri	27
1.4.2. Somatik Belirtiler.....	27
1.4.3. Epidemiyoloji	28
1.4.4. Somatizasyonun Etiyolojisi	28
1.4.4.1. Duygusal Etkenler.....	28
1.4.4.2. Çevresel Etkenler.....	29
1.4.5. Somatizasyonun Tedavisi.....	29
1.5. AMAÇ	31
İKİNCİ BÖLÜM.....	32
2. YÖNTEM.....	32
2.1. KATILIMCILAR	32
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	32
2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	32
2.2.2. Somatizasyon Ölçeği.....	32
2.2.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	33
2.2.4. A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10.....	33
2.2.5. Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği.....	33

2.3. UYGULAMA.....	34
2.4. VERİLERİN ANALİZİ.....	34
2.5. SONUÇLAR	35
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	50
3. TARTIŞMA	50
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
KAYNAKÇA.....	56

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1 Örneklemin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı	35
Tablo 2 Örneklemin Betimleyici İstatistik Değerleri.....	36
Tablo 3 Ölçek ve Ölçek Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Kat Sayıları.....	37
Tablo 4 Örneklemin Ölçek Toplam Puanları ile Alt Boyut Puanlarının Betimleyici İstatistik Değerleri.....	38
Tablo 5 Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği ve Ruhsal Hastalığa Yönelik Olumsuz İnançlar Ölçeği Alt Boyutları ve A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10 Arası Korelasyon Katsayıları	39
Tablo 6 Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği Alt Boyutlarının Tüm Örneklem için Ruhsal Hastalığa Yönelik Olumsuz İnançlar Ölçeği Alt Boyutları ve A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10 Tarafından Yordanmasına Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları	41
Tablo 7 Somatik Belirti Düzeylerine Göre ÇBYKÖ Kaçınma Alt Boyutunun Ruhsal Hastalığa Yönelik Olumsuz İnançlar Ölçeği Alt Boyutları ve Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği Tarafından Yordanmasına Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları	44
Tablo 8 Somatik Belirti Düzeylerine Göre ÇBYKÖ Dikkat Dağıtma ve Baskılama Alt Boyutunun Ruhsal Hastalığa Yönelik Olumsuz İnançlar Ölçeği Alt Boyutları ve Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği Tarafından Yordanmasına Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları.....	45
Tablo 9 Somatik Belirti Düzeylerine Göre ÇBYKÖ Sıkıntıya Dayanıklılık Alt Boyutunun Ruhsal Hastalığa Yönelik Olumsuz İnançlar Ölçeği Alt Boyutları ve Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği Tarafından Yordanmasına Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları.....	46

Tablo 10 Somatik Belirti Düzeylerine Göre ÇBYKÖ Erteleme Alt Boyutunun Ruhsal Hastalığa Yönelik Olumsuz İnançlar Ölçeği Alt Boyutları ve Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği Tarafından Yordanmasına Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları	47
Tablo 11 Somatik Belirti Düzeylerine Göre ÇBYKÖ Bastırma ve İnkâr Alt Boyutunun Ruhsal Hastalığa Yönelik Olumsuz İnançlar Ölçeği Alt Boyutları ve Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği Tarafından Yordanmasına Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları.....	48

KISALTMALAR

RHYÖ	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
A-DÖFÖ-10	A Duygusal Farkındalık Ölçeği 10
ÇBYKÖ	Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği

SEMBOLLER

n	Gözlem sayısı
r	Korelasyon katsayısı
B	Regresyon tahmin değeri
t	t istatistiği
F	F istatistiği
R ²	Belirlilik katsayısı

GİRİŞ

İyi oluşun önemli yordayıcılarından biri olan yaşantısal kaçınma, aynı zamanda psikolojik sorunların ortaya çıkması ve sürmesinde etkin bir süreçtir (Ekşi, Kaya ve Kuşçu, 2018; Hayes ve ark., 2004). Genel itibariyle, bireyin sürdürmek istemediği bazı yaşantıların şeklini, sıklığını ve bunların ortaya çıktığı bağlamı değiştirme girişimidir. Söz konusu yaşantılar bedensel duyular, duygular, düşünceler ve davranış eğilimleri olabilir (Eustis ve ark., 2020; Hayes, Wilson, Gifford, Follette ve Strosahl, 1996). Yaşantısal kaçınma, birçok psikopatolojinin ortaya çıkmasına ve devam etmesine yol açtığından (Hayes ve ark., 2004) üzerinde durulması gereken bir konu olarak görülmektedir.

Toplumun ruhsal hastalığa sahip bireylerden uzak durması, karşılığında bu bireylerin sosyal ortamlardan uzaklaşması, tedavi arayışından kaçınması gibi olumsuzlukların kaynağının ruhsal rahatsızlıklara ve ruhsal rahatsızlığı olan bireylere olumsuz bakış açısı, inanç, tutumlar ve beraberinde getirdiği damgalama, ayrımcılık ve sosyal mesafe olduğu bilinmektedir (Baysal, 2013; Çam ve Çuhadar, 2011; Hooley, Butcher, Nock ve Mineka, 2017; Özbaş, Küçük ve Buzlu, 2008).

Öte yandan duygusal farkındalık, duygusal ifade ile birlikte insanı diğer canlılardan ayıran özelliklerdir (Koçak, 2002). Fakat zaman zaman istenmeyen belirli bir duygudan ve o duyguya sebep olan uyaranlardan kaçınma meydana gelmektedir (Boden ve Thompson, 2015; Huang, Berenbaum ve Chow, 2013). Kaçınılan ve bastırılan duyguların hem psikolojik hem fizyolojik semptomlara neden olduğu (King ve Emmons, 1990); aynı şekilde düşük duygusal farkındalığın duygularla baş edememeye ve fizyolojik semptomlara yol açtığı bilinmektedir (van der Veek, Nobel ve Derkx, 2012).

Duyguların farkındalık dışına itilmesi, bir diğer deyişle bastırma, kaçınma eğilimi olup (Öztürk, 2008) fizyolojik savunmaları olumsuz etkileyerek işlevini tersine çevirir ve vücut sağlığını koruması gereken savunmalar kişiye zarar vermeye

başlar (Mate, 2019). van der Veek ve ark. (2012), fiziksel duyuları doğru sebeplere atfetmenin yani bunların kaynaklandığı duyguları fark etmenin öneminden bahseder ve doğru ayırım yapamayan bireylerin fiziksel duyuları hastalık belirtisi olarak değerlendirebileceğini belirtir.

Toplumda ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlardan dolayı ve bedensel hastalıklara ruhsal hastalıklardan daha fazla önem verilmesi, ilgi gösterilmesi, stresli durumlardan ve sorumluluklardan kaçınma gibi ikincil kazançlardan dolayı bazı bireyler ruhsal problemlerini bedenleri aracılığıyla yansıtmaktadır (Bilge ve Çam, 2008; Dülgerler, 2000). Ruhsal sıkıntının bedensel olarak ifade edilmesi, somatizasyon veya bedenselleştirme olarak adlandırılmaktadır. Bedensel belirti bozukluğunun temelinde yer alan somatik belirtiler, sağlık hizmetleri için oluşturduğu yük nedeniyle önem arz etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Aynı zamanda, dikkati bedensel duyulardan uzaklaştırmaya çalışmak, bir başka deyişle onlardan kaçınmak, onları daha fazla hissetmeye dolayısıyla somatik belirtilerin daha geç iyileşmesine sebep olmaktadır (Hayes ve ark., 1996).

BİRİNCİ BÖLÜM

1. KURAMSAL ARKA PLAN

1.1. RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR

1.1.1. Ruh Sağlığı

Ruh sağlığı, sağlık kavramının olmazsa olmaz parçasıdır. Ruh sağlığının korunması, artırılması ve onarılması bireyler ve toplumlar için hayatidir (Dünya Sağlık Örgütü, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık, sadece hastalık bulunmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik halidir. Buna göre ruh sağlığı da sadece ruhsal bozuklukların olmaması durumundan fazlasıdır. Genel itibariyle, ruh sağlığının bireyin kabiliyetlerinin farkında olması, normal stresli yaşantılarla başa çıkabilmesi, üretkenliği ile topluma katkıda bulunabilmesi gibi durumları kapsayan iyilik hali olduğu söylenebilir (Dünya Sağlık Örgütü, 2018). Ruhsal ifadesi, biliş, duygulanım, eylem gibi kabiliyetleri ve bunlara ek olarak bütün davranışları kapsamaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Tanımda ruhsal ve sosyal kavramlarının kullanılması biyomedikal görüşün aşıldığını göstermekle beraber, yine de iyilik hali kavramının göreceliliği sürmektedir. Öyle ki, normal kavramı, kültüre, içinde bulunulan topluma, değer yargılarına, döneme, kişinin karşılaştığı durumlara göre değişiklik göstermektedir (Hooley ve ark., 2017; Öztürk ve Uluşahin, 2015). Gelişimsel açıdan bakılacak olduğunda Erikson'un kuramında belirtilen aşamaları vaktiyle aşmış kişilik gelişimini tamamlamış biri sağlıklı olarak tanımlanabilir. Fakat kimsenin bu modeldeki gibi ideal düzeyde ruh sağlığına sahip olmaması olasıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

1.1.2. Ruhsal Hastalık

Her organizma için birbiriyle bağlantılı biyolojik, psikolojik, sosyolojik dengeden söz etmek mümkündür. İç veya dış etkenlerle denge bozulması ruhsal bozukluk olarak ortaya çıkmaktadır. Bütünlüğün sarsılması ve savunmaların yetersizliği durumunda kişinin dengeyi tekrar kurabilmek için patolojik düzeyde savunmalar kullanması ile hastalık veya bozukluk oluşmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Anormalliğin veya bozukluğun ne olduğu konusunda hala evrensel bir uzlaşma ve anormallik göstergesi belirli bir davranış olmasa da birtakım belirtileri bulunmaktadır (Hooley ve ark., 2017). Ruhsal hastalıkların çoğunlukla biyolojik süreçlerden kaynaklandığı bilinmektedir. Gebelik dönemindeki hastalıklar, madde kullanımı veya doğum esnasındaki komplikasyonlar bireyi hastalıklara karşı savunmasız hale getirir. Stres ve travma gibi çevresel faktörler eklendiğinde psikotik semptomlar, duygudurum bozuklukları veya sosyal duyarsızlık ortaya çıkabilmektedir (Corrigan, 1998; Corrigan, Druss ve Perlick; 2014).

Ruh sağlığının bozulması ile kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik görülmekle beraber bu özelliklerin ölçüsünün zaman ve yer açısından göreceli olduğu bilinmelidir. Belirtilen özellikteki davranışlar esasında ruhsal bozukluğu olmaksızın herkeste görülebilecek niteliklerdir. Bunların kişide hastalık göstergesi olabilmesi için devamlı veya tekrarlayıcı olması, kişiye sıkıntı vermesi, kişinin işlev düzeyinde ve kişilerarası ilişkilerinde bozulmaya sebep olması gerekmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). DSM 5'te ise ruhsal bozukluk, kişinin davranışında, duygu düzenlemesinde ve bilişsel işlevlerinde klinik açıdan önemli derecede rahatsızlık bulunması olarak tanımlanmaktadır (Hooley ve ark., 2017).

Her sağlıklı insanın hastalıklı özellikleri -örneğin genlerde saklı özellikler-, her hasta insanın da sağlıklı yanları olabilir. Ruh sağlığı ile hastalığı arasında net sınırlar yoktur fakat hastalıklar tanımlanabildiğinde sağlığın da tanımı belirlenebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Ruhsal hastalıklar, bedensel hastalıklara kıyasla daha fazla yeti yitimine ve kanser ile aynı, nörolojik hastalıkların iki katı kadar kayıp yaşam yılına neden

olmaktadır. Ülkemizde toplum genelini kapsayan bir çalışma Türkiye Ruh Sağlığı Profili adıyla 1998 yılında Kılıç tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucuna göre son bir yıl içinde ICD tanısı alma oranı % 17.2 olarak bulunmuştur. Araştırmaya göre, kadınlarda, batı kesimlerde, şehir merkezlerinde ve düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde tanı alma oranının daha fazla olduğu görülmüştür. Bu araştırmadan beri uzun zaman geçtiği ve bu süreçte birçok faktör değiştiği için yeni bir araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 yılında gerçekleştirilmiş olan son çalışmanın sonuçlarında depresyon % 9, somatizasyon bozukluğu % 5, panik bozukluğu % 2 oranlarında bulunmuştur (Kılıç, 2020).

1.1.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ve Tutumlar

Ruhsal hastalığa sahip insanlara olumsuz bakış açısı ve tepkilerin dünya genelinde yaygın olduğu bilinmektedir (Baysal, 2013; Hooley ve ark., 2017). Bir konuya dair düşüncenin kabul görmesi ile dönüştüğü sabit genel kanılar inanç olarak adlandırılır. İnanç, tutumları; tutumlar ise davranışı doğurur. Bir nesne hakkındaki olumsuz tutumlar, o nesneye karşı ilgisizliğe, eleştiriye, mesafeye, hatta zarar vermeye eğilimine yol açmaktadır (Bilge ve Çam, 2008). Örnek vermek gerekirse, ruhsal hasta bireyin tehlikeli olduğuna inanmak ondan korkmaya, korku da ona iş vermeme davranışına sebep olabilir (Corrigan ve ark., 2014).

İnsanlar için fiziksel bir rahatsızlığa sahip olduğunu açıklamak, kendilerindeki herhangi bir ruhsal rahatsızlığı itiraf etmekten çok daha rahat olmaktadır. Çünkü, psikolojik rahatsızlığa sahip olduğunu belirtmenin istenmeyen sonuçlara veya ayrımcılığa sebep olmasından korkulmaktadır (Hooley ve ark., 2017).

Günümüzde, ruhsal hastalığa sahip bireylerin gerçek hasta olmadığı, normal hayatına devam edemeyeceği ve tehlikeli olduğu şeklindeki inançlar yaygın görülmektedir (Bilge ve Çam, 2008).

1.1.3.1. Tarihte Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Tutumlar

İlk çağlarda, hastalıklar doğaüstü güçlerle ilişkilendirilir, zararlı ruhlardan kaynaklandığı sanılır ve gizemci-büyüsel yöntemlerle tedavi edilmeye çalışılırdı. İlk kez Hipokrat (M. Ö. 460-370) hastalıkların doğal faktörlerden kaynaklandığını göstermiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Eski çağlarda, Hipokrat'ın insan vücudunda

bulunan dört tabiatın (kan, iltihap, melankoli, balgam) dengesi bozulduğunda duygusal ve davranışsal rahatsızlıkların baş gösterdiği görüşü kabul görmeye başladı. Buna dayanarak, Avrupa'da vücut dengesini tekrar kurmak ve hasta insanları sağlığına kavuşturmak amaçlı soğuk banyo, kanatma, arındırma gibi teknikler ve bunların uygulandığı bazı merkezler mevcuttu (Pickren ve Rutherford, 2010). Fakat genel olarak eski Yunan ve Roma toplumunda ruhsal hastalar, olumsuz tutum ve önyargılarla karşılaşmakta, korku, nefret, hapsedilme ile muamele görmekteydi. Orta Çağ'da ise eskiye dönüş gerçekleşmiş ve ruh hastaları, şeytan tarafından yakalandıkları gerekçesiyle acımasız şekilde yakılmaya başlamıştı (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Aydınlanma ile birlikte, delilik olarak tanımlanan durumun aklın kaybı olduğu görüşü hakim oldu. 18. yüzyılın sonlarında İngiltere ve Fransa'da başlayan, ruh hekimi Pinel tarafından hastaların zincirlenmesinin yasaklanmasıyla devam eden sürecin Avrupa'ya ve Amerika'ya yayılması ile akli geri kazandırmak amaçlı insancıl uygulamalara, hastaların hastanelerde ve bakım evlerinde tedavi görmesine başlandı (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Pickren ve Rutherford, 2010).

Türk ve İslam topluluklarında ise Orta Çağ Avrupa'sının aksine, ruhsal hastalara hoşgörü ve anlayış ile yaklaşmış; bazı zamanlar acıma, utanç, korku gibi hisler ve eski çağlardan kalan damgalama mevcut olsa da toplumdan uzaklaştırma, hapsetme gibi kötü muameleler gösterilmemiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

1.1.3.2. Damgalama

Bireyler arası etkileşimin gerçekleştiği sosyal alanda, bir kişi veya grubun kusurlu görülmesi, gözden düşürecek ve ayrımcılığa sebep olacak şekilde kötülenmesi ve olumsuz değerlendirilmesi damgalama olarak adlandırılır (Çam ve Çuhadar, 2011; Jenkins ve Carpenter-Song, 2008; Özbaş ve ark., 2008). İnanç ve tutumun olumsuz olması bireyler için geriletici bir faktör olmakta ve damgalamayı kaçınılmaz kılmaktadır (Çam ve Bilge, 2013). Damgalama, insanların sosyal olarak haksızca reddedilmesine yol açar (Corrigan ve ark., 2014). Korku, yanlış inanç ve olumsuz tutumun sebep olduğu (Baysal, 2013) damgalamaya ve bunun sebep olduğu

ayrımcılığa en çok maruz kalan kesim, ruhsal hastalığa sahip olan bireylerdir (Çam ve Çuhadar, 2011; Özbaş ve ark., 2008).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin damgalanması, tedavi aramaktan vazgeçmeye, tedaviye uyumda ve sosyal ilişkilerde problemlere, olumsuz ve reddedici tutuma, korku ve öfke gibi reaksiyonlara, önyargıya, etiketlemeye, stereotipleştirmeye ve sosyal mesafeye yol açmaktadır (Baysal, 2013; Hooley ve ark., 2017; Özbaş ve ark., 2008). Damgalama ile ruhsal hastalığa sahip bireylerde ortaya çıkan psikolojik sebepler, toplumdan soyutlanma ve davranışsal kaçınma ile sonuçlanır (Çam ve Çuhadar, 2011).

1.1.3.3. Etiketleme

Etiketleme, farklılıkların olumsuz bulunmasından ötürü etiketlenen grubu çoğunluktan ayırır; reddedici tutuma, statü kaybına ve ayrımcılığa sebep olur (Corrigan ve ark., 2014; Özmen, Taşkın, Özmen ve Demet, 2004). Hastalığı ifade etmek için kullanılan birbirinden farklı kavramların etiketleme derecesi de farklı olmaktadır. Bir çalışmada, ülkemizde yaygın olarak kullanılan ruhsal hastalık ve akıl hastalığı terimleri arasından akıl hastalığının daha yüksek düzeyde damgalamaya dolayısıyla da daha fazla ayrımcılığa neden olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada, depresyon ve şizofreni damgalama açısından incelendiğinde şizofreni hastalarının daha fazla damgalandığı görülürken (Özmen ve ark., 2004), kırsal kesimde depresyonu damgalamaya yatkınlık, kente göre daha yüksektir (Çam ve Bilge, 2013). Bir başka çalışmada ise şizofreni hastalarının % 96'sı çeşitli sosyal ortamlarda günlük hayatlarının bir parçası olarak damgalamaya maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Jenkins ve Carpenter-Song, 2008).

1.1.3.4. Yaygın Stereotipler

Ruhsal hastalığı olan bireyler hakkında tehlikeli, öngörülemeyen, konuşması zor, iyi bir iş ve bağımsız yaşam gibi amaçlar için yetersiz, hastalığından sorumlu, tedaviye olumsuz yanıt veren gibi stereotipler yaygındır (Corrigan ve ark., 2014; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer ve Rowlands., 2000). Bu özelliklerden en olumsuz tehlikelilik inancı olup, sıklıkla şizofreni hastaları ile alkol ve madde bağımlıları için düşünülmektedir.(Crisp ve ark., 2000).

1.1.3.5. Ayrımcılık

Önyargılar, davranışa yansıdığında ayrımcılık gerçekleşir. Toplumda ruhsal hastalığa sahip bireyler için saldırgan, zararlı gibi stereotipler benimsendiğinde, bu bireyler ayrımcılığa uğrayacak ve toplumdan ayrı bir yaşam süreceklerdir. Bu durum, insanların etiketlenmemek için yardım almaktan kaçınmasına; yardım alanların ise tedavi sürecinin etkilenmesine neden olmaktadır (Corrigan ve ark., 2014; Özbaş ve ark., 2008). Ruhsal hastalığa sahip bireylerin hastalıklarından sorumlu tutulmaları ayrımcı davranışa maruz kalmalarına sebep olmaktadır (Çam ve Çuhadar, 2011).

1.1.3.6. İçselleştirilmiş Damgalama

Ruhsal hastalıklar hakkında toplumun benimsediği tehlikelilik, yetersizlik gibi damgalayıcı inançlar ve önyargılar, hastalar tarafından da kabul edilebilmekte ve bu durum içselleştirilmiş damgalama veya öz damgalama olarak adlandırılmaktadır (Corrigan ve ark., 2014; Çam ve Çuhadar, 2011). Bir çalışmada, psikiyatrik tedavi görmekte olan bireylerden oluşan katılımcıların %36'sında yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalama görülmüştür (West, Yanos, Smith, Roe ve Lysaker, 2011). Süreç, hastanın damgalamayı fark etmesi, haklı bulması, kendine uyarlaması, öz saygının ve öz yeterliğin negatif etkilenmesi sonucu utanç hissetmesi olmak üzere dört evrede gerçekleşmektedir (Corrigan ve ark., 2014).

İçselleştirilmiş damgalama, hastada anhedoniye ve utanç duygusuna sebep olacağından kaçınan savunmalara, sosyal kaçınma ve asosyalliğe yol açabilmektedir (Baysal, 2013). Otomatik düşüncelerde artma, yetersizlik fikri ve benlik saygısında azalma meydana gelir. Depresif belirtiler, moral bozukluğu, yaşam kalitesinin düşmesi, suçluluk fikri, sosyal uyumsuzluk, işsizlik ve gelir kaybı gibi sonuçlar doğar (Çam ve Çuhadar, 2011). Ayrıca, kendini damgalayan bireylerin yardım aramaktan vazgeçtikleri, tedavinin işe yaramayacağına inandıkları (Corrigan ve ark., 2014) ve önceki kimliklerinden -öğrenci, ebeveyn gibi- uzaklaşarak hasta kimliğinin baskınlaştığı bilinmektedir (West ve ark., 2011).

1.1.3.7. Damgalamanın Çözümü

Geçmişte, toplumu ruhsal hastalıkların beyindeki rahatsızlıklardan kaynaklandığı hakkında eğitmenin damgalama problemine çözüm olabileceği fikri

hakim olsa da günümüzde ruhsal hastalıklar ile ilgili farkındalığın artmasına rağmen damgalamada ve önyargıda azalma olmadığı görülmektedir (Hooley ve ark., 2017).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerle ilişki kurmanın bu bireylere karşı tutum ve davranışlar üzerinde sağladığı olumlu etkiler, eğitimin etkilerinden önemli derecede fazladır. Bu ilişki, yüzyüze olabileceği gibi televizyon, Youtube gibi araçlarla da sağlanabilir (Corrigan ve ark., 2014). Bu etki, ilişkinin türüne ve hastalığın doğasına bağlı olarak değişmektedir (Crisp ve ark., 2000). Fakat bu bireylerle etkileşimi hayal etmek bile strese ve hoş olmayan fiziksel tepkilere sebep olabileceğinden, ilişki kurmak zor olmaktadır (Hooley ve ark., 2017). İnsanlar, hastalarla kişisel bağlantı sırasında toplu ortamlara kıyasla daha mesafeli durmayı tercih etmektedirler (Baysal, 2013).

Çözüm olarak damgalamayı azaltmak yeterli gelmemekte; onaylayan tutumları desteklemek ve teşvik etmek de gerekli olmaktadır (Corrigan ve ark., 2014). Bu noktada psikoeğitimin özellikle bipolar bozukluğu bulunan hastalar için olumlu etkisi olduğuna dair bulgular ve toplum genelinde psikoeğitim verilmesi yönünde öneriler mevcuttur (Çam ve Bilge, 2013). Bu yönde yapılacak çalışmalar için güncel tutumlar belirlenmelidir (Özbaş ve ark., 2008).

1.1.3.8. Damgalama ve Sosyoekonomik Düzey İlişkisi

Eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyin düşmesiyle hastalara bakış açısı olumsuz hale gelmektedir (Baysal, 2013; Çam ve Bilge, 2013; Özbaş ve ark., 2008). Bunlara ek olarak yaşlı nüfusun da olumsuz tutum ve önyargı ile yaklaştıkları bilinmektedir. Fakat, sosyodemografik bulgular damgalama ile ilgili farklı araştırmalarda farklı sonuçlar vermektedir (Baysal, 2013). Eğitim düzeyi arttıkça konu hakkında bilgi de arttığından tutumların olumlu olduğunu gösteren çalışmalar mevcut olmakla beraber Özbaş ve ark.'nın (2008) araştırmasında eğitim düzeyi ile birlikte damgalama da artmış, olumlu tutumun söz konusu olmadığı bulunmuştur. Ayrıca, üst ekonomik düzey korkuya ve dışlamaya eğilimli iken, orta düzey konuya daha iyimser yaklaşmaktadır (Çam ve Bilge, 2013).

1.1.3.9. Damgalama ve Aileler

Ruhsal hastalığa sahip bireylerle ilişki içinde oldukları için aileler ve arkadaşlar da damgalamadan ve önyargıdan etkilenmekte; ayrımcılığa uğrayabilmektedir. Aileler, çevreleri tarafından hastalıktan veya iyileşmenin yavaşlığından sorumlu tutulabilmektedir. Ruhsal hastalığın bulaşıcı olduğu düşüncesi bile mevcuttur. Bazı aile üyeleri de tıpkı hastalar gibi içselleştirilmiş damgalama ile hastalıktan dolayı kendini suçlayabilmekte ve utanç duyabilmektedir (Corrigan ve ark., 2014). Bu durum, aileyi topluma yabancılaştırmakta ve yardım aramayı engellemektedir (Corrigan ve ark., 2014; Çam ve Bilge, 2013).

Aile başta olmak üzere hasta yakınları, etiketlenme ve reddedilmeden kaçınmak için hastalığı gizleme eğilimindedir. Suçluluk duyma yoğunluğu, şizofreni hastalarının yakınlarında duygudurum bozukluğu hastalarının yakınlarına göre daha fazladır (Özbaş ve ark., 2008). Ruhsal hastalıklarda aile ilişkileri zarar görebilir (Baysal, 2013) fakat olumlu aile ilişkileri sosyal destek ve tedaviye uyum açısından faydalı olmaktadır (Özbaş ve ark., 2008).

1.2. DUYGUSAL FARKINDALIK

1.2.1. Duygu

Goleman (1996) duyguyu belirli bir his ve bu hisse dair düşünceler, psikolojik ve biyolojik haller ve hareket eğilimi olarak bir bütün şeklinde tanımlar. Buradaki hareket eğilimi Arnold (1960) tarafından tanımlanan, duyguların nesnelere yaklaşmaya ve uzaklaşmaya sebep olmalarına dayanan sınıflandırma ile benzerlik göstermektedir. Plutchik (1980) ise duyguların uyum ve denge sağlayıcı davranışlara yönlendiren iç dinamikler olduğunu söyleyerek buna insanların yanı sıra hayvanları da dahil eder. (Koçak, 2002). Duygular, ruhsal durum hakkında bilgi verirken aynı zamanda olaylar karşısında verilecek tepkileri ve davranışları belirlemekte (Kuzucu, 2008); bu davranışlar için motivasyon sağlamakta (Lane, Subic-Wrana, Greenberg ve Yovel, 2020); yargılama, karar verme, bilgi işleme gibi süreçleri doğrudan etkilemekte (Boden ve Berenbaum, 2007); yaşamı sürdürmeyi, yaşamsal zorluklara ayak uydurmayı ve iyilik halini kolaylaştırmaktadır (Boden ve Thompson, 2015). Topluma uyum göstermek, hedefe yönelik adımlar atmak ve bu şekilde hayatta kalma şansını artırmak, duyguların genel ve temel işlevidir (Koçak, 2002).

Çeşitli kaynaklarca duygunun fiziksel/biyolojik, deneysel/psikolojik ve dışavurumsal/toplumsal unsurlardan bir araya geldiği belirtilmektedir (Lane ve Schwartz, 1987). Benzer bir tanım, duygunun dışı vuran davranış (yüz ifadesi gibi), öznel yaşantı ve psikolojik uyarılma (otonom tepkiler) olmak üzere üç bileşenden oluştuğunu öne sürmektedir (Kever ve ark., 2015).

Duygular, genellikle otomatik ve uyumsal işlev göstermelerine rağmen bazen bireyin ihtiyaçları, amaçları veya değerleri ile uyumsuz olabilmektedir (Lane ve ark., 2020). Bu ve benzer sebeplerden dolayı, insanların bir kısmı duygusal deneyimlerini kabullenirken bazı bireyler kaçınmayı tercih etmektedir (Huang ve ark., 2013). Duygularına istemsizce dikkat kesilen bireyler, duygularının kaynağı ve türü hakkında çabuk ve yanlış sonuçlara varırken, duygulara isteyerek dikkat kesilmek onları anlamak için daha fazla çabaya ve sonuç olarak daha yüksek seviyede anlayışa yol açar (Boden ve Thompson, 2015).

1.2.2. Duygusal Farkındalık

Bireyin hem kendisinin hem diğer insanların duygularını anlama yetisi, duygusal farkındalık olarak tanımlanmaktadır. Duygusal farkındalık, duyguyu tecrübe etmenin ve ifade etmenin yanı sıra hissedilen duygu hakkında bilgi sahibi olmayı ve düşünmeyi de kapsamaktadır (Kuzucu, 2008).

Duygusal zekanın en temel becerisi sayılan duygusal farkındalık, bireyin kendini daha iyi tanıması sayesinde sağlıklı ilişkiler kurup mutlu ve üretken biri haline gelmesini, olumsuz olaylara karşı duyulan negatif duyguları kontrol edip bunları pozitif duygularla değiştirmesini, davranışlarını gözden geçirip gereken durumlarda değiştirmesini sağlar (Bajgar, Ciarrochi, Lane ve Deane, 2005; Koçak, 2002; Lane ve ark., 2020; Tatar ve ark., 2017).

Duygusal farkındalığın yüksek olması, bireye dünyayı doğru bir biçimde anlamlandırmak gibi uyumsal işlevler sağlarken aynı zamanda bireyin yaşam kalitesini artırır ve sahip olduğu potansiyeli en iyi şekilde kullanmasına yarar (Boden ve Berenbaum, 2007; Tatar ve ark., 2017). Yüksek duygusal farkındalık, hem zihinsel ve fiziksel işlevlerin (Tatar ve ark., 2017) hem de duygusal uyarı fark

edebilme ve sınıflandırabilme gibi duygusal işlevlerin daha iyi çalıştığı anlamına gelmektedir (Bajgar ve ark., 2005).

1.2.2.1. Duygusal Farkındalık Düzeyleri

Lane ve Schwartz (1987) tarafından duyguların fark edilmesinde, tanımlanmasında ve ifade edilmesinde bireysel farklılıklar olduğuna dayanan, terapilerde kullanılmak üzere Duygusal Farkındalık Düzeyleri isimli bütüncül bir sınıflandırma modeli oluşturulmuştur. Bu model, Piaget'nin dış dünyayı anlamlandırmadaki bilişsel gelişim sürecine dair oluşturduğu ve farklı modeller için de teorik alt yapıyı sağlayan modelin içsel farkındalığın gelişimine de aynı şekilde uyarlanmasıyla ortaya çıkmıştır (Lane ve Schwartz, 1992; Frances ve ark., 1992). Duygusal yaşantı değerlendirmesinin gelişmesi için yeni teknikler sunan model, duygulardaki bireysel farklılıklara -farklı mental yaşantılar ve farklı psikopatoloji düzeyi- göre düzenleme yapılarak uygulanacak kavramsal bir çerçeve ve duygusal farkındalık düzeyine göre tedavi modeli seçme olanağı sağlar (Lane ve Schwartz, 1987).

Duygusal Farkındalık Düzeyleri modelinde, her seviyenin bir önceki seviyeye göre farklılaşp onunla bütünleştiği; zaman içinde daha fazla duygusal bilginin işlendiği; farkındalığın, duygu çeşitliliğinin ve ifade etme kapasitesinin arttığı hiyerarşik bir yapı söz konusudur (Lane ve Schwartz, 1987; Lane ve Schwartz, 1992). Kendinin ve diğerlerinin duygularına farkındalık arttıkça empati yeteneği, kişiler arası ilişkilerde esneklik ve uyum da artmaktadır (Lane ve Schwartz, 1992). Modele göre duygusal farkındalığın aşamaları sırasıyla

1. bedensel duyular (bodily sensations)
2. hareket eğilimi (actions/action tendencies)
3. tekil duygular (unidimensional experience)
4. duygu harmanları (blends of experience)
5. duygu harmanlarının kombinasyonları (combinations of blends)

şeklindedir (Bajgar ve ark., 2005; Kuzucu, 2008; Lane ve Schwartz, 1992; Tatar ve ark., 2017).

Modeldeki en alt seviye “bedensel duyuların farkındalığı”dır. Burada duygusal uyarılmaya eşlik eden istemsiz motor faaliyetleri ve otomatik yüz ifadesi görülür. Duygu kişiyi komple etkilemekte ve yalnızca bedensel duyular oluşmaktadır. Kişi, ya hiçbir şey ifade etmez ya da sadece bedensel belirtilerini ifade eder. Dışarıdan gözlemlendiğinde kişinin yüz ifadesinden aktif duygu tanımlanabilir.

Modelin ikinci seviyesi hareket eğiliminin farkındalığıdır. Bu seviyede duygu hem bedensel duyum hem de hareket eğilimi olarak algılanmaktadır. Fakat duygudurum bilinci henüz gelişmemiştir. Hareket eğilimleri hazzı artırma ve sıkıntıyı azaltma yönündedir. Kişi hareket eğilimini tanımlar fakat tanımlama sırasında kullandığı kelimeler duyguya işaret etmez (“kötü hissediyorum” gibi). Dışarıdan gözlemlendiğinde istemli/istemsiz motor davranışlara bakılarak aktif duygu tanımlanabilir. “Diğeri”nin ayrı bir birey olarak farkındalığı minimal düzeydedir ve diğeri deneyimi motor taklit veya farkında olmaksızın aynı davranışları yapma eğilimi ile ifade edilir.

Üçüncü seviyede bireysel hislerin farkındalığıyla birlikte duygu betimlemesi ilk kez mümkün olur. Duygu, bedensel yaşantı kadar psikolojik şekilde de görülmektedir. Duygudurumun yayılcı ve ya hep ya hiç özelliği sebebiyle kişi örneğin ya mutlu ya üzgündür. Aynı anda farklı duygular yaşama kapasitesi henüz gelişmemiştir. Yaşanan duygu çeşitliliği sınırlı ve duygudurumun sözel ifadesi stereotipiktir. Kişinin duygusal yaşantısı ve dışarıya yansıtması hala oldukça sınırlıdır. Diğer insanların farklılığı içsel yaşantılardan ziyade dış özelliklere bağlıdır. Diğeri duygusal deneyiminin farkındalığı kişiye özgü ve değişkendir; karşıdakinin davranışına belirli bir açıdan yaklaşılır.

Dördüncü seviye olan duygu karışımlarının farkındalığında duygusal deneyim çeşitliliği genişler ve daha tutarlı hale gelir. Farklı duygular birbirini gölgede bırakmaktansa tamamlar. Duygusal tepkiler birbirine zıt veya birbirinden bir miktar farklılaşmış duyguların karışımından oluşarak daha karmaşık hale gelir. Kişi, kendi karmaşık duygusal deneyimlerini tanımlayabilir ve diğeri belirli bir durum karşısında nasıl tepki vereceğini sezebilir hale gelir. Burada artık diğeri insanlar dışarıdan olduğu kadar içsel açılardan da farklı olarak algılanır. Buna

rağmen, diğèrinin duygusal deneyiminin farkındalığı, kendi deneyiminin farkındalığına kıyasla görece farklılaşmamış ve hala tek yönlüdür.

Modelin beşinci ve en üst seviyesi duygu karışımı kombinasyonlarının farkındalığındaki temel gelişme, kişinin kendi duygusal deneyiminin farkındalığı sürerken buna diğèrinin deneyiminin farkındalığının eklenmesidir. Çeşitli özelliklerdeki ve yoğunluklardaki hisler yeni kalıplara harmanlanabilir. Duygusal nüanslar arasında ince ayrımlar yapma kapasitesi gelişmiştir ve duygu tanımları eşsiz metaforlar içerebilir. Kendi duygu durumundan etkilenmeden diğèrinin deneyimini çok yönlü olarak algılamak ve durumu -kendisi de dahil- diğèrinin gözünden görmek mümkündür. Gelecekteki belirli şartlar altında nasıl hissedeceğini görebilme kapasitesi sayesinde alacağı kararlarla aradığı tatmini edinme olasılığı yüksektir. Diğèrinin ihtiyaçlarını ve tepkilerini anlayarak hareketini buna göre yönlendirebilir (Lane ve Schwartz, 1987).

1.2.2.2. Duygusal Farkındalık ve Psikopatoloji İlişkisi

İnsanın sağlıklı ve dengeli ilişki kurmasında duygu, düşünce, davranış ve fizyolojik tepkiler arasındaki bütünlüğün sağlanması oldukça önemli olup bu bütünlüğün bozulması denge ve uyum bozucu olmaktadır. İnsan duygu ve düşüncelerini fark etmesi ve ifade etmesi ile diğèer canlılardan ayrıldığından, duyguların uyumu ve dengeyi sağlayan kritik bir unsur olduğu söylenebilir. İnsan yaşamı için yüksek derecede öneme sahip duyguları fark etmek ve ifade etmek de oldukça önemli olup çeşitli sebeplerle farkındalık ve ifade noktalarında sorun yaşanabilmektedir (Koçak, 2002).

Psikoterapide çoğunlukla hislere açıklık getirmek, hislerin kaynağını anlamak ve yoğun duygu durumlarını bilinçli farkındalık dışına itme eğilimini azaltıp hoş görmek suretiyle hastalara yardım sağlanmaktadır (Lane ve Schwartz, 1987). Çünkü, sağlıklı duygusal tepki, duygusal ifadedir. Bazı zamanlarda insanlar belirli bir duygudan -özellikle hoş olmayan duygular- ve o duyguya sebep olan uyarılardan kaçınmaktadır (Boden ve Thompson, 2015; Huang ve ark., 2013). Bastırılmış duygular, hem fiziksel hem psikolojik semptomlara sebep olurken, duygusal ifadenin

engellenmesi otonom uyarılmaya yol açarak psikosomatik rahatsızlıkların gelişimine neden olur (King ve Emmons, 1990).

Ruhsal bozukluklarda önemli bir yere sahip olan duygusal rahatsızlıklar, affektif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının yanı sıra şizofreni, organik ruhsal bozukluklar, psikosomatik bozukluklar ve kişilik bozuklukları da dahil olmak üzere tüm tanı kriterlerinde temel olarak bulunmaktadır (Lane ve Schwartz, 1987).

Duygusal farkındalığın ruh sağlığı ile ilişkisini ve psikolojik sağlığı yordadığını gösteren çeşitli araştırmalar mevcuttur (Kuzucu, 2008). Duygusal Farkındalık Düzeyleri teorisinde belirtilen farklı düzeylerin farklı psikopatoloji göstergesi olduğu öne sürülmüş ve her düzeyin ilgili olduğu bir bozukluk belirtilmiştir (Frances ve ark., 1992; Lane ve Schwartz, 1992). Buna göre duygusal farkındalığın en düşük seviyesindeki bireyler somatik duyumlardan ötürü somatizasyon bozukluğu ile, ikinci seviyedeki bireyler dürtüsel ve kompulsif problemlerden ötürü madde kullanımı (Vine ve Aldao, 2014) ve cinsel suçlar ile, üçüncü seviyedeki bireyler tek yönlü duygu algısından dolayı majör depresyon ile, dördüncü seviyedeki bireyler aynı anda suçluluk ve kızgınlık duymak gibi duygu karmaşaları ile, beşinci seviyedeki bireyler ise çok sayıda hissin aynı anda farkında olduklarından önemli kararlarda yaşayabilecekleri zorluklardan dolayı varoluşsal kriz ile ilişkilendirilmiştir (Lane ve Schwartz, 1992).

Hem duygusal farkındalık hem de duygu düzenleme, iyilik halinde ve psikopatolojide önemli role sahiptir. Duygusal farkındalığın depresyon ve sınır kişilik de dahil olmak üzere birçok psikopatolojiyi doğrudan veya duygu düzenleme aracılığıyla dolaylı yoldan öngördüğü araştırmalar tarafından ortaya konmuştur (Boden ve Thompson, 2015; Vine ve Aldao, 2014). Çeşitli araştırmalarda düşük duygusal farkındalık, depresyon, anhedoni, travma sonrası stres bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluklar, alkol ve madde bağımlılığı, duygusal yeme, aşırı yeme, sınır kişilik, şizofreni ve aleksitimi gibi klinik sorunlar ile ilişkili bulunmuştur (Boden ve Thompson, 2015; Tatar ve ark., 2017; Vine ve Aldao, 2014).

Yüksek depresyon ve endişe seviyesine sahip bireylerin duygularına çoğunlukla istemsizce dikkat verdikleri ve bunun da duyguları hakkında çabuk ve

yanlış sonuçlara varılmasına sebep olduğu gözlenmiştir (Boden ve Thompson, 2015; Huang ve ark., 2013). Duygu farkındalığının anlam sağlama işlevi ile ilgili olarak, bu konuda problem yaşayan bireyler paranoya sahibi ve şüpheli olabilmektedir (Boden ve Berenbaum, 2007). Duygu tanımada zorlanma, duygu bastırma gibi süreçler, travma sonrası stres bozukluğu dahil aşırı stres tepkisini sürdürmeye/uzatmaya neden olabilmektedir. Duyguyu hissetmek ve ifade etmek gibi tam tersi tutumlar ise stresi çözümlenmeye ve somatik semptomları azaltmaya yardımcı olabilmektedir. Yüksek duygusal farkındalık, fibromiyalji hastalarının sağlığı üzerinde, duygusal ifade ile beraber huzursuz bağırsak sendromuna sahip hastalar üzerinde, öfke farkındalığı ve ifadesi ise baş ağrısı yaşayan hastalar üzerinde olumlu etkilere sahiptir. Duygusal farkındalığı ve ifadeyi artıran bir bakış açısı ile yapılan görüşmelerde, tıbben açıklanamayan semptomlara sahip hastaların pozitif etkileşimi koruma yoluyla çatışma çözümlenmeye, duygu korkusunun azalmasına ve gelişmiş ilişkilere yönlendirilebileceği ortaya konmuştur (Ziadni ve ark., 2018). Yüksek duygusal farkındalığa sahip bireylerin ruh hallerine daha vakıf olup bunun yargılarını olumsuz etkilemesini önlemelerinin daha muhtemel olduğu bilinmektedir (Bajgar ve ark., 2005).

Öte yandan meta-duygular üzerine yapılan bir çalışma sonucunda negatif duyguları hakkında negatif duygulara sahip bireylerin depresyon şiddeti yüksek çıkmıştır. Bu da duygusal farkındalık ile depresyonun ilişkisinin diğer çalışmaların aksine pozitif yönde olduğunu göstermektedir. Çünkü, meta duygulara sahip olmak için duygulara dikkat kesilmek ve onların farkına varmak gereklidir (Bailen, Wu ve Thompson, 2019).

1.3. YAŞANTISAL KAÇINMA

Karmaşık organizmaların olumsuz olaylardan kaçma davranışı, insanlarda olumsuz anlam yüklenen kişisel yaşantılardan da kaçınma şeklinde kendini göstermektedir (Hayes ve Gifford, 1997). Yaşantısal kaçınma, bireyin sürdürmeye isteksiz olduğu belirli yaşantıların şeklini ya da sıklığını ve bunları ortaya çıkaran bağlamı değiştirme girişimi olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu yaşantılar, bedensel duyumlar, duygular, düşünceler, anılar ve davranış eğilimleri olabilir (Eustis ve ark., 2020; Hayes ve ark., 1996).

Yaşantısal kaçınma, öğrenilmiş, olumsuz pekiştirilmiş ve yaygın şekilde işlev göstermektedir (Hayes ve ark., 1996). Anlık etkisi olumlu ve kısa vadedeki sonuçları başarılı bulunan madde kullanımı, disosiyasyon, sosyal geri çekilme gibi yaşantısal kaçınma öğeleri işe yarar gibi gözükse de uzun vadede istenmeyen sonuçlara, sosyal, fiziksel ve psikolojik hasarlara neden olabilmektedir (Eustis ve ark., 2020; Hayes ve ark., 1996; Hayes ve Gifford, 1997).

1.3.1. Yaşantısal Kaçınma Yolları

Aşırı bilişsel karmaşa, özellikle kendinin ve yaşantıların fazlaca olumsuz değerlendirilmesi, duygu ve düşünce bastırmaya ve diğer sonuç vermeyen girişimlere sebep olmaktadır (Hayes ve ark., 2004).

1.3.1.1. Duygusal Kaçınma

İstenmeyen içsel yaşantılardan kaçınma, kısa vadede uyum sağlayıcı bir duygu düzenleme stratejisi olarak bilinir (Eustis ve ark., 2020). İstenmeyen duygulardan kaçınmak için aşırı çaba göstermek, en temel zevk veren etkinliklerle (egzersiz, yemek, müzik dinlemek, seks gibi) ilgilenmek ve bunların tadını çıkarmak için gereken ruhsal kaynakları azaltmaya neden olabilir (Machell, Goodman ve Kashdan, 2015).

Duyguları tanıma ve ifadede zorluk yaşayan, psikosomatik belirtiler gösteren hastalar için kullanılan aleksitimi, bir tür duygusal kısıtlama ve yaşantısal kaçınmanın bir alt türü olarak belirtilmektedir (Thompson ve Waltz, 2010). Duygusal ifadeyi önleme girişimlerinin olumsuz duyguları arttırmakla kalmayıp aynı zamanda olumlu duyguları azalttığı bilinmektedir (Machell ve ark., 2015).

1.3.1.2. Düşünce Baskılama ve Dikkat Dağıtma

Travmatik bir olay hakkında düşünmemeye çalışmak, diyet esnasında yemek fikrinden uzak durmak gibi rahatsızlık veren, duruma uygunsuz düşünceleri baskılamak zor olmasına rağmen istenmeyen davranışlara sebep olmamaları için bu düşüncelerden kaçınma isteği doğmaktadır. Bilinçli düşünce baskılama, insanların kolaylıkla gerçekleştirdiği bilişsel bir aktivite değildir. Düşünce bastırmaya çalışmak, söz konusu düşüncenin geri tepmesiyle sonuçlanabilir ve düşünmekten kaçınılan

düşünce kişiye daha fazla rahatsızlık verebilir. Düşüncenin baskılandıktan sonra tekrar kişinin dikkatini çekmesi için minimal düzeyde tetikleyici yeterli olmaktadır. Bu sebeplerle, düşünce baskılama kafa karıştırıcı ve zaman tüketici olabilir (Wegner, Schneider, Carter ve White, 1987).

Yaşantısal kaçınma yollarından baskılamada belli bir düşünceyi engellemek, dikkat dağıtmada ise söz konusu düşüncenin yerine bir başkasını eklemek amaçlanmaktadır. Dikkat dağıtma ve baskılama arasındaki ayırt edici özellik, baskılama kullanımı sonrasında ters tepme etkisinin dikkat dağıtma uygulandığında gerçekleşmemesidir (Cioffi ve Holloway, 1993).

Cioffi ve Holloway (1993) tarafından gerçekleştirilen fiziksel uyarana (soğuk presör uygulaması) karşı baskılama, dikkat dağıtma ve gözlemlene tepkilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmanın sonucunda, uyarana baskılayan grup dikkat dağıtma kullanan gruptan daha yavaş iyileşme gösterirken, en hızlı iyileşen uyarana gözlemlenen grup olmuştur. Dikkat dağıtmada farklı bir odak belirlenirken, baskılamada sadece neye odaklanılmaması gerektiği bilinmekte; bunun sonucunda baskılayan kişi olumlu etki için belli bir stratejiden yoksun kalmaktadır. Sonuçta, ağrıdan kaçınmak onu uzatmaya yol açmaktadır. Gözlemlenmek ise tersine her bir azalmayı fark etmeyi sağlayarak rahatlamaya imkan tanımakta; sunduğu başarıya ulaşma imkanı çok daha fazla olmaktadır (Cioffi ve Holloway, 1993).

1.3.1.3. Erteleme

Genel itibarıyla erteleme, zamanında bitmesi gereken işleri mantıksız ve sebepsiz yere geciktirme, öncelik sıralamasında yukarıda yer alan bir işin yerine daha aşağıdaki bir işi koyma, son ana bırakma eğilimi olarak tanımlanmaktadır (Doğan, Kürüm ve Kazak, 2014; Uzun ve Demir, 2015). Farklı kategorilere ayrılan erteleme, yetersiz araştırmalar sebebiyle genel olarak iki başlık altında incelenmektedir. Bunlar, durumsal erteleme ve kişilik özelliği olarak ertelemedir. Durumsal erteleme, sıklıkla araştırma konusu olan akademik ertelemeyi kapsarken; kişilik özelliği olarak erteleme, kaçınmacı erteleme ve kararları/rutin işleri ertelemeyi içerir. Kronik erteleme olarak da tanımlanan ikinci tür, bir işe başlamayı ya da tamamlamayı

ertelemenin alışkanlık edinilmesidir (Doğan ve ark., 2014). Erteleme, davranışsal boyutunun yanında duygusal ve bilişsel boyutlara da sahiptir (Uzun ve Demir, 2015).

1.3.1.4. Bastırma ve İnkâr

Öztürk'e (2008) göre, bastırma yaygın olarak kullanılan bir savunma olmakla beraber, sıklıkla kullanılması doyum sağlama ve yeni uyum yolları öğrenmeyi zorlaştırmaktadır. Bastırma mekanizması ilk kez Freud tarafından dürtü, duygu, anı veya yaşantıların bilinçdışına itilmesi şeklinde tanımlandığında açıklanamayan ruhsal sorunlar ve belirtiler bu sayede anlamlandırılmıştır. Bastırılan yaşantılar bilinç düzeyine getirildiğinde tehlike olarak algılanır ve kaygı belirtilerine sebep olabilir (Öztürk, 2008).

Sıklıkla kullanılan ilkel savunma yöntemlerinden bir diğeri olan inkâr, tehlikeli algılanan veya kaygı uyandırabilecek bir olguyu yok sayma, bilinç dışına iterek yaşanmamış farz etme olarak açıklanabilir. Şizofreni hastaları tarafından belirgin şekilde kullanıldığı bilinmektedir (Öztürk, 2008).

Bastırma ile inkâr benzer gözükse de bastırılan yaşantı bilinç düzeyine alındığında kabul edilebilirken, inkâr edilen yaşantının yeri başka düşünce ve inançlarla doldurulmaktadır. En çok inkâr edilen duygunun öfke olduğu bilinmektedir (Öztürk, 2008).

1.3.2. Psikoterapi Kuramlarında Yaşantısal Kaçınma

Birçok psikoterapi kuramının yaşantısal kaçınmayı ele aldığı bilinmektedir. Freud'un özel yaşantılardan kaçınmanın önemini fark etmesi ve psikanalizin amacını baskılamayı kaldırıp acı verici ve tehdit edici unsurları bilinç düzeyine taşımak olarak tanımlaması; Rogers'ın birey merkezli terapi yaklaşımının merkezinde deneyimlere açık olmanın yer alması bunu kanıtlar niteliktedir (Hayes ve ark., 1996). Benzer şekilde, Gestalt yaklaşımı da psikolojik sorunların merkezine acı verici hislerden kaçmayı veya istenmeyen duygulardan korkmayı yerleştirir; yarım kalmış işleri tamamlamak adına geçmiş yaşantıları da tecrübe etmeye odaklanır. Aynı görüşü savunan Varoluşçu yaklaşım, daha çok ölüm korkusundan kaçınmaya odaklanarak ölüm farkındalığına karşı tepkileri azaltmaya çalışır (Hayes ve ark., 1996; Hayes ve ark., 2004).

Diyalektik davranışçı terapi, kabul ve kararlılık terapisi, davranışçı çift terapisi gibi güncel davranışçı yöntemlerde yaşantısal kaçınma merkezi bir unsur olarak ele alınmaktadır (Hayes ve ark., 1996). Davranışçı ve bilişsel terapiler, rahatlama teknikleri, mantıklı düşünceler edinme gibi yöntemler kullanarak yaşantıları kabullenmekten çok değiştirmeye dayansalar da, bu sistemler bile yaşantısal kaçınmayı problem olarak görmektedir. Fakat bilişsel terapide yaşantısal kaçınma merkezde yer almamaktadır (Hayes ve ark., 1996).

1.3.2.1. Kabullenme ve Farkındalık

Kabul ve Kararlılık Terapisi, içsel yaşantıları kabullenmeyi, yani onlara karşı bilinçli ve istemli şekilde açık ve esnek bir tutumu öne sürer (Yavuz, 2018).

Farkındalık (Mindfulness), tüm yaşantıların farkında olmak ve buna ek yargılamaksızın kabullenmek olarak tanımlanmaktadır (Thompson ve Waltz, 2010). Mental durumlar üzerinde kontrol sağlamak onları gözlemleyerek mümkündür (Cioffi ve Holloway, 1993). Fakat kabullenme olmadan yalnızca farkına varmak, yaşantısal kaçınmayı engellemeye yetmeyebilir (Thompson ve Waltz, 2010).

Yaşantısal kaçınmanın tersi olan deneyimlere açıklık hastaların psikoterapide olumlu sonuçlar aldığının (Hayes ve Gifford, 1997), duygusal gönüllülük ise kronik ve diğer ağrı tedavilerinde iyi sonuçların göstergesi olarak bilinmektedir (Hayes ve ark., 1996).

1.3.2.2. Psikoterapinin Etkileri

Duygusal bozuklukların tedavi sürecinde oldukça dikkate alınan yaşantısal kaçınma, tedavi sonuçlarını da etkilemektedir. Farkındalık ve kabullenme temelli davranış müdahaleleri içeren terapi yaklaşımları sayesinde, kaygı bozukluğu yaşayan bireylerin yaşantısal kaçınma düzeylerinde önemli azalma görülmüştür. Farklı bir çalışmada, yaygın anksiyete bozukluğuna sahip katılımcılarda kabullenme temelli davranışçı terapi ve rahatlama teknikleri uygulandığında belirtilerde ve yaşam kalitesinde iyileşme görülmüştür. Gazilere uygulanan bilişsel davranışçı terapi sonucunda yaşantısal kaçınmanın azaltılmasıyla olumsuz duygulanım ve korku düzeylerinde düşüş görülmüştür (Eustis ve ark., 2020).

Diyalektik Davranış Terapisi, yaşantısal kabul ile duygulanım toleransını birleştirmesi ile Sınır Kişilik Bozukluğu'nda görülen yaşantısal kaçınma için işlevsel ve umut verici bir model olmaktadır (Hayes ve ark., 1996).

1.3.3. Yaşantısal Kaçınmanın Etiyolojisi

1.3.3.1. İlişkisel Çerçeve Kuramı

Hayes ve Gifford (1997), yaşantısal kaçınmanın insan dili kullanımının bir ürünü olduğunu öne sürmektedir. Yaşantısal kaçınma, yalnız başına bir teori değil, bir süreç olarak Kabul ve Kararlılık Terapisi'ne ve temel aldığı İlişkisel Çerçeve Kuramı'na (Relational Frame Theory) dayanmaktadır (Hayes ve ark., 2004).

İlişkisel Çerçeve Kuramı'nın dayandığı işlevsel bağlamsızlık yaklaşımı, bir davranışın bağlamında değerlendirildiğinde anlaşılabilirliğini söylemektedir. Buna göre, A ile B ilişkisini öğrenen biri, B ile A arasında da ilişki kurmayı; A ile B ve B ile C ilişkisini öğrenen biri A ile C arasında da ilişki kurmayı; A ile B, B ile C ve C ile olumsuz yaşantı ilişkisini öğrenen biri, A ile olumsuz yaşantı arasında da ilişki kurmayı aynı bağlamlar dahilinde öğrenmektedir (Yıldırım, 2019).

İlişkisel Çerçeve Kuramı'na göre, insan dilinin çift yönlülüğü, kişisel yaşantıları kategorize etmek ve onlarla temas kurmak yoluyla kaçınılan durumları genellemesine sebep olmaktadır. Örneğin, belirli bir durum/olay esnasında algılanan bileşenler kaygı olarak sınıflandırılır; kötü olduğuna karar verilir; daha sonra geçmiş veya gelecek olay için kurulan cümlelerle yeniden kaygı hissedilir. Bu nedenle birey olumsuz değerlendirilen yaşantıdan kaçınmaya başlar (Hayes ve ark., 2004).

İlişkisel çerçeveler nedeniyle olumsuz bulunan yaşantıdan kaçınmak yeterli gelmez; birey bu yaşantıya yönelen duygulardan ve düşüncelerden de kaçınmaya başlar. Fakat kaçındıkça çerçeveler giderek güçlenmektedir (Yıldırım, 2019). Kaygı duyulan düşüncenin bastırılması da bunun bir örneğidir (Hayes ve ark., 2004). Yaşantısal kaçınma ile ilişkisel çerçeveler arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu ve birbirini ortaya çıkardığı/sürdüğü söylenebilir (Yıldırım, 2019).

Kısacası, dil kullanımıyla, kaçınılan durum ve kaçınma yöntemi arasında ilişki kurulur ve çerçeveselir. Bu şekilde, kaçınma yöntemi de kaçınılan durum ile eşdeğer görülür (Yavuz, 2018).

1.3.3.2. Diğer Etkenler

Yaşantısal kaçınma kullanımının sebeplerinden biri, model olarak öğrenmedir. Özellikle çocukların duygusal tepkileri bastırılarak eğitilmesi (ağlamayı durdurma talebi gibi) ve sosyal alanlarda duyguları göstermeyen yetişkinleri gözlemlemesi etkili olmaktadır (Hayes ve ark., 1996).

Günlük hayattaki risklerden kaçınmak için bilinçli kullanılan kontrol stratejileri, birçok açıdan kullanışlı olduğundan istenmeyen duygular, düşünceler gibi durumlarda da denir; uygun olmayacağı hesaba katılmadan kullanılarak yaşantısal kaçınmaya yol açar (Hayes ve ark., 1996).

Duygular ve düşünceler davranışın sebebi olarak görüldüğünden, kötü davranışa sebep olan bilişlerden kaçınılması gerekliliği ve bunun kaçınma davranışı için bir bahane olarak sunulması da yaşantısal kaçınmanın sebeplerindendir (Hayes ve ark., 1996).

Son olarak kısa vadedeki olumlu sonuçlarına uzun vadedeki sonuçlarından daha fazla önem verilen yaşantısal kaçınma yolları, işe yarar gibi gözüktüğünden kullanılmaktadır (Hayes ve ark., 1996).

1.3.4. Yaşantısal Kaçınmanın Psikopatolojik Etkileri

Hayes ve ark.'na (1996) göre, kaçınma rahatsız edici düşüncelerden uzaklaşıp rahatlamak, fiziksel acıdan kaçınmak gibi yönlerden zararsız hatta sağlıklı olsa da, birçok psikopatoloji biçimi, yaşantısal kaçınmanın sağlıksızca kullanımı olarak görülmekte; yaşantısal kaçınma çeşitli patolojik modellerin etiyojisinde ve sürdürülmesinde önemli bir faktör olarak yer almaktadır (Hayes ve ark., 2004).

Yaşantısal kaçınmanın psikopatolojiye yol açmasının birçok nedeninden biri ve en temeli, gerekli ve yararlı yaşamsal değişimler için gerekli adımları atmaktan alıkoymasıdır (Hayes ve ark., 1996).

Yaşantısal kaçınma başta kaygı bozuklukları ve depresif bozukluklar olmak üzere çeşitli psikopatoloji derecelerine yatkınlığa sebep olurken, farklı yaşantısal kaçınma yolları, farklı şekillerde kaygı ve depresyonu öngörmektedir (Eustis ve ark., 2020).

Yaşantısal kaçınma düzeyinin yükselmesi, depresyon, kaygı, birtakım özel korkular ve travmanın büyümesi, yaşam kalitesi düşüklüğü, ruminasyon ile ilişkili bulunmuştur (Hayes ve ark., 2004; Ottenbreit ve Dobson, 2004; Ottenbreit, Dobson ve Quigley, 2014).

Machell ve ark. (2015) tarafından yapılan günlük tutma çalışması, yaşantısal kaçınmanın daha fazla olumsuz duygulanım, daha az olumlu duygulanım, günlük etkinliklerden daha az zevk alma ve yaşamı daha az anlamlandırmayı öngördüğünü ortaya koymaktadır.

Yaşantısal kaçınmanın her zaman hissedilme özelliğinin en belirgin ispatı intihar davranışdır. İntihar eden ve intihara eğilimli kişilerin incelenmesiyle intiharın suçluluk, kaygı, yetersizlik, değersizlik gibi hislerden kaçma çabası olduğu görülmüştür (Hayes ve Gifford, 1997).

Hayes ve ark. (1996), yaşantısal kaçınmanın bazı temel psikopatolojik tanılar ile ilişkisini ele almıştır. Bunlardan ilki, yaşantısal kaçınma düzeyinin yüksek olduğu bilinen madde bağımlılığı tanısıdır. Çeşitli kaçınmalar içeren Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) söz konusu olduğunda ise, hastaların yaşamlarını kısıtlayan temel kaynak bu kaçınmalar olmaktadır. Bazı OKB hastaları kaygılarını azaltmak için birtakım ritüeller gerçekleştirirken bazıları ise düşüncelerini bastırma ve dikkat dağıtmayı tercih etmektedir. Bununla beraber hastalar kaçınma yolları engellendiğinde rahatsız olabilmektedir. Bir diğer tanı olarak, Agorafobili Panik Bozukluk hastalarının fizyolojik değişimlere fazla duyarlı olmaları, panik veya korku hissetmekten korkmaları, korkulan çevrelerden uzak durmaları gibi sebeplerle yaşam tarzları oldukça kısıtlı hale gelmektedir. Fazla kaçınma kullanan Agorafobi hastalarının daha az düzeyde kullananlara göre ek kaygı bozukluğu geliştirmeye daha yatkın oldukları görülmüştür (Hayes ve ark., 1996).

Yaşantısal kaçınma, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) belirtilerini kötüleştirme ve sürdürme üzerinde etkiye sahiptir (Thompson ve Waltz, 2010). Thompson ve Waltz (2010), aleksitimi, düşünce baskılama ve kaçınan başa çıkma olmak üzere üç yaşantısal kaçınma stratejisini TSSB ile ilişkili olarak ele almışlardır. Yüksek aleksitimi düzeyine sahip bireylerde travma maruziyeti sonrası bozukluk geliştirme olasılığının fazla olması ve TSSB geliştirdikten sonra görülen yüksek aleksitimi düzeyi, aleksitimi ile TSSB ilişkisinin çift yönlü olabileceğini göstermektedir. TSSB semptomlarının ciddiyetini öngördüğü görülen düşünce baskılama, travma ile ilişkili istenmeyen düşüncelerin artmasına neden olduğundan TSSB semptomlarının devamına neden olmaktadır. Çeşitli aktivitelerle dikkati stres verici uyarandan dağıtan ve kısa vadede uyumsal olabilen kaçınan başa çıkma, TSSB semptomlarını öngörmekte ve aleksitimi gibi iki yönlü etki etmektedir (Thompson ve Waltz, 2010).

Çeşitli araştırma sonuçlarına göre, Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği'nde belirtilen farklı kaçınma boyutları farklı psikopatolojik belirtileri öngörmektedir. Davranışsal Kaçınma ile Sıkıntıdan Kaçınma fobileri, Bastırma ve İnkâr depresif ve obsesif kompulsif belirtileri, Erteleme ise depresif belirtileri yordayıcı bulunmuştur (Yıldırım ve Bahtiyar, 2020).

1.3.4.1. Kaçınmanın Paradoksal Etkisi

Yaşantısal kaçınmanın paradoksal etkisi, kaygı ve ilişkili bozuklukların semptomlarının artması ve sürmesine neden olur (Eustis ve ark., 2020; Hayes ve ark., 1996). Sıkıntı veren içsel yaşantılardan kaçınmak, yaşantının sıklığını ve verdiği sıkıntıyı artırabilir (Eustis ve ark., 2020).

Düşünceleri bastırmaya ve kontrol etmeye çalışmak, ters etki yaparak kaçınılan konuyla ilgili daha fazla düşünce üretmeye yol açar. Bu konuda yapılmış birçok çalışma sonucunda, belirli bir düşünceyi bastırması istenen katılımcıların bu yönlendirmeyi almayan katılımcılara göre o düşünceye daha fazla sahip oldukları görülmüştür. Anılardan kaçınmak ise, anıları canlandırabilecek tüm durumlardan kaçınmaya ve bireyin özgürlüğünü kısıtlamaya sebep olabilir (Hayes ve ark., 1996).

Düşünce bastırmadaki ters etki, duygudurum için de geçerlidir. Bu konudaki bir çalışma sonucuna göre, katılımcı örneğin kaygılı olduğu anda bastırmaya çalıştığı bir düşünceyi, daha sonraki kaygı anında daha fazla hatırlamaktadır. Özetle, kaçınılan duygunun verdiği rahatsızlık, duygunun kendisinden değil kaçınma sürecinden kaynaklanmaktadır (Hayes ve ark., 1996).

Aynı paradoksal etki, bedensel duyular için de geçerli olmaktadır. Soğuk baskı ile ağrı verilen bir düzenekte, katılımcılardan ağrıya odaklanmaları istenenler hızlı iyileşme gösterirken, en yavaş iyileşme ağrı hissini bastırıp dikkat dağıtıcı düşünce verilen grupta gerçekleşmiştir (Hayes ve ark., 1996). Benzer şekilde, belirli bedensel duyulardan kaçınan panik bozukluğa sahip bireyler, kendilerinde fizyolojik uyarılmaya neden olmaktadır (Hayes ve Gifford, 1997).

1.3.4.2. Başa Çıkma Teknikleri Açısından Yaşantısal Kaçınma

Çeşitli araştırmalar sonucunda, Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri, Stresle Başa Çıkma Ölçeği ve benzer araçlarla ölçülen başa çıkma tekniklerinden kaçınma davranışı içeren tekniklerin -rahatsız edici olayları düşünmekten kaçınma, iyi düşüncelerle değiştirme, dikkat dağıtmak için televizyon izleme, telefonla konuşma gibi- madde kullanımını ve depresyonu öngördüğü görülmüştür (Hayes ve ark., 1996).

Baş çıkma tekniği olarak düşünce bastırma kullanmanın depresyona ve obsesif semptomlara eğilimli hale getirdiği; duygusal kaçınma ile beraber kullananların yine depresif semptomlara meylectiği görülmektedir (Hayes ve ark., 1996).

Bireylerin baş edebilme esnekliğini azaltan yaşantısal kaçınma, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Thompson ve Waltz, 2010).

1.3.5. Yaşantısal Kaçınmada Cinsiyet Farkı

Literatür incelendiğinde, kaçınmanın cinsiyete göre farklılaşmadığı (Taysi, 2010; Temelcioğlu Tunalı, 2020) ve erkeklerin kadınlardan daha fazla kaçındığını (Ottenbreit ve Dobson, 2004) gösteren çalışmalar mevcut olsa da, kadınların daha fazla kaçınma düzeyine sahip olduğu çalışmalara (Ben-Zur ve Zeidner, 1996;

Çırakoğlu, 2011; Robichaud, Dugas ve Conway, 2003; Tamres, Janicki ve Helgeson, 2002; Ünlü, 2015) daha sık rastlanmıştır.

Robichaud ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışmaya göre, bilişsel kaçınma ögesi olan istenmeyen düşünceleri baskılamada kadınlar erkeklerden önemli derecede yüksek seviyeye sahiptir. Tamres ve ark. (2002) nın çalışmasına göre, kadınların stres değerlendirmesi daha şiddetli olduğundan strese karşı kaçınma da dahil olmak üzere birçok baş etme stratejisinin kadınlar tarafından daha fazla kullanıldığı bulunmuştur. Ben-Zur ve Zeidner (1996), savaş, kriz gibi dönemlerde kadınlar sosyal desteği ve aktif baş etme stratejilerini daha fazla kullanırken erkekler kaçınmayı daha etkili bulmaktadır. Fakat günlük stresli olaylar sözkonusu olduğunda durum tersine dönmekte, kaçınma kadınlar arasında daha yaygın görülmektedir (Ben-Zur ve Zeidner, 1996). Nolen-Hoeksema (2012), kadınların duygu düzenleme stratejilerini erkeklerden daha fazla kullandığını ve erkeklerin bildirdiği bastırma/kaçınmanın düşük oranda olduğunu belirtmektedir. Kaçınmanın farklı boyutlarla ele alındığı bir çalışmada, sosyal olmayan –bireysel başarıyla ve kendi başı başıyla ilişkili- davranışsal kaçınma boyutu, kadınlarda depresyon ve anksiyete ile daha fazla ilişkili yani kadınlar için daha uyumsuz olarak bulunmuştur (Ottenbreit ve Dobson, 2004).

1.4. SOMATİZASYON

Somatizasyon, genel olarak ruhsal sorunların bedensel yakınmalarla ifade edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Canino, Rubio-Stipec, Canino ve Escobar, 1992; Dülgerler, 2000). Somatizasyonda hastalık düşündürülen fiziksel belirtiler olmasına rağmen bunların temelinde organik bir bozukluk bulunmamaktadır (Dülgerler, 2000).

Lipowski (1988)'ye göre, psikososyal strese tepki olarak bedensel sıkıntılar yaşama ve bunun için tıbbi yardım arama eğilimi somatizasyon olarak adlandırılır. Organik bir sebebe dayanmayan somatik yakınmalar, sağlıklı bireylerde de görülebilen ve kısa süreli olağan bir yaşantı olup, bu belirtiler hastalık sebebi olarak yorumlandığında, hastalık inancına ve korkusuna, yetiyitimine ve tıbbi yardım

arayışına yol açtığında bozukluk olarak nitelendirilebilir (Dülgerler, 2000; Lipowski, 1988).

Somatik belirtiler, aynı zamanda işlevsel, psikojenik, psikosomatik, psikofiziksel belirtiler ve tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar şeklinde de adlandırılabilir (Lipowski, 1988; Ziadni ve ark., 2018).

Somatizasyon, fiziksel hastalıklarla (Lipowski, 1988) ve psikiyatrik bozukluklarla beraber veya tek başına bulunabilir (Dülgerler, 2000). Sıklıkla depresyon ve anksiyeteye eşlik eden somatik belirtiler, somatoform bozuklukların temelinde yer almaktadır (Kroenke, 2016; Lipowski, 1988).

Somatizasyon, geçici veya sürekli olmak üzere iki farklı şekilde görülebilir. Geçici formu genellikle ölüm ve önemli kayıp gibi durumlar sonucu ortaya çıkıp kendiliğinden veya doktor kontrolü sonrası fiziksel hastalık olmadığı öğrenildiğinde kaybolurken; sürekli somatizasyon kronik, hayat boyu sürebilen ve sosyal/mesleki açıdan yetiyitimine neden olabilen özelliكتedir (Lipowski, 1988).

1.4.1. Somatizasyonun Bileşenleri

Lipowski (1988), somatizasyonun yaşantısal, bilişsel ve davranışsal olmak üzere üç farklı bileşeni olduğunu belirtir. Bireyin bedeninde hissettiği ve sadece kendisinin bildiği ağrı veya sıkıntıya sebep olan diğer uyaranlar yaşantısal bileşeni oluşturur. Bilişsel bileşen, algılanan belirtileri yorumlama, atfetme, karar verme gibi süreçlerden meydana gelir. Son olarak, bu belirtilerin yorumlanmasını izleyen, bireyin sözlü veya sözsüz eylemleri davranışsal bileşeni meydana getirir. Davranışsal bileşen, yardım veya tavsiye arama, doktora danışma ve şikayetlenme olabilir (Lipowski, 1988).

1.4.2. Somatik Belirtiler

Genellikle birden fazla somatik semptom bir arada bulunur ve vücudun herhangi bir kısmını, fonksiyonunu, organı veya sistemi etkileyebilir (Kroenke, 2016; Lipowski, 1988). Yaygın görülen semptomlar baş ağrısı, baş dönmesi, karın ağrısı, sırt ağrısı, iskelet-kas ağrısı, öksürük, yorgunluk, halsizlik, kalp çarpıntısı, nefes darlığı, gastrointestinal problemler, genito-üriner sistem şikayetleri ve

komorbid olarak huzursuz bağırsak sendromu, fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu veya başka sendromlardır (Dülgerler, 2000; Ewart, Elder, Laird, Shelby ve Walker, 2013; Lipowski, 1988; Ziadni ve ark., 2018).

1.4.3. Epidemiyoloji

Sağlık hizmetlerine somatik şikayetlerle yapılan ziyaretlerin neredeyse yarısı organik bir sebebe bağlı olmayan, tıbbi olarak açıklanamayan semptomlardır (Kroenke, 2016; Ziadni ve ark., 2018).

Toplumun yaklaşık %80'i tarafından bildirilen somatik belirtiler, erkeklere oranla kadınlarda daha fazla görülmektedir (Bilge ve Tütüncü, 2020; Canino ve ark., 1992; Dülgerler, 2000; Maass, Kühne, Maas, Unverdross ve Weck, 2020). Ayrıca, düşük eğitim düzeyine sahip ve alt sosyal düzeydeki bireylerde ve gelişmekte olan ülkelerde somatizasyona daha sık rastlanmaktadır (Canino ve ark., 1992; Dülgerler, 2000).

Kültürel psikopatolojide Çin'de sıkıntının somatik ifadesi ve depresyonun somatik belirtilerle seyretme eğilimi bilinmektedir. Batı toplumlarıyla kıyaslandığında Çinliler daha fazla somatik belirti gösterirken, psikolojik belirtiler Batı'da daha fazla görülmektedir. Bu fark, Çinli hastalarda psikopatolojiye dair algılanan stigmanın ve aleksitimi düzeyinin daha yüksek oranda olması ile ilişkilidir (Ryder ve ark., 2008).

1.4.4. Somatizasyonun Etiyolojisi

Genel itibariyle duygusal süreçlerin hastalıkların gelişiminde önemli bir yeri olduğu bilinmektedir. Bununla beraber birtakım sosyokültürel etkenler, çevresel faktörler ve öğrenme gibi süreçler de somatik belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynamaktadır (Dülgerler, 2000).

1.4.4.1. Duygusal Etkenler

Kroenke (2016)'ye göre psikolojik semptomlar ve somatik semptomlar arasında dört farklı ilişki mekanizması olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. Bunlar, nedensel ilişki, sonuçsal ilişki, karşılıklı ilişki ve ortak yol ilişkisidir. Bir diğer deyişle, psikolojik semptomlar somatik semptomlara neden olabilir, somatik

semptomlar sonucu ortaya çıkabilir, somatik semptomlarla aynı sebebe bağlı olabilir ve karşılıklı etkiye sahip olabilir (Kroenke, 2016).

Psikodinamik görüşe göre, somatizasyon aleksitimi ile yakından ilişkilidir. Aleksitimi durumunda duygular sözel şekilde ifade edilemediğinden somatik belirtiler yoluyla ifade sağlanabilir (Dülgerler, 2000). İçsel duygusal yaşantılarına odaklanmayan bireylerin daha fazla somatik belirti algıladıkları da bilinmektedir (Ryder ve ark., 2008).

Negatif duygular ve çevresel stres somatik odağı artırmaktadır. Stres verici bir sosyal çevrenin olumsuz duygulanıma yol açmak suretiyle somatik rahatsızlığı sürdürdüğü bilinmektedir. Ayrıca, sosyal çevre, duygudurumu değiştirmeksizin bilişsel mekanizmalar yoluyla yani dikkat, odak, işleme süreçleri ile de sağlık durumunu etkilemektedir (Ewart ve ark., 2013).

İnsanların stresli yaşantılara dair anı ve duygulardan kaçınmaları, fiziksel semptomların sürmesine neden olan uyumsuz süreçlere yol açar. Kaçınmak yerine bu anı ve duygularla yüzleşmelerine yardım etmek uyumsuz süreçleri tersine çevirebilmektedir (Ziadni ve ark., 2018).

1.4.4.2. Çevresel Etkenler

Kültürel düzey yükseldikçe bedensel anlatımın azalmasında, bazı çevrelerde bedensel rahatsızlıkların psikolojik rahatsızlıklardan daha fazla ciddiye alınması ve ruhsal durumları yansıtmaktan utanç duyma gibi durumlar etkilidir (Dülgerler, 2000).

Somatik belirti gösteriminde etkili bir diğer çevresel faktör olarak, bireyin etrafındaki uyaran niteliği önem arz etmektedir. Etrafta anlamlı uyaran olmadığı durumlarda dikkat içsel uyarılara çevrilir ve belirtiler artar (Dülgerler, 2000).

Gelişim döneminde hastalık davranışını öğrenme, somatik belirtileri arttıran bir diğer etkidir. Hasta olarak ayrıcalık kazandığını fark eden çocuk, ilerleyen yaşlarda bunu bir baş etme yöntemi olarak kullanabilir. Hastalık yoluyla ilgi ve yardım görmek, sorumluluklarından ve stresten uzaklaşmak gibi ikincil kazançlar da somatik belirtiler ortaya çıkarmada etkilidir (Dülgerler, 2000).

1.4.5. Somatizasyonun Tedavisi

Somatik semptomların tedavisinde fiziksel tedavi ile davranışsal terapinin bir arada kullanılması kesin sonuçlar vermekle beraber, bilişsel davranışçı terapi, antidepresanlar, egzersiz genellikle kullanılan işe yarar yöntemlerdir. (Kroenke, 2016).

Psikoterapi, somatik semptomları algılama ve bildirme düzeyini değiştirmemekle birlikte bilişsel değerlendirmeyi etkileyerek bu semptomları normal ve strese sebep olmayacak şekilde yorumlamayı öğretmektedir. Genel olarak, psikoterapi somatik semptomları azaltmayı değil, bunlarla uyumsal şekilde başa çıkmayı hedefler (Maass ve ark., 2020).

Hastaların somatik semptomlarının sebeplerini kendileri fark etmelerine izin vermeden semptomlar psikolojik faktörlere bağlanırsa ters etkiye sebep olabilir (Kroenke, 2016). Bu sebeple, somatizasyonun tedavisinde asıl amaç hastaya içgörü kazandırmaktır (Dülgerler, 2000).

Stresli yaşantıların yazılı veya sözlü ifadesinin özellikle kronik ağrılarda etkili olan yararları bilinmektedir. Somatik semptomlar ile travma, istismar, stresli yaşantılar ve kişilerarası zorlanmalar arasında yakın ilişki mevcuttur. Bu nedenle, hastaların yaşadığı stresli durumları bildirmesi, farkındalığının ve duygu ifadesinin artırılması, duyguların fiziksel semptomlarla ilişkilendirilmesi sağlık üzerinde olumlu etkilere sahiptir. Ziadni ve ark. (2018) tarafından psikososyal travma ve stresli yaşantılar hakkında duygusal farkındalık ve ifade amaçları doğrultusunda gerçekleştirilen 6 haftalık görüşmeler ile ağrı ciddiyetinde ve engellemesinde, uyku sorunlarında ve kaygı, depresyon, kişilerarası hassasiyet gibi birtakım yaygın psikolojik problemlerde azalma olduğu görülmüştür. Bu çalışma, çözümlenmemiş travma, stres ve çatışma üzerinde çalışıldığında somatik belirtilerin azalabileceğine dair deneysel kanıt niteliği taşımaktadır (Ziadni ve ark., 2018).

Daha spesifik olarak, duygusal farkındalığı artırmak fibromiyalji ve huzursuz bağırsak sendromunu; EMDR sırt ağrısını; öfke farkındalığı ve ifadesi baş ağrısını iyileştirmede olumlu etkilere sahiptir. Ayrıca, kaçınılan duygularla yüzleşmeye teşvik eden psikodinamik psikoterapi kısa vadede somatik semptomlar için faydalı olmaktadır (Ziadni ve ark., 2018). Somatik semptomları artıran bir etkenin olumsuz

duygudurum olduğu bilindiğinden terapide duygu dzenleme yntemlerine odaklanmak da faydalı olmaktadır (Maass ve ark., 2020).

1.5. AMAÇ

Ruhsal hastalıklara ynelik olumsuz inançların ruhsal hastalığa sahip bireylerin kendisinde sosyal ilişkilerden ve tedavi arayışından kaçınmaya neden olduğu (Baysal, 2013), düşük duygusal farkındalığın öne çıktığı aleksitiminin yaşantısal kaçınma ile ilişkisi (Thompson ve Waltz, 2010), kaçınma davranışının somatik belirtileri sürdürdüğu (Ziadni ve ark., 2018) ve somatik belirtilerin kaçınma yöntemi olarak ortaya çıktığı (Dülgerler, 2000) bilinmektedir.

Bu çalışmanın amacı, ruhsal hastalıklara ynelik inançlar ve duygusal farkındalık düzeyinin yaşantısal kaçınma üzerindeki yordayıcı etkisini ve yordayıcıların somatik belirti düzeylerine göre gösterdiği değişikliği incelemektir. Araştırmadaki değişkenlerin incelendiği çeşitli çalışmalar mevcut olmakla birlikte, aralarındaki ilişkiye dair bulguların sınırlı olduğu görülmüştür. Araştırma sonucunda, yaşantısal kaçınmanın ruhsal hastalığa ynelik inançlar ve duygusal farkındalık tarafından yordanması ve somatik belirti düzeylerine göre yaşantısal kaçınmanın yordayıcılarının değişiklik göstermesi beklenmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

2.1. KATILIMCILAR

Araştırmanın evrenini evli kadınlar oluşturmaktadır. Bu nedenle örneklem amaçlı örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Gönüllü olarak çalışmaya katılan ve yaşları 20 ile 66 arasında değişen 351 evli kadının yaş ortalaması 37,57 olarak elde edilmiştir. Ortalama 13,71 yıldır evli olan katılımcılardan 268'i (%76,4) çocuk sahibidir ve 152'si (%43,3) çalışan bireylerdir.

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada, sosyodemografik bilgi formuna ek olarak Somatizasyon Ölçeği, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği, A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10 ve Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği olmak üzere beş farklı veri toplama aracından yararlanılmıştır.

2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Anketin ilk kısmında katılımcılardan yaş, cinsiyet, evlilik süresi, varsa çocuk sayısı ve yaşı, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu ve süresi, sosyo-ekonomik durum değerlendirmesi (alt-orta-üst) ve hayat memnuniyeti düzeyi (memnunum-biraz memnunum- memnun değilim) belirtmeleri istenmiştir.

2.2.2. Somatizasyon Ölçeği

Somatizasyon Ölçeği, Minnesota Çok Yönlü Kişik Envanteri'nin (MMPI) Somatizasyon alt ölçeğine ait 33 maddeden oluşan, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Dülgerler (2000) tarafından gerçekleştirilen bir ölçektir. Katılımcılardan ölçekte yer alan ifadeleri “Doğru” veya “Yanlış” olarak cevaplandırması istenir. Ölçeğin 1, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 32, 33 numaralı maddeleri için “Doğru” yanıtına 1, “Yanlış” yanıtına 0 puan ve 2, 3, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25,

28, 29, 30, 31 numaralı maddeleri için “Yanlış” yanıtına 1, “Doğru” yanıtına 0 puan verilerek 0 ile 33 arasında toplam puan elde edilir. Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan Kuder-Richardson-20 katsayısı 0,83 bulunmuştur. İki yarı güvenilirliğinde Alfa katsayısı ilk yarı için 0,88, ikinci yarı için 0,84, Guttman yarı güvenilirlik değeri 0,76 ve Unequal Length Spearman Brown değeri 0,79 olarak bulunmuştur (Dülgerler, 2000).

2.2.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

Hirai ve Clum (2000) tarafından geliştirilen Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bilge ve Çam (2008) tarafından gerçekleştirilmiştir. 21 maddeden oluşan altılı likert tipi ölçek, “Tehlikelilik”, “Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma” ve “Utanma” isimli üç alt ölçekten oluşmaktadır. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13 numaralı maddeler Tehlikelilik alt ölçeğine, 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21 numaralı maddeler Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeğine, 12 ve 15 numaralı maddeler Utanma alt ölçeğine aittir. Alt ölçek puanlarına ek olarak toplam puan da hesaplanmakta ve yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir. Ölçeğin tümü için Cronbach Alfa katsayısı 0,82, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği için 0,80, tehlikelilik alt ölçeği için 0,71, utanma alt ölçeği için 0,69 olarak bulunmuştur (Bilge ve Çam, 2008).

2.2.4. A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10

Tatar, Özdemir, Çelikbaş ve Özmen (2018) tarafından geliştirilen 10 maddelik A Duygusal Farkındalık Ölçeği-10, beşli likert tipi ölçek olup 2, 4, 6, 8 ve 10 numaralı maddeler ters yönlü puanlanmaktadır. Ölçek, toplam puan üzerinden yorumlanmakta ve yüksek puan, duyguların farkına varma becerisinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur (Tatar ve ark., 2018).

2.2.5. Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği

Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero, ve Watson (2011) tarafından geliştirilen, Yıldırım ve Bahtiyar (2020) tarafından Türkçe uyarlama çalışması yapılan altılı likert tipi Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği 59 maddeden

oluşmaktadır. Ölçek, “Kaçınma”, “Dikkat Dağıtma ve Baskılama”, “Sıkıntıya Dayanıklılık”, “Erteleme” ve “Bastırma ve İnkâr” şeklinde beş alt ölçeğe sahiptir. Kaçınma alt ölçeği 1, 5, 6, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 31, 35, 36, 41, 42, 47, 48, 51, 52, 55, 56, 58 numaralı maddelerden; Dikkat Dağıtma ve Baskılama alt ölçeği 2, 7, 11, 13, 20, 25, 30, 37 numaralı maddelerden; Sıkıntıya Dayanıklılık alt ölçeği 4, 10, 16, 22, 27, 34, 40, 45, 50, 54, 59 numaralı maddelerden; Erteleme alt ölçeği 3, 9, 15, 28, 33, 39, 44 numaralı maddelerden; Bastırma ve İnkâr alt ölçeği 8, 14, 19, 21, 26, 32, 38, 43, 46, 49, 53, 57 numaralı maddelerden oluşmaktadır. Ölçekte 21 ve 28 numaralı maddeler ters yönlü puanlanmaktadır. Alt ölçeklere ek olarak, “Kaçınma + Dikkat Dağıtma ve Baskılama + Erteleme + Bastırma ve İnkâr + (77-Sıkıntıya Dayanıklılık)” şeklinde toplam puan da hesaplanmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı toplam puan için 0,93, Kaçınma alt ölçeği için 0,91, Dikkat Dağıtma ve Baskılama alt ölçeği için 0,87, Sıkıntıya Dayanıklılık alt ölçeği için 0,87, Erteleme alt ölçeği için 0,85, Bastırma ve İnkâr alt ölçeği için 0,84 olarak bulunmuştur. İki yarı güvenilirliğine bakıldığında Cronbach Alfa değeri ilk yarı için (30 madde) 0,85, ikinci yarı için (29 madde) 0,89 olarak bulunmuş ve Guttman yarı güvenilirlik katsayısının 0,89 olduğu görülmüştür (Yıldırım ve Bahtiyar, 2020).

2.3. UYGULAMA

Araştırma, anketin çevrimiçi form şeklinde hazırlanıp bağlantının gelişigüzel örnekleme yöntemi ile evli ve kadın bireylere ulaştırılması ile uygulanmıştır.

2.4. VERİLERİN ANALİZİ

İlk olarak, çalışmada yer alan örneklemin çeşitli sosyo-demografik değişkenler açısından oluşturulan gruplardaki kişi sayısı ve yüzde dağılımları ile bazı değişkenler açısından betimleyici istatistik değerleri belirlenmiştir. Daha sonra çalışmada kullanılan Somatizasyon Ölçeği, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği, A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10, Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği ve bu ölçeklere ait alt ölçeklerin iç tutarlılık analizleri ile betimleyici istatistik değerleri hesaplanmıştır. Bundan sonraki aşamada, kullanılan ölçekler arasındaki korelasyon düzeylerini belirlemek için Pearson Korelasyon Analizi gerçekleştirilmiştir. Son olarak, Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği alt

boyutlarının Ruhsal Hastalığa Yönelik Olumsuz İnançlar Ölçeği alt boyutları ve A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10 tarafından yordanmasına yönelik önce tüm örneklem için daha sonra Somatizasyon Ölçeği ile belirlenen düzeylere göre (düşük, orta, yüksek) Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi gerçekleştirilmiştir.

2.5. SONUÇLAR

Yapılan çalışmada katılımcıların çeşitli sosyo-demografik değişkenler açısından ayrılan gruplara göre kişi sayıları ve yüzde dağılımları Tablo 1’de belirtilmiştir.

Tablo 1 Örneklemin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı

Değişken	Kategori	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Evlilik Sayısı	Birinci	311	88,6
	İkinci ve üzeri	40	11,4
	Toplam	351	100
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	268	76,4
	Yok	83	23,6
	Toplam	351	100
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	44	12,5
	Lise	82	23,4
	Lisans	178	50,7
	Lisansüstü	47	13,4
	Toplam	351	100
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	152	43,3
	Çalışmıyorum	199	56,7
	Toplam	351	100
Sosyoekonomik Düzey Değerlendirmesi	Alt	14	4,0
	Orta	297	84,6
	Üst	40	11,4
	Toplam	351	100
Hayat Memnuniyeti	Memnunum	231	65,8
	Biraz memnunum	104	29,6
	Memnun değilim	16	4,6
	Toplam	351	100

Çalışmaya katılan kişilerin 311’i (%88,6) birinci evliliğini, 40’ı (%11,4) ise ikinci veya daha sonraki evliliğini sürdürmektedir. Katılımcılardan 268 kişi (%76,4) çocuk sahibi iken, 83 kişi (%23,6) çocuk sahibi değildir. Katılımcıların 44’ü (%12,5) ilköğretim, 82’si (%23,4) lise, 178’i (%50,7) lisans, 47’si (%13,4) lisansüstü eğitim düzeyine sahiptir. 152 katılımcı (%43,3) şu anda çalıştığını belirtirken 199’u (%56,7) çalışmadığını belirtmiştir. Katılımcılara sosyo-ekonomik düzey değerlendirme

sorulduğunda, 14'ü (%4) alt, 297'si (%84,6) orta ve 40'ı (%11,4) üst düzey olarak cevaplamıştır. Çalışmadaki katılımcıların 231'i (%65,8) hayatından memnun olduğunu, 104'ü (%29,6) hayatından biraz memnun olduğunu, 16'sı ise (%4,6) hayatından memnun olmadığını belirtmiştir.

Tablo 2 Örneklemin Betimleyici İstatistik Değerleri

Değişkenler	n	En Küçük Değer	En Büyük Değer	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	351	20	66	37,57	9,797
Evlilik Süresi	351	0	49	13,71	10,640
Çocuk Sayısı	268	1	15	2,05	1,324
Çocuk Yaşı	259	0	40	10,75	8,437
Çalışma Süresi	152	1	40	13,89	9,530

Çalışmaya katılan 351 kişinin yaş ortalaması 37,57 iken, en genç katılımcı 20, en yaşlı katılımcı ise 66 yaşındadır. Katılımcıların ortalama evlilik süresi 13,71 yıldır. En kısa evlilik süresinin 1 yıldan az olduğu ve en uzun evlilik süresinin 49 yıl olduğu görülmektedir. Katılımcılardan çocuk sahibi olan 268 kişiden en az çocuğa sahip katılımcı 1, en çok çocuğa sahip katılımcı ise 15 çocuğa sahiptir. Bu kişilerin sahip olduğu en küçük çocuklarının en küçüğü 1 yaşından küçük ve en büyüğü 40 yaşındadır. Sahip olunan ortalama çocuk yaşı ise 10,75'tir. Ayrıca, 9 kişi çocuk yaşı sorusunu cevaplandırmamıştır. Çalışan 152 katılımcının en kısa çalışma süresi 1, en uzun çalışma süresi 40, ortalama çalışma süresi ise 13,89 yıldır.

Çalışmada kullanılan Somatizasyon Ölçeği, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği, A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10, Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği ve bu ölçeklere ait alt boyutların iç tutarlılık analizleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3 Ölçek ve Ölçek Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Kat Sayıları

Değişkenler	n	k	Cronbach Alfa Katsayısı
Somatizasyon Ölçeği	351	33	0,845
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	351	21	0,896
A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10	351	10	0,394
Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği	351	59	0,932
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutu	351	11	0,850
Tehlikelilik Alt Boyutu	351	8	0,778
Utanma Alt Boyutu	351	2	0,656
Kaçınma Alt Boyutu	351	21	0,903
Dikkat Dağıtma ve Baskılama Alt Boyutu	351	8	0,870
Sıkıntıya Dayanıklılık Alt Boyutu	351	11	0,818
Erteleme Alt Boyutu	351	7	0,747
Bastırma ve İnkâr Alt Boyutu	351	12	0,828

Somatizasyon Ölçeği'ne ait Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0,845, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne ait Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0,896, A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10'a ait Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı 0,394, Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği'ne ait Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı ise 0,932 olarak hesaplanmıştır. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ne ait Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma, Tehlikelilik ve Utanma alt boyutlarına ait Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayıları sırasıyla 0,850, 0,778 ve 0,656 olarak hesaplanmıştır. Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği'ne ait Kaçınma, Dikkat Dağıtma ve Baskılama, Sıkıntıya Dayanıklılık, Erteleme, Bastırma ve İnkâr alt boyutlarına ait Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayıları sırasıyla 0,903, 0,870, 0,818, 0,747 ve 0,828 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmada kullanılan Somatizasyon Ölçeği, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği, A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10, Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği ve bu ölçeklere ait alt boyutların betimleyici istatistik değerleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4 Örneklemin Ölçek Toplam Puanları ile Alt Boyut Puanlarının Betimleyici İstatistik Değerleri

Değişkenler	n	En Küçük Değer	En Büyük Değer	Ortalama	Standart Sapma
Somatizasyon Ölçeği	351	0	28	11,75	6,12
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	351	8	105	53,14	18,41
A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10	351	22	49	33,96	4,54
Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği	351	94	297	206,74	37,97
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutu	351	0	55	27,03	11,11
Tehlikelilik Alt Boyutu	351	1	40	24,76	7,65
Utanma Alt Boyutu	351	0	10	1,33	2,12
Kaçınma Alt Boyutu	351	21	126	83,28	19,79
Dikkat Dağıtma ve Baskılama Alt Boyutu	351	8	48	34,43	8,81
Sıkıntıya Dayanıklılık Alt Boyutu	351	24	66	47,10	9,84
Erteleme Alt Boyutu	351	10	42	25,81	7,37
Bastırma ve İnkâr Alt Boyutu	351	13	72	33,32	11,34

Araştırmaya katılan 351 kişinin Somatizasyon Ölçeği puan ortalaması 11,75'tir. Bu ölçekten alınan en düşük puan 0, en yüksek puan 28 olarak hesaplanmıştır. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nden alınan toplam puan ortalaması 53,14, en düşük puan 8 ve en yüksek puan 105 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, bu ölçeğe ait alt boyutlardan Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutu'nun puan ortalaması 27,03, en düşük puan 0, en yüksek puan 55; Tehlikelilik Alt Boyutu'nun puan ortalaması 24,76, en düşük puan 1, en yüksek puan 40; Utanma Alt Boyutu'nun puan ortalaması 1,33, en düşük puan 0, en yüksek puan 10 olarak hesaplanmıştır. A Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği-10 ortalama toplam puanı 33,96 iken bu ölçekten alınan en düşük puan 22, en yüksek puan 49'dur. Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği ortalama toplam puanı 206,74, alınan en düşük puan 94, en yüksek puan 297'dir. Bu ölçeğe ait alt boyutlardan Kaçınma Alt Boyutu'nun puan ortalaması 83,28, en düşük puan 21, en yüksek puan 126; Dikkat Dağıtma ve Baskılama Alt Boyutu'nun puan ortalaması 34,43, en düşük puan 8, en yüksek puan 48; Sıkıntıya Dayanıklılık Alt Boyutu'nun puan ortalaması 47,10, en düşük puan 24, en yüksek puan 66; Erteleme Alt Boyutu'nun puan ortalaması 25,81, en düşük puan 10, en yüksek puan 42; Bastırma ve İnkâr Alt Boyutu'nun puan ortalaması 33,32, en düşük puan 13, en yüksek puan 72 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 5 Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği ve Ruhsal Hastalığa Yönelik Olumsuz İnançlar Ölçeği Alt Boyutları ve Duygusal Farkındalık Arası Korelasyon Katsayıları

(n=351)	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Tehlikelilik	Utanma	Duygusal farkındalık	Kaçınma	Dikkat Dağıtma ve Baskılama	Sıkıntıya Dayanıklılık	Erteleme
Tehlikelilik	0,689** *							
Utanma	0,477** *	0,38 5***						
Duygusal farkındalık	0,262** *	0,22 9***	0,134*					
Kaçınma	0,434** *	0,39 8***	0,327* **	0,316***				
Dikkat Dağıtma ve Baskılama	0,295** *	0,33 4***	0,223* **	0,239***	0,684* **			
Sıkıntıya Dayanıklılık	0,181**	0,18 5***	0,136*	0,119*	0,203* **	0,275* **		
Erteleme	0,207** *	0,19 7***	0,222* **	0,219***	0,566* **	0,502* **	0,02 4	
Bastırma ve İnkâr	0,306** *	0,26 2***	0,384* **	0,361***	0,528* **	0,374* **	0,18 5**	0,493 ***

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği alt boyut puanları, duygusal farkındalık toplam puanı ve Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği alt boyut puanları arasındaki korelasyon katsayılarını incelemek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi gerçekleştirilmiştir. İlk olarak, duygusal farkındalık toplam puanının RHYİÖ alt boyutlarından Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma puanı ile arasında pozitif, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=0,262$; $p<0,001$); Tehlikelilik puanı ile arasında pozitif, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=0,229$; $p<0,001$); Utanma alt boyut puanı ile arasında pozitif, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=0,134$; $p<0,05$) gözlenmiştir. Analiz sonucu hesaplanan determinasyon katsayılarına göre, duygusal farkındalık toplam puanının %6'sı Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ($R^2=0,06$), %5'i Tehlikelilik ($R^2=0,05$), %1'i ise Utanma ($R^2=0,01$) tarafından açıklanmaktadır.

Duygusal farkındalık toplam puanının ÇBYKÖ alt boyutlarından Kaçınma puanı ile arasında pozitif, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=0,316$;

$p < 0,001$); Dikkat Dağıtma ve Baskılama puanı ile arasında pozitif, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r = 0,239$; $p < 0,001$); Sıkıntıya Dayanıklılık puanı ile arasında pozitif, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r = 0,119$; $p < 0,05$); Erteleme puanı ile arasında pozitif, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r = 0,219$; $p < 0,001$); Bastırma ve İnkâr puanı ile arasında pozitif, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r = 0,361$; $p < 0,001$) gözlenmiştir. Analiz sonucu hesaplanan determinasyon katsayılarına göre, duygusal farkındalık toplam puanının %9'u Kaçınma ($R^2 = 0,09$), %5'i Dikkat Dağıtma ve Baskılama ($R^2 = 0,05$), %1'i ise Sıkıntıya Dayanıklılık ($R^2 = 0,01$), %4'ü Erteleme ($R^2 = 0,04$), %13'ü Bastırma ve İnkâr ($R^2 = 0,13$) tarafından açıklanmaktadır.

ÇBYKÖ ve RHYİÖ alt boyutları arasındaki korelasyon katsayılarına bakıldığında, Kaçınma ile Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r = 0,434$; $p < 0,001$), Kaçınma ile Tehlikelilik arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r = 0,398$; $p < 0,001$), Kaçınma ile Utanma arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r = 0,327$; $p < 0,001$), Dikkat Dağıtma ve Baskılama ile Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r = 0,295$; $p < 0,001$), Dikkat Dağıtma ve Baskılama ile Tehlikelilik arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r = 0,334$; $p < 0,001$), Dikkat Dağıtma ve Baskılama ile Utanma arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r = 0,223$; $p < 0,001$), Sıkıntıya Dayanıklılık ile Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r = 0,181$; $p < 0,01$), Sıkıntıya Dayanıklılık ile Tehlikelilik arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r = 0,185$; $p < 0,001$), Sıkıntıya Dayanıklılık ile Utanma arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r = 0,136$; $p < 0,05$), Erteleme ile Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r = 0,207$; $p < 0,001$), Erteleme ile Tehlikelilik arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r = 0,197$; $p < 0,001$), Erteleme ile Utanma arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak

anlamli bir iliŒki ($r=0,222$; $p<0,001$), Bastırma ve İnkâr ile Çaresizlik ve KiŒilerarası İliŒkilerde Bozulma arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamli bir iliŒki ($r=0,306$; $p<0,001$), Bastırma ve İnkâr ile Tehlikelilik arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamli bir iliŒki ($r=0,262$; $p<0,001$), Bastırma ve İnkâr ile Utanma arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamli bir iliŒki ($r=0,384$; $p<0,001$) gzlenmiŒtir.

Tablo 6 Çok Boyutlu YaŒantısal Kaçınma lçeđi Alt Boyutlarının Tüm rneklem için Ruhsal Hastalığa Yönelik Olumsuz İnançlar lçeđi Alt Boyutları ve Duygusal Farkındalık Tarafından Yordanmasına Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

ÇBYK Alt Boyutları	Bağımsız DeđiŒken	B	B'nin Standart Hatası	t	R ²	F
Kaçınma	Sabit	30,976	7,109	4,357	0,263	30,827***
	Çaresizlik ve KiŒilerarası İliŒkilerde Bozulma	0,365	0,121	3,022		
	Duygusal farkındalık	0,906	0,209	4,341		
	Utanma	1,324	0,491	2,700		
	Tehlikelilik	0,399	0,166	2,406		
Dikkat Dağıtma ve Baskılama	Sabit	14,723	3,374	4,363	0,139	28,207***
	Tehlikelilik	0,340	0,059	5,771		
	Duygusal farkındalık	0,333	0,099	3,358		
Sıkıntıya Dayanıklılık	Sabit	41,208	1,755	23,478	0,034	12,363***
	Tehlikelilik	0,238	0,068	3,516		
Erteleme	Sabit	14,272	2,854	5,000	0,086	16,311***
	Utanma	0,679	0,179	3,789		
	Duygusal farkındalık	0,313	0,084	3,729		
Bastırma ve İnkâr	Sabit	4,132	3,989	1,036	0,245	56,550***
	Utanma	1,824	0,251	7,277		
	Duygusal farkındalık	0,788	0,117	6,713		

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar lçeđi alt boyutları ve A Duygusal z Farkındalık lçeđi-10'un Çok Boyutlu YaŒantısal Kaçınma lçeđi alt boyutları puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi yapılmıŒtır. Öncelikle, Kaçınma puanının yordanmasına yönelik yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin ($t(346)= 4,357$; $p<0,001$), Çaresizlik ve KiŒilerarası İliŒkilerde Bozulma ($t(346)=3,022$; $p<0,01$), Utanma ($t(346)=2,700$; $p<0,01$), Tehlikelilik ($t(346)=2,406$; $p<0,05$) alt ölçek

puanlarına ve duygusal farkındalık toplam puanına ($t(346)=4,341$; $p<0,001$) ait eğitim parametrelerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan F Testi sonucuna göre ($F(4, 346)=30,827$; $p<0,001$) modelin genelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,263 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre Kaçınma puanlarının yaklaşık olarak %26'sının bu değişkenler tarafından açıklandığı görülmüştür. Bu sonuçlara göre Kaçınma puanı, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma puanındaki 1 birimlik artış ile 0,365 birim, duygusal farkındalık toplam puanındaki 1 birimlik artış ile 0,906 birim, Utanma puanındaki 1 birimlik artış ile 1,324 birim, Tehlikelilik puanındaki 0,399 birim artacaktır.

Dikkat Dağıtma ve Baskılama alt ölçek puanının yordanmasına yönelik yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin ($t(348)= 4,363$; $p<0,001$), Tehlikelilik ($t(348)=5,771$; $p<0,001$) alt ölçek puanına ve A-DÖFÖ-10 toplam puanına ($t(348)=3,358$; $p<0,01$) ait eğitim parametrelerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan F Testi sonucuna göre ($F(2, 348)=28,207$; $p<0,001$) modelin genelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,139 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre Dikkat Dağıtma ve Baskılama puanlarının yaklaşık olarak %13'ünün Tehlikelilik ve duygusal farkındalık değişkenleri tarafından açıklandığı görülmüştür. Bu sonuçlara göre, Tehlikelilik puanındaki 1 birimlik artış, Dikkat Dağıtma ve Baskılama puanını 0,340 birim, duygusal farkındalık toplam puanındaki 1 birimlik artış 0,333 birim artıracaktır.

Sıkıntıya Dayanıklılık alt ölçek puanının yordanmasına yönelik gerçekleştirilen Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin ($t(349)=23,478$; $p<0,001$) ve Tehlikelilik puanına ait ($t(349)=3,516$; $p<0,001$) eğitim parametresinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek amaçlı gerçekleştirilen F Testi sonucuna göre ($F(1, 349)=12,363$; $p<0,001$) modelin geneli istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısı 0,034 olarak bulunmuştur. Buna göre Sıkıntıya Dayanıklılık puanının yaklaşık olarak %3'ü Tehlikelilik puanı tarafından açıklanmaktadır. Ulaşılan

sonuçlara göre, Tehlikelilik puanındaki 1 birimlik artış, Sıkıntıya Dayanıklılık puanında 0,238 birimlik artışa yol açacaktır.

Erteleme alt ölçek puanının yordanmasına yönelik gerçekleştirilen Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin ($t(348)=5,000$; $p<0,001$), Utanma alt ölçek puanına ($t(348)=3,789$; $p<0,001$) ve duygusal farkındalık toplam puanına ($t(348)=3,729$; $p<0,001$) ait eğim parametrelerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek amaçlı gerçekleştirilen F Testi sonucuna göre ($F(2, 348)=16,311$; $p<0,001$) modelin geneli istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısı 0,086 olarak bulunmuştur. Buna göre Erteleme puanının yaklaşık %8'i Utanma ve duygusal farkındalık puanları tarafından açıklanmaktadır. Ulaşılan sonuçlara göre, Utanma puanındaki 1 birimlik artış, Erteleme puanında 0,679 birimlik artışa; duygusal farkındalık puanındaki 1 birimlik artış, Erteleme puanında 0,313 birimlik artışa yol açacaktır.

Bastırma ve İnkâr alt ölçek puanının yordanmasına yönelik gerçekleştirilen Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre sabit parametrenin ($t(348)=1,036$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı; Utanma alt ölçek puanına ($t(348)=7,277$; $p<0,001$) ve duygusal farkındalık toplam puanına ($t(348)=6,713$; $p<0,001$) ait eğim parametrelerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek amaçlı gerçekleştirilen F Testi sonucuna göre ($F(2, 348)=56,550$; $p<0,001$) modelin geneli istatistiksel olarak anlamlı ve belirlilik katsayısı 0,245 olarak bulunmuştur. Buna göre Bastırma ve İnkâr alt ölçek puanının yaklaşık %24'ü Utanma ve duygusal farkındalık puanları tarafından açıklanmaktadır. Bu sonuçlara göre, Utanma puanındaki 1 birimlik artış, Bastırma ve İnkâr puanında 1,824 birimlik artış; duygusal farkındalık puanındaki 1 birimlik artış, Bastırma ve İnkâr puanında 0,788 birimlik artış sağlayacaktır.

Tablo 7 Somatik Belirti Düzeylerine Göre ÇBYKÖ Kaçınma Alt Boyutunun Ruhsal Hastalığa Yönelik Olumsuz İnançlar Ölçeği Alt Boyutları ve Duygusal Farkındalık Tarafından Yordanmasına Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

Somatik Belirti Düzeyleri	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	t	R²	F
Düşük	Sabit	24,118	9,068	2,660	0,402	28,847***
	Tehlikelilik	2,031	0,378	5,371		
Orta	Sabit	43,680	8,794	4,967	0,191	17,106***
	Tehlikelilik	0,520	0,173	3,000		
	Utanma	1,920	0,556	3,455		
	Duygusal Farkındalık	0,727	0,253	2,870		
Yüksek	Sabit	15,470	12,946	1,195	0,394	26,649***
	Duygusal Farkındalık	1,477	0,382	3,868		
	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	0,758	0,140	5,414		

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği alt boyutları ve Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği'nin Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği alt boyutları puanı üzerindeki etkisini Somatizasyon Ölçeği ile belirlenen somatik belirti düzeylerine göre incelemek amacıyla Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi yapılmıştır. İlk olarak Kaçınma puanının yordanmasına yönelik yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre düşük somatik belirti düzeyinde sabit parametrenin ($t(43)= 2,660$; $p<0,05$) ve Tehlikelilik ($t(43)=5,371$; $p<0,001$) alt ölçek puanına ait eğitim parametresinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan F Testi sonucuna göre ($F(1, 43)=28,847$; $p<0,001$) modelin genelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,402 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre düşük somatik belirti düzeyinde Kaçınma puanlarının yaklaşık olarak %40'ının Tehlikelilik değişkeni tarafından açıklandığı görülmüştür.

Somatik belirtinin orta düzeyinde sabit parametrenin ($t(217)=4,967$; $p<0,001$), Tehlikelilik ($t(217)=3,000$; $p<0,01$), Utanma ($t(217)=3,455$; $p<0,01$) ve duygusal farkındalık toplam puanına ($t(217)=2,870$; $p<0,01$) ait eğitim parametrelerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan F Testi sonucuna göre ($F(3,$

217)=17,106; $p<0,001$) modelin genelini istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,191 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre orta somatik belirti düzeyinde Kaçınma puanlarının yaklaşık olarak %19'unun bu değişkenler tarafından açıklandığı görülmüştür.

Yüksek somatik belirti düzeyinde sabit parametrenin ($t(82)=1,195$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı; duygusal farkındalık toplam puanına ($t(82)=3,868$; $p<0,001$) ve Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyut puanına ($t(82)=5,414$; $p<0,001$) ait eğitim parametrelerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan F Testi sonucuna göre ($F(2, 82)=26,649$; $p<0,001$) modelin genelini istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,394 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre yüksek somatik belirti düzeyinde Kaçınma puanlarının yaklaşık olarak %39'unun bu değişkenler tarafından açıklandığı görülmüştür.

Tablo 8 Somatik Belirti Düzeylerine Göre ÇBYKÖ Dikkat Dağıtma ve Baskılama Alt Boyutunun Ruhsal Hastalığa Yönelik Olumsuz İnançlar Ölçeği Alt Boyutları ve Duygusal Farkındalık Tarafından Yordanmasına Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

Somatik Belirti Düzeyleri	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	t	R ²	F
Düşük	Sabit	13,267	4,265	3,111	0,332	21,385***
	Tehlikelilik	0,823	0,178	4,624		
Orta	Sabit	19,273	4,282	4,501	0,111	13,571***
	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	0,223	0,055	4,080		
	Duygusal farkındalık	0,268	0,127	2,113		
Yüksek	Sabit	6,287	5,868	1,071	0,273	15,364***
	Tehlikelilik	0,323	0,093	3,482		
	Duygusal farkındalık	0,622	0,171	3,633		

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Dikkat Dağıtma ve Baskılama alt boyut puanının yordanmasına yönelik yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre düşük somatik belirti düzeyinde sabit parametrenin ($t(43)=3,111$; $p<0,01$) ve Tehlikelilik ($t(43)=4,624$; $p<0,001$) alt ölçek puanına ait eğitim parametresinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan F Testi sonucuna göre ($F(1, 43)=21,385$; $p<0,001$) modelin genelini istatistiksel

olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,332 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre düşük somatik belirti düzeyinde Dikkat Dağıtma ve Baskılama puanlarının yaklaşık olarak %33'ünün bu değişkenler tarafından açıklandığı görülmüştür.

Orta somatik belirti düzeyinde sabit parametrenin ($t(218)=4,501$; $p<0,001$), Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyut puanına ($t(218)=4,080$; $p<0,001$) ve duygusal farkındalık toplam puanına ($t(218)=2,113$; $p<0,05$) ait eğitim parametrelerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan F Testi sonucuna göre ($F(2, 218)=17,106$; $p<0,001$) modelin genelini istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,111 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre orta somatik belirti düzeyinde Dikkat Dağıtma ve Baskılama puanlarının yaklaşık olarak %11'inin bu değişkenler tarafından açıklandığı görülmüştür.

Yüksek somatik belirti düzeyinde sabit parametrenin ($t(82)=1,071$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı; Tehlikelilik alt ölçek puanına ($t(82)=3,482$; $p<0,01$) ve duygusal farkındalık toplam puanına ($t(82)=3,622$; $p<0,001$) ait eğitim parametresinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan F Testi sonucuna göre ($F(2, 82)=15,364$; $p<0,001$) modelin genelini istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,273 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre yüksek somatik belirti düzeyinde Dikkat Dağıtma ve Baskılama puanlarının yaklaşık olarak %27'sinin bu değişkenler tarafından açıklandığı görülmüştür.

Tablo 9 Somatik Belirti Düzeylerine Göre ÇBYKÖ Sıkıntıya Dayanıklılık Alt Boyutunun Ruhsal Hastalığa Yönelik Olumsuz İnançlar Ölçeği Alt Boyutları ve Duygusal Farkındalık Tarafından Yordanmasına Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

Somatik Belirti Düzeyleri	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	t	R ²	F
Yüksek	Sabit	32,970	2,809	11,736	0,251	27,744***
	Tehlikelilik	0,611	0,116	5,267		

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Sıkıntıya Dayanıklılık alt boyut puanının yordanmasına yönelik yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sadece yüksek somatik belirti düzeyinde model elde edilmiştir. Düşük ve orta somatik belirti düzeylerinde model tahmin etmek için yeterli gözlem sayısına ulaşamamıştır. Analiz sonucuna göre,

yüksek somatik belirti düzeyinde sabit parametrenin ($t(83)=11,736$; $p<0,001$) ve Tehlikelilik ($t(83)=5,267$; $p<0,001$) alt ölçek puanına ait eğim parametresinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan F Testi sonucuna göre ($F(1, 83)=27,744$; $p<0,001$) modelin genelini istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,251 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre yüksek somatik belirti düzeyinde Sıkıntıya Dayanıklılık puanlarının yaklaşık olarak %25'inin Tehlikelilik değişkeni tarafından açıklandığı görülmüştür.

Tablo 10 Somatik Belirti Düzeylerine Göre ÇBYKÖ Erteleme Alt Boyutunun Ruhsal Hastalığa Yönelik Olumsuz İnançlar Ölçeği Alt Boyutları ve Duygusal Farkındalık Tarafından Yordanmasına Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

Somatik Belirti Düzeyleri	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	t	R²	F
Orta	Sabit	14,639	3,470	4,218	0,094	11,263***
	Utanma	0,717	0,209	3,433		
	Duygusal farkındalık	0,295	0,101	2,924		
Yüksek	Sabit	22,821	1,742	13,098	0,098	9,003**
	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	0,177	0,059	3,000		

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Erteleme alt boyut puanının yordanmasına yönelik yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda düşük somatik belirti düzeyinde model tahmini için yeterli gözlem sayısına ulaşılamamış; orta ve yüksek düzeyler için model elde edilmiştir. Analiz sonucuna göre, orta somatik belirti düzeyinde sabit parametrenin ($t(218)=4,218$; $p<0,001$), Utanma ($t(218)=3,433$; $p<0,01$) alt ölçek puanına ve duygusal farkındalık ($t(218)=2,924$; $p<0,01$) toplam puanına ait eğim parametresinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan F Testi sonucuna göre ($F(2, 218)=11,263$; $p<0,001$) modelin genelini istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,094 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre orta somatik belirti düzeyinde Erteleme puanlarının yaklaşık olarak %9'unun bu değişkenler tarafından açıklandığı görülmüştür.

Yüksek somatik belirti düzeyinde sabit parametrenin ($t(83)=13,098$; $p<0,001$) ve Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ($t(83)=3,000$; $p<0,01$) alt ölçek puanına ait eğim parametresinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan F Testi sonucuna göre ($F(1, 83)=9,003$; $p<0,01$) modelin genelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,098 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre yüksek somatik belirti düzeyinde Erteleme puanlarının yaklaşık olarak %9'unun bu değişkenler tarafından açıklandığı görülmüştür.

Tablo 11 Somatik Belirti Düzeylerine Göre ÇBYKÖ Bastırma ve İnkâr Alt Boyutunun Ruhsal Hastalığa Yönelik Olumsuz İnançlar Ölçeği Alt Boyutları ve Duygusal Farkındalık Tarafından Yordanmasına Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

Somatik Belirti Düzeyleri	Bağımsız Değişken	B	B'nin Standart Hatası	t	R²	F
Düşük	Sabit	-5,310	8,979	-0,591	0,382	8,457***
	Utanma	2,130	0,842	2,529		
	Duygusal farkındalık	0,733	0,271	2,698		
	Tehlikelilik	0,335	0,163	2,060		
Orta	Sabit	10,133	4,999	2,027	0,221	30,872***
	Utanma	1,878	0,301	6,240		
	Duygusal farkındalık	0,600	0,145	4,138		
Yüksek	Sabit	-6,648	8,646	-0,769	0,300	17,592***
	Utanma	1,352	0,526	2,569		
	Duygusal farkındalık	1,201	0,256	4,684		

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Bastırma ve İnkâr alt boyut puanının yordanmasına yönelik yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucuna göre düşük somatik belirti düzeyinde sabit parametrenin ($t(41)=-0,591$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı; Utanma alt ölçek puanına ($t(41)=2,529$; $p<0,05$), duygusal farkındalık toplam puanına ($t(218)=2,698$; $p<0,05$) ve Tehlikelilik alt ölçek puanına ($t(82)=2,060$; $p<0,05$) ait eğim parametresinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan F Testi sonucuna göre ($F(3, 41)=8,457$; $p<0,001$) modelin genelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,382 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre düşük somatik belirti düzeyinde Bastırma ve İnkâr puanlarının yaklaşık olarak %38'inin bu değişkenler tarafından açıklandığı görülmüştür.

Orta somatik belirti düzeyinde sabit parametrenin ($t(218)=2,027$; $p<0,05$), Utanma alt boyut puanına ($t(218)=6,240$; $p<0,001$) ve duygusal farkındalık toplam puanına ($t(218)=4,138$; $p<0,001$) ait eğitim parametrelerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan F Testi sonucuna göre ($F(2, 218)=30,872$; $p<0,001$) modelin genelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,221 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre orta somatik belirti düzeyinde Bastırma ve İnkâr puanlarının yaklaşık olarak %21'inin bu değişkenler tarafından açıklandığı görülmüştür.

Yüksek somatik belirti düzeyinde sabit parametrenin ($t(82)=-0,769$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı; Utanma alt ölçek puanına ($t(82)=2,569$; $p<0,05$) ve duygusal farkındalık toplam puanına ($t(82)=4,684$; $p<0,001$) ait eğitim parametresinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Modelin genel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için yapılan F testi sonucuna göre ($F(2, 82)=17,592$; $p<0,001$) modelin genelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,300 olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre yüksek somatik belirti düzeyinde Bastırma ve İnkâr puanlarının yaklaşık olarak %30'unun bu değişkenler tarafından açıklandığı görülmüştür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TARTIŞMA

Bu çalışmada, ruhsal hastalığa yönelik inançlar ve duygusal farkındalığın yaşantısal kaçınma üzerindeki yordayıcı etkisi, tüm örneklem ve somatik belirti düzeylerine göre belirlenen gruplar üzerinde incelenmiştir.

Regresyon analizi sonucuna göre, Kaçınma puanının yordayıcıları olan değişkenlerin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma, Utanma, Tehlikelilik ve Duygusal Farkındalık olduğu ve bu değişkenler arasındaki en yüksek yordayıcının Utanma olduğu görülmüştür. Kaçınma, tüm örneklem için bakıldığında modeldeki tüm değişkenler tarafından yordansa da, somatik belirti düzeylerine göre incelendiğinde Kaçınma'yı yordayan değişkenlerin farklı belirti düzeylerinde değişiklik gösterdiği görülmektedir. Düşük somatik belirti düzeyinde Kaçınma yordayıcısı yalnızca Tehlikelilik iken, orta somatik belirti düzeyinde buna ek olarak Utanma ve Duygusal Farkındalık da yordayıcı olarak bulunmuştur. Yüksek somatik belirti düzeyinde ise Duygusal Farkındalık ile Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma, Kaçınma'nın yordayıcıları olarak yer almaktadır.

Yıldırım ve Bahtiyar (2020) tarafından sıkıntının ve fiziksel rahatsızlığın olumsuz değerlendirilmesi ve uzaklaşılması olarak tanımlanan Kaçınma'nın ruhsal hastalıklara yönelik inançlar tarafından yordanması literatürdeki çalışmalarla uyumlu gözükmektedir. Zira, ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplum içinde ret ve sosyal mesafe ile karşılaştığı bilinmektedir (Angermeyer ve Matschinger, 1997). Angermeyer ve Matschinger (1997)'e göre şizofreni tedavisini tamamlayıp iyileştiği belirtilen bir birey ile şizofreni belirtileri devam eden bir birey eşit oranda sosyal mesafe ile karşı karşıya gelmektedir. Bu sonuç, ruhsal rahatsızlıkların tedavi ve bakımının zorluğunu ve kişilerarası ilişkilerin olumsuz etkilenmesini ifade eden Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma (Bilge, 2006) alt boyutunun yordayıcılığıyla ilişkilendirilebilir. Link ve ark. (1999) tarafından gerçekleştirilen bir

çalışma ise, ruhsal hastalıkların şiddet eğilimine sebep olduğuna inanan ve tehlikeli olduğunu düşünen katılımcıların ruhsal hastalığa sahip bireylerden uzak durduğunu ortaya koymuştur. Depresyon, şizofreni, alkol bağımlılığı ve kokain bağımlılığının ele alındığı çalışmada, sırasıyla her bir rahatsızlık için şiddet içerdiği inancı arttıkça uzak durma isteğinin de arttığı görülmektedir (Link ve ark., 1999). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde görülebilen içselleştirilmiş damgalama hastalıktan utanç duymaya neden olup kaçınan savunmalara ve sosyal etkileşimden kaçınmaya yol açmaktadır (Baysal, 2013). Farklı bir çalışma, Kaçınma davranışının sıklıkla yer aldığı Çekingen Kişilik Bozukluğu ile Utanma alt boyutu arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur (Patikula, 2017). Öte yandan, duygusal farkındalığın kaçınmayı yordadığı sonucu literatür ile uyumlu bulunmuştur (Aşık ve Albayrak, 2016).

Dikkat Dağıtma ve Baskılama puanının tüm örneklem için Tehlikelilik ve Duygusal Farkındalık değişkenleri tarafından yordandığı gözlenmiştir. İki değişkenin yordama kuvvetleri birbirine oldukça yakındır. Somatik belirti düzeylerine göre incelendiğinde ise yordayıcıların farklılaştığı görülmektedir. Dikkat Dağıtma ve Baskılama puanı yordayıcısı olarak düşük somatik belirti düzeyinde Tehlikelilik değişkeni gözlenmiştir. Orta somatik belirti düzeyinde yordama kuvvetleri oldukça yakın olan Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ile Duygusal Farkındalık değişkenleri gözlenmiştir. Yüksek somatik belirti düzeyinde Tehlikelilik ile Duygusal Farkındalık değişkenleri gözlenmekle birlikte bu düzeyde Duygusal Farkındalık en yüksek yordayıcı olarak öne çıkmaktadır.

Dikkat dağıtma ve Baskılama birer duygu düzenleme stratejisi olarak bilinmektedir (Gross, 1998; Totan, 2015). Duygu düzenlemeyi içine alan duygusal zeka, aksiyon alabilme, tersliklere rağmen yolu sürdürme, ümit etme, empati kurma, problemlere rağmen düşünebilme şeklinde tanımlanan, ayrıca duygusal farkındalığı ve kişilerarası ilişkileri yönetebilmeyi de kapsayan bir kavramdır (Çetinkaya ve Alparslan, 2011; Reisoğlu, Gedik ve Göktaş, 2013). Dolayısıyla, mevcut sonuçlardaki yordayıcı ilişki duygusal zeka çatısı altında desteklenmektedir. Ayrıca, Mortan ve Sütücü (2011), dikkat dağıtmanın şizofreni hastalarının işitsel sanrılarını tedavide kullanılan baş etme tekniklerinden biri olduğunu ve hastaların duydukları seslerin kontrol edilemezliği inancından dolayı kapıldıkları çaresizlik ve

umutsuzluğu azaltmada etkili olduğunu belirtir. Bu da Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ile olan ilişkiyi destekleyici bir çalışma olarak göze çarpmaktadır.

Sıkıntıya Dayanıklılık puanının tüm örneklem için yalnızca Tehlikelilik değişkeni tarafından yordandığı görülmektedir. Somatik belirti düzeylerine göre incelendiğinde, Sıkıntıya Dayanıklılık puanı yordayıcısı olarak yalnızca yüksek somatik belirti düzeyinde model tahmin edilmiş ve Tehlikelilik değişkeninin yordayıcı olduğu bulunmuştur. Düşük ve orta somatik belirti düzeylerinde ise model elde etmek için yeterli gözlem sayısına ulaşamadığı görülmüştür.

Tehlike algısının normalden yoğun olduğu kaygı söz konusu olduğunda, tehditkar durumlardan kaçınma davranışı ortaya çıkmaktadır. Çocukluk döneminde sıkıntılı veya tehlikeli anlarda devam eden ebeveyn müdahalesi, çocuğa kaygının getirdiği fiziksel belirtileri zararlı olarak algılama ve kaçınma gereksinimini öğretir (Demirsu, 2018). Kaçınma davranışının artması sıkıntı veren yaşantılar karşısında etkili davranabilmeyi ifade eden Sıkıntıya Dayanıklılığın (Yıldırım ve Bahtiyar, 2020) azalması anlamına gelmektedir. Mevcut çalışmada ise Tehlikelilik ile Sıkıntıya Dayanıklılık ilişkisi pozitif yönlüdür. Benzer şekilde, Çam, Turgut ve Büyükbayram (2014) başkalarına güvenme, olumlu düşünme, olumlu beklenti, zorlayıcı durumlarla baş edebilme, empati gibi kişilik özelliklerinin dayanıklılık üzerindeki etkisine değinir. Bu durumda mevcut çalışmanın sonuçları literatürdeki bulgular ile ters düşmekte; fakat Tehlikelilik ile Sıkıntıya Dayanıklılık arasındaki ilişkinin zayıf düzeyde ve yordama kuvvetinin düşük olması, büyük bir tezat oluşturmamaktadır. Bu durumu çalışmanın katılımcılarını kadınların oluşturması ile açıklamak da mümkündür. Zira, kadınların psikolojik dayanıklılığının ve toleransının erkeklere oranla daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Demirsu, 2018; Sönmez ve Aksan, 2019). Werner (1989), 32 yıl boyunca sürdürdüğü boylamsal çalışmasında doğumdan itibaren takip ettiği bireylerden kadınların dayanıklılığının daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Erteleme puanının tüm örneklem için yordayıcıları olarak Utanma ve Duygusal Farkındalık değişkenleri elde edilmiştir. En yüksek yordayıcının Utanma olduğu gözlenmiştir. Somatik belirti düzeylerine göre incelendiğinde düşük düzeyde

yeterli gözlem sayısına ulaşamadığı için regresyon modeli elde edilememiştir. Orta somatik belirti düzeyinde yordayıcı değişkenlerin tüm örneklem ile aynı şekilde Utanma ve Duygusal Farkındalık olduğu görülmekte; Utanma değişkeni yüksek yordayıcılığını korumaktadır. Yüksek somatik belirti düzeyinde ise farklı olarak Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma değişkeninin yordayıcılığı gözlenmektedir.

Ekşi, Turgut ve Sevim (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışma, öz kontrolün erteleme davranışı üzerinde etkisini göstermektedir. Öz kontrol, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını kontrol altında tutabilme ve yönetebilme; içsel süreçlerin farkında olma; bu yolla çevresiyle uyum içerisinde kalma becerisini ifade eden bir kavramdır. Öz kontrolü yüksek kişiler kendini kabul etme, olumlu kişilerarası ilişkilere sahip olma, zorlu işlerde kararlı ve azimli olma gibi özelliklere sahiptir (Ekşi, Turgut ve Sevim, 2019; Nebioğlu, Konuk, Akbaba ve Eroğlu, 2012). Bu bağlamda, öz kontrol kavramı Utanma, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ve Duygusal Farkındalık değişkenlerinin tanımlarını kapsamakta ve bu değişkenlerin Erteleme üzerindeki etkisini desteklemektedir. Buna ek olarak, bireyin yapılması gereken işle ilgili sıkıntı ve olumsuz duygulara sahip olması ertelemenin duygusal bileşenini oluşturduğu bilinmektedir (Uzun ve Demir, 2015). Ertelemeye yol açması için bireyin bu sıkıntı ve olumsuz duyguların farkında olması gerekmektedir. Ayrıca, Bedel (2017) tarafından yapılan çalışmanın akademik ertelemenin bilinçli farkındalık ve üstbilişsel farkındalık tarafından yordandığını ortaya koyması mevcut çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Bastırma ve İnkâr puanının tüm örneklemde Utanma ve Duygusal Farkındalık değişkenleri tarafından yordandığı görülmektedir. Somatik belirti düzeylerine göre incelendiğinde, orta düzey ve yüksek düzey için farklılık bulunmamış ve yordayıcı olarak aynı iki değişken gözlenmiştir. Düşük somatik belirti düzeyinde ise bu değişkenlere ek olarak Tehlikelilik değişkeni ile karşılaşılmıştır. Hem tüm örneklem için hem de somatik belirti düzeylerine göre incelendiğinde en yüksek yordayıcı değişken olarak Utanma öne çıkmaktadır.

Öztürk (2008)'e göre bastırma ve inkâr mekanizmaları, istenmeyen yaşantıların, anıların, duyguların bilinçdışına itilmesi ve orada saklanmasıdır. Benlik,

utanç veya suçluluk duyulması ve tehlikeli olarak algıladığı gerçekleri yok sayma ve bunlardan kaçınma eğilimindedir. Bireyin hastalık, yaşlılık, sakatlık gibi olguları inkarına neden olabilmektedir (Öztürk, 2008). Bu tanımın mevcut sonuçları destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Genel olarak bakıldığında, farkındalığın yaşantısal kaçınmayı yordaması literatür ile uyumludur (Thompson ve Waltz, 2010). Thompson ve Waltz (2010) bu ilişkiyi bireyin kaçındığı yaşantının farkında olarak yaşantısal kaçınmayı gerçekleştirebileceği şeklinde açıklamıştır. Ek olarak, farkındalık temelli terapi müdahalelerinin yaşantısal kaçınma düzeyleri üzerindeki etkileri bilinmektedir (Eustis ve ark., 2020; Thompson ve Waltz, 2010).

Öte yandan, ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançların, ruhsal rahatsızlığa sahip bireyler ile toplum arasında karşılıklı kaçınmaya neden olduğu bilinmektedir (Avcil, Bulut ve Sayar, 2016). Başka bir çalışma, katılımcıların ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik inançlarının olumsuz olduğu ölçüde bu bireylere sosyal mesafe koyduklarını ortaya koymaktadır (Arslantaş, Koyak ve Sarı, 2019).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda, yaşantısal kaçınmanın ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve duygusal farkındalık tarafından yordandığı; yordayıcı değişkenlerin tüm örneklem ile somatik belirti düzeylerine göre oluşturulan gruplar arasında farklılık gösterdiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

Çalışmanın birtakım sınırlılıkları mevcuttur. Öncelikle, örnekleme yalnızca evli ve kadın bireyler dahil edilmiştir. Bu nedenle çalışmanın sonuçlarını bekar veya dul kadınlar ve erkekler adına genellemek mümkün olmamaktadır. Öte yandan, örneklemin büyük bir kısmını orta düzey sosyoekonomik duruma sahip bireyler oluşturmakta; alt ve üst düzeyden oldukça az sayıda katılımcı bulunmaktadır. Söz konusu değişkenleri ve/veya modeli, bu çalışmada dahil edilemeyen gruplar üzerinde ve daha fazla katılımcıyla inceleyip kıyaslamak yararlı olabilir.

Bir diğer nokta ise, araştırma esnasında ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançlar üzerinde yapılan çalışmaların kısıtlılığı fark edilmiştir. RHYİÖ çoğunlukla belirli gruplar üzerinde yapılan incelemelerde tek başına kullanılmış; farklı psikolojik değişkenler nadiren dahil edilmiştir. Gelecek çalışmalarda ruhsal hastalıklara yönelik inançların farklı değişkenler açısından ele alınmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological medicine*, 27(1), 131-141.
- Arslantaş, H., Koyak, H. Ç., & Sarı, E. (2019). Lise öğrencisi ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafelerini etkileyen faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 44(4), 1272-1283.
- Aşık, E., & Albayrak, S. (2016). Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi alan ve almayan öğrencilerin duygusal durumlara yaklaşma-kaçınma düzeyleri ve problem çözme algıları. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 39-43.
- Avcil, C., Bulut, H., & Sayar, G. H. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (2), 175-202.
- Bailen, N. H., Wu, H., & Thompson, R. J. (2019). Meta-emotions in daily life: Associations with emotional awareness and depression. *Emotion*, 19(5), 776.
- Bajgar, J., Ciarrochi, J., Lane, R., & Deane, F. P. (2005). Development of the levels of emotional awareness scale for children (LEAS-C). *British Journal of Developmental Psychology*, 23(4), 569-586.
- Baysal, G. Ö. D. (2013). Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 239-251.
- Bedel, E. F. (2017). Okul öncesi öğretmen adaylarında akademik erteleme yordanmasında bilinçli farkındalık ve üstbilişsel farkındalığın rolü. *Journal of Higher Education & Science/Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 7(3), 504-514.

- Ben-Zur, H., & Zeidner, M. (1996). Gender differences in coping reactions under community crisis and daily routine conditions. *Personality and Individual Differences*, 20(3), 331-340.
- Bilge, A. (2006). *Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması* (Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir).
- Bilge, A., & Çam, O. (2008). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 91.
- Bilge, Y., & Tütüncü, N. (2020). Somatik Duygusal Çatışma Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 180.
- Boden, M. T., & Thompson, R. J. (2015). Facets of emotional awareness and associations with emotion regulation and depression. *Emotion*, 15(3), 399.
- Canino, I. A., Rubio-Stipec, M., Canino, G., & Escobar, J. I. (1992). Functional somatic symptoms: a cross-ethnic comparison. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(4), 605-612.
- Cioffi, D., & Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(2), 274.
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 201-222.
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4-7.

- Çam, M. O., Turgut, E. Ö., & Büyükbayram, A. (2014). Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde dayanıklılık ve yaratıcılık. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(3), 160-163.
- Çam, O., & Bilge, A. (2013). Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 91-101.
- Çam, O., & Çuhadar, D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.
- Çetinkaya, Ö., & Alparslan, A. M. (2011). Duygusal zekânın iletişim becerileri üzerine etkisi: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(1), 363-377.
- Çırakoğlu, O. C. (2011). Domuz gribi (H1N1) salgınıyla ilişkili alguların, kaygı ve kaçınma düzeyi değişkenleri bağlamında incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 26(67).
- Demirsu, Ö. (2018). *Üniversite öğrencilerinde algılanan ebeveyn tutumları ile sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın ve kaygı duyarlılığının aracı rolleri*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul).
- Doğan, T., Kürüm, A., & Kazak, M. (2017). Kişilik özelliklerinin erteleme davranışını yordayıcılığı. *Başkent University Journal Of Education*, 1(1), 1-8.
- Dülgerler, Ş. (2000). *İlköğretim okulu öğretmenlerinde Somatizasyon Ölçeği’nin geçerlik ve güvenirlik çalışması* (Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir).
- Ekşi, H., Kaya, Ç., & Kuşcu, B. (2018). Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği-30’un Türkçe’ye uyarlanması ve psikometrik özellikleri. In *8th International Conference on Research in Education, Manisa, Turkey*.

- Ekşi, H., Turgut, T., & Sevim, E. (2019). Üniversite öğrencilerinde öz kontrol ve sosyal medya bağımlılığı ilişkisinde genel erteleme davranışlarının aracı rolü. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 6(3), 717-745.
- Eustis, E. H., Cardona, N., Nauphal, M., Sauer-Zavala, S., Rosellini, A. J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Experiential avoidance as a mechanism of change across cognitive-behavioral therapy in a sample of participants with heterogeneous anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 44(2), 275-286.
- Ewart, C. K., Elder, G. J., Laird, K. T., Shelby, G. D., & Walker, L. S. (2014). Can agonistic striving lead to unexplained illness? Implicit goals, pain tolerance, and somatic symptoms in adolescents and adults. *Health Psychology*, 33(9), 977.
- Frances, A., McKinney, K., Stayna, H., Rosenthal, N., & Hall, W. (1992). Levels of emotional awareness and psychotherapy integration: problems and prospects. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2(1), 25.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224.
- Hayes, S. C., & Gifford, E. V. (1997). The trouble with language: experiential avoidance, rules, and the nature of verbal events. *Psychological Science*, 8(3), 170-173.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152.

- Hooley, J. M., Butcher, J. N., Nock, M. K., & Mineka, S. (2017). *Abnormal Psychology* (17th ed.). Boston: Pearson.
- Huang, S., Berenbaum, H., & Chow, P. I. (2013). Distinguishing voluntary from involuntary attention to emotion. *Personality and Individual Differences, 54*(8), 894-898.
- Jenkins, J. H., & Carpenter-Song, E. A. (2008). Stigma despite recovery: strategies for living in the aftermath of psychosis. *Medical Anthropology Quarterly, 22*(4), 381-409.
- Kever, A., Grynberg, D., Eeckhout, C., Mermillod, M., Fantini, C., & Vermeulen, N. (2015). The body language: the spontaneous influence of congruent bodily arousal on the awareness of emotional words. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 41*(3), 582.
- Kılıç, C. (2020). Türkiye’de ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal tedavi ihtiyacı konusunda neredeyiz?. *Toplum ve Hekim, 35*(3), 179.
- King, L. A., & Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression: psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(5), 864.
- Koçak, R. (2002). Aleksitimi: kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 35*(1), 183-212.
- Kroenke, K. (2016). Somatic symptoms deserve our attention. *Families, Systems, & Health, 34*(4), 330.
- Kuzucu, Y. (2008). Duygusal farkındalık düzeyi ölçeğinin uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3*(29), 51-64.
- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry, 144*(2), 133.

- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1992). Levels of emotional awareness: implications for psychotherapeutic integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2(1), 1.
- Lane, R. D., Subic-Wrana, C., Greenberg, L., & Yovel, I. (2020). The role of enhanced emotional awareness in promoting change across psychotherapy modalities. *Journal of Psychotherapy Integration*.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American journal of public health*, 89(9), 1328-1333.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358-1368.
- Maass, U., Kühne, F., Maas, J., Unverdross, M., & Weck, F. (2020). Psychological interventions for health anxiety and somatic symptoms. *Zeitschrift für Psychologie*, 228(2), 68.
- Machell, K. A., Goodman, F. R. & Kashdan, T. B. (2015). Experiential avoidance and well-being: a daily diary analysis. *Cognition and Emotion*, 29(2), 351-359.
- Mate, G. (2019). *Vücudunuz Hayır Diyorsa* (8. Baskı). (Defne Orhun, Çev). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Mental health: strengthening our response. (2018, 30 Mart). Erişim adresi <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Mortan, O., & Sütçü, S. T. (2011). İşitsel Varsanılarda Bilişsel-Davranışçı Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4).
- Nebioglu, M., Konuk, N., Akbaba, S., & Eroglu, Y. (2012). The investigation of validity and reliability of the Turkish version of the Brief Self-Control Scale. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(4), 340-351.

- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161-187.
- Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: the construction of the Cognitive–Behavioral Avoidance Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 293-313.
- Ottenbreit, N. D., Dobson, K. S., & Quigley, L. (2014). An examination of avoidance in major depression in comparison to social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 82-90.
- Özbaş, D., Küçük, L., & Buzlu, S. (2008). Ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin hastalığa karşı tutumları. *Düşünen Adam*, 21(1-4), 14-23.
- Özmen, E., Taşkın, E. O., Özmen, D., & Demet, M. M. (2004). Hangi etiket daha damgalayıcı: Ruhsal hastalık mı? Akıl hastalığı mı?. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 47-55.
- Öztürk, M. O. & Uluşahin, N. A. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (13. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, M. O. (2008). *Psikanaliz ve Psikoterapi* (4. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Patikula, M. (2017). *Kişilik inançlarının ruhsal hastalığa yönelik inançlar üzerine etkisi..*(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul).
- Pickren, W. E., & Rutherford, A. (2010). *A history of modern psychology in context*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Reisoğlu, İ., Gedik, N., & Göktaş, Y. (2013). Öğretmen adaylarının özsaygı ve duygusal zekâ düzeylerinin problemlili internet kullanımıyla ilişkisi. *Eğitim ve Bilim*, 38(170).
- Robichaud, M., Dugas, M. J., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of anxiety disorders*, 17(5), 501-516.

- Ryder, A. G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S. J., & Bagby, R. M. (2008). The cultural shaping of depression: somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America?. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(2), 300.
- Sönmez, Ö. A., & Aksan, G. (2019). Üniversite öğrencilerinin tolerans düzeylerinin farklı değişkenlerle ilişkisi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (41)*, 302-316.
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review, 6*(1), 2-30.
- Tatar, A., Bekiroğlu, B., Çelikbaş, B., Özdemir, H., Yağizer, R., Battal, F., ... & Astar, M. (2017). Duygusal Öz Farkındalık Ölçeği'nin Türkçe'ye çevrilmesi ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Journal of Social and Humanities Sciences Research, 4*(13), 1484-1493.
- Taysi, E. (2010). Evlilikte bağışlama: Evlilik uyumu ve yüklemelerin rolü. *Türk Psikoloji Dergisi, 25*(65), 40.
- Temelcioğlu Tunalı, E. (2020). *Aleksitimi ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide yaşantısal kaçınma ve duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara).
- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2010). Mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(4), 409-415.
- Totan, T. (2015). Duygu düzenleme anketi Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 3*, 153-161.
- Tyler Boden, M., & Berenbaum, H. (2007). Emotional awareness, gender, and suspiciousness. *Cognition and Emotion, 21*(2), 268-280.
- Uzun, B., & Demir, A. (2015). Erteleme: türleri, bileşenleri, demografik etkenler ve kültürel farklılıklar. *Ege Eğitim Dergisi, 16*(1), 106-121.

- Ünlü, F. (2015). *Ebeveyni boşanmış bireylerde; benlik saygısı, yalnızlık ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul).
- van der Veek, S. M. C., Nobel, R. A., & Derkx, H. H. F. (2012). The relationship between emotion awareness and somatic complaints in children and adolescents: investigating the mediating role of anxiety and depression. *Psychology & Health, 27*(11), 1359-1374.
- Vine, V., & Aldao, A. (2014). Impaired emotional clarity and psychopathology: a transdiagnostic deficit with symptom-specific pathways through emotion regulation. *Journal of Social and Clinical Psychology, 33*(4), 319-342.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(1), 5.
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American journal of Orthopsychiatry, 59*(1), 72-81.
- West, M. L., Yanos, P. T., Smith, S. M., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma Research and Action, 1*(1), 3.
- Yavuz, K. F. (2015). Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT): genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 8*(2), 21-27.
- Yıldırım, J. C. & Bahtiyar, B. (2020). Çok Boyutlu Yaşantısal Kaçınma Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması ve psikometrik özellikleri. *Klinik Psikoloji Dergisi, 4*(1), 34-47.
- Yıldırım, J. C. (2019). *Üstbilişler ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide yaşantısal kaçınma stratejilerinin aracı rolünün incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul).

Ziadni, M. S., Carty, J. N., Doherty, H. K., Porcerelli, J. H., Rapport, L. J., Schubiner, H., & Lumley, M. A. (2018). A life-stress, emotional awareness, and expression interview for primary care patients with medically unexplained symptoms: A randomized controlled trial. *Health Psychology, 37*(3), 282.