

Keyifli Okumalar Dileriz

Binlerce kategoride milyonlarca PDF e-kitap, ders kitapları, dergiler ve romanlara platformumuz üzerinden ücretsiz ulaşabilirsiniz.

RESMİ WEB SİTEMİZ

<https://rantey.org>

Yedek ve Duyuru Kanallarımız

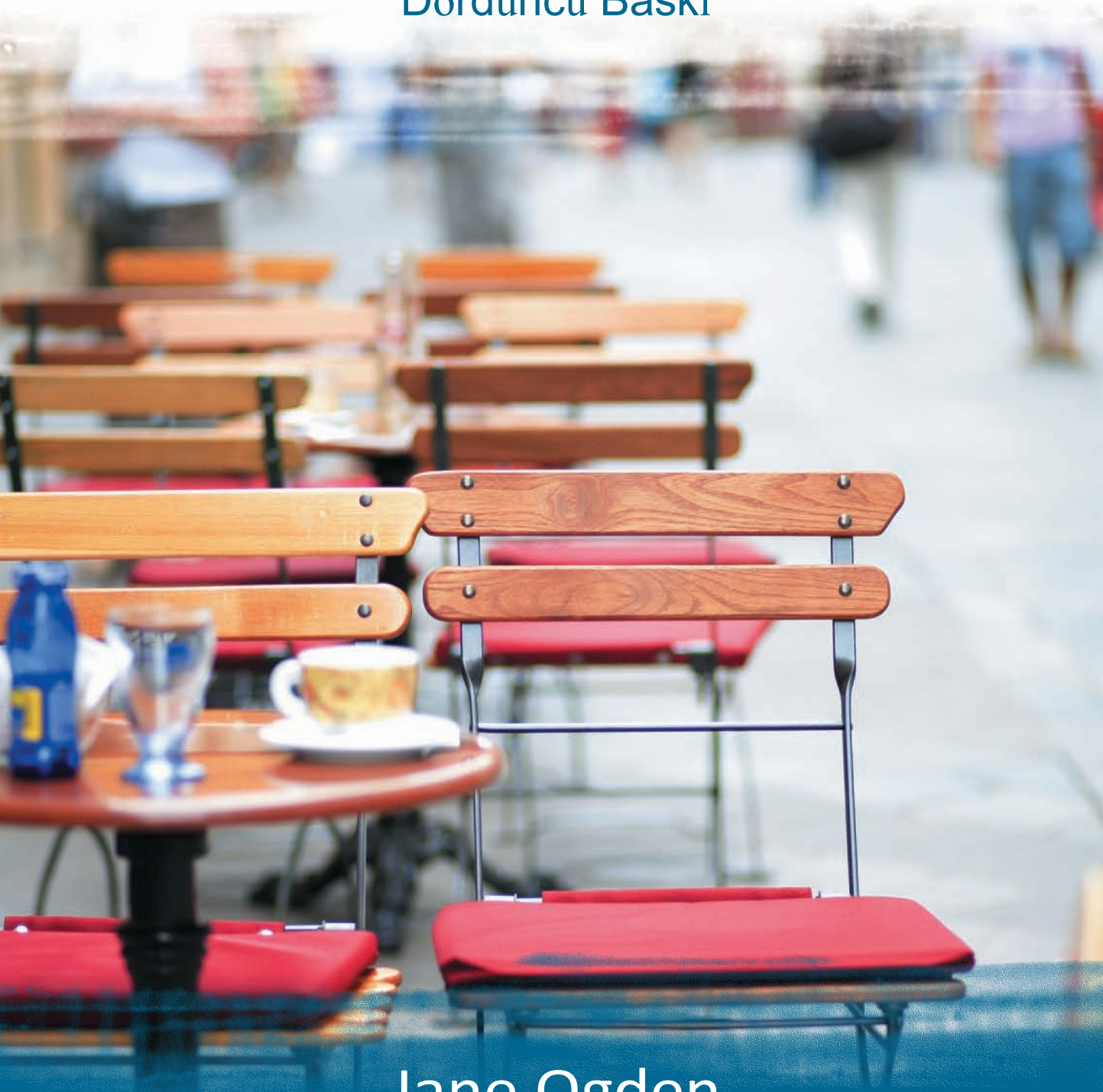
Sitemize erişim engeli gelmesi veya adres değişikliği durumunda aşağıdaki kanallardan güncel giriş adresine erişebilirsiniz:

- Telegram: <https://t.me/birkitapbir>
- WhatsApp Kanalımız : <https://whatsapp.com/channel/0029VbDHv8uE50Us4lvMoc0Y>

Sağlık Psikolojisi

bir ders kitabı

Dördüncü Baskı



Jane Ogden

Ücretsiz PDF Kitap Arşivi - <https://rantey.org>



İletişim Botu:
@cevirigiller_bot

Çeviri Kitapların Olduğu Telegram Kanalımız
<https://t.me/cevirigiller>

Sohbet Grubumuz
<https://t.me/cevirigillersohbet>

Çeviri Yedek Telegram Grubumuz
<https://t.me/+O3tsm8j0C7kxM2Y1>

Kitap İstekleri Kanalımız
<https://t.me/cevirikitapistekleri>

Not:

PDFlerin paylaşımıyla ilgili bir sorunumuz yok. Ama lütfen, hiçbir katkınızın olmadığı işlerde, TÜM PDFleri bizimle eş zamanlı paylaşarak emeğimizi hiçe saymayın. Sizin tek tıkla yaptığınız her paylaşım bizim emek harcadığımız saatler/günler demek.

Sağlık Psikolojisi

Sağlık Psikolojisi

Bir Ders Kitabı

DÖRDÜNCÜ BASKI

Jane Ogden



Açık Üniversite Yayınları

Ücretsiz PDF Kitap Arsivi - <https://rantey.org>

Açık Üniversite
Yayımları McGraw-Hill
Education McGraw-Hill
House Shoppenhangers
Road Maidenhead
Berkshire
İngiltere
SL6 2QL

e-posta: enquiries@openup.co.uk
world wide web: www.openup.co.uk

ve Two Penn Plaza, New York, NY 10121-2289, ABD

İlk yayın 2007

Telif Hakkı © Jane Ogden 2007

Tüm hakları saklıdır. Eleştiri ve inceleme amacıyla kısa pasajların alıntılanması dışında, bu yayının hiçbir bölümü, yayıncının önceden yazılı izni veya Copyright Licensing Agency Limited'in lisansı olmaksızın, elektronik, mekanik, fotokopi, kayıt veya başka herhangi bir biçimde veya herhangi bir yolla çoğaltılamaz, bir erişim sisteminde saklanamaz veya iletilemez. Bu tür lisansların ayrıntıları (reprografik çoğaltma için) Saffron House, 6-10 Kirby Street, London, EC1N 8TS adresindeki Copyright Licensing Agency Ltd'den alınabilir.

Bu kitabın katalog kaydı British Library'den temin edilebilir

ISBN-13: 978 0 335 22263 6 (pb) 978 0 335 22264 3 (hb)

ISBN-10: 0 335 22263 3 (pb) 0 335 22264 1 (hb)

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data
CIP verileri için başvuruldu

Dizgi Wearset Ltd, Boldon, Tyne and Wear tarafından yapılmıştır
Mateu Cromo Artes Gráficas tarafından İspanya'da basılmış ve ciltlenmiştir

Kısa içindekiler tablosu

Detaylı içindekiler tablosu	vi
Şekil ve tabloların listesi	x
Kısaltmalar listesi	xii
Dördüncü baskıya önsöz	xv
Rehberli tur	xxv
Öğrenme ve öğretmeyi geliştirmek için teknoloji	xxix
Teşekkür	xxxiii
1 Sağlık psikolojisine giriş	1
2 Sağlık inançları	13
3 Hastalık bilişleri	47
4 Sağlık profesyoneli-hasta iletişimi ve sağlığın rolü inançlar	73
5 Sigara ve alkol kullanımı	95
6 Yeme davranışı	127
7 Egzersiz	157
8 Seks	173
9 Tarama	199
10 Stres	221
11 Stres ve hastalık	239
12 Ağrı	271
13 Plasebolar ve inançlar, davranışlar ve davranışlar arasındaki karşılıklı ilişki sağlık	293
14 HIV ve kanser: hastalığın seyri boyunca psikoloji (1)	311
15 Obezite ve koroner kalp hastalığı: kurs boyunca psikoloji hastalık (2)	333
16 Kadın sağlığı sorunları	365
17 Sağlık durumunun ölçülmesi: ölüm oranlarından yaşam kalitesine	393
18 Sağlık psikolojisinin varsayımları	405
Metodoloji sözlüğü	409
Referanslar	411
Dizin	477

Detaylı içindekiler tablosu

Şekil ve tabloların listesi	x	Leventhal'ın öz düzenleyici modeli	
Kısaltmalar listesi	xii	hastalık bilişleri	52
Dördüncü baskıya önsöz	xv	Modelin adı neden	
Rehberli tur	xxv	öz düzenleyici mi?	54
Öğrenme ve öğretmeyi geliştirmek için teknoloji	xxix	Araştırmaya odaklanma 3.1: Bir teorenin test edilmesi - hastalık temsilleri ve	
Teşekkür	xxxiii	davranışsal sonuçlar	55
1 Sağlık psikolojisine giriş	1	Aşama 1: Yorumlama	56
Bölüme genel bakış	1	Aşama 2: Başa Çıkma	60
Sağlık psikolojisinin arka planı	1	Hastalığın olumlu yorumlanması	67
Biyomedikal model nedir?	2	Öz düzenleme modelini kullanarak sonuçları tahmin edin	67
Yirminci yüzyıl	2	Sonuç olarak	71
Sağlığın amaçları nelerdir		Sorular	71
Psikoloji mi?	5	Tartışma için	71
Sağlığın geleceği nedir		Sağlık psikolojisinde varsayımlar	71
Psikoloji mi?	6	Daha fazla okuma	72
Bu kitabın amaçları nelerdir?	7	4 Sağlık profesyoneli-hasta iletişimi ve sağlık inançları	
Bu kitabın içeriği	8	Bölüme genel bakış	73
Bu kitabın yapısı	9	Uygunluk nedir?	74
Sorular	10	Hastaların aşağıdaki durumlarda olup olmadığını tahmin etmek uyumlu: Ley'in çalışması	74
Tartışma için	10	Uyumluluk nasıl iyileştirilebilir?	76
Daha fazla okuma	10	Araştırmaya odaklanın 4.1: Test etme teorisi - hasta memnuniyeti	77
2 Sağlık inançları	13	Bilginin hastalıktaki daha geniş rolü	79
Bölüme genel bakış	13	Bazı sorunlar iletişim	
Sağlık davranışları nedir?	13	araştırma	80
Neden sağlık davranışlarını incelemeliyiz?	14	Sağlık profesyoneli-hasta iletişiminde bilginin rolü	81
Sağlıkla ilgili teoriler	17	Doktor değişkenliği sorunu	82
Sağlık davranışlarının tahmin edilmesi	17	Sonuç olarak	92
.....Sağlık inançları ile ilgili bazı sorunlar		Sorular	92
araştırma	23	Tartışma için	92
Biliş modelleri	23	Sağlık psikolojisinde varsayımlar	93
Araştırma 2.1'e odaklanın: Test etme teorisi - cinsel davranışları öngörme	28	Daha fazla okuma	93
Sosyal biliş modelleri	29	5 Sigara ve alkol kullanımı	95
Modellerle ilgili sorunlar	34	Bölüme genel bakış	95
Sonuç olarak	43	Kim sigara içiyor?	95
Sorular	43	Kim içiyor?	96
Tartışma için	43	Sigara içmenin sağlık üzerindeki etkileri ve alkol kullanımı	98
Sağlık psikolojisinde varsayımlar	44	Bağımlılık nedir?	100
Daha fazla okuma	44	Tutum ve teorik yaklaşımdaki tarihsel değişimler	100
3 Hastalık bilişleri	47		
Bölüme genel bakış	47		
Sağlıklı olmak ne anlama geliyor?	47		
Hasta olmak ne anlama geliyor?	49		
Hastalık bilişleri nedir?	49		
Bazı sorunlar Hastalık bilişleri araştırması	52		

İkinci hastalık kavramı nedir?	102	Egzersiz ile ilgili bazı sorunlar	
Hastalık modeli ile ilgili sorunlar		araştırma	159
BAĞIMLILIK	103	Neden egzersiz?	159
Sosyal öğrenme nedir		Araştırmaya odaklanın 7.1: Bir test	
bakış açısı?	104	teori - egzersiz ve ruh hali	163
.....Sigara ile ilgili bazı		Hangi faktörler egzersizi öngörür?	164
sorunlar ve		Araştırmaya odaklanın 7.2: Bir test	
alkol araştırması	106	teori - egzersizi öngörme	169
Madde kullanımının aşamaları	106	Egzersiz nüksü	170
Aşama 1 ve 2: Başlatma ve		Sonuç olarak	171
bağımlılık yapıcı bir davranışı sürdürmek	107	Sorular	171
Aşama 3: Bağımlılık yapan davranışın		Tartışma için	171
bırakılması	109	Sağlık psikolojisinde varsayımlar	171
Araştırmaya odaklanın 5.1: Bir test		Daha fazla okuma	172
teori - sigarayı bırakma aşamaları	111	8 Seks	173
Bırakmayı teşvik eden müdahaleler	112	Bölüme genel bakış	173
Araştırmaya odaklanma 5.2: Teoriyi ortaya		Çağdaşlığın geliştirilmesi	
koymak		seks üzerine araştırma perspektifleri	173
uygulamaya geçiyor - işyerinde sigara		Seks araştırmaları ile ilgili bazı sorunlar	182
yasağı	118	Bağlamında bir risk olarak seks	
Aşama 4: Sigara içiminde nüks ve		CYBH/HIV ve AIDS	182
içmek	120	Araştırmaya odaklanın 8.1: Bir	
Çapraz bağımlılık davranışı		teorinin test edilmesi - durum ve	
perspektif	122	prezervatif kullanımı	189
Sonuç olarak	125	Daha geniş sosyal bağlam	191
Sorular	125	Sonuç olarak	196
Tartışma için	125	Sorular	196
Sağlık psikolojisinde varsayımlar	126	Tartışma için	196
Daha fazla okuma	126	Sağlık psikolojisinde varsayımlar	197
6 Yeme davranışı	127	Daha fazla okuma	197
Bölüme genel bakış	127	9 Tarama	199
Sağlıklı beslenme nedir?	127	Bölüme genel bakış	199
Diyet sağlığı nasıl etkiler?	129	Tarama nedir?	199
Kimler sağlıklı besleniyor?	129	Tarama ethosunun tarihçesi	200
Yemek yemenin gelişimsel modelleri		Yararlı bir araç olarak tarama	201
davranış	130	Tarama için kılavuzlar	202
Yeme davranışının bilişsel modelleri	137	Psikolojik öngörücüler	
Bazı sorunlar yemek		tarama alımı	202
araştırma	140	Bazı sorunlar tarama	
Yeme davranışının kilo kaygısı modeli	140	araştırma	203
Beden memnuniyetsizliğinin nedenleri	141	Araştırmaya odaklanın 9.1: Bir test	
Sosyal faktörler	141	teori - taramayı tahmin etme	206
Psikolojik faktörler	143	Sorunlu olarak tarama	208
Diyet	145	Sonuç olarak	218
Araştırmaya odaklanın 6.1: Bir test		Sorular	218
teori - bir isyan olarak aşırı yemek	153	Tartışma için	218
Sonuç olarak	156	Sağlık psikolojisinde varsayımlar	218
Sorular	156	Daha fazla okuma	219
Tartışma için	156	10 Stres	221
Daha fazla okuma	156	Bölüme genel bakış	221
7 Egzersiz	157	Stres nedir?	221
Bölüme genel bakış	157	Stres modellerinin geliştirilmesi	222
Çağdaşlığın geliştirilmesi		Psikolojik faktörlerin rolü	
egzersiz davranışı ile ilgili endişe	157	stres	225
Egzersiz nedir?	158		
Kim egzersiz yapıyor?	158		

... stres ile ilgili bazı sorunlar		Psikolojinin ağrıdaki rolü	
araştırma	228	tedavi	282
Stres ve fizyolojideki değişiklikler	228	Araştırmaya odaklanma 12.2: Teoriyi ortaya koymak	
Stres ölçümü	230	pratiğe geçirilmesi - kronik ağrının tedavisi	285
Araştırmaya odaklanın 10.1: Koymak		Ağrı tedavisi ve yönetiminin sonuçları:	
teoriden pratiğe	233	ağrının rolü	
Psikolojik faktörler arasındaki etkileşim		Kabul mü?	288
ve stresin fizyolojik yönleri	234	Ağrı ölçümü	289
Sonuç olarak	236	Sonuç olarak	290
Sorular	236	Sorular	290
Tartışma için	236	Tartışma için	290
Sağlık psikolojisinde varsayımlar	236	Sağlık psikolojisinde varsayımlar	291
Daha fazla okuma	237	Daha fazla okuma	291
11 Stres ve hastalık	239	13 Plasebolar ve karşılıklı ilişki	
Bölüme genel bakış	239	inançlar, davranışlar ve sağlık arasında	293
Stres hastalığa neden olur mu?	239	Bölüme genel bakış	293
Stres ve davranış değişiklikleri	241	Plasebo nedir?	294
Stres ve fizyolojideki değişiklikler	244	İnert tedavilerin tarihçesi	294
Bireysel değişkenlik		Plasebolar nasıl çalışır?	295
stres-hastalık bağlantısı	245	Bazı sorunlar plasebo	
Psikonöroimmünoloji	246	araştırma	299
Bazı sorunlar stres ve		Hastanın merkezi rolü	
hastalık araştırması	252	beklentiler	299
Kronik stresin etkisi	252	Bilişsel uyumsuzluk teorisi	300
Hangi faktörler		Araştırmaya odaklanın 13.1: Bir teorinin	
stres-hastalık bağlantısı?	255	test edilmesi - bir teori olarak 'size	
Başa Çıkma	255	söyleneni yapmak'	
Sosyal destek	259	plasebo	301
Araştırmaya odaklanın 11.1: Bir test		Plasebo etkilerinin sağlık psikolojisindeki rolü	306
teori - sosyal destek ve sağlık	261	Sonuç olarak	309
Kişilik	262	Sorular	309
Kontrol	264	Tartışma için	309
Streste kontrol ve sosyal destek		Sağlık psikolojisinde varsayımlar	310
ve hastalık	266	Daha fazla okuma	310
Sonuç olarak	268		
Sorular	268	14 HIV ve kanser: psikoloji	
Tartışma için	268	hastalık seyri boyunca (1)	311
Sağlık psikolojisinde varsayımlar	268	Bölüme genel bakış	311
Daha fazla okuma	269	HIV ve AIDS	311
12 Ağrı	271	Psikolojinin çalışmadaki rolü	
Bölüme genel bakış	271	HIV'in	313
Acı nedir?	271	HIV ile ilgili bazı sorunlar ve	
Erken dönem ağrı teorileri - ağrı		kanser araştırmaları	319
duyum	272	Araştırmaya odaklanın 14.1: Bir teorinin	
Psikoloji teorilerine dahil etmek		test edilmesi - psikoloji ve bağışıklık	
ağrı	272	işleyen	320
Ağrının kapı kontrol teorisi	273	Kanser	322
Ağrı araştırmaları ile ilgili bazı sorunlar	275	Araştırmaya odaklanın 14.2: Teoriyi	
Psikososyal faktörlerin rolü		pratiğe dökmek - kanser tedavisi	
ağrı algısı	276	semptomlar	328
Öznel-duyuşsal-bilişsel		Sonuç olarak	331
süreçler	276	Sorular	331
Araştırmaya odaklanın 12.1: Deneyim		Tartışma için	331
acının	281	Sağlık psikolojisinde varsayımlar	331
		Daha fazla okuma	332

15 Obezite ve koroner kalp hastalığı:			
boyunca psikoloji			
hastalık (2)	333		
Bölüme genel bakış	333		
Obezite	333		
Obezite nedir?	334		
Obezite ne kadar yaygındır?	336		
Obezite ile ilgili sorunlar nelerdir?	336		
Obeziteye ne sebep olur?	337		
.....Obezite ile ilgili bazı sorunlar ve			
KKH araştırması	345		
Obezite tedavisi	346		
Obezite hiç tedavi edilmeli mi?	348		
Sonuç	352		
Koroner kalp hastalığı (KKH)	353		
Araştırmaya odaklanın 15.1: Bir teorinin test edilmesi - sonuçları			
Hastalık	356		
Sonuç olarak	362		
Sorular	362		
Tartışma için	362		
Sağlık psikolojisinde varsayımlar	362		
Daha fazla okuma	363		
16 Kadın sağlığı sorunları	365		
Bölüme genel bakış	365		
Düşük	365		
Hamileliğin sonlandırılması	369		
... kadınlarla ilgili bazı sorunlar			
sağlık araştırması	376		
Hamilelik ve doğum	377		
Anneliğe geçiş süreci	380		
Araştırmaya odaklanın 16.1: Keşfetme deneyim - geçiş anneliğe	382		
Araştırma keşfi ile ilgili sorunlar			
hamilelik ve doğum	383		
Menopoz	384		
Sonuç olarak	391		
Sorular	391		
Tartışma için	391		
Sağlık psikolojisinde varsayımlar	391		
Daha fazla okuma	392		
17 Sağlık durumunun ölçülmesi ölüm oranlarından yaşam kalitesine	393		
Bölüme genel bakış	393		
Ölüm oranları	393		
Morbidite oranları	394		
İşlevsellik ölçümleri	394		
Öznel sağlık durumu	394		
Yaşam kalitesi nedir?	395		
Araştırmaya odaklanın 17.1: Teoriyi uygulamaya koymak - kalçayı değerlendirmek			
replasman ameliyatı	398		
Bakış açısında bir değişim	400		
Araştırmalarda yaşam kalitesinin kullanılması	400		
.....Sağlık durumu ile ilgili bazı sorunlar			
araştırma	401		
Sonuç olarak	403		
Sorular	403		
Tartışma için	403		
Sağlık psikolojisinde varsayımlar	403		
Daha fazla okuma	404		
18 Sağlık varsayımları PSİKOLOJİ	405		
Bölüme genel bakış	405		
Sağlık varsayımları			
PSİKOLOJİ	405		
Bir disiplin üzerinde çalışmak	407		
Daha fazla okuma	408		
Metodoloji sözlüğü	409		
Referanslar	411		
Dizin	477		

Şekil ve tabloların listesi

Rakamlar

1.1	Sağlık ve hastalığın biyopsikososyal modeli	4
1.2	Psikoloji ve sağlık: doğrudan ve dolaylı yollar	5
2.1	Tüberküloz kaynaklı ölümlerde azalma	15
2.2	Sigara içmenin yaşam beklentisindeki artışa etkisi: erkekler, 1838-1970	16
2.3	Sağlık inanç modelinin temelleri	24
2.4	Koruma motivasyonu teorisinin temelleri	27
2.5	Gerekçeli eylem teorisinin temelleri	30
2.6	Planlı davranış teorisinin temelleri	31
2.7	Sağlık eylem süreci yaklaşımı	32
3.1	Leventhal'ın hastalık davranışına ilişkin öz-düzenleyici modeli	53
3.2	Hastalık kriziyle başa çıkmak	62
4.1	Ley'in uyum modeli	74
4.2	Basitleştirilmiş bir problem çözme modeli	83
4.3	Bir problem çözme biçimi olarak teşhis	84
5.1	Sigara kullanımındaki değişimler, 1974-2004	96
5.2	Cinsiyete göre halen sigara içenler, eski içiciler ve sigara içmeyenler, 1972-92	97
5.3	Yetişkinler son bir günde en az bir kez önerilen kurallardan daha fazla içki içmiştir hafta, yaşa ve cinsiyete göre, 2004 (GB)	97
5.4	Sigaraya bağlı ölümler	98
5.5	Birleşik Krallık'ta 1991'den bu yana alkole bağlı ölümler	99
5.6	Madde kullanımının aşamaları	106
5.7	Eroin, sigara ve alkol bağımlılığı tedavisi gören bireyler için nüks eğrileri	120
5.8	Nüks süreci	121
5.9	Nüks önleme müdahale stratejileri	122
6.1	İyi sağlık dengesi	128
6.2	Yeme davranışının gelişimsel, bilişsel ve kilo ile ilgili bir modeli	130
6.3	Sosyal yemek	132
6.4	Vücut memnuniyetsizliğinin ölçülmesi	141
6.5	Laboratuvarda diyet yapanlarda aşırı yeme	146
6.6	Diyet yapanlarda aşırı yemenin sınır modeli açıklaması	148
6.7	Farklı tipte yiyciler için sınırların karşılaştırılması	148
6.8	Bir nüksetme biçimi olarak 'ne oluyor' etkisi	151
6.9	Diyet yapmaktan aşırı yemeye	152
7.1	Son 12 ay içinde spora katılım (2003)	159
7.2	VKİ > 25,4 olan bireylerde ölüm oranı ve zindelik düzeyleri	161
8.1	İlk ilişkide yaşa göre, ilk ilişkide gebeliği önleyici yöntem kullanmayanların yüzdesi	177
8.2	16-24 yaş arası kişilerde ilk ilişkide doğum kontrol yöntemi kullanımı	177
8.3	Olağan doğum kontrol yöntemi olarak prezervatif kullanımında yaşa göre değişimler, 1983-91	184

10.1	Selye'nin üç aşamalı genel adaptasyon sendromu	222
10.2	Değerlemenin stresteki rolü	226
10.3	Stres ve fizyolojideki değişiklikler	229
10.4	Stresin psikolojik ve fizyolojik yönleri arasındaki etkileşim	235
11.1	Stres-hastalık bağlantısının kronik/akut modeli	240
11.2	Stres-diyatez modeli	241
11.3	Stres-hastalık bağlantısı: fizyolojik moderatörler	246
11.4	Stres-hastalık bağlantısı: psikolojik moderatörler	255
11.5	Çocuk sayısına göre KKH insidansı: Çocuklarda iş stresinin hastalık üzerindeki rolü kadınlar	266
12.1	Ağrının kapı kontrol teorisi	273
12.2	Ağrının psikososyal yönleri	276
12.3	Psikoloji ve ağrı tedavisi	283
13.1	Plasebo etkilerinde hasta beklentilerinin merkezi rolü	300
13.2	Totman'ın plasebo etkilerine ilişkin bilişsel uyumsuzluk teorisi	304
13.3	İnançlar, davranışlar ve sağlık arasındaki karşılıklı ilişki	306
14.1	HIV'de psikolojinin potansiyel rolü	314
14.2	Kanserde psikolojinin potansiyel rolü	323
15.1	Obezitede psikolojinin potansiyel rolü	334
15.2	Boy ve kiloya göre obezite dereceleri	335
15.3	VKİ ve ölüm oranı arasındaki ilişki	337
15.4	Fiziksel aktivite ve obezitede değişiklikler	341
15.5	1950'lerden 1990'lara gıda alımındaki değişiklikler	342
15.6	Kalori tüketimi ve obezitede değişiklikler	343
15.7	KKH'de psikolojinin potansiyel rolü	353
16.1	Hastanede kalmayı gerektiren düşük oranları annenin yaşına göre değişiyor	368
16.2	İngiltere ve Galler'de yaşa göre kürtaj oranı, 2005	370
16.3	Dünya çapında kürtaj oranları	371
16.4	Dünya çapında güvenli olmayan kürtaj oranları	371
16.5	Birleşik Krallık'ta evde doğum oranları 1961-2004	378
16.6	Menopoz semptomlarının sıklığı ve şiddeti	385
16.7	Biyopsikososyal bir olay olarak menopoz	386
17.1	Sağlığın ölçülmesinde bakış açısında bir değişim	399

Masalar

3.1	Uyarlanabilir görevler	63
3.2	Baş çıkma görevleri	64

Kısaltmalar listesi

ADL günlük yaşam aktivitesi
AIDS edinilmiş bağışıklık yetmezliği sendromu
APT adjuvan psikolojik terapi
AVE yoksunluk ihlali etkisi BDI
Beck depresyon envanteri BMI
vücut kitle indeksi
BSEkendi kendine
meme muayenesi KAHkoroner
arter hastalığı
CAMtamamlayıcı ve alternatif ilaçlar
CBSMbilişsel davranışçı stres yönetimi
CBTbilişsel davranışçı terapi
CFQçocuk beslenme
anketi CHDKoroner kalp
hastalığı
CIN servikal intraepitelyal neoplazi
CISQkondom etki stratejisi anketi CMV
sitomegalovirüs
KOAHKronik obstrüktif akciğer
hastalığı KRkoşullu yanıt
CSkoşullandırılmış uyaran
D&Cdilatasyon ve
küretaj
DAFNE normal yeme için doz ayarlaması
DEBQHollanda yeme davranışı anketi
DVTdeep ven trombozu
ERPCKalan gebe kalma ürünlerinin tahliyesi
FAPfamiliar adenomatöz polipozis
FH ailesel hiperkolesterolemi
GASgenel adaptasyon sendromu
GCTgeçit kontrol teorisi
CHQgenel sağlık anketi
GSRgalvanik deri yanıtı
HAART yüksek düzeyde aktif anti-retroviral
tedavi HADS hastane anksiyete ve
depresyon ölçeği HAPA sağlık eylem süreci
yaklaşımı HBMSağlık inanç modeli
HPA hipotalamik-hipofiz-adrenokortikol
HRHormon replasman tedavisi
IPAYorumlayıcı fenomenolojik analiz
IPQHastalık algısı anketi
IPQR Hastalık algısı anketinin gözden geçirilmiş
versiyonu LISRES yaşam stresörleri ve sosyal
kaynaklar envanteri
MATilaç bağlılık eğitimi

MPQMcGill ağrı anketi
MACSMulti Centre AIDS
Cohort Study NHPNottingham sağlık
profili
NHSUlusal Sağlık Hizmeti
NKCC doğal öldürücü hücre
sitotoksitesi PDAkişisel dijital asistan
PFSQebeveyn beslenme tarzı
anketi PMTkoruma motivasyonu teorisi
PSEmevcut durum
muayenesi PSSAlgılanan stres
ölçeği RCTrandom kontrollü
çalışma
SEIQoLbireysel yaşam kalitesi çizelgesi
SESsosyo-ekonomik durum
SEUsubjektif beklenen
fayda SIPsickness impact
profile SLQsilver lining
questionnaire
SOSSİsveç Obez Denekler
çalışması SREschedule of recent
experiences SRRSsocial
readjustment rating scale STDsexually
transmitted diseases
TOPtermination of pregnancy
TPBplanlı davranış teorisi
TRAgerekçeli eylem teorisi
URkoşulsuz tepki
ABDkoşulsuz teşvik DSÖDünya
Sağlık Örgütü
WRAP Kadınlar, Risk ve AIDS Projesi

Dördüncü baskıya önsöz

Bu kitabı ilk neden yazdım

Bu kitabı ilk olarak 1995 yılında, birkaç yıl boyunca sağlık psikolojisi alanında kendi dersimi verdikten sonra yazdım. Öğrencilerime tavsiye ettiğim metinler ABD'li yazarlara aitti ve bu durum ABD'deki araştırmalara ve ABD'deki sağlık hizmetlerine odaklanmalarına yansıtıyordu. Buna ek olarak, teoriler ya da modellerden ziyade örnekler üzerinden hareket etme eğilimindeydiler ve bu da onları (benim açımdan) derse dönüştürmeyi ya da (öğrencilerimin bakış açısından) denemeler veya gözden geçirmeler için kullanmayı zorlaştırıyordu. Bu sorunların bazılarını çözmek için kendi kitabımı yazmaya karar verdim. ABD'deki çalışmaları İngiltere, Avrupa'nın geri kalanı, Yeni Zelanda ve Avustralya'daki meslektaşlarımın çalışmalarıyla desteklemek istedim. Ayrıca teoriyi vurgulamak ve kitabı faydalı olacak bir şekilde yazmak istedim. İlk üç baskının başarılı olduğunu umuyorum.

Bu yeni dördüncü baskının amaçları

Üçüncü baskı oldukça büyük bir revizyonu içeriyordu ve kitabın sağlık psikolojisinin daha biyolojik yönlerine, özellikle de ağrı, stres ve PNI'ye ilişkin kapsamını güçlendirmeyi içeriyordu. Bunlar benim kişisel olarak daha az ilgilendiğim alanlar ve önceki baskılar davranışa yaptıkları vurgu ile kendi araştırma ilgi alanlarımı yansıtıyordu. Bu dördüncü baskı iki şeyi yapmaya çalışmıştır. Birincisi, uygun olan yerlerde yeni teoriler ve araştırma çalışmaları ekleyerek kitabı baştan sona güncelledi. Yirmili yaşlardaki bir öğrenci için araştırmaların ne kadar çabuk eskimiş görünebileceği şaşırtıcıdır. Özellikle sağlık psikolojisinde nitel metodolojilerin artan kullanımını, tartışılan literatürün merkezinde yer aldıklarında nitel örnekler ekleyerek yansıtmaya çalıştım. Ayrıca uygun olan yerlerde problemleri vurgulayarak araştırmaya daha eleştirel ve analitik bir yaklaşımı teşvik etmeye çalıştım. İkinci olarak, bu baskıda düşük, gebeliğin sonlandırılması, hamilelik ve doğum ile menopoz konularına odaklanan yeni bir kadın sağlığı bölümü yer almaktadır. Bunların bir kısmı benim kendi araştırma ilgi alanlarımı yansıtıyor. Ancak bundan da öte, çoğunluğu kadın olan ve kendilerini ilgilendiren sağlık alanlarına ilgi duyan lisans ve lisansüstü öğrencilerimin ilgi alanlarını da yansıtmaktadır. Bu bölüm, kadınlarla ilgili tüm konuları değil, araştırma camiası tarafından en derinlemesine ele alınmış olanları kapsamayı amaçlamaktadır. Belki bir sonraki baskıda erkek sağlığı üzerine bir bölüm bile ekleyebilirim - kim bilir!

Ayrıca bu baskıda, üçüncü baskıya ilişkin geri bildirimlere yanıt olarak aşağıdakileri ekledim baskı:

- **'Some problems with ...' adlı yeni bir özellik.** Bu, her bölümde yer alan ve öğrencilerden sağlık psikolojisinin belirli bir alanındaki araştırmaları çevreleyen bazı sorunları düşüncelerini isteyen kısa bir kutucuktur. Örneğin, Bölüm 2'de sağlık inançları araştırmaları ile ilgili bazı sorunlar ele alınmaktadır. Bu durumda, insanlara sağlık inançlarını sormanın düşünme biçimlerini değiştirmede nasıl bilebiliriz? Davranışı tahmin eden ve açıklayan inançların, davranışı değiştiren inançlardan farklı olması mümkün müdür? Ve benzeri. Bu örneklerle yer verilmesinin amacı, öğrencileri sağlık psikolojisi alanındaki araştırmalarda sıkça karşılaşılan bazı tuzaklar konusunda farkındalık geliştirmeye teşvik etmek ve onları kendi araştırmalarının ve alandaki diğer

akademisyenlerin araştırmalarının bütünlüğünü sorgulamaya, değerlendirmeye ve analiz etmeye yönlendirmektedir.

- **Yeni araştırma odak örnekleri.** Sağlık psikolojisi alanında heyecan verici yeni araştırmalar yapılmaktadır ve öğrencilerin yeni çalışmalara maruz kalmaları ve sağlık psikolojisinin dinamik bir disiplin olduğunu anlamaları önemlidir. Yeni araştırma alıntılarına örnek olarak Bölüm 3'te yer alan sigarayı bırakma niyetini teşvik etmede tutarlılığın rolünü araştıran bir çalışma (2004), Bölüm 7'de yer alan egzersizi tahmin etmek için planlı davranış teorisinin kullanılması (2005) ve insanların kronik iyi huylu sırt ağrısını nasıl deneyimlediğine ilişkin bir özet (Smith 2007) verilebilir. Kitabın içine serpiştirilmiş başka birçok yeni örnek de bulunmaktadır.
- **Yeni veriler, referanslar, ileri okumalar ve gözden geçirme soruları.** Son olarak, yeni bir revizyondan bekleyeceğiniz gibi, uygun yerlerde yeni veriler ve şekiller, her bölümün sonunda yeni ve yeni yayınları içeren güncellenmiş İleri Okuma bölümleri, metnin sonunda kapsamlı bir şekilde güncellenmiş Referanslar Listesi ve sınıfta tartışma noktaları olarak veya öğrencilerin öğrenmesine yardımcı olmak için bölümlerin sonunda yeni sorular dahil olmak üzere tam bir güncelleme yapılmıştır.
- Bu baskıya eşlik eden **Online Öğrenme Merkezi web sitesi**, sağlık psikolojisi öğrencileri ve öğretim görevlileri için Powerpoint sunumları, sanat eserleri ve daha fazlasını içeren faydalı materyaller sunmaktadır.

Yeni baskının özellikleri hakkında daha fazla bilgi için xix-xxi sayfalarındaki Rehberli Tur'a bakınız; bu tur sizi girişten bölüm sonuçlarına ve sorulara kadar ders kitabı bölümleri boyunca yönlendirecektir.

Dördüncü baskının yapısı

Sağlık psikolojisi öğretim, araştırma ve uygulama açısından genişleyen bir alandır. Sağlık psikolojisi *öğretimi* hem lisans hem de lisansüstü düzeyde gerçekleşir ve hem ana akım psikoloji öğrencileri hem de sağlıkla ilgili diğer konularda okuyanlar tarafından deneyimlenir. Sağlık psikolojisi *araştırmaları* da çeşitli şekillerde gerçekleşmektedir. Lisans öğrencilerinden genellikle değerlendirmelerinin bir parçası olarak araştırma projeleri üretmeleri beklenir ve akademik personel ve araştırma ekipleri teorileri geliştirmek, test etmek ve yeni alanları keşfetmek için araştırmalar yürütür. Bu tür araştırmalar, araştırma ile belirlenen faktörleri değiştirmeyi amaçlayan müdahale programları ile genellikle doğrudan *uygulamaya* aktarılır. Bu kitap, sağlık psikolojisinin ana konularına kapsamlı bir giriş sağlamayı amaçlamaktadır. Kitap, araştırmalarla desteklenen psikolojik teorilere odaklanacaktır. Ayrıca, bu teorilerin nasıl uygulamaya dönüştürülebileceği de anlatılacaktır. Bu kitap, dersler ve değerlendirmeler gibi öğretim desteklerini içeren kapsamlı bir web sitesi ile desteklenmektedir.

Sağlık psikolojisi, *inanç* ve *davranışların* sağlık ve hastalıkta oynadığı rolü vurgulayan psikoloji ve sağlık arasındaki dolaylı yola odaklanmaktadır. Bu kitabın ilk yarısının içeriği bu vurguyu yansıtmakta ve farklı inanç kümelerinin davranışlarla nasıl ilişkili olduğunu ve her iki faktörün de hastalıkla nasıl ilişkili olduğunu göstermektedir.

2-4. Bölümler inançları vurgulamaktadır. Bölüm 2, yirminci yüzyıl boyunca ölüm nedenlerindeki değişimleri ve bu değişimin inanç ve davranışlar için neden artan bir rol önerdiğini incelemektedir. Bölüm daha sonra sağlık inançları teorilerini ve inançları tanımlamak ve davranışları tahmin etmek için geliştirilen modelleri değerlendirmektedir. Bölüm 3'te bireylerin hastalıkla ilgili inançları, Bölüm 4'te ise sağlık profesyoneli-hasta iletişimi bağlamında sağlık profesyonellerinin sağlık inançları incelenmektedir.

5-9. Bölümler sağlıkla ilgili davranışları incelemekte ve belirli davranışlara uygulanan birçok teori ve yapıyı örneklemektedir. Bölüm 5'te sağlıkla ilgili

bağımlılık yapıcı davranışlar ve sigara ve alkol tüketimini öngören faktörler. Bölüm 6, gelişimsel modeller, bilişsel teoriler ve kilo kaygısının rolünden yola çıkarak yeme davranışı teorilerini incelemektedir. 7. Bölümde egzersiz davranışı ile ilgili literatür hem başlangıç hem de bireyleri egzersize devam etmeye teşvik etme yöntemleri açısından açıklanmaktadır. Bölüm 8 cinsel davranışları ve hem gebelikten kaçınma hem de HIV bağlamında kendini koruyucu davranışları öngören faktörleri incelemektedir. Bölüm 9, bir sağlık davranışı olarak taramayı incelemekte ve bir kişinin sağlık kontrolüne gidip gitmemesiyle ilgili psikolojik faktörleri ve tarama programlarının psikolojik sonuçlarını değerlendirmektedir.

Sağlık psikolojisi aynı zamanda psikoloji ve sağlık arasındaki doğrudan yola da odaklanmaktadır ve kitabın ikinci yarısının odak noktası da budur. Bölüm 10'da stresin tanımı ve ölçümü üzerine yapılan araştırmalar incelenmekte, Bölüm 11'de ise stres ve hastalık arasındaki bağlantılar hem fizyoloji hem de davranışlardaki değişiklikler ve ara değişkenlerin rolü üzerinden değerlendirilmektedir. 12. Bölüm ağrıya odaklanmakta ve ağrı algısını şiddetlendiren psikolojik faktörleri değerlendirmekte ve psikolojik müdahalelerin ağrıyı azaltmak ve ağrıyı kabullenmeyi teşvik etmek için nasıl kullanılabileceğini araştırmaktadır. Bölüm 13, plasebo etkileri örneğini kullanarak inançlar, davranışlar ve sağlık arasındaki karşılıklı ilişkileri özellikle incelemektedir. Bölüm 14 ve 15, HIV ve kanser (Bölüm 14) ile obezite ve koroner kalp hastalığına (Bölüm 15) odaklanarak bu karşılıklı ilişkiyi hastalık bağlamında daha da açıklamaktadır. 16. Bölüm, kadın sağlığı sorunlarını ve kadınların düşük, sonlandırma, hamilelik, doğum ve menopoz deneyimlerini anlamada psikolojinin rolünü incelemekte ve müdahalenin tedavi şeklinin bu deneyimleri nasıl etkileyebileceğini vurgulamaktadır. Bölüm 17'de sağlık durumunun ölçülmesiyle ilgili sorunlar ve yaşam kalitesinin ölçülmesiyle ilgili konular ele alınmaktadır.

Son olarak, Bölüm 18, kitap boyunca açıklanan sağlık psikolojisindeki bazı varsayımları incelemektedir.

Ayrıca mevcut: Sağlık Alanında Temel Okumalar Psikoloji

Jane Ogden tarafından derlenen Sağlık Psikolojisinde Temel Okumalar

ISBN: 9780335211388 (Softback) 9780335211395 (Hardback)

2007'de çıkacak ve www.mcgraw-hill.co.uk adresinden edinilebilir.

Jane Ogden ayrıca, farklı teori ve yöntemleri kullanan ve disipline daha derinlemesine bir yaklaşım sunan 29 makale içeren yeni bir metin olan a reader in health psychology'yi de hazırlamıştır. Bu ders kitabında ele alınan konuların genişliğini kapsayan okuyucu, sağlık psikolojisi çalışmalarına ilişkin bir dizi iyi vaka örneği sunmayı amaçlamaktadır. Psikoloji öğrencileri bu örnekleri okuyarak sağlık psikolojisi araştırmalarının neleri başarabileceği (ve başaramayacağı) konusunda daha fazla fikir sahibi olacaklardır. **Çalışmalar, bağlamları, anlamları ve bir bütün olarak Sağlık Psikolojisine katkılarına ilişkin editöryal tartışmalarla çerçevelenmiştir.**

Bu ders kitabı, okuyucudaki makalelerin seçimi için bir yapı sağlamıştır. Makaleler, sağlık psikolojisi, sağlık davranışları, sağlık bakımı, stres ve sağlık ve kronik hastalık bağlamlarını kapsayan beş bölüm halinde gruplandırılmıştır. Bu nedenle okuyucu, bu gibi daha genel bir giriş metninde kapsanan daha fazla ayrıntı sağlamak için bu ders kitabına ek olarak kullanılabilir. Aslında, okuyucu için seçilen makalelerden bazılarını ders kitabında Araştırma Odağı kutularında kısaca atıfta bulunmaktadır.

Bununla birlikte, okuyucunun yapısı, İngiliz Psikoloji Derneği tarafından sağlık psikolojisinin merkezi olarak vurgulanan temel alanları da takip etmektedir ve bu nedenle, temel teoriler, modeller ve yöntemlerin iyi örneklerini sunarak herhangi bir lisans veya lisansüstü ders için ideal bir kaynak olacaktır. Ayrıca, bir lisans veya lisansüstü dersine eşlik edecek bir okuma listesi için başlangıç noktası sağlayabilir veya makaleler bir seminer tartışmasına veya bir dergi kulübüne odaklanmak için kullanılabilir. Buna ek olarak, makaleler referans listeleri de dahil olmak üzere bütün olarak yayınlanmaktadır, böylece okuma listeleri geliştirmek ve daha fazla okuma önermek için kullanılabilirler. *Sağlık Psikolojisinde Temel Okumalar*'da yer alan makalelerin listesi aşağıdadır:

Bölüm 1: Sağlık psikolojisinin bağlamı

Mokdad, A.H., Marks, J.S., Stroup, D.F. ve Gerberding, J.L. (2004) Amerika Birleşik

Devletleri'nde gerçek ölüm nedenleri, 2000, *JAMA*, 10(29): 1238-45.

Kaplan, R.M. (1990) Behaviour as the central outcome in health care, *American Psychologist*, 45: 1211-20.

Bölüm 2: Sağlık davranışları

Sutton, S. (1998) Niyetleri ve davranışları tahmin etmek ve açıklamak: ne kadar iyiyiz?

Uygulamalı Sosyal Psikoloji Dergisi, 28: 1317-38

Ogden, J. (2003) Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis, *Health Psychology*, 22(4): 424-8.

West, R. (2005) Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) model to rest, *Addiction*, 100: 1036-9.

- Armitage, C.J. (2005) Planlı Davranış Teorisi fiziksel aktivitenin sürdürülmesini öngörebilir mi? *Sağlık Psikolojisi*, 24(3): 235-45.
- Murgraff, V., White, D. ve Phillips, K. (1999) An application of protection motivation theory to risker single occasion drinking, *Psychology and Health*, 14: 339-50.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K. ve diğerleri (1991) The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 295-304.
- Wardle, J. ve Beales, S. (1988) Control and loss of control over eating: an experimental investigation, *Journal of Abnormal Psychology*, 97: 35-40.
- Woodcock, A., Stenner, K. ve Ingham, R. (1992) Genç insanlar HIV ve AIDS hakkında konuşuyor: Interpretations of personal risk of infection, *Health Education Research: Teori ve Uygulama*, 7: 229-34.
- Aiken, L.S., West, S.G., Woodward, C.K., Reno, R.R. ve Reynolds, K.D. (1994) Increasing screening mammography in asymptomatic women: evaluation of a second generation, theory based program, *Health Psychology*, 13: 526-38.
- Gollwitzer, P.M. ve Sheeran, P. (2006) Implementation intentions and goal achievement: a meta-analysis of effects and processes, *Advances in Experimental Social Psychology*, 38: 69-119.

Bölüm 3: Sağlık hizmetleri

- Roter, D.L., Steward, M., Putnam, S.M. ve diğerleri (1997) Communication pattern of primary care physicians, *Journal of the American Medical Association*, 277: 350-6.
- Mead, N. ve Bower, P. (2000) Patient centredness: a conceptual framework and review of empirical literature, *Social Science and Medicine*, 51: 1087-110.
- Marteau, T.M., Senior, V., Humphries, S.E. ve diğerleri (2004) Önceden bilinçli bir popülasyonda ailesel hiperkolesterolemi için genetik testin psikolojik etkisi: A randomized controlled trial, *American Journal of Medical Genetics*, 128(A): 285-93.
- Horne, R. ve Weinman, J. (2002) Self regulation and self management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non adherence to preventer medication, *Psychology and Health*, 17: 17-32.
- Simpson, S.H., Eurich, D.T., Majumdar, S.R., Padwal, R.S., Tsuyuki, R.T., Varney, J. ve Johnson, J.A. (2006) İlaç tedavisine bağlılık ve ölüm oranı arasındaki ilişkinin meta-analizi, *British Medical Journal*, 1 Temmuz, 333(7557): 15.

Bölüm 4: Stres ve sağlık

- Everson, S.A., Lynch, J.W., Chesney, M.A. ve diğerleri (1997) Karotis aterosklerozunun ilerlemesinde işyeri talepleri ve kardiyovasküler reaktivitenin etkileşimi: popülasyona dayalı çalışma, *British Medical Journal*, 314: 553-8.
- Pereira, D.B., Antoni, M.H., Danielson, A. ve diğerleri (2003) Life stress and cervical squamous intraepithelial lesions in women with human papillomavirus and human immunodeficiency virus, *Psychosomatic Medicine*, 65(1): 1-8.
- Ebrecht, M., Hextall, J., Kirtley, L.G., Taylor, A., Dyson, M. ve Weinman, J. (2004) Perceived stress and cortisol levels predict speed of wound healing in healthy male adults, *Psychoneuroendocrinology*, 29: 798-809.
- Pennebaker, J.W. (1997) Writing about emotional experiences as a therapeutic process, *Psychological Science*, 8(3): 162-6.
- Petrie, K.J., Booth, R.J. ve Pennebaker, J.W. (1998) The immunological effects of thought suppression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 75: 1264-72.

Bölüm 5: Kronik hastalık

- Eccleston, C., Morley, S., Williams, A., Yorke, L. ve Mastroiannopoulou, K. (2002) Çocuklarda ve ergenlerde kronik ağrı için psikolojik terapinin randomize kontrollü çalışmalarının sistematik olarak gözden geçirilmesi ve ağrının giderilmesine ilişkin bir alt küme meta-analizi, *Pain*, 99(1-2): 157-65.
- Smith, J.A. (baskıda) Pain as an assault on the self: an interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain, *Psychology and Health*.
- Taylor, S.E. (1983) Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation, *American Psychologist*, 38: 1161-73.
- Petrie, K.J., Cameron, L.D., Ellis, C.J., Buick, D. ve Weinman, J. (2002) Miyokard enfarktüsü sonrası hastalık algılarının değiştirilmesi: erken müdahale randomize kontrollü çalışma. *Psychosomatic Medicine*, 64: 580-6.
- Antoni, M.H., Carrico, A.W., Duran, R.E. ve diğerleri (2006) Yüksek düzeyde aktif anti retroviral tedavi gören eşcinsel erkeklerde insan immün yetmezlik virüsü viral yükü üzerinde bilişsel davranışçı stres yönetiminin randomize klinik çalışması, *Psychosomatic Medicine*, 68: 143-51.
- Ogden, J., Clementi, C. ve Aylwin, S. (2006) The impact of obesity surgery and the paradox of control: a qualitative study, *Psychology and Health*, 21(2): 273-93.
- Rapkin, B.D. ve Schwartz, C.E. (2004) Towards a theoretical model of *quality of life* appraisal: Implications of findings from studies of response shift, *Health and quality of life outcomes*, 2: 14.

Okuyucuyu bu ders kitabının yanında yardımcı bir metin olarak kullanmak isterseniz, okuyucudaki ilgili makalelerle birlikte *Sağlık Psikolojisi 4. Baskı'nın* bölümlerinin bir listesini sağladık. Lütfen 29 makalenin çoğunun aşağıda birden fazla kez görüldüğünü unutmayın, çünkü ders kitabının birkaç bölümüyle birlikte kullanılabilirler:

Sağlık Psikolojisinde Textbook Fourth Edition	Bölüm: <i>A Reader in Health Psychology A</i> (ilk yazara göre alfabetik)
Bölüm 1 GirişKaplan	, R.M. (1990)
sağlık psikolojisineMokdad, A.H., Marks, J.S., Stroup, D.F. ve Gerberding, J.L. (2004)	
Bölüm 2 Sağlık inançları	Aiken, L.S., West, S.G., Woodward, C.K., Reno, R.R. ve Reynolds, K.D. (1994)
	Armitage, C.J. (2005)
	DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K. ve diğerleri (1991)
	Gollwitzer, P.M. ve Sheeran, P. (2006)
	Kaplan, R.M. (1990)
	Mokdad, A.H., Marks, J.S., Stroup, D.F. ve Gerberding, J.L. (2004)
	Murgraff, V., White, D. ve Phillips, K. (1999)
	Ogden, J. (2003)
	Simpson S.H. ve diğerleri (2006)
	Sutton, S. (1998)
	Wardle, J. ve Beales, S. (1988)
	West, R. (2005)
	Woodcock, A., Stenner, K. ve Ingham, R. (1992)

Bölüm 3 Hastalık bilişleri	Antoni, M.H. ve diğerleri (2006) Horne, R. ve Weinman, J. (2002) Marteau, T.M. ve diğerleri (2004) Pennebaker, J.W. (1997) Petrie, K.J., Cameron, L.D., Ellis, C.J., Buick, D. ve Weinman, J. (2002) Simpson S.H. ve diğerleri (2006) Taylor, S.E. (1983)
Bölüm 4 Doktor-hasta communication and the role (2004) sağlık profesyonellerinin sağlığı beliefs	Horne, R. ve Weinman, J. (2002) Marteau, T.M. ve diğerleri Mead, N. ve Bower, P. (2000) Roter, D.L., Steward, M., Putnam, S.M. ve diğerleri (1997) Simpson S.H. ve diğerleri (2006)
Bölüm 5 Sigara ve alkol Phillips, K. (1999)	DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K. ve diğerleri (1991) kullanımı Murgraff, V., White, D. ve Ogden, J. (2003) Sutton, S. (1998) West, R. (2005)
Bölüm 6 Yeme davranışı	Ogden, J. (2003) Ogden, J., Clementi, C. ve Aylwin, S. (2006) Sutton, S. (1998) West, R. (2005) Wardle, J. ve Beales, S. (1988)
Bölüm 7 Egzersiz	Armitage, C.J. (2005) Ogden, J. (2003) Sutton, S. (1998) West, R. (2005)
Bölüm 8 Seks	Ogden, J. (2003) Sutton, S. (1998) West, R. (2005) Woodcock, A., Stenner, K. ve Ingham, R. (1992)
Bölüm 9 Tarama	Aiken, L.S., West, S.G., Woodward, C.K., Reno, R.R. ve Reynolds, K.D. (1994) Marteau, T.M. ve diğerleri (2004) Ogden, J. (2003) Sutton, S. (1998) West, R. (2005)
Bölüm 10 Stres	Antoni, M.H. ve diğerleri (2006) Ebrecht, M. ve diğerleri (2004) Everson, S.A., Lynch, J.W., Chesney, M.A. ve diğerleri (1997) Pennebaker, J.W. (1997) Pereira, D.B. ve diğerleri (2003) Petrie, K.J., Booth, R.J. ve Pennebaker, J.W. (1998)

Bölüm 11 Stres ve hastalık	Antoni , M.H. ve diğerleri (2006) Ebrecht, M. ve diğerleri (2004) Everson, S.A., Lynch, J.W., Chesney, M.A. ve diğerleri (1997) Pennebaker, J.W. (1997) Pereira, D.B. ve diğerleri (2003) Petrie, K.J., Booth, R.J. ve Pennebaker, J.W. (1998)
Bölüm 12 Ağrı	,C. ve diğerleri (2002) Smith, J.A. (baskıda)
Bölüm 13 Plasebolar ve inançlar, davranışlar ve sağlık arasındaki karşılıklı ilişki	SimpsonS.H. ve diğerleri (2006)) Taylor, S.E. (1983)
Bölüm 14 HIV ve kanser: Hastalık seyri (1)	Antoni, M.H. ve diğerleri(2006) tüm dünyada psikolojiPereira , D.B. ve diğerleri (2003) Petrie, K.J., Booth, R.J. ve Pennebaker, J.W. (1998) Taylor, S.E. (1983) Woodcock, A., Stenner, K. ve Ingham, R. (1992)
Bölüm 15 Obezite ve koroner kalp hastalığı: boyunca psikoloji hastalık seyri (2)	Everson , S.A., Lynch, J.W., Chesney, M.A. ve diğerleri (1997) Ogden, J., Clementi, C. ve Aylwin, S. (2006) , K.J., Cameron, L.D., Ellis, C.J., Buick, D. ve Weinman, J. (2002)
Fasıl 16 Kadın sağlığı temasının teşkil etmektedir	Belirli bir makale dahil edilmemiştir, ancak başka yerlerdeki birçok kadın sağlığı konularıyla ilgili.
Bölüm 17 Sağlığın ölçülmesi status: from mortality rates to yaşam kalitesi	Rapkin,B.D. ve Schwartz, C.E. (2004)
Bölüm 18 Varsayımlar konuyla ilgilidir.	Tüm makalelerbir dereceye kadar bu konuyla ilgilidir. sağlık psikolojisi

Rehberli tur

Bölüm genel bakış

Bu bölüm, sağlık hizmetlerinin hangi arka plana dayandığını incelemektedir.

(1) sağlık ve hastalık yüzölümünün geleneksel biyomedikal modeli ve (2) sağlık ve hastalığa bakış açılarındaki değişimler. Bu bölümde sağlık psikolojisi ile sağlık psikologları tarafından sorulan soru türleri arasındaki farklılıklar vurgulanmaktadır. psikolojisi hem klinik sağlık psikolojisi hem de b ehologist açısından tartışılmaktadır. Son olarak, b u bölümde kitabın yapılandırılma amaçları özetlenmektedir.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- Sağlık psikolojisinin arka planı
- Biyomedikal model nedir?
- Sağlık psikolojisinin amaçları nelerdir?
- Sağlık psikolojisinin geleceği nedir?
- Bu kitap nasıl yapılandırılmış?

Sağlık psikolojisinin arka planı

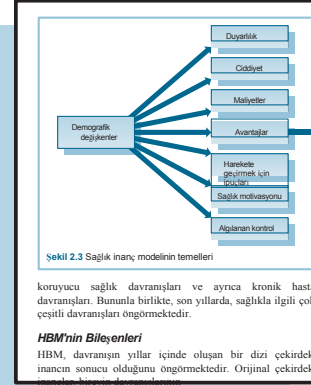
On dokuzuncu yüzyıl boyunca, modern tıp es yüzölümünü düşüncesi, fiziksel araştırmaya Darwin'in tezi, *Türlerin Kökeni*, 1859'da yayınlandı. Bu devrimci teori, insan için bir yer buldu.

Bölüm genel bakış

Hızlı başvuru için bir içindekiler listesi de dahil olmak üzere, o bölümde ele alınacak ana temalara, konulara ve başlıklara giriş.

Şekiller ve tablolar

Kitap boyunca açık ve iyi temsil edilmiş tablolar ve şekiller, güncel bilgi ve verileri açık ve okunması kolay bir formatta sunmaktadır.



Şekil 2.3 Sağlık inanç modelinin temelleri

koruyucu sağlık davranışları ve ayrıca kronik hasta davranışları. Bununla birlikte, son yıllarda, sağlıkla ilgili çok çeşitli davranışlar öngörülmektedir.

HBM'nin Bileşenleri

HBM, davranışın yıllar içinde oluşan bir dizi çekirdek inancın sonucu olduğunu öngörmektedir. Orijinal çekirdek inancın bileşenleri, davranışın...

Bir teorinin test edilmesi - ön

Cinsel davranışları tahmin etmeye yönelik bir çalışma Velde ve van der Pligt 1991).

Bu çalışma, PMT'yi HIV bağlamıyla bütünleştirmektedir. Belirli bir davranışın altını çizmektedir. Bu çalışma sağlık davranışı modelidir.

Arka plan

HIV virüsü tanımlandığından beri daha güvenli cinsel davranışlar teşvik edilmektedir. Tehditler değerlendirilmesi ve bu faktörlerin uygulanması 'tehditler b a ş a çıkma' olarak adlandırılan bir durumu ortaya çıkarır. Bu çalışma ayrıca, sosyal normların ve önceki davranışların etkisini de incelemektedir.

Metodoloji . . ile ilgili sorunlar

Konular

Araştırmaya odaklanın

Sağlık psikolojisinde hem yeni hem de klasik araştırma çalışmalarını içeren, çalışmanın arka planını, metodolojisini, sonuçlarını ve sonucunu açıklayan kutular.

Kutu 2.1 ... ile ilgili bazı sorunlar

Aşağıda bu alandaki araştırmalarla ilgili bazı sorunlar yer almaktadır

- 1 İnsanlara sağlık inançlarını sormak, düşüncelerini s a ğ l a y a b ı l ı r .
- 2 Sağlık inançlarını, davranışa önceden ve açıklayan inançların altında yatan bir araç olarak inceliyoruz.
- 3 Bu alandaki araştırmaların çoğu ö z - t u t a r ı l ı l ı k ölçümlerine dayanmaktadır. Bununla birlikte, objektif ölçümler
- 4 Bu alandaki araştırmaların çoğu aynı anda çapraz oturumlara dayanmaktadır. Bununla birlikte, davranışların bu sorunu öngördüğü ya da a ş t ı ğ ı sonucuna varmak mümkündür. Sadece deneysel çalışmalar yapılabilir.
- 5 Ho bireysel modelini etkileyebilecek birçok faktör vardır (örneğin, b'de ne o l d u ğ u a a ç ı k l a n a m a d ı ğ ı için barda başlarına ne geldiği gibi).
- 6 Olabildiğince çok varyansı açıklamaya çalışmak için psikolojik q

Bu baskıda yer alan yeni bir özellik, sizi durup düşünmeye ve sağlık psikolojisi araştırmaları üzerine kafa yormaya teşvik ediyor. Her bir kutu, araştırma toplama, değerlendirme ve doğrulama ile ilgili bazı endişeleri vurgulamakta ve dikkate alınması gereken üç veya daha fazla potansiyel sorun içermektedir.

Sonuç olarak

Sağlıkla ilgili inançların sağlıkla ilgili tahminlerdeki rolü, ölüm nedenlerindeki son değişikliklerle birlikte daha da belirgin hale gelmiştir. Bazıları, bireylerin davranışlarını etkileyen sağlıklarına sahip olduklarını ortaya koyan meslek dışı teorileri vurgulamıştır. Bu perspektif rasyondir ve meslek dışı teorileri nispeten yapılandırılmamış bir yaklaşımla incelemektedir. Diğer çalışmalar, atıflar, sağlık kontrol odağı, gerçekçi olmayan iyimser değişim gibi daha niceliksel bir yaklaşım benimsemiştir. Psikologlar da yapılandırılmış modeller geliştirmiş ve sağlık davranışlarını tahmin etmek için sağlık inancı teorisi, planlı davranış teorisi ve sağlık eylemi gibi bireyleri bilgi işlemeleri olarak gören ve bireyin sosyal dünyası hakkındaki bilişlerini ele alan modeller geliştirmiştir.

Sorular

- 1 Ölüm oranlarındaki son değişiklikler Tartışma bölümünde açıklanabilir.
- 2 Atıf teorisinin anlamaya katkısını tartışınız.
- 3 Sağlık inançları sağlık davranışlarını öngörür. Ref ile tartışın.

Sonuç

Bölümden çıkan ana temaların bir özeti ve bir konu alanındaki materyali özetlemek için yararlı bir gözden geçirme aracı.

Sorular

Anlayışınızı test etmek ve sizi bölümde ele alınan bazı konular üzerinde düşünmeye teşvik etmek için kısa sorular. Anlayışınızı ve ilerlemenizi değerlendirmek için faydalı bir araçtır.

- 2 Atıf teorisinin katkısını tartışınız
- 3 Sağlık inançları sağlık davranışlarını öngörür. Dis
- 4 Sosyal dünyanın aşağıdaki konulardaki rolünü tartışın
- 5 İnsanoğlu rasyonel bilgi üreticisidir
- 6 Bağımsız bir kuruluşun değiştirilmesinin
- 7 Yapıyla ilgili bazı sorunları tartışın
- 8 Sosyal biliş modelleri ne ölçüde
- 9 Hiçbir sağlık inancı modelini teşvik etmek için bir araştırma projesi tasarlayın.

Tartışma için

Sağlığınızla ilgili yakın zamanda yaptığınız bir değişikliği düşünün (beslenme düzeninizi değiştirdiniz, daha fazla uyumayı hedeflediniz, vb.

Sorular

- 1 Ölüm oranlarındaki son değişiklikler tartışılabilir.
- 2 Atıf edilebilirliğin katkısını tartışın
- 3 Sağlık inançları sağlık davranışlarını öngörür
- 4 Sosyal dünyanın aşağıdaki konulardaki rolünü tartışın
- 5 İnsanoğlu rasyonel enformasyondur
- 6 Değiştirmenin ne anlama geldiğini tartışın
- 7 Bu konudaki bazı sorunları tartışın
- 8 Sosyal biliş ne demektir
- 9 Sağlık inançları modellerini tanıtmak için bir araştırma projesi tasarlamak.

Tartışma için

Beslenme düzeninizi değiştirdiğinizi, daha fazla uyumayı hedeflediğinizi, sağlığınızda yakın zamanda bir değişiklik yaptığınızı düşünün.

tartışması için

Seminer veya grup çalışması için bir tartışma konusu veya bir makalenin temelini oluşturmak için.

Sağlık psikolojisinde varsayımlar Sağlık psikolojisinde yapılan bazı temel varsayımları açıklayan bir bölüm okurken farkında olmanız gereken malzeme.

Sağlık psikolojisinde varsayımlar

Sağlık inançları üzerine yapılan araştırmalar bazılarının altında çizilmektedir

- 1 **İnsanoğlu rasyonel bilgi olarak** davranışın ölçülen bir sonuç olduğunu varsayar. Örneğin, bir davranışın ciddiyetini değerlendirerek nasıl hareket edileceğine karar verdiği varsayılır. Bu, sosyal biliş modellerinin geçmişte bir dereceye kadar rasyonellik varsayımını içerdiği anlamına gelmeyecebilir.
- 2 Birbirinden **ayrı bilişler**, farklı bilişler (ciddiyet algıları) sanki ayrı ve farklıymış gibi sorulması, bir bireye belirli bir soru sorulana kadar öz yeterliliğe ilişkin duyarlılık oranını algılamayabilir (örneğin, 'HIV'den kaçınmak konusunda kendime güveniyorum').

3 **Metodolojiden ayrı olarak bilişler** bilişler birbirinden ayrıdır, 1

Daha fazla okuma

Aboud, F.E. (1998) *Health Psychology in Global P*
Bu kitap, kültürel bağlam içinde kültürler
arası aspe inançlarını vurgulamaktadır.

Kaplan, R.M. (1990) Merkezi o 1211-20 olara
davranış.

Bu makale, araştırmacıların biyolojik
müdahalelere odaklanmak yerine, bu amaçla
Kaptein, A. ve Weinman, J. (eds) (2004)
temelinde davranış müdahalelerini değiştirmey
hedeflemeleri gerektiğine dair ilginç bir tartışma
sunmaktadır. *Sağlık*

Bu derleme, sağlık psikolojisine daha fazla
ayrıntı sağlamaktadır.

Michie, S. ve Abraham, C. (2004) *Health Psychol*
Bu derleme, Birleşik Krallık'taki sağlık
psikologları hakkında ayrıntılı bir bilgi
sunmaktadır. Bualanda kariyer yapmak isteyen
herkese hitap etmektedir.

Ogden, J. (2007) *Essential Readings in Health Psyc*
Bu benim 29 teori, araştırma, metodoloji veya
tartışmadan oluşan yeni okuyucum. Bu kitapta

Daha fazla okuma

Çalışmanızı daha ileriye götürebilecek
faydalı makaleler, makaleler, kitaplar ve
araştırmaların bir listesi. Deneme veya
ödev araştırmalarınız için iyi bir başlangıç
noktası.

Sözlük

Metnin sonunda, sağlık psikolojisi
metodolojisinde yaygın olarak kullanılan
terimlerin kısa bir sözlüğü yer almaktadır.

Metodoloji glos

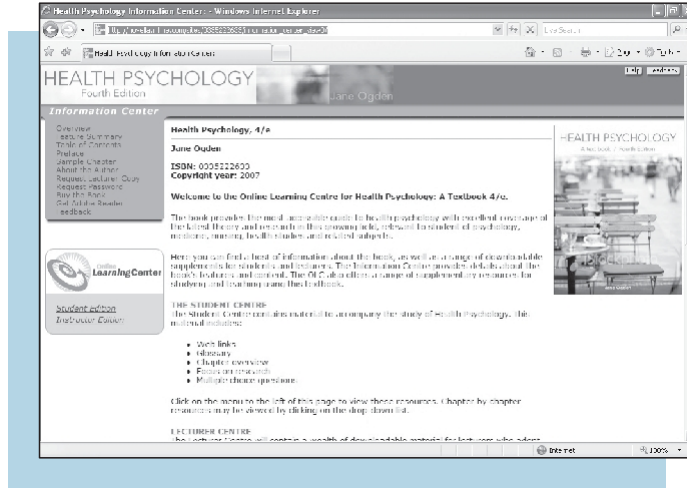
E	Deneyisel tasarım: Bu, bağımsız değişken (neden) ile bağımlı değişken (etki) arasındaki ilişkiyi özellikle incelemek için değişkenlerin manipüle edildiği kontrollü bir çalışmayı içerir; ö r n e ğ i n , deneyssel olarak indüklenen anksiyete ağrı algısını değiştirir mi?	ord'de görüşmele Deneklerden elde edilen veriler, çeşitli inançların, yorumların ve heterojen bir gruptan elde edilen verilerin popülasyona genelleme yapılmaksızın değerlendirilmesi in bir yoldur. Nitel veriler tema kategorileri açısından değerlendirilir.
Bağımsız	değişken: bağımlı değişkende bir değişikliğe neden olduğu görülen özellik; örneğin sigara içmek	Nitel çalışma:

Öğrenme ve öğretmeyi geliştirmek için teknoloji



Çevrimiçi Öğrenme Merkezi (OLC)

Her bölümü tamamladıktan sonra, destekleyici Online Learning Centre web sitesine giriş yapın. Metinde okuduğunuz materyali pekiştirmek ve bilginizi eğlenceli ve etkili bir şekilde geliştirmek için sunulan çalışma araçlarından yararlanın.



Öğrenciler için kaynaklar şunlardır:

- Yeni bölüm bölüm çaktan seçmeli sınavlar
- Çevrimiçi sağlık psikolojisi kaynaklarına faydalı web bağlantıları
- Aranabilir çevrimiçi sözlük
- Bölüm genel bakışları

Öğretim görevlileri için de mevcuttur:

- Öğretim görevlilerinin modüllerini hazırlamalarına yardımcı olacak öğretim ipuçları
- Sınıfta veya ders notu olarak kullanılmak üzere PowerPoint sunumları
- Metindeki sanat eserleri
- Değerlendirme ve sınavlara hazırlanmaya yardımcı olmak için önerilen kompozisyon soruları

Bugün www.mcgraw-hill.co.uk/textbooks/ogden adresini ziyaret edin

Özel Yayıncılık Çözümleri: İçeriğimizi oluşturmanıza yardımcı olalım sizin çözümünüz

McGraw-Hill Education olarak amacımız, öğretim görevlilerinin ihtiyaçları için en uygun içeriği ve bu içeriği öğrencileri için en uygun şekilde sunma yöntemini bulmalarına yardımcı olmaktır. **Özel yayıncılık çözümlerimiz**, öğretim görevlisi ve öğrencilere en uygun şekilde sunulan içeriğin ideal kombinasyonunu sunar.

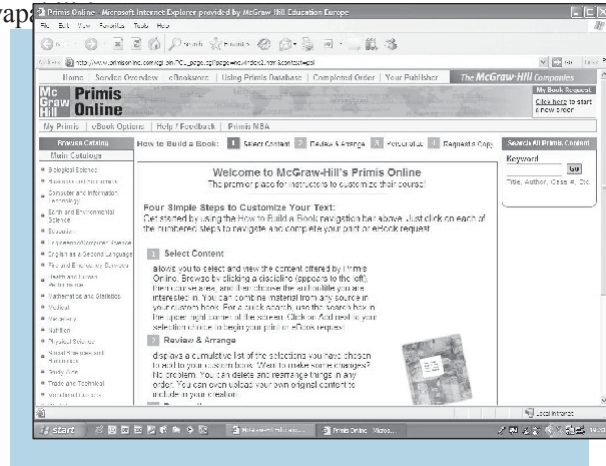
Özel yayıncılık programımızın arkasındaki fikir, Primis adı verilen iki milyondan fazla sayfadan oluşan bir veritabanı aracılığıyla www.primisonline.com öğretim görevlisinin sadece öğrencilerine sunmak istediği materyali seçebilmesidir:

Eğitmenler aşağıdaki bölümlerden seçim yapar:

- ders kitapları
- profesyonel kitaplar
- vaka kitapları - Harvard Makaleleri, Insead, Ivey, Darden, Thunderbird ve BusinessWeek
- Taking Sides - tartışma

materyalleri Aşağıdaki baskıların karşısında:

- McGraw-Hill Eğitim
- Açık Üniversite Yayınları
- Harvard Business School Yayınları
- ABD ve Avrupa malzemesi



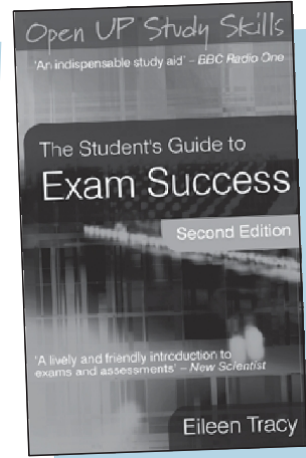
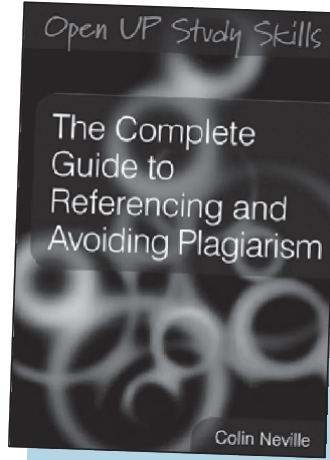
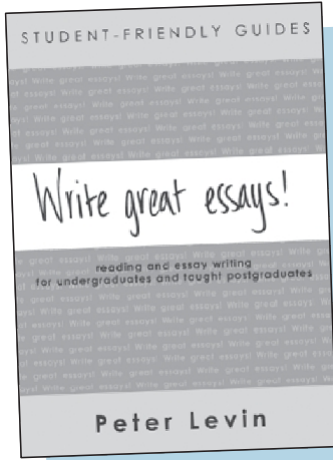
Özel ürüne öğretim görevlileri tarafından yazılan materyalleri dahil etme seçeneği de vardır - bunun mutlaka İngilizce olması gerekmez.

Öğretim görevlilerinin ve öğrencilerin tam olarak ihtiyaç duydukları materyali en uygun şekilde almalarını sağlamak için özel bir ürün geliştirme ve teslim etme sürecinde baştan sona her şeyle ilgileneceğiz.

Özel Yayıncılık Çözümü ile öğrenciler, dersleri için ihtiyaç duydukları her şeyi öğrenmek için en uygun olduğu düşünülen en iyi materyal seçiminden yararlanırlar - öğrenmelerini desteklemek için gerçek değere sahip bir şey. Öğretmenler, kurstaki öğretimlerini desteklemek için tam olarak istedikleri materyali, istedikleri şekilde kullanabilirler.

Sorularınız için lütfen yerel McGraw-Hill temsilcinizle iletişime geçin veya alternatif olarak Warren Eels ile [e: warren_eels@mcgraw-hill.com](mailto:warren_eels@mcgraw-hill.com) adresinden iletişime geçin.

Sınıfı geç!



Tüm Çalışma Becerileri kitaplarında %30 indirim!

Çalışma Becerileri kitaplarımız, uygulamaya koyması kolay ve çalışma şeklinizi gerçekten geliştirecek pratik tavsiye ve ipuçlarıyla doludur. Konular şunları içerir:

- Sınavları geçmenize yardımcı olacak teknikler
- Kompozisyon yazımınızı geliştirmek için tavsiyeler
- Mükemmel seminer sunumunu bir araya getirme konusunda yardım
- Eğitim ve özel hayatınızı nasıl dengeleyeceğinize dair

ipuçları www.openup.co.uk/studyskills

Denemeler, sınavlar, tezler ve çok daha fazlası hakkında yararlı ipuçlarını okumak için web sitemizi ziyaret edin.

Özel teklif! Değerli bir müşterimiz olarak, çevrimiçi satın alın ve **getahead** promosyon kodunu girerek Çalışma Becerileri kitaplarımızdan herhangi birinde %30 indirim kazanın

Teşekkür

Öğrencilerime ve araştırma asistanlarıma ve yıllar boyunca yorum, geri bildirim ve araştırma girdileri için meslektaşlarıma tekrar teşekkür ederim. Ayrıca David Armstrong'a orada olduğu (ve kaldığı), sohbet ettiği ve yemek yaptığı için, Harry ve Ellie'ye de bana iş-yaşam dengesini sağladıkları ve zamanında yatağa gittikleri için minnettarım.

Yayıncılar ayrıca, bir önceki baskı hakkında yorum yapan ve yararlı ve yapıcı geri bildirim sağlamak için zamanlarını ve uzmanlıklarını veren hakemlere teşekkür etmek ister. Onların tavsiye ve önerileri yeni dördüncü baskının şekillendirilmesinde son derece yardımcı olmuştur. Hakemler şunlardı

Deborah Biggerstaff, Warwick Üniversitesi
Sheila Bonas, Leicester Üniversitesi
Heather Buchanan, Derby Üniversitesi Orla
Dunn, Coventry Üniversitesi
Peter La Cour, Kopenhag Üniversitesi, Danimarka
Omer van der Bergh, Leuven Üniversitesi, Belçika

Son olarak, bu ders kitabındaki materyalleri yeniden yayınlamak için izin almak üzere telif hakkı sahipleriyle iletişime geçmek ve gerektiğinde doğru teşekkürleri eklemek için her türlü çaba gösterilmiştir. Yayıncılar, iletişim kurmanızın mümkün olmadığı telif hakkı sahiplerinden haber almaktan mutluluk duyacaktır.

Sağlık psikolojisine giriş

Bölüm genel bakış

Bu bölüm, sağlık psikolojisinin geliştiği arka planı şu açılardan incelemektedir

(1) on dokuzuncu yüzyılda ortaya çıkan geleneksel biyomedikal sağlık ve hastalık modeli ve (2) yirminci yüzyılda sağlık ve hastalık perspektiflerindeki değişiklikler. Bu bölümde sağlık psikolojisi ile biyomedikal model arasındaki farklılıklar vurgulanmakta ve sağlık psikologları tarafından sorulan soru türleri incelenmektedir. Daha sonra hem klinik sağlık psikolojisi hem de profesyonel sağlık psikoloğu olma açısından sağlık psikolojisinin olası geleceği tartışılmaktadır. Son olarak, bu bölüm ders kitabının amaçlarını özetlemekte ve kitabın nasıl yapılandırıldığını açıklamaktadır.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- Sağlık psikolojisinin arka planı
- Biyomedikal model nedir?
- Sağlık psikolojisinin amaçları nelerdir?
- Sağlık psikolojisinin geleceği nedir?
- Bu kitap nasıl yapılandırılmış?

Sağlık psikolojisinin arka planı

On dokuzuncu yüzyılda modern tıp kurulmuştur. 'İnsan' (on dokuzuncu yüzyıl terimi) diseksiyon, fiziksel araştırmalar ve tıbbi muayeneler kullanılarak incelenmiştir. Darwin'in tezi *Türlerin Kökeni* 1856'da yayınlandı ve evrim teorisini tanımladı. Bu devrimci teori, insanın doğa içindeki yerini tanımlıyor ve doğanın bir parçası olduğumuzu, doğadan geliştiğimizi ve biyolojik varlıklar olduğumuzu öne sürüyordu. Bu, insanı daha önceki yıllarda doğal dünyanın diğer üyeleriyle aynı şekilde inceleyen biyomedikal tıp modeliyle uyumluydu. Bu model, insanı diğer tüm biyolojik varlıklarla ortak bir biyolojik kimliğe sahip olarak tanımlıyordu.

Biyomedikal modeli nedir?

Biyomedikal tıp modeli, aşağıdaki sorulara verdiği yanıtlar açısından anlaşılabilir:

- *Hastalığa ne sebep olur?* Biyomedikal tıp modeline göre, hastalıklar ya vücudun dışından gelir, vücudu istila eder ve vücutta fiziksel değişikliklere neden olur ya da içsel istemsiz fiziksel değişiklikler olarak ortaya çıkar. Bu tür hastalıklara kimyasal dengesizlikler, bakteriler, virüsler ve genetik yatkınlık gibi çeşitli faktörler neden olabilir.
- *Hastalıktan kim sorumludur?* Hastalık, bireylerin kontrolü dışındaki biyolojik değişikliklerden kaynaklanıyor olarak görüldüğünden, bireyler hastalıklarından sorumlu olarak görülmezler. İçsel değişikliklere neden olan bazı dış güçlerin kurbanları olarak görülürler.
- *Hastalık nasıl tedavi edilmelidir?* Biyomedikal model, tedaviyi aşı, cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi açısından ele alır ve bunların tümü vücudun fiziksel durumunu değiştirmeyi amaçlar.
- *Tedaviden kim sorumludur?* Tedavi sorumluluğu tıp mesleğine aittir.
- *Sağlık ve hastalık arasındaki ilişki nedir?* Biyomedikal modelde, sağlık ve hastalık niteliksel olarak farklı görülür - ya sağlıklısınızdır ya da hastasınızdır, ikisi arasında bir süreklilik yoktur.
- *Zihin ve beden arasındaki ilişki nedir?* Biyomedikal tıp modeline göre, zihin ve beden birbirinden bağımsız olarak işlev görür. Bu, geleneksel düalist zihin-beden ayrımı modeliyle karşılaştırılabilir. Bu bakış açısına göre, zihin fiziksel maddeyi etkilemekten acizdir ve zihin ile beden ayrı varlıklar olarak tanımlanır. Zihin soyut ve duygu ve düşüncelerle ilgili olarak görülürken, beden deri, kaslar, kemikler, beyin ve organlar gibi fiziksel maddeler açısından görülür. Fiziksel maddedeki değişiklikler zihin durumundaki değişikliklerden bağımsız olarak kabul edilir.
- *Sağlık ve hastalıkta psikolojinin rolü nedir?* Geleneksel biyotıpta hastalıkların psikolojik sonuçları olabilir ancak psikolojik nedenleri yoktur. Örneğin, kanser mutsuzluğa neden olabilir, ancak ruh hali kanserin başlangıcı veya ilerlemesiyle ilgili olarak görülmez.

Yirminci yüzyıl

Yirminci yüzyıl boyunca, biyotıbbın altında yatan bazı varsayımlara meydan okumalar olmuştur. Bu gelişmeler arasında psikosomatik tıp, davranışsal sağlık, davranışsal tıp ve en son olarak da sağlık psikolojisi yer almaktadır. Bu farklı çalışma alanları, sağlık alanında psikolojinin artan rolünü ve zihin ile beden arasındaki ilişkinin değişen modelini göstermektedir.

Psikosomatik tıp

Biyomedikal modele karşı en erken meydan okuma psikosomatik tıp olmuştur. Bu, yirminci yüzyılın başında Freud'un zihin ve fiziksel hastalık arasındaki ilişkiye dair analizine yanıt olarak geliştirilmiştir. Yüzyılın başında Freud, 'histerik felç' olarak adlandırılan ve hastaların belirgin bir fiziksel neden olmaksızın ve sinirlerin organizasyonunu yansıtmayan bir düzende felçli uzuvlarla başvurduğu bir durumu tanımladı. Freud

bu durumun bireyin ruh halinin bir göstergesi olduğunu ve bastırılmış deneyim ve duyguların fiziksel bir sorun olarak ifade edildiğini savunmuştur. Bu açıklama, zihin ve beden arasında bir etkileşime işaret etmekte ve psikolojik faktörlerin hastalığın yalnızca sonucu değil, aynı zamanda nedenine de katkıda bulunabileceğini öne sürmekteydi.

Davranışsal sağlık

Davranışsal sağlık, zihin ve bedenin birbirinden ayrılması yönündeki biyomedikal varsayımlara bir kez daha meydan okumuştur. Davranışsal sağlık, davranış ve yaşam tarzını değiştirmek için eğitim girdilerinin kullanılması yoluyla halihazırda sağlıklı olan bireylerde sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi ile ilgili olarak tanımlanmıştır. Davranışların bireyin sağlık durumunu belirlemedeki rolü, zihin ve bedenin bütünleştiğini göstermektedir.

Davranışsal tıp

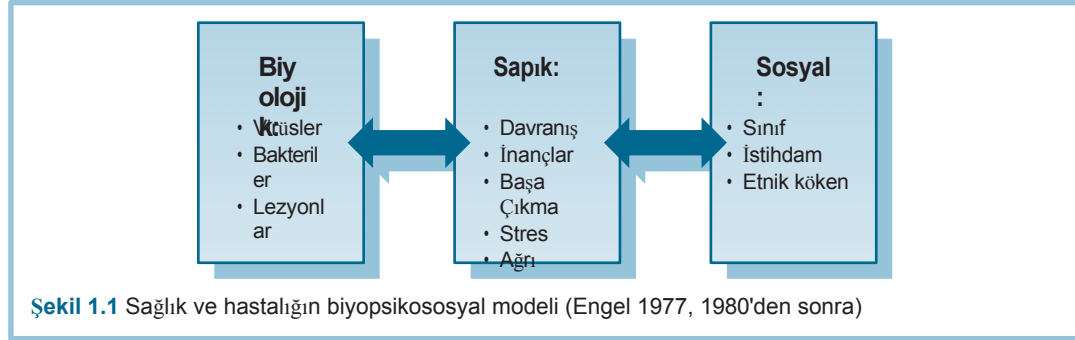
Biyomedikal sağlık modeline meydan okuyan bir diğer disiplin de Schwartz ve Weiss (1977) tarafından davranış bilimi disiplinlerinden (psikoloji, sosyoloji, sağlık eğitimi) unsurların bir karışımı olarak tanımlanan ve sağlık bakımı, tedavi ve hastalıkların önlenmesine odaklanan davranışsal tıptır. Davranışsal tıp ayrıca Pomerleau ve Brady (1979) tarafından davranış terapisi ve davranış modifikasyonu gibi davranışın deneysel analizinden türetilen ve fiziksel hastalık veya fizyolojik işlev bozukluğunun (örneğin esansiyel hipertansiyon, bağımlılık davranışları ve obezite) değerlendirilmesi, tedavisi ve önlenmesinde yer alan yöntemlerden oluştuğu şeklinde tanımlanmıştır. Ayrıca nevroz ve psikoz gibi psikolojik sorunların, hastalığın gelişimine katkıda bulunmadıkları sürece davranışsal tıbbın kapsamına girmediği vurgulanmıştır. Bu nedenle davranışsal tıp, psikolojiyi sağlık çalışmalarına dahil etmiş ve sadece tedaviye değil, aynı zamanda önleme ve müdahaleye de odaklanarak geleneksel biyomedikal sağlık görüşlerinden ayrılmıştır. Ayrıca davranışsal tıp, geleneksel zihin ve beden ayırımına da meydan okumuştur.

Sağlık psikolojisi

Sağlık psikolojisi, psikolojiyi sağlık anlayışına dahil etme sürecindeki muhtemelen en yeni gelişmedir. Matarazzo tarafından 'psikoloji disiplininin sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi, hastalık ve ilgili işlev bozukluklarının teşviki ve tedavisine yönelik özel eğitimsel, bilimsel ve profesyonel katkılarının toplamı' olarak tanımlanmıştır (Matarazzo 1980: 815). Sağlık psikolojisi, hastalığın hem nedeni hem de tedavisinde zihnin rolünü öne sürerek zihin-beden ayırımına bir kez daha meydan okumakta, ancak sağlık psikolojisi kapsamındaki araştırmaların psikoloji disiplinine daha özgü olması bakımından psikosomatik tıp, davranışsal sağlık ve davranışsal tıptan ayrılmaktadır.

Sağlık psikolojisi, biyomedikal modele sorulan aynı sorular açısından anlaşılabilir:

- *Hastalığa ne sebep olur?* Sağlık psikolojisi, insanların karmaşık sistemler olarak görülmesi gerektiğini ve hastalığın tek bir nedensel faktörden değil, çok sayıda faktörden kaynaklandığını öne sürmektedir. Sağlık psikolojisi bu nedenle basit bir doğrusal sağlık modelinden uzaklaşmaya çalışır ve hastalığın biyolojik (örneğin bir virüs), psikolojik (örneğin davranışlar, inançlar) ve sosyal (örneğin istihdam) faktörlerin bir kombinasyonundan kaynaklanabileceğini iddia eder. Bu yaklaşım, Engel (1977, 1980) tarafından geliştirilen ve Şekil 1.1'de gösterilen *biyopsikososyal sağlık ve hastalık modelini* yansıtmaktadır. Biyopsikososyal model şunları temsil etmektedir



psikolojik ("psiko") ve çevresel ("sosyal") unsurları geleneksel biyomedikal ("biyo") sağlık modeline aşağıdaki şekilde entegre etme girişimidir: (1) *biyolojik* faktörler arasında genetik, virüsler, bakteriler ve yapısal kusurlar yer almaktaydı; (2) sağlık ve hastalığın *psikolojik* yönleri bilişler (örneğin sağlık beklentileri), duygular (örneğin tedavi korkusu) ve davranışlar (örneğin sigara içme, diyet, egzersiz veya alkol tüketimi); (3) sağlığın sosyal yönleri sosyal davranış normları (örneğin sigara içme veya içmeme sosyal normu), davranışı değiştirme baskıları (örneğin akran grubu beklentileri, ebeveyn baskısı), sağlığa ilişkin sosyal değerler (örneğin sağlığın iyi veya kötü bir şey olarak görülüp görülmediği), sosyal sınıf ve etnik köken açısından tanımlanmıştır.

- *Hastalıktan kim sorumludur?* Hastalık faktörlerin bir kombinasyonunun sonucu olarak görüldüğünden, birey artık sadece pasif bir kurban olarak görülmemektedir. Örneğin, hastalığa neden olan davranışların rolünün kabul edilmesi, bireyin kendi sağlığından ve hastalığından sorumlu tutulabileceği anlamına gelmektedir.
- *Hastalık nasıl tedavi edilmelidir?* Sağlık psikolojisine göre, sadece meydana gelen fiziksel değişiklikler değil, tüm kişi tedavi edilmelidir. Bu, davranış değişikliği, inançlarda ve başa çıkma stratejilerinde değişikliklerin teşvik edilmesi ve tıbbi tavsiyelere uyulması şeklinde olabilir.
- *Tedaviden kim sorumludur?* Sadece fiziksel hastalık değil, tüm kişi tedavi edildiğinden, hasta tedavisinden kısmen sorumludur. Bu, ilaç alma sorumluluğu, inanç ve davranışları değiştirme sorumluluğu şeklinde olabilir. Bir kurban olarak görülmezler.
- *Sağlık ve hastalık arasındaki ilişki nedir?* Bu bakış açısına göre, sağlık ve hastalık niteliksel olarak farklı değildir, ancak bir süreklilik içinde var olurlar. Bireyler ya sağlıklı ya da hasta olmak yerine, bu süreklilik boyunca sağlıklılıktan hastalığa ve tekrar geriye doğru ilerlerler.
- *Zihin ve beden arasındaki ilişki nedir?* Yirminci yüzyıl, zihin ve beden arasındaki etkileşime giderek daha fazla odaklanılmasıyla birlikte, düalist bir sağlık ve hastalık modelinin önerdiği geleneksel zihin ve beden ayrımına karşı bir meydan okumaya tanık olmuştur. Bakış açısındaki bu değişim, sağlığa bütüncül ya da bütün insan yaklaşımının gelişimine yansımıştır. Dolayısıyla sağlık psikolojisi, zihin ve bedenin etkileşim halinde olduğunu savunmaktadır. Ancak bu durum, bu iki varlığın birbirini etkiliyor olarak görülmesi nedeniyle geleneksel tıbbi bakış açısından bir sapmayı temsil etse de, hala ayrı olarak kategorize edilmektedir - iki farklı terimin (zihin/beden) varlığı, bir dereceye kadar ayrılık olduğunu ve 'etkileşimin' yalnızca farklı yapılar arasında gerçekleşebileceğini göstermektedir.
- *Sağlık ve hastalıkta psikolojinin rolü nedir?* Sağlık psikolojisi, psikolojik faktörleri yalnızca hastalığın olası sonuçları olarak değil, aynı zamanda etiyolojisine katkıda bulunan faktörler olarak görür. Sağlık psikolojisi

Psikologlar, psikoloji ve sağlık arasında hem doğrudan hem de dolaylı bir ilişki olduğunu düşünmektedir. Doğrudan yol fizyolojik literatüre yansımakta ve stresin koroner kalp hastalığı ve kanser gibi hastalıklar üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalarla örneklendirilmektedir. Bu perspektiften bakıldığında, bir kişinin hayatını deneyimleme biçimi ('Kendimi stresli hissediyorum') bedeni üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir ve bu da sağlık durumunu değiştirebilir. İçsel yol daha çok davranışsal literatüre yansımakta ve sigara içme, diyet, egzersiz ve cinsel davranışları inceleyen araştırmalarla örneklendirilmektedir. Bu perspektiften bakıldığında, bir kişinin düşünme biçimi ('Kendimi stresli hissediyorum') davranışlarını etkilemekte ('Bir sigara içeceğim') ve bu da sağlığını etkileyebilmektedir. Doğrudan ve dolaylı yollar Şekil 1.2'de gösterilmektedir.

Sağlık psikolojisinin amaçları nelerdir?

Sağlık psikolojisi, sağlık ve hastalığın nedeni, ilerlemesi ve sonuçlarında psikolojik faktörlerin rolünü vurgular. Sağlık psikolojisinin amaçları (1) teoriyi anlamak, açıklamak, geliştirmek ve test etmek ve (2) bu teoriyi uygulamaya koymak olarak ikiye ayrılabilir.

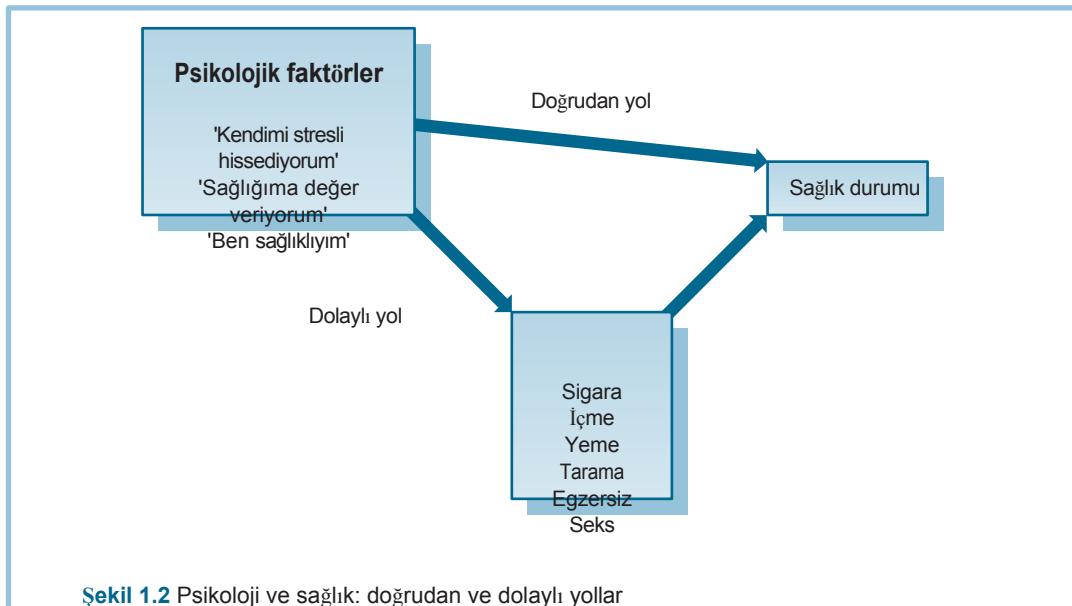
1 Sağlık psikolojisi, teoriyi anlamayı, açıklamayı, geliştirmeyi ve test etmeyi amaçlar:

a Hastalığın etiolojisinde davranışın rolünün değerlendirilmesi. Örneğin:

- Koroner kalp hastalığı sigara, gıda alımı ve egzersiz eksikliği gibi davranışlarla ilişkilidir.
- Birçok kanser türü beslenme, sigara, alkol ve tarama ya da sağlık kontrollerine gitmeme gibi davranışlarla ilişkilidir.
- İnme sigara, kolesterol ve yüksek tansiyon ile ilişkilidir.
- Sıklıkla göz ardı edilen bir ölüm nedeni de kazalardır. Bunlar alkol tüketimi, uyuşturucu ve dikkatsiz sürüşle ilgili olabilir.

b Sağlıksız davranışların öngörülmesi. Örneğin:

- Sigara, alkol tüketimi ve yüksek yağlı diyetler inançlarla ilişkilidir.
- Sağlık ve hastalık hakkındaki inançlar, davranışı tahmin etmek için kullanılabilir.



- c** Psikoloji ve fizyoloji arasındaki etkileşimi değerlendirmek. Örneğin:
- Stres deneyimi değerlendirme, başa çıkma ve sosyal destek ile ilgilidir.
 - Stres, hastalıkları tetikleyebilen veya şiddetlendirebilen fizyolojik değişikliklere yol açar.
 - Ağrı algısı anksiyete ile şiddetlenebilir ve dikkat dağınıklığı ile azalabilir.
- d** Hastalık deneyiminde psikolojinin rolünü anlamak. Örneğin:
- Hastalığın psikolojik sonuçlarının anlaşılması ağrı, bulantı ve kusma gibi semptomların hafifletilmesine yardımcı olabilir.
 - Hastalığın psikolojik sonuçlarının anlaşılması, anksiyete ve depresyon gibi psikomantıksal semptomların hafifletilmesine yardımcı olabilir.
- e** Psikolojinin hastalık tedavisindeki rolünün değerlendirilmesi. Örneğin:
- Psikolojik faktörler hastalığın nedeninde önemliyse, tedavisinde de rol oynayabilir.
 - Davranışların değiştirilmesi ve stresin azaltılması, yeni bir kalp krizi olasılığını azaltabilir.
 - Hastalığın psikolojik sonuçlarının tedavisi uzun ömürlülük üzerinde etkili olabilir.
- 2** Sağlık psikolojisi aynı zamanda teoriyi pratiğe dökmeyi de amaçlar. Bu şu şekilde uygulanabilir:
- a** Sağlıklı davranışların teşvik edilmesi. Örneğin:
- Davranışların hastalığındaki rolünün anlaşılması, sağlıklı davranışların hedef alınmasını sağlayabilir.
 - Davranışları öngören inançların anlaşılması, bu inançların tartışılması sağlayabilir.
 - İnançların anlaşılması, bu inançların değiştirilmesine yardımcı olabilir.
- b** Hastalıkların önlenmesi. Örneğin:
- İnanç ve davranışların değiştirilmesi hastalığın başlamasını önleyebilir.
 - Stresi değiştirmek kalp krizi riskini azaltabilir.
 - Hastalık sırasında yapılan davranışsal müdahaleler (örneğin kalp krizinden sonra sigarayı bırakmak) hastalığın ilerlemesini önleyebilir.
 - Sağlık çalışanlarının iletişim becerilerini geliştirmeleri ve müdahalelerde bulunmaları için eğitilmeleri hastalıkların önlenmesine yardımcı olabilir.

Sağlık psikolojisinin geleceği nedir?

Sağlık psikolojisi Birleşik Krallık'ta, Avrupa'da, Avustralya ve Yeni Zelanda'da ve ABD'de giderek genişleyen bir alandır. Birçok öğrenci için bu, psikoloji derecelerinin bir parçası olarak bir sağlık psikolojisi dersi almayı içerir. Bazı öğrenciler için sağlık psikolojisi, tıp, hemşirelik, sağlık çalışmaları ve diş hekimliği gibi diğer yardımcı disiplinler için çalışmalarının bir parçasıdır. Bununla birlikte, sağlık psikolojisini bu ön düzeyde öğrenmenin yanı sıra, giderek artan sayıda öğrenci bu alanda kariyerlerini geliştirmek için sağlık psikolojisinde yüksek derece yapmaktadır. Bu durum, sağlık psikolojisinin geleceği ve bir sağlık psikoloğunun olası rolleri hakkında bir dizi tartışmaya yol açmıştır. Bugüne kadar bu tartışmalar iki olası kariyer yolunu vurgulamıştır: klinik sağlık psikoloğu ve profesyonel sağlık psikoloğu.

Klinik sağlık psikoloğu

Klinik sağlık psikoloğu, 'sıkıntı içindeki bireylerin değerlendirilmesi ve tedavisine odaklanan klinik psikoloji ile sağlık psikolojisinin içerik alanını' birleştiren kişi olarak tanımlanmıştır (Belar ve Deardorff 1995). Klinik sağlık psikoloğu olarak çalışabilmek için

kolog, genellikle bir kişinin önce klinik psikolog olarak eğitim alacağı ve daha sonra sağlık psikolojisi alanında uzmanlık kazanacağı kabul edilir; bu da sağlık psikolojisinin teori ve yöntemlerinin anlaşılmasını ve bunların sağlık hizmetleri ortamına uygulanmasını içerir (Johnston ve Kennedy 1998). Eğitimi bir klinik sağlık psikoloğu, stres ve ağrı yönetimi, kronik hastalıkları (rneğin kanser, HIV veya kardiyovasküler hastalık) olan hastalar için rehabilitasyon veya omurilik yaralanması ve şekil bozukluğu ameliyatı gibi sorunlar için müdahalelerin geliştirilmesi de dahil olmak üzere fiziksel sağlık alanında çalışma eğiliminde olacaktır.

Profesyonel bir sağlık psikoloğu

Profesyonel bir sağlık psikoloğu, sağlık psikolojisi alanında kabul edilebilir bir standartta eğitim almış ve sağlık psikoloğu olarak çalışan kişidir. Birleşik Krallık'ta, İngiliz Psikoloji Derneği yakın zamanda 'İmtiyazlı Sağlık Psikoloğu' terimini onaylamıştır. Avrupa, Australasia ve ABD'de 'profesyonel sağlık psikoloğu' ya da sadece 'sağlık psikoloğu' terimi kullanılmaktadır (Marks ve ark. 1998). Halen çeşitli komiteler tarafından değerlendiriliyor olsa da, profesyonel bir sağlık psikoloğunun üç alanda yetkinliğe sahip olması gerektiği artık genel olarak kabul görmektedir: araştırma, ğretim ve danışmanlık. Buna ek olarak, sağlık psikolojisi alanında yüksek bir dereceyi tamamlayarak akademik sağlık psikolojisi alanında uygun bir bilgi birikimine sahip olduklarını gsterebilmelidirler. Gerekli standartları karşıladığını kanıtlayan profesyonel/şartlı bir sağlık psikoloğu, yükseköğretim sistemi içinde, sağlığın geliştirilmesi ortamında, okullarda veya endüstride akademisyen olarak çalışabilir ve/veya sağlık hizmetlerinde görev alabilir. Bu alışma araştırma, ğretim ve riskle ilgili davranışları azaltmaya yönelik müdahalelerin geliştirilmesi ve değerlendirilmesini içerebilir.

Bu kitabının amacı nedir?

Sağlık psikolojisi ğretim, araştırma ve uygulama açısından genişleyen bir alandır. Sağlık psikolojisi *ğretimi* hem lisans hem de lisansüstü düzeyde gerçekleşir ve hem ana akım psikoloji öğrencileri hem de sağlıkla ilgili diğer konularda okuyanlar tarafından deneyimlenir. Sağlık psikolojisi *araştırmaları* da çeşitli şekillerde gerçekleşmektedir. Lisans öğrencilerinden genellikle değerlendirmelerinin bir parçası olarak araştırma projeleri üretmeleri beklenir ve akademik personel ve araştırma ekipleri teorileri geliştirmek, test etmek ve yeni alanları keşfetmek için araştırmalar yürütür. Bu tür araştırmalar, araştırma ile belirlenen faktörleri değiştirmeyi amaçlayan müdahale programları ile genellikle doğrudan *uygulamaya* aktarılır. Bu kitap, sağlık psikolojisinin ana konularına kapsamlı bir giriş sağlamayı amaçlamaktadır. Kitap, araştırmalarla desteklenen psikolojik teorilere odaklanacaktır. Ayrıca, bu teorilerin nasıl uygulamaya dönüştürülebileceği de anlatılacaktır. Bu kitap, dersler ve değerlendirmeler gibi ğretim desteklerini içeren kapsamlı bir web sitesi ile desteklenmektedir.

Teori ve sağlık psikolojisi üzerine bir not

Sağlık psikolojisi, teorileri için bir dizi psikolojik perspektiften yararlanır. Örneğin, çağrışımlara ve modellemeye vurgu yapan öğrenme teorisini, inançlara ve tutumlara vurgu yapan sosyal biliş teorilerini, davranışlara odaklanan aşama teorilerini kullanır.

değişim ve ilerleme, maliyet-fayda analizini ve hipotez testinin rolünü vurgulayan karar verme teorisi ve biyolojik süreçlere ve bunların sağlıkla bağlantılarına olan ilgileriyle fizyolojik teoriler. Ayrıca, stereotipleme, öz kimlik, risk algısı, öz yeterlilik ve bağımlılık gibi birçok temel psikolojik kavramı kullanmaktadır. Bu kitap, bu teorilerin birçoğunu tanımlamakta ve sağlık durumunu ve sağlıkla ilgili davranışları açıklamak için nasıl kullanıldıklarını araştırmaktadır. Bu teorilerden bazıları, sosyal biliş modelleri ve aşama teorileri gibi sağlık psikolojisinin tüm yönlerinde kullanılmıştır. Bu nedenle bu teoriler Bölüm 2'de ayrıntılı olarak açıklanmaktadır. Buna karşılık, diğer teoriler ve yapılar belirli davranışları incelemek için kullanıma eğilimindedir. Bu nedenle bunlar her bir özel bölümde açıklanmıştır. Ancak, çapraz döllenme genellikle iyi bir araştırmayı ortaya çıkardığından, bu teorilerin birçoğu diğer alanlara da uygulanabilir.

Metodoloji ve sağlık psikolojisi üzerine bir not

Sağlık psikolojisi de bir dizi metodoloji kullanır. Anketler, randomize kontrol denemeleri, deneyler ve vaka kontrol çalışmaları şeklinde nicel yöntemler kullanır. Ayrıca mülakatlar ve odak grupları gibi nitel yöntemler de kullanır ve araştırmacılar verilerini söylem analizi, yorumlayıcı fenomenolojik analiz (IPA) ve temellendirilmiş teori gibi yaklaşımları kullanarak analiz eder. Yöntemleri ayrıntılı olarak ele alan çok sayıda kapsamlı metin bulunduğu için metodolojiye ilişkin ayrı bir bölüme yer verilmemiştir (bkz. bu bölümün sonundaki Daha Fazla Okuma). Bu kitabın amacı, her bölüm boyunca açıklanan örneklerin seçimi yoluyla veri analizine yönelik bu yöntem ve yaklaşım yelpazesini göstermektir.

Bu kitabının içeriği

Sağlık psikolojisi, psikoloji ve sağlık arasındaki dolaylı yola odaklanır ve *inanç ve davranışların* sağlık ve hastalıkta oynadığı rolü vurgular. Bu kitabın ilk yarısının içeriği bu vurguyu yansıtmakta ve farklı inanç kümelerinin davranışlarla nasıl ilişkili olduğunu ve her iki faktörün de hastalıkla nasıl ilişkili olduğunu göstermektedir.

2-4. Bölümler inançları vurgulamaktadır. Bölüm 2, yirminci yüzyıl boyunca ölüm nedenlerindeki değişimleri ve bu değişimin inanç ve davranışlar için neden artan bir rol önerdiğini incelemektedir. Bölüm daha sonra sağlık inançları teorilerini ve inançları tanımlamak ve davranışları tahmin etmek için geliştirilen modelleri değerlendirmektedir. Bölüm 3'te bireylerin hastalıkla ilgili inançları, Bölüm 4'te ise sağlık uzmanları-hasta iletişimi bağlamında sağlık inançları incelenmektedir.

5-9. Bölümler sağlıkla ilgili davranışları incelemekte ve belirli davranışlara uygulanan birçok teori ve yapıyı örneklendirmektedir. Bölüm 5'te bağımlılık yapıcı davranışlara ilişkin teoriler ile sigara ve alkol tüketimini öngören faktörler açıklanmaktadır. Bölüm 6, gelişimsel modeller, bilişsel teoriler ve kilo kaygısının rolünden yola çıkarak yeme davranışı teorilerini incelemektedir. 7. Bölümde egzersiz davranışı ile ilgili literatür hem başlangıç hem de bireyleri egzersize devam etmeye teşvik etme yöntemleri açısından açıklanmaktadır. Bölüm 8 cinsel davranışları ve hem gebelikten kaçınma hem de HIV bağlamında kendini koruyucu davranışları öngören faktörleri incelemektedir. Bölüm 9, bir sağlık davranışı olarak taramayı incelemekte ve bir kişinin sağlık kontrolüne gidip gitmemesiyle ilgili psikolojik faktörleri ve tarama programlarının psikolojik sonuçlarını değerlendirmektedir.

Sağlık psikolojisi aynı zamanda psikoloji ve sağlık arasındaki doğrudan yola da odaklanmaktadır ve bu kitabın ikinci yarısının odak noktasını oluşturmaktadır. Bölüm 10, stres üzerine yapılan araştırmaları şu açılardan incelemektedir

Bölüm 11, stres ve hastalık arasındaki bağlantıları hem fizyoloji hem de davranıştaki değişiklikler ve ılımlı değişkenlerin rolü aracılığıyla değerlendirmektedir. Bölüm 12 ağrıya odaklanmakta ve ağrı algısını şiddetlendiren psikolojik faktörleri değerlendirmekte ve psikolojik müdahalelerin ağrıyı azaltmak ve ağrıyı kabullenmeyi teşvik etmek için nasıl kullanılabileceğini araştırmaktadır. Bölüm 13, plasebo etkileri örneğini kullanarak inançlar, davranışlar ve sağlık arasındaki karşılıklı ilişkileri özellikle incelemektedir. Bölüm 14 ve 15, HIV ve kanser (Bölüm 14) ile obezite ve koroner kalp hastalığına (Bölüm 15) odaklanarak bu karşılıklı ilişkiyi hastalık bağlamında daha da açıklamaktadır. Bölüm 16 özellikle kadın sağlığına odaklanırken, Bölüm 17 sağlık durumunun ölçülmesi ve yaşam kalitesinin ölçülmesi ile ilgili sorunları incelemektedir.

Son olarak, Bölüm 18, kitap boyunca açıklanan sağlık psikolojisindeki bazı varsayımları incelemektedir.

Bu kitabının yapısı

Bu kitap, sağlık psikolojisi alanında eksiksiz bir ders formatındadır. Her bölüm bir dersin temeli ve/veya bir ders için okuma olarak kullanılabilir ve aşağıdaki özelliklerden oluşur:

- Bölümün içeriğini ve amaçlarını özetleyen bir bölüm özeti.
- Seminer tartışması veya makale başlıkları için bir dizi soru.
- Daha fazla okuma için öneriler.
- Metin içinde tartışılan model ve teorileri göstermek için diyagramlar.
- Sağlık psikolojisinin üç yönünü göstermeyi amaçlayan bir 'araştırmaya odaklanma' bölümü: (1) bir teorinin nasıl bir araştırma projesine dönüştürülebileceğini inceleyen 'bir teorinin test edilmesi', seçilen her bir makale için arka planın, kullanılan yöntemlerin (ölçümlerin ayrıntıları dahil), sonuçların ve sonuçların bir açıklaması; (2) bir teorinin bir müdahale geliştirmek için nasıl kullanılabileceğini inceleyen 'teoriyi uygulamaya koymak'; ve (3) hastaların deneyimlerini ele alan çalışmaları sunan '... deneyimi'. Her bir 'araştırmaya odaklanma' bölümü, teori testi veya pratik çıkarımların iyi bir örneği olarak seçilen belirli bir makaleyi ele almaktadır.
- Her bir araştırma alanı için temel metodolojik ve kavramsal sorunlardan bazılarını tanımlayan bir 'bazı sorunlar ...' bölümü.
- Metodolojinin rolü ve zihin ile beden arasındaki ilişki gibi sağlık psikolojisindeki araştırma ve uygulamaların altında yatan bazı varsayımları inceleyen bir 'sağlık psikolojisinde varsayımlar' bölümü. Bu varsayımlar Bölüm 18'de birlikte ele alınmaktadır.

Buna ek olarak, kitabın sonunda sağlık psikolojisi alanında metodolojiyle ilgili terimleri açıklayan bir sözlük bulunmaktadır.



Sorular

- 1 Sağlık psikolojisi, biyomedikal sağlık ve hastalık modelinin varsayımlarına ne ölçüde meydan okuyor?
- 2 Sağlık ve hastalığa giden dolaylı yolda yer alan süreçleri tartışabilecektir.
- 3 Yolları dolaylı ve doğrudan yollar olarak ayırmanın ne gibi sorunları var?
- 4 Sağlık psikolojisi kişinin bütününe incelenmesine ne ölçüde olanak tanır?
- 5 Seçtiğiniz bir hastalıkta biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerin etkisini göstermek için bir araştırma çalışması tasarlayın.

tartışması için

En son ne zaman hasta olduğunuzu düşünün (örn. grip, baş ağrısı, soğuk algınlığı, vb.). Biyolojik faktörler dışındaki faktörlerin hastalığınıza ne ölçüde katkıda bulunmuş olabileceğini tartışın.

Daha fazla okuma

Aboud, F.E. (1998) *Health Psychology in Global Perspective*. Londra: Sage.

Bu kitap, sağlık psikolojisinin kültürler arası yönlerini vurgulamakta ve davranış ve inançları kültürel bağlam içinde konumlandırmaktadır.

Kaplan, R.M. (1990) Behaviour as the central outcome in health care, *American Psychologist*, 45: 1211-20.

Bu makale, sağlık psikolojisinin amaçları hakkında ilginç bir tartışma sunmakta ve araştırmacıların uzun ömür ve hücre patolojisi gibi biyolojik sonuçlara odaklanmak yerine davranışları değiştirmeyi hedeflemeleri ve bu nedenle herhangi bir müdahalenin başarısını bu amaca ulaşıp ulaşılmadığına göre değerlendirmeleri gerektiğini öne sürmektedir.

Kaptein, A. ve Weinman, J. (eds) (2004). *Sağlık Psikolojisi*. Oxford: BPS Blackwell.

Bu derleme, sağlık psikolojisinin merkezinde yer alan bir dizi alanın daha ayrıntılı tanımını ve analizini sunmaktadır.

Michie, S. ve Abraham, C. (2004) *Uygulamada Sağlık Psikolojisi*. Oxford: Blackwell.

Bu derleme, Birleşik Krallık'ta sağlık psikoloğu olmak için gereken yetkinlik ve becerilerin ayrıntılı bir açıklamasını sunmaktadır. Bununla birlikte, bilgiler sağlık psikolojisi alanında kariyer yapmak isteyen herkes için uluslararası düzeyde geçerlidir.

Ogden, J. (2007) *Essential Readings in Health Psychology*. Maidenhead: Açık Üniversite Yayınları.

Bu benim yeni okuyucum; teori, araştırma, metodoloji veya tartışmanın iyi örnekleri olarak seçtiğim 29 makaleden oluşuyor. Kitap ayrıca her bir makalenin tartışmasını ve dahil edilme gerekçesini de içeriyor.

Araştırma yöntemleri üzerine okumak için

Bowling, A. ve Ebrahim, S. (2005) *Handbook of Health Research Methods: İnceleme, Ölçme ve Analiz*. Buckingham: Açık Üniversite Yayınları.

Sistematik incelemeler, anketler, anket tasarımı, modelleme ve denemeler dahil olmak üzere nicel ve nitel yöntemlere mükemmel bir genel bakış sağlar. Odak noktası sağlık araştırmalarıdır.

Breakwell, G., Hammond, S., Fife-Schaw, C. ve Smith, J.A. (eds) (2006) *Research Methods in Psychology* (3rd edn). Londra: Sage.

Bu derleme kitap, psikolojiye özgü bir dizi farklı nitel ve nicel araştırma yöntemine kapsamlı ve erişilebilir bir genel bakış sunmaktadır.

Jenkinson, C. (2002) *Sağlık ve Tıbbi Bakım Ölçme ve Değerlendirme*. Buckingham: Açık Üniversite Yayınları.

Bu kitap, kohort çalışmaları, denemeler ve vaka kontrol çalışmaları da dahil olmak üzere bir dizi nicel araştırma tasarımının erişilebilir ve ayrıntılı bir açıklamasıdır.

Lyons, E. ve Coyle, A. (eds) (2007) *Analyzing Qualitative Data in Psychology*. Londra: Sage.

Bu kitap, dört farklı nitel yaklaşıma (IPA, temellendirilmiş teori, anlatı analizi, söylem analizi) mükemmel bir genel bakış sunmakta ve ardından bunların nasıl kullanılabileceğini ve verilerin farklı veya benzer açıklamalarını ne ölçüde ürettiklerini araştırmaktadır.

Smith, J.A. (2003) *Nitel Psikoloji: Araştırma Yöntemleri için Pratik Bir Kılavuz*. Londra: Sage.

Bu kitap, farklı nitel yaklaşımlara ilişkin çok açık ve uygulamalı bir rehber sunmakta ve nitel araştırmanın pratikte nasıl yürütüleceğini gösterme konusunda son derece başarılıdır.

Willig, C. (2001) *Psikolojide Nitel Araştırmaya Giriş: Teori ve Yöntemde Maceralar*.

Buckingham: Açık Üniversite Yayınları.

Bu kitap, farklı nitel yaklaşımlar için son derece iyi yazılmış ve açık bir rehberdir ve epistemoloji ve yöntem açısından benzerlik ve farklılıklarına dair erişilebilir bir genel bakış sunmaktadır.

Sağlık inançları

Bölüme genel bakış

Yirminci yüzyıl boyunca ölüm nedenlerindeki değişiklikler kısmen koroner kalp hastalığı, kanserler ve HIV gibi davranışla ilgili hastalıklardaki değişiklikler açısından açıklanabilir. Bu bölüm ilk olarak sağlık teorilerini incelemekte, ardından sağlık davranışları teorilerini ve sağlık davranışlarının sağlık ve davranış nedenlerine ilişkin atıflar, risk algıları ve değişim aşamaları modeli gibi sağlık inançları tarafından ne ölçüde tahmin edilebileceğini araştırmaktadır. Bu bölümde özellikle, bu farklı sağlık inancı türlerinin modeller (sağlık inancı modeli, koruma motivasyonu teorisi, gerekçeli eylem teorisi, planlı davranış teorisi, sağlık eylem süreci yaklaşımı) şeklinde bütünleştirilmesi açıklanmaktadır. Bu modellerle ilgili sorunlar incelenmekte ve davranışsal niyetler ile gerçek davranışlar arasındaki boşluğu ele alan çalışmalar açıklanmaktadır. Bölüm daha sonra bu teorilerin davranış değişikliği için tasarlanmış müdahalelerin geliştirilmesinde nasıl kullanılabileceğini incelemekte ve son olarak davranış değişikliğinin uzun vadede sürdürülmesini inceleyen araştırmaları tanımlamaktadır.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- Sağlık davranışları nelerdir?
- Neden sağlık davranışlarını incelemeliyiz?
- Sağlıkla ilgili teoriler
- Hangi faktörler sağlık davranışlarını öngörüyor?
- Sosyal biliş modelleri
- Sosyal biliş modelleriyle ilgili sorunlar
- Niyet-davranış boşluğu
- Teori temelli müdahalelerin geliştirilmesi
- Davranış değişikliğinin sürdürülmesinin anlaşılması

Sağlık davranışları nelerdir?

Kasl ve Cobb (1966) sağlıkla ilgili üç tür davranış tanımlamıştır. Onlar şunları önermişlerdir:

- bir *sağlık davranışı*, hastalığı önlemeye yönelik bir davranıştı (örneğin, sağlıklı beslenmek)
- *hastalık davranışı*, çare aramaya yönelik bir davranıştı (örn. doktora gitmek)

- *hasta rolü davranışı*, iyileşmeyi amaçlayan herhangi bir faaliyettir (örneğin reçeteli ilaçları almak, dinlenmek).

Sağlık davranışları Matarazzo (1984) tarafından şu iki şekilde tanımlanmıştır:

- 'davranışsal patojenler' olarak adlandırdığı *sağlığı bozan alışkanlıklar* (örneğin sigara içmek, yüksek yağlı beslenmek) veya
- 'davranışsal immünojenler' olarak tanımladığı *sağlığı koruyucu davranışlar* (örneğin sağlık kontrolüne gitmek).

Kısacası Matarazzo, olumsuz etkisi olan davranışlar (sigara içmek, yağ oranı yüksek yiyecekler yemek, çok miktarda alkol almak gibi davranışsal patojenler) ile olumlu etkisi olabilecek davranışlar (diş fırçalamak, emniyet kemeri takmak, sağlık bilgisi almak, düzenli check-up yaptırmak, gece yeterli sayıda uyumak gibi davranışsal immünojenler) arasında ayrım yapmıştır.

Genel olarak sağlık davranışları, bireyin sağlık durumu ile ilgili davranışlar olarak kabul edilmektedir.

Neden sağlık davranışları üzerine çalışılmalı?

Geçtiğimiz yüzyılda sağlık davranışları, sağlık ve hastalık üzerinde giderek daha önemli bir rol oynamıştır. Bu ilişki McKeown (1979) tarafından vurgulanmıştır.

McKeown'ın tezi

Bulaşıcı hastalıkların azalması

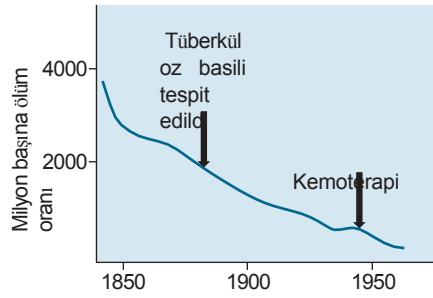
Thomas McKeown (1979) *The Role of Medicine (Tıbbın Rolü)* adlı kitabında on yedinci yüzyıldan bu yana tıbbın sağlık üzerindeki etkisini incelemiştir. Özellikle tıbbın başarıları ve tüberküloz, pnömoni, kızamık, grip, difteri, çiçek ve boğmaca gibi bulaşıcı hastalıkların yaygınlığı ve görülme sıklığının azaltılmasında tıbbın rolü hakkında yaygın olarak kabul edilen varsayımları değerlendirmiştir. McKeown, tüberküloz, kızamık, çiçek ve boğmaca gibi hastalıklardaki düşüşün kemoterapi ve aşılar gibi tıbbi müdahalelerle ilgili olduğu görüşünün yaygın olduğunu, örneğin zatürre ve grip gibi hastalıklardaki düşüşten antibiyotiklerin sorumlu olduğunu savunmuştur. Bununla birlikte, bu tür hastalıklardaki azalmanın ilgili tıbbi müdahalelerin geliştirilmesinden önce de devam etmekte olduğunu göstermiştir. Bu durum tüberküloz için Şekil 2.1'de gösterilmektedir.

McKeown bu nedenle, son üç yüzyıl boyunca bulaşıcı hastalıklarda görülen düşüşün en iyi tıbbi müdahale açısından değil, sosyal ve çevresel faktörler açısından anlaşılabilceğini iddia etmiştir. McKeown'a göre

On bin yıl önceki ilk tarım devriminden itibaren [bulaşıcı hastalıkların] baskın olmasına yol açan etkiler yetersiz gıda, çevresel tehlikeler ve aşırı sayıydı; modern Tarım ve Sanayi devrimlerinden itibaren azalmalarına yol açan önlemler ise tahmin edilebileceği gibi gelişmiş beslenme, daha iyi hijyen ve doğum kontrolüydü. (McKeown 1979: 117)

Davranışların rolü

McKeown ayrıca yirminci yüzyıl boyunca sağlık ve hastalıkları da incelemiştir. Çağdaş hastalıkların 'bireyin kendi belirlediği etkilerden' kaynaklandığını savunmuştur. . . bireyin kendi kararlarıyla belirlediği



Şekil 2.1 Tüberkülozdan kaynaklanan ölümlerde azalma (McKeown 1979'dan sonra)

(sigara içme, yemek yeme, egzersiz ve benzeri)" (McKeown 1979: 118) ve "sağlığın öncelikle sigara içme ve hareketsiz yaşam gibi kişisel alışkanlıkların değiştirilmesine bağlı olduğunu" (McKeown 1979: 124) iddia etmiştir. Bu tezi desteklemek için McKeown, varlıklı toplumlardaki başlıca ölüm nedenlerini incelemiş ve akciğer kanseri, koroner kalp hastalığı ve karaciğer sirozu gibi baskın hastalıkların çoğunun davranışlardan kaynaklandığını gözlemlemiştir.

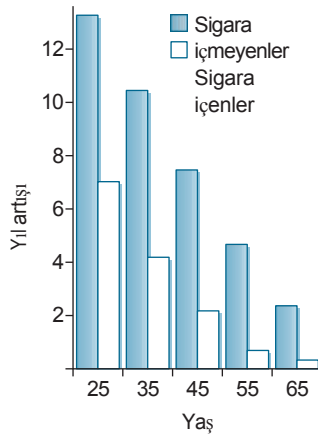
Davranış ve ölüm oranı

Önde gelen on ölüm nedeninden kaynaklanan ölümlerin yüzde 50'sinin davranışlardan kaynaklandığı öne sürülmüştür. Bu durum, davranış ve yaşam tarzının uzun ömür üzerinde potansiyel olarak büyük bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Örneğin Doll ve Peto (1981), tüm kanser ölümlerinin nedenleri olarak farklı faktörlerin rolüne ilişkin tahminler bildirmiştir. Tütün tüketiminin tüm kanser ölümlerinin yüzde 30'unu, alkolün yüzde 3'ünü, diyetin yüzde 35'ini ve üreme ve cinsel davranışların yüzde 7'sini oluşturduğunu tahmin etmişlerdir. Buna göre, kanserden kaynaklanan tüm ölümlerin yaklaşık yüzde 75'i davranışlarla ilgilidir. Daha spesifik olarak, en yaygın kanser türü olan akciğer kanseri, Birleşik Krallık'taki tüm kanser ölümlerinin erkeklerde yüzde 36'sını, kadınlarda ise yüzde 15'ini oluşturmaktadır. Tüm akciğer kanseri ölümlerinin yüzde 90'ının, mesane, pankreas, ağız, gırtlak ve yemek borusu kanserleri ve koroner kalp hastalığı gibi diğer hastalıklarla da bağlantılı olan sigara içimine atfedilebileceği hesaplanmıştır. Benzer şekilde, 2004 yılında Mokdad ve arkadaşları sigara, kötü beslenme ve hareketsiz yaşam tarzı gibi sağlık davranışlarının ciddi sağlık sorunlarına neden olabileceği ve bir dizi kanser, diyabet, kalp hastalığı ve ölümle ilişkili olduğu sonucuna varmıştır. Sigaranın ölüm oranı üzerindeki etkisi, McKeown tarafından 1838'den 1970'e kadar erkeklerde beklenen yaşam sürelerindeki değişiklikleri incelediğinde gösterilmiştir. Elde ettiği veriler Şekil 2.2'de gösterilmekte olup, sigara içmeyenlerde görülen ortalama yaşam süresindeki artışın sigara içenlerde çok daha az olduğunu göstermektedir. Ölüm oranı ve davranış arasındaki ilişki, erkeklerde tüm kanser ölümlerinin yüzde 11'ini, kadınlarda ise yüzde 14'ünü oluşturan bağırsak kanseri ile de gösterilmektedir. Araştırmalar bağırsak kanserinin toplam yağ oranı yüksek, et oranı yüksek ve lif oranı düşük beslenme gibi davranışlarla bağlantılı olduğunu göstermektedir.

Uzun ömür: kültürler arası farklılıklar

Davranış ve ölüm oranı arasındaki ilişki, farklı ülkelerdeki insanların uzun ömürlülüğü ile de gösterilebilir. Örneğin, ABD ve İngiltere'de her 100.000 kişiden sadece 3'ü 100 yaşın üzerinde yaşamaktadır. Ancak Gürcistan'da Abhazlar arasında her 100.000 kişiden 400'ü 100 yaşın üzerinde yaşamaktadır ve kayıtlara geçen en yaşlı Abhaz 170 yaşındadır (1800'lerin başında herhangi bir yazılı kaydın geçerliliği açısından bu açıkça sorunlu olsa da). Weg (1983)

Abhazların uzun ömürlülüğünü incelemiş ve diğer ülkelere kıyasla uzun ömürlü olmalarının biyolojik, yaşam tarzı ve sosyal faktörlerin bir kombinasyonundan kaynaklandığını öne sürmüştür:



Şekil 2.2 Sigara içmenin yaşam beklentisindeki artış üzerindeki etkisi: erkekler, 1838-1970 (McKeown 1979'dan sonra)

- GENETİK
- güçlü iş rollerini ve alışkanlıklarını sürdürmek
- doymuş yağ ve et oranı düşük, meyve ve sebze oranı yüksek bir diyet
- alkol veya nikotin yok
- yüksek düzeyde sosyal destek
- düşük stres seviyeleri bildirmiştir.

Bu insan grubunun analizi, sağlık davranışlarının uzun ömürlülükle ilişkili olabileceğini ve bu nedenle araştırmaya değer olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, bu tür kesitsel çalışmalar, özellikle nedenselliğin yönü açısından, yorumlama açısından sorunludur: Abhazların yaşam tarzı uzun ömürlü olmalarına neden oluyor mu yoksa bunun bir ürünü mü?

Uzun ömür: Belloc ve Breslow'un çalışmaları

Belloc ve Breslow (1972), Belloc (1973) ve Breslow ve Enstrom (1980) 7000 kişi arasında ölüm oranları ile davranışlar arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bu korelasyonel analizden yedi davranışın sağlık durumuyla ilişkili olduğu sonucu varmışlardır. Bu davranışlar şunlardı

- 1 Günde 7-8 saat uyumak.
- 2 Her gün kahvaltı yapmak.
- 3 Sigara içmiyorum.
- 4 Öğün aralarında nadiren yemek.
- 5 Öngörülen kiloya yakın veya bu kiloda olmak.
- 6 Orta düzeyde alkol kullanmış veya hiç kullanmamış olmak.
- 7 Düzenli egzersiz yapmak.

Örnekleme beş buçuk ve on yıl boyunca prospektif bir çalışmada takip edilmiş ve yazarlar bu yedi davranışın mortalite ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Buna ek olarak

bu sağlık davranışlarının tümünü yerine getiren 75 yaş üstü kişilerin sağlık durumunun, üçten azını yerine getiren 35-44 yaş arası kişilerle karşılaştırılabilir olduğunu ortaya koymuştur.

Sağlık davranışları, ölüm oranını ve bireylerin uzun ömürlülüğünü tahmin etmede önemli görünmektedir. Bu nedenle sağlık psikologları sağlıkla ilgili davranışları anlamaya ve tahmin etmeye çalışmışlardır. Bu araştırmalardan bazıları, 'meslekten olmayan teorileri' ve insanların sağlıklarını anlamlandırma yollarını keşfetmek ve anlamak için nitel yöntemler kullanmıştır. Diğer araştırmalar ise sağlık davranışlarını tanımlamak ve tahmin etmek için nicel yöntemler kullanmıştır.

sağlığı hakkındaki teoriler

Bu tür araştırmalar, sağlıkla ilgili meslek dışı teorileri incelemiş ve niceliksel bir metodolojiden ziyade niteliksel bir metodoloji kullanma eğiliminde olmuştur.

Özellikle tıbbi sosyologlar ve sosyal antropologlar, sağlıkla ilgili inançları meslekten olmayan teoriler veya meslekten olmayan temsiller açısından incelemişlerdir. Denekleri özgürce konuşmaya teşvik etmek için derinlemesine mülakatlar kullanan çalışmalar, bireylerin sahip olduğu karmaşık ve ayrıntılı inançları araştırmıştır. Bu alandaki araştırmalar, bu meslek dışı teorilerin, farklı olsalar bile, en az tıbbin kendi açıklayıcı modelleri kadar ayrıntılı ve sofistike olduğunu göstermiştir. Örneğin tıp, soğuk algınlığı gibi üst solunum yolu enfeksiyonlarını virüslerin neden olduğu kendini sınırlayan hastalıklar olarak tanımlamaktadır. Ancak Helman (1978) "Soğuk algınlığını besle, ateşi aç bırak" adlı makalesinde bireylerin soğuk algınlığı ve ilişkili diğer sorunları nasıl anlamlandırdıklarını araştırmış ve bu tür hastalıkların etiyolojileri ve olası tedavileri açısından sıcak-soğuk, ıslak-kuru boyutları açısından analiz edildiğini bildirmiştir. Bir çalışmada Pill ve Stott (1982), işçi sınıfı annelerin hastalıkları kontrol edilemez olarak görmeye ve sağlıklarına daha kadereci bir bakış açısıyla yaklaşmaya daha yatkın olduklarını bildirmiştir. Bir çalışmada Graham (1987), sigara içen kadınların sigaranın tüm sağlık risklerinin farkında olmalarına rağmen, sigaranın refahları için gerekli olduğunu ve stresle başa çıkmak için önemli bir araç olduğunu bildirdiklerini rapor etmiştir (insanların sağlığın ne olduğunu düşündüklerine ilişkin daha ayrıntılı bir tartışma için bkz. 3. Bölüm). Uzmanlık teorilerinin sağlık profesyonellerinin müdahaleleri üzerinde bariz etkileri vardır; eğer hasta kendi sağlığıyla ilgili olarak profesyonelin sahip olduğu inançlarla çelişen inançlara sahipse sağlık profesyoneli ile hasta arasındaki iletişim imkansız hale gelecektir (iletişimle ilgili bir tartışma için bkz. Bölüm 4).

Sağlık davranışlarının tahmin edilmesi

Birçok araştırma, sağlık davranışlarını keşfetmek ve tahmin etmek için nicel yöntemler kullanmıştır. Örneğin, Kristiansen (1985) Belloc ve Breslow (1972) tarafından tanımlanan yedi sağlık davranışını ve bunların bir dizi inançla ilişkisini inceleyen korelasyonel bir çalışma yürütmüştür. Bu yedi sağlık davranışının (1) sağlığa verilen yüksek değer; (2) dünya barışına olan inanç; ve (3) heyecan verici bir yaşama verilen düşük değer ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Açıkçası bu farklı inançları tanımlamakta sorunlar var, ancak çalışma sağlık davranışlarını tahmin etmenin belki de mümkün olduğunu öne sürdü.

Leventhal ve diğerleri (1985) sağlık davranışlarını öngördüğüne inandıkları faktörleri tanımlamıştır:

- öğrenme, pekiştirme, modelleme ve sosyal normlar gibi sosyal faktörler
- Genetik, belki de alkol kullanımının genetik bir temeli olduğuna dair bazı kanıtlar olduğunu düşündürmektedir
- kaygı, stres, gerginlik ve korku gibi duygusal faktörler
- ağrı, nefes darlığı ve yorgunluk gibi algılanan semptomlar

- hastanın inançları
- sağlık profesyonellerinin inançları.

Leventhal ve arkadaşları, bu faktörlerin bir kombinasyonunun sağlıkla ilgili davranışları tahmin etmek ve teşvik etmek için kullanılabileceğini öne sürmüştür.

Aslında, sağlık davranışlarını tahmin etmeyi amaçlayan araştırmaların çoğu inançları vurgulamıştır. Sağlık inançlarına yönelik yaklaşımlar arasında atıf teorisi, sağlık kontrol odağı, gerçekçi olmayan iyimserlik, kendini onaylama teorisi ve değişim aşamaları modeli yer almaktadır.

Atıf teorisi

Atfetme teorisinin gelişimi

Atfetme teorisinin kökenleri, bireylerin sosyal dünyalarını öngörülebilir ve kontrol edilebilir olarak görmeye motive olduklarını, yani nedenselliği anlama ihtiyacı duyduklarını savunan Heider'in (1944, 1958) çalışmalarında bulunabilir. Kelley (1967, 1971) bu orijinal fikirleri geliştirmiş ve nedensellik ile ilgili atıfların aşağıdaki kriterlerden oluşan nedensel şemalara göre yapılandırıldığını öne sürerek açıkça tanımlanmış bir atıf teorisi önermiştir:

- *Ayırt edicilik*: Bir davranışın nedenine ilişkin atıf, davranışı gerçekleştiren bireye özgüdür.
- *Fikir birliği*: Bir davranışın nedeni hakkındaki atıf başkaları tarafından paylaşılır.
- *Zaman içinde tutarlılık*: nedensellik ile ilgili aynı atıf başka herhangi bir zamanda da yapılabilir.
- *Modaliteye göre tutarlılık*: aynı atıf farklı bir durumda da yapılabilir.

Kelley, atıfların bu farklı kriterlere göre yapıldığını ve yapılan atıf türünün (örneğin yüksek ayırt edicilik, düşük fikir birliği, zaman içinde düşük tutarlılık, modalite üzerinde düşük tutarlılık) bir davranışın nedeninin ne ölçüde bireyin içindeki veya dışındaki (yani çevre veya durum) bir özelliğin ürünü olarak görüldüğünü belirlediğini ileri sürmüştür.

İlk formülasyonundan bu yana, atıf teorisi kapsamlı bir şekilde geliştirilmiş ve öz atıflar (yani kişinin kendi davranışları hakkındaki atıflar) ile diğer atıflar (yani başkalarının davranışları hakkında yapılan atıflar) arasında ayrımlar yapılmıştır. Buna ek olarak, atıf boyutları aşağıdaki şekilde yeniden tanımlanmıştır:

- *içsel ve dışsal* (örneğin, bir işi alamamamın nedeni mülakattaki kötü performansım ve mülakatı yapan kişinin önyargısıdır)
- *istikrarlı ve istikrarsız* (örneğin, bir işe giremememin nedeni her zaman etrafımda olacak ve bu tek bir olaya özgü olacak)
- *global ve spesifik* (örneğin, işi alamamamın nedeni hayatımın diğer alanlarını etkilerken sadece bu iş görüşmesini etkiledi)
- *kontrol edilebilir ve kontrol edilemez* (örneğin, iş bulamamamın nedeni benim tarafımdan kontrol edilebilirdi ve benim tarafımdan kontrol edilemezdi).

Brickman ve diğerleri (1982) ayrıca bir sorunun nedenleri hakkında yapılan atıflar ile olası çözüm hakkında yapılan atıflar arasında da ayırım yapmıştır. Örneğin, bir alkoliğin irade eksikliği nedeniyle alkolik olmasından kendisinin sorumlu olduğuna inanabileceğini (nedene yönelik bir atıf), ancak tıp mesleğinin kendisini tekrar iyi hale getirmekten sorumlu olduğuna inanabileceğini (çözüme yönelik bir atıf) iddia etmişlerdir.

Sağlıkla ilgili davranışlar için atıflar

Atıf teorisi, sağlık ve sağlıkla ilgili davranış çalışmalarına uygulanmıştır. Herzlich (1973) 80 kişiyle sağlık ve hastalığın genel nedenleri hakkında mülakat yapmış ve sağlığın bireyin kendi içinde, hastalığın ise dış dünyadan vücuda giren bir şey olarak görüldüğünü tespit etmiştir.

Daha spesifik olarak, hastalıkla ilgili atıflar davranışlarla ilişkili olabilir. Örneğin Bradley (1985) hastaların diyabetlerine ilişkin sorumluluk atıflarını incelemiş ve hastalık üzerinde algılanan kontrolün ("diyabet benim tarafımdan mı yoksa güçlü bir başkası tarafından mı kontrol edilebilir?") bu hastaların tedavi seçimini etkilediğini bildirmiştir. Hastalar (1) insülin pompasını (cilde takılan ve sürekli insülin akışı sağlayan küçük mekanik bir cihaz) seçebilmektedir,

(2) yoğun geleneksel tedavi ya da (3) günlük enjeksiyonların devamı. Sonuçlar, insülin pompasını seçen hastaların diyabetleri üzerindeki kontrollerinin azaldığını ve güçlü doktorlara atfedilen kontrolün arttığını göstermiştir. Dolayısıyla, eğer bir birey hastalığını dışarıdan atfediyor ve bundan kişisel olarak sorumlu olmadığını düşünüyorsa, insülin pompasını seçme olasılığı daha yüksekti ve sorumluluğu doktorlara devretme olasılığı daha fazlaydı. King (1982) tarafından yapılan bir başka çalışmada, bir hastalık için yapılan atıflar ile hipertansiyon için bir tarama kliniğine katılım arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuçlar, hipertansiyonun dışsal ancak birey tarafından kontrol edilebilir olarak görülmesi durumunda, tarama kliniğine katılma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir ('Hipertansiyonumdan ben sorumlu değilim ama kontrol edebilirim').

Sağlık kontrol odağı

Atıf teorisinin içsel ve dışsal boyutu, sağlık kontrol odağı kavramı açısından özellikle sağlığa uygulanmıştır. Bireyler, olayları kendileri tarafından kontrol edilebilir (iç kontrol odağı) ya da kontrol edilemez (dış kontrol odağı) olarak görme eğilimlerine göre farklılık göstermektedir. Wallston ve Wallston (1982), bireyin sağlığını kendisi tarafından kontrol edilebilir olarak görüp görmediğini (örneğin, 'sağlığımdan doğrudan ben sorumluyum'), sağlığının kendisi tarafından kontrol edilemeyeceğine ve kaderin elinde olduğuna inanıp inanmadığını (örneğin, 'iyi olup olmamam bir şans meselesidir') veya sağlığını güçlü başkalarının kontrolü altında görüp görmediğini (örneğin, 'sadece doktorumun yapmamı söylediği şeyleri yapabilirim') değerlendiren bir sağlık kontrol odağı ölçüsü geliştirmiştir. Sağlık kontrol odağının, bireyin davranışlarını değiştirip değiştirmemesi (örneğin sigarayı bırakması) ve sağlık profesyonellerinden ne tür bir iletişim tarzı talep ettiği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Örneğin, bir doktor genel olarak dışa dönük olan bir bireyi yaşam tarzını değiştirmeye teşvik ederse, birey kendini sağlığından sorumlu görmüyorsa buna uyması pek olası değildir. Sağlık kontrol odağı **Focus on Research 9.1**'de (s. 206) açıklanmaktadır.

Sağlık kontrol odağı kavramı sezgisel olarak ilginç olsa da, bu kavramla ilgili çeşitli sorunlar bulunmaktadır:

- Sağlık kontrol odağı bir durum mu yoksa bir özellik midir? (Ben her zaman içsel miyim?)
- Hem dışsal hem de içsel olmak mümkün mü?
- Yardım için doktora gitmek dışsal mıdır (doktor beni iyileştirebilecek güçlü bir ötekidir) yoksa içsel midir (uygun müdahaleyi arayarak sağlık durumumu belirliyorum)?

Gerçekçi olmayan iyimserlik

Weinstein (1983, 1984) insanların sağlıksız davranışlarda bulunmaya devam etmelerinin nedenlerinden birinin risk ve duyarlılık konusundaki yanlış algıları - gerçekçi olmayan iyimserlikleri - olduğunu öne sürmüştür. Deneklerden bir sağlık sorunları listesini incelemelerini ve "yaşınızdaki ve cinsiyetinizdeki diğer insanlarla karşılaştırıldığında, [soruna] yakalanma şansınız nedir - onlarınkinden daha mı fazla, yaklaşık aynı mı yoksa daha mı az?" diye sormalarını istemiştir. Çalışmanın sonuçları deneklerin çoğunun söz konusu sağlık sorununa yakalanma ihtimallerinin daha düşük olduğuna inandıklarını göstermiştir. Weinstein bu olguyu *gerçekçi olmayan iyimserlik* olarak adlandırmış ve herkesin bir hastalığa yakalanma olasılığının daha düşük olamayacağını savunmuştur. Weinstein (1987) gerçekçi olmayan iyimserliğe katkıda bulunan dört bilişsel faktör tanımlamıştır: (1) sorunla ilgili kişisel deneyim eksikliği; (2) sorunun bireysel eylemle önlenabilir olduğu inancı; (3) sorun henüz ortaya çıkmadıysa gelecekte de ortaya çıkmayacağı inancı; ve (4) sorunun seyrek olduğu inancı. Bu faktörler, kendi risk algısının rasyonel bir süreç olmadığını göstermektedir.

Weinstein (1983), bireylerin risk değerlendirmelerinin neden yanlış olabileceğini ve insanların neden gerçekçi olmayan bir iyimserlik içinde olduklarını açıklamak amacıyla, bireylerin seçici odaklanma gösterdiklerini ileri sürmüştür. Bireylerin kendi risk artırıcı davranışlarını görmezden geldiklerini ("her zaman güvenli seks yapmıyor olabilirim ama bu önemli değil") ve öncelikle risk azaltıcı davranışlarına odaklandıklarını ("ama en azından uyuşturucu enjekte etmiyorum") iddia etmiştir. Ayrıca bu seçiciliğin benmerkezcilikle de birleştiğini savunmaktadır: bireyler başkalarının risk azaltıcı davranışlarını görmezden gelme eğilimindedir ("arkadaşlarımdan hepsi güvenli seks yapıyor ama bu önemli değil"). Dolayısıyla bir birey kendi riskini değerlendirirken kondom kullandığı zamanlara odaklanıp kullanmadığı zamanları görmezden gelirse ve buna ek olarak çevresindeki diğer kişilerin güvenli s e k s yapmadığı zamanlara odaklanıp yaptığı zamanları görmezden gelirse gerçekçi olmayan bir iyimserlik içinde olabilir.

Bir çalışmada, deneklerden ya risk artırıcı ('güvensiz seks') ya da risk azaltıcı davranışlarına ('güvenli seks') odaklanmaları istenmiştir. Bunun HIV riskine ilişkin gerçekçi olmayan iyimserlikleri üzerindeki etkisi incelenmiştir (Hoppe ve Ogden 1996). Heteroseksüel deneklerden HIV hakkındaki inançları ve cinsel davranışları ile ilgili bir anket doldurmaları istenmiştir. Denekler risk artırıcı ya da risk azaltıcı koşullara ayrılmıştır. Riski artıran koşuldaki deneklerden "cinsel olarak aktif olduğunuzdan beri partnerinizin HIV durumunu ne sıklıkla sordunuz?" gibi soruları tamamlamaları istenmiştir. Sadece birkaç denegin bunu sık sık yaptıklarına dair cevap verebileceği ve böylece kendilerini daha fazla risk altında hissedecekleri varsayılmıştır. Riski azaltma koşulundaki deneklere "cinsel olarak aktif olduğunuzdan beri partnerlerinizi ne sıklıkla dikkatli seçmeye çalıştınız?" gibi sorular sorulmuştur. Deneklerin çoğunun bunu yaptıklarını söyleyerek kendilerini daha az risk altında hissedecekleri düşünülmüştür. Sonuçlar, riski azaltan faktörlere odaklanmanın, başkalarının risk algılarını artırarak iyimserliği artırdığını göstermiştir. Dolayısıyla, denekleri kendi sağlıklı davranışlarına odaklanmaya teşvik ederek ('Partnerlerimi dikkatle seçerim'), kendilerini gerçekçi olmayan bir şekilde daha iyimser hissetmişler ve daha riskli olarak algıladıkları kişilere kıyasla kendilerini daha az risk altında olarak değerlendirmişlerdir.

Kendini onaylama teorisi

Gerçekçi olmayan iyimserliğin merkezinde risk algısı kavramı ve bireylerin risk bilgilerini sağlıksız davranışlarını sürdürmelerini sağlayacak şekilde işleyebilecekleri önerisi yer almaktadır. Aslında araştırmalar, risk verileri tarafından en az ikna edilenlerin genellikle en fazla risk altında olanlar olduğunu göstermektedir (Sherman ve ark. 2000). Sigara içenlerin, sigara

paketlerinin üzerinde "sigara içmek öldürür" yazsa bile sigara içmeye devam edebilmeleri buna bir örnektir. Ancak son zamanlarda, kendini onaylamanın tehdit bilgisine direnme eğilimini azaltmaya yardımcı olabileceği öne sürülmüştür. Kendini onaylama

teorisi, insanların kendi bütünlüklerini ve kendilerini 'adaptif ve ahlaki açıdan yeterli' olarak algılamalarını korumak için motive olduklarını öne sürer (Steele 1988). Bu nedenle, benlik duygularını tehdit eden bir bilgi sunulduğunda savunmacı davranırlar. Ancak, yaşamlarının başka bir alanında kendilerini doğrulama fırsatı verilirse, savunmaya geçme ihtiyaçları azalır. Örneğin, sigara içen bir kişi mantıklı bir insan olduğunu düşünüyorsa, sigara içmenin mantıklı olmadığını söyleyen bir mesajla karşılaştığında bütünlüğü tehdit edilir ve bilgiyi engelleyerek savunmacı davranır. Ancak, mantıklı oldukları başka bir alan hakkında düşünme şansı verilirse, sigara karşıtı mesaja karşı savunmaya geçme olasılıkları azalır. Yakın zamanda yapılan birkaç çalışma, genç kadınlarda alkol ve meme kanseri arasındaki bağlantı ve genç sigara içicilerinde sigara kullanımı hakkındaki bilgilerin işlenmesinde kendini onaylamanın etkisini test etmiştir (Harris ve Napper 2005; Harris ve ark. 2006). İlk çalışmada, tavsiye edilen sınırın üzerinde alkol alan genç kadınlar ya kendini onaylama koşuluna ya da kontrol koşuluna randomize edilmiştir (Harris ve Napper 2005). Kendini onaylama grubundakilerden en önemli değerlerini ve bunun kendileri için neden önemli olduğunu yazmaları istenmiştir. Daha sonra herkese aşırı alkol alımı ile meme kanseri arasındaki bağlantılar hakkında bir sağlık mesajı verilmiştir. Sonuçlar, kendini onaylayanların sağlık mesajını daha fazla kabul ettiklerini göstermiştir. Benzer bir çalışmada, sigara içenlerden sigaranın zararlarını gösteren dört resim incelemeleri istenmiş ve yarısı kendini onaylama görevine tabi tutulmuştur. Bu sonuçlar da kendini onaylayanların görüntüleri daha tehdit edici olarak değerlendirdiklerini ve daha yüksek düzeyde öz yeterlilik ve sigarayı bırakma niyeti bildirdiklerini göstermiştir (Harris ve ark. 2006). Dolayısıyla, insanlar davranışlarıyla ilişkili riskleri inkar edip engelleyebilseler de, kendilerini doğrulamaya teşvik edildiklerinde bu savunma sürecinin azaldığı görülmektedir. Bu yaklaşımın sağlıkla ilgili çok çeşitli davranışlar ve davranış değişikliğine yönelik daha etkili müdahalelerin geliştirilmesi üzerinde etkileri vardır.

Değişim aşamaları modeli

Transteorik davranış değişikliği modeli ilk olarak Prochaska ve DiClemente (1982) tarafından değişimin ortaya çıkarılması ve sürdürülmesinde yer alan süreçleri tanımlayan 18 terapinin bir sentezi olarak geliştirilmiştir. Günümüzde daha yaygın olarak değişim aşamaları modeli olarak bilinmektedir. Prochaska ve DiClemente, ortak süreçler için bu farklı terapötik yaklaşımları incelemiş ve aşağıdaki aşamalara dayanan yeni bir davranış değişikliği modeli önermiştir:

- 1 **Ön tefekkür:** herhangi bir değişiklik yapma niyetinde olmamak.
- 2 **Tefekkür:** bir değişikliği düşünmek.
- 3 **Hazırlık:** küçük değişiklikler yapmak.
- 4 **Eylem:** aktif olarak yeni bir davranışta bulunmak.
- 5 **Bakım:** zaman içinde değişimin sürdürülmesi.

Bununla birlikte, bu aşamalar her zaman doğrusal bir şekilde gerçekleşmez (sadece 1'den 5'e doğru ilerlemek), ancak teori davranış değişikliğini dinamik olarak tanımlar ve 'ya hep ya hiç' değildir. Örneğin, bir birey eylem aşamasına geçmeden önce birkaç kez hazırlık aşamasına geçebilir ve ardından tefekkür aşamasına geri dönebilir. Ayrıca, bir birey sürdürme aşamasına ulaşmış olsa bile, zaman içinde tekrar düşünme aşamasına geri dönebilir.

Model ayrıca bireyin belirli bir davranışın maliyet ve faydalarını nasıl tarttığını da incelemektedir. Yazarlar, özellikle, değişimin farklı aşamalarındaki bireylerin farklı şekillerde ya bir davranışın maliyetlerine (örneğin sigarayı bırakmak şirkette beni endişelendirecek) ya da davranışın faydalarına (örneğin sigarayı bırakmak sağlığını iyileştirecek) odaklanacaklarını savunmaktadır. Örneğin, sigara içen bir kişi eylem (sigarayı bıraktım) ve sürdürme (dört yıl boyunca

ay) aşamalarındaki tiryakiler davranışlarının olumlu ve pozitif özelliklerine odaklanma eğilimindeyken (sigarayı bıraktığım için kendimi daha sağlıklı hissediyorum), ön-tefekkür aşamasındaki tiryakiler davranışın olumsuz özelliklerine odaklanma eğilimindedir (beni endişelendirecek).

Değişim aşamaları modeli sigara, alkol kullanımı, egzersiz ve tarama davranışı gibi sağlıklı ilgili çeşitli davranışlara uygulanmıştır (örn. DiClemente ve ark. 1991; Marcus ve ark. 1992). Sigarayı bırakmaya uygulandığında, model farklı aşamalarda aşağıdaki inanç ve davranışları önermektedir:

- 1 Düşünce öncesi:** 'Sigara içen biri olmaktan mutluyum ve sigara içmeye devam etme niyetindeyim'.
- 2 Düşünme:** 'Son zamanlarda çok öksürüyorum, belki de sigarayı bırakmayı düşünmeliyim'.
- 3 Hazırlık:** 'Bara gitmeyi bırakacağım ve daha düşük katranlı sigara alacağım'.
- 4 Eylem:** 'Sigarayı bıraktım'.
- 5 Bakım:** 'Dört aydır sigarayı bıraktım'.

Bununla birlikte, bu birey zaman zaman sigara içmeye devam edeceğine inanmaya geri dönebilir ve nüksedebilir (döner kapı şeması olarak adlandırılır). Değişim aşamaları modeli **Focus on Research 5.1**'de (s. 111) açıklanmaktadır.

Değişim aşamaları modeli hem araştırmalarda hem de ilgili kişinin özel aşamasına göre uyarlanmış müdahaleler geliştirmek için bir temel olarak giderek daha fazla kullanılmaktadır. Örneğin, hazırlık aşamasında olduğu tespit edilen bir sigara içicisi, düşünme aşamasında olan birinden farklı bir müdahale alacaktır. Ancak model son zamanlarda aşağıdaki nedenlerden dolayı eleştirilmektedir (Weinstein ve ark. 1998; Sutton 2000, 2002a; West 2006):

- Davranış değişikliğinin aşamalara göre mi yoksa bir süreklilik boyunca mı gerçekleştiğini belirlemek zordur. Araştırmacılar, bir aşama modeliyle tutarlı olmayan aşamalar arasındaki doğrusal örüntüler ile tutarlı olan süreksizlik örüntüleri arasındaki farkı tanımlamaktadır.
- Bununla birlikte, aşamalar arasında niteliksel farklılıkların bulunmaması ya aşamaların bulunmamasından ya da aşamaların doğru bir şekilde değerlendirilip tanımlanmamasından kaynaklanıyor olabilir.
- Aşamalar arasındaki değişiklikler, aşamaları önemsiz kılacak kadar hızlı gerçekleşebilir.
- Değişim aşamaları modeline dayanan müdahaleler, modelin *kendi başına* etkinliğinden ziyade, bireyin özel ilgi gördüğüne inanması nedeniyle işe yarayabilir.
- Değişim aşamaları modeline dayanan çalışmaların çoğu, değişimin farklı aşamalarındaki farklı kişiler arasındaki farklılıkları incelemek için kesitsel tasarımlar kullanmaktadır. Bu tür tasarımlar, farklı aşamalarındaki farklı nedensel faktörlerin rolü hakkında sonuçlar çıkarılmasına izin vermez (örneğin, hazırlık aşamasındaki insanlar, düşünme aşamasındakilerden farklı faktörler tarafından yönlendirilir). Nedensellik ile ilgili herhangi bir sonucun geçerli olabilmesi için deneysel ve boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.
- 'Aşama' kavramı birçok değişkeni içerdiğinden basit bir kavram değildir: mevcut davranışlarımız, bırakma girişimlerimiz, değişme niyetimiz ve bıraktığımızdan bu yana geçen süre. Belki de bu değişkenler ayrı ayrı ölçülmelidir.
- Model, bilinçli karar alma ve planlama süreçlerine odaklanmaktadır. Ayrıca insanların tutarlı ve istikrarlı planlar yaptığını varsayar.
- Modeli kullanmak, insanlara basitçe, "... denemek için herhangi bir planınız var mı?" veya "... istiyor musunuz?" diye sormaktan daha iyi olmayabilir.

Bu farklı sağlık inançlarını bütünleştirmek: modeller geliştirmek

Özetle, atıf teorisi ve sağlık kontrol odağı nedensellik ve kontrol atıflarını vurgulamakta; gerçekçi olmayan iyimserlik ve kendini onaylama teorisi duyarlılık ve risk algılarına odaklanmakta; değişim aşamaları modeli ise inançların, zamanın, maliyet ve faydaların dinamik doğasını vurgulamaktadır. Sağlık inançlarının bu farklı yönleri, sağlık inançları ve davranışlarının yapılandırılmış modellerine entegre edilmiştir. Basitlik açısından, bu modellerin hepsi, bilişlerin aynı toplum içindeki bireyler tarafından paylaşıldığını düşündükleri için genellikle *sosyal biliş modelleri* olarak adlandırılmaktadır. Ancak, bu bölümün amacı doğrultusunda, modellerin bilişleri sosyal bir bağlama ne ölçüde yerleştirdiğini göstermek için bu modeller *biliş modelleri* ve *sosyal biliş modelleri* olarak ikiye ayrılacaktır.

Kutu 2.1 ... sağlık inançları araştırması ile ilgili bazı sorunlar

Aşağıda, bu alandaki araştırmalarla ilgili göz önünde bulundurmak isteyebileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır.

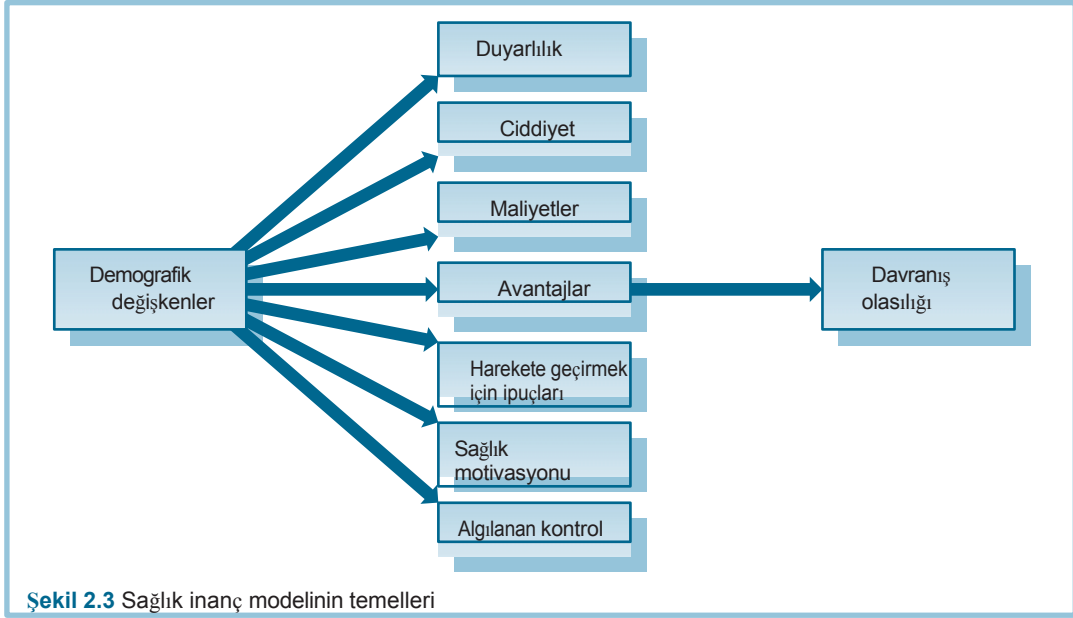
- 1 İnsanlara sağlık inançlarını sormak iyi huylu bir süreç olmayabilir; aslında düşünme biçimlerini değiştirebilir.
- 2 Sağlık inançlarını, davranışları anlamak ve değiştirmek için bir araç olarak inceliyoruz. Davranışı tahmin eden ve açıklayan inançların, davranışı değiştiren inançlardan farklı olması mümkündür.
- 3 Bu alandaki araştırmaların çoğu, davranışların öz bildirim ölçümlerine dayanmaktadır. Bunlar her zaman doğru olmayabilir. Bununla birlikte, objektif ölçümler elde etmek her zaman mümkün olmayabilir.
- 4 Bu alandaki araştırmaların çoğu, inançları ve davranışları aynı anda değerlendiren kesitsel tasarımlara dayanmaktadır. Daha sonra inançların davranışları nasıl öngördüğü hakkında sonuçlar çıkarılmaktadır. Ancak davranışların inançları öngörmesi veya inançlara neden olması mümkündür. Boylamsal tasarım bile bu sorunu tamamen ortadan kaldıramaz. Sadece deneysel tasarımlar nedensellik hakkında gerçekten sonuçlara varılmasını sağlayabilir.
- 5 Bir kişinin nasıl davrandığını etkileyebilecek ve herhangi bir bireysel model tarafından yakalanamayacak pek çok faktör vardır (örneğin doktora gitmeye niyetlenirken otobüste başına gelenler; sigara içmemeye niyetlenirken barda başına gelenler). Her zaman açıklanamayan farklılıklar olacaktır.
- 6 Mümkün olduğunca çok varyansı açıklamaya çalışmak, araştırmayı çok odaklı ve ilginç psikolojik sorulardan çok uzak hale getirebilir (örneğin, belirli bir yerde bir dakika içinde ne yapacağınızı oldukça iyi tahmin edebilirim ama bununla gerçekten ilgileniyor muyum?)

Biliş modeller

Biliş modelleri, sağlık davranışlarının belirleyicilerini ve öncüllerini inceler. Bu modeller, davranışların, söz konusu davranışın potansiyel maliyet ve faydalarının rasyonel bir şekilde tartışılması sonucunda ortaya çıktığını öne süren öznel beklenen fayda (SEU) teorisinden (Edwards 1954) türetilmiştir. Biliş modelleri, davranışı rasyonel bilgi işlemenin bir sonucu olarak tanımlar ve bu bilişlerin sosyal bağlamını değil, bireysel bilişleri vurgular. Bu bölümde sağlık inancı modeli ve koruma motivasyonu teorisi incelenmektedir.

Sağlık inanç modeli

Sağlık inanç modeli (HBM) (bkz. Şekil 2.3) ilk olarak Rosenstock (1966) tarafından ve daha sonra 1970'ler ve 1980'ler boyunca Becker ve meslektaşları tarafından



önleyici sağlık davranışları ve ayrıca akut ve kronik hastalarda tedaviye davranışsal yanıt. Bununla birlikte, son yıllarda sağlık inanç modeli, sağlıkla ilgili çok çeşitli davranışları tahmin etmek için kullanılmaktadır.

HBM'nin Bileşenleri

HBM, davranışın yıllar içinde yeniden tanımlanan bir dizi temel inancın bir sonucu olduğunu öngörmektedir. Orijinal temel inançlar, bireyin aşağıdakilere ilişkin algısıdır:

- hastalığa yatkınlık (örneğin 'akciğer kanseri olma ihtimalim yüksek')
- hastalığın ciddiyeti (örneğin 'akciğer kanseri ciddi bir hastalıktır')
- davranışı gerçekleştirmenin içerdiği maliyetler (örneğin 'sigarayı bırakmak beni sınırlendirecek')
- davranışın gerçekleştirilmesiyle ilgili faydalar (örneğin 'sigarayı bırakmak bana para kazandıracak')
- Harekete geçmeye yönelik ipuçları, içsel (örn. nefes darlığı semptomu) veya dışsal (örn. sağlık eğitimi broşürleri şeklinde bilgi) olabilir.

HBM, bu temel inançların *bir davranışın gerçekleşme olasılığını* tahmin etmek için kullanılması gerektiğini öne sürmektedir. Eleştirilere yanıt olarak HBM, başlangıçta bireyin sağlık konularında endişe duymaya hazır olma durumunu yansıtmak üzere 'sağlık motivasyonu' kavramını ekleyecek şekilde revize edilmiştir (örneğin 'sigara içmenin sağlığıma zarar verebileceğinden endişe duyuyorum'). Daha yakın zamanlarda Becker ve Rosenstock (1987) algılanan kontrolün de (örneğin 'sigarayı bırakabileceğimden eminim') modele eklenmesini önermiştir.

HBM'yi Kullanma

Rahim ağzı kanseri taraması gibi sağlıkla ilgili bir davranışa uygulandığında, HBM, bir bireyin rahim ağzı kanserine karşı yüksek derecede duyarlı olduğunu, rahim ağzı kanserinin ciddi bir sağlık tehdidi olduğunu ve düzenli taramanın faydalarını algılaması durumunda rahim ağzı kanseri için düzenli taramayı öngörür.

taramasının yüksek olduğunu ve bu tür bir eylemin maliyetinin nispeten düşük olduğunu düşünmektedir. Bu durum, doktorun bekleme odasındaki bir broşür gibi dışsal veya ağrı veya tahriş gibi rahim ağzı kanseriyle ilişkili olduğu düşünülen (doğru olsun veya olmasın) bir belirti gibi içsel eylem ipuçlarına maruz kalması halinde de geçerli olacaktır. Yeni değiştirilmiş HBM kullanıldığında, model aynı zamanda bir kadının bunu yapabileceğinden emin olması ve sağlığını korumak için motive olması halinde taramaya katılacağını öngörmektedir. Tarama davranışını tahmin etmek için HBM'nin kullanılması **Focus on Research 9.1**'de (s. 206) açıklanmıştır.

HBM için destek

Birçok çalışma HBM'nin öngörülerini desteklemektedir. Araştırmalar diyetle uyum, güvenli seks, aşı yaptıрма, düzenli diş hekimi ziyaretleri ve düzenli egzersiz programlarına katılmanın bireyin ilgili sağlık sorununa yatkınlık algısı, sorunun ciddi olduğuna dair inancı ve önleyici eylemin faydalarının maliyetlerinden fazla olduğuna dair algısı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (örneğin Becker 1974; Becker ve ark. 1977; Becker ve Rosenstock 1984).

Araştırmalar ayrıca modelin münferit bileşenleri için de destek sağlamaktadır. Norman ve Fitter (1989) sağlık taraması davranışını incelemiş ve algılanan engellerin kliniğe katılımın en büyük belirleyicisi olduğunu bulmuştur. Birçok çalışma kendi kendine meme muayenesi davranışını incelemiş ve engellerin (Lashley 1987; Wyper 1990) ve algılanan duyarlılığın (Wyper 1990) sağlıklı davranışın en iyi belirleyicileri olduğunu rapor etmiştir.

Araştırmalar ayrıca sağlık davranışlarının öngörülmesinde eyleme yönelik ipuçlarının, özellikle de bilgi girdisi gibi dış ipuçlarının rolüne destek sağlamıştır. Aslında sağlığın teşviki, inançları değiştirmek ve sonuç olarak gelecekteki sağlıklı davranışları teşvik etmek için bu tür bilgi girdilerini kullanır. Korku uyandıran uyarılar *şeklindeki* bilgiler dış sağlığı, güvenli sürüş ve sigara kullanımı gibi alanlarda tutumları ve sağlık davranışlarını değiştirebilir (örneğin Sutton 1982; Sutton ve Hallett 1989). Bir davranışın olumsuz sonuçlarına ilişkin genel bilgiler de hem sigara içme davranışının önlenmesinde hem de bırakılmasında kullanılmaktadır (örn. Sutton 1982; Flay 1985). Sağlık bilgisi, bilgiyi artırmayı amaçlar ve birçok çalışma, hastalık bilgisi ile önleyici sağlık davranışı arasında önemli bir ilişki olduğunu bildirmektedir. Rimer ve diğerleri (1991) meme kanseri hakkındaki bilginin düzenli mamografi çekirmekle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Birkaç çalışma da kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve meme kanseri hakkında bilgi sahibi olma ile KKMM yapma arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir (Alagna ve Reddy 1984; Lashley 1987; Champion 1990). Bir çalışmada, katılımcılara bilgilendirici bir video kaset izletilerek rahim ağzı kanseri için yapılan pap testleri hakkındaki bilgi manipüle edilmiş ve bunun sonucunda artan bilginin gelecekteki sağlıklı davranışlarla ilişkili olduğu rapor edilmiştir (O'Brien ve Lee 1990).

Çelişkili bulgular

Bununla birlikte, çeşitli çalışmalar çelişkili bulgular bildirmiştir. Janz ve Becker (1984) sağlıklı davranış niyetlerinin tahmin edildiği gibi yüksek değil, düşük algılanan şiddetle ilişkili olduğunu bulmuş ve çeşitli çalışmalar düşük duyarlılık (yüksek değil) ile sağlıklı davranış arasında bir ilişki olduğunu öne sürmüştür (Becker ve ark. 1975; Langlie 1977). Hill ve arkadaşları (1985), hangi faktörlerin servikal tarama davranışını öngördüğünü incelemek için HBM'yi servikal kansere uygulamıştır. Sonuçlar, eylem engellerinin davranışsal niyetlerin en iyi belirleyicisi olduğunu ve serviks kanserine karşı algılanan duyarlılığın da tarama davranışı ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir. Ancak, faydalar ve algılanan ciddiyet ilişkili bulunmamıştır. Janz ve Becker (1984) HBM'yi kullanarak bir çalışma yürütmüş ve sağlık davranışının en iyi belirleyicilerinin algılanan engeller ve hastalığa karşı algılanan duyarlılık olduğunu bulmuştur. Bununla birlikte, Becker ve Rosenstock (1984), sağlık

19 uyumu tahmin etmek için HBM ölçümlerini içeren bir meta-analiz kullanan çalışmalar, uyumun en iyi belirleyicilerinin maliyet ve faydalar ile algılanan şiddet olduğunu hesaplamıştır.

HBM'ye Yönelik Eleştiriler

HBM bu çelişkili sonuçlar nedeniyle eleştirilmiştir. Ayrıca, aşağıdakiler de dahil olmak üzere diğer bazı zayıf yönleri nedeniyle de eleştirilmiştir:

- Bilginin bilinçli olarak işlenmesine odaklanması (örneğin, dış fırçalama gerçekten artıları ve eksileri tartılarak mı belirlenir?)
- bireye yaptığı vurgu (örneğin, sosyal ve ekonomik çevre nasıl bir rol oynuyor?)
- Farklı temel inançlar arasındaki karşılıklı ilişki (örneğin, bunlar nasıl ölçülmeli ve birbirleriyle nasıl ilişkilendirilmelidir? Model doğrusal mı yoksa çok faktörlü mü?)
- korku ve inkar gibi duygusal faktörlerin rolünün olmaması
- sonuç beklentisi ve öz yeterlilik gibi alternatif faktörlerin sağlık davranışını tahmin edebileceği öne sürülmüştür (Seydel ve ark. 1990; Schwarzer 1992)
- Schwarzer (1992) ayrıca HBM'yi sağlık inançlarına statik yaklaşımı nedeniyle eleştirmiş ve HBM'de inançların değişime, gelişime veya sürece yer bırakmadan eş zamanlı olarak ortaya çıktığını öne sürmüştür
- Leventhal ve diğerleri (1985) sağlıkla ilgili davranışların HBM'nin öne sürdüğü gibi bireysel faktörlerden ziyade semptomların algılanmasına bağlı olduğunu savunmuştur.

HBM'yi çevreleyen literatürde çok fazla çelişki olmasına rağmen, araştırmalar hipertansiyon taraması, rahim ağzı kanseri taraması, genetik tarama, egzersiz davranışı, alkol kullanımının azaltılması, diyet değişiklikleri ve sigaranın bırakılmasını öngörmek için bu modelin yönlerini kullanmıştır.

Koruma motivasyonu teorisi

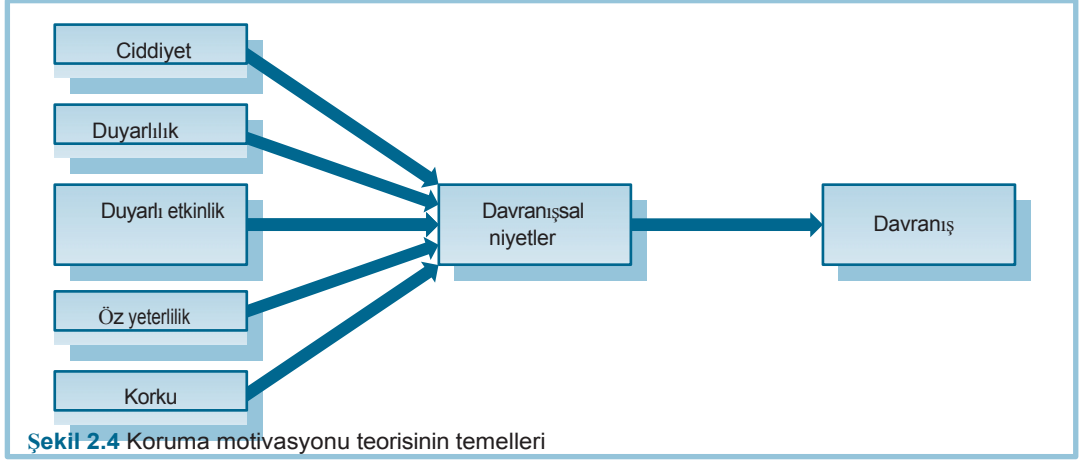
Rogers (1975, 1983, 1985), HBM'yi ek faktörler içerecek şekilde genişleten koruma motivasyonu teorisini (PMT) geliştirmiştir (bkz. Şekil 2.4).

PMT'nin Bileşenleri

Orijinal PMT, sağlıkla ilgili davranışların dört bileşenin bir ürünü olduğunu iddia etmiştir:

- 1 Önem derecesi (örneğin 'Bağırsak kanseri ciddi bir hastalıktır').
- 2 Duyarlılık (örneğin 'Bağırsak kanserine yakalanma ihtimalim yüksek').
- 3 Yanıt etkinliği (örneğin 'Diyetimi değiştirmek sağlığımı iyileştirir').
- 4 Öz yeterlilik (örn. 'Diyetimi değiştirebileceğimden eminim').

Bu bileşenler davranışla ilgili olan *davranışsal niyetleri* (örneğin 'davranışımı değiştirmeye niyetliyim') öngörmektedir. Rogers (1985) ayrıca beşinci bir bileşen olan korkunun (örn. duygusal bir tepki) eğitim veya bilgiye yanıt olarak rol oynadığını öne sürmüştür. PMT, şiddeti, duyarlılığı ve korkuyu *tehdit değerlendirmesi* (yani dış tehdide değer biçme) ile ilgili olarak, tepki etkinliği ve öz yeterliliği ise *başa çıkma değerlendirmesi* (yani bireyin kendisine değer biçmesi) ile ilgili olarak tanımlamaktadır. PMT'ye göre iki tür bilgi kaynağı vardır,



çevresel (örn. sözlü ikna, gözlemsel öğrenme) ve içsel (örn. önceki deneyimler). Bu bilgiler PMT'nin beş bileşenini (öz yeterlilik, tepki etkinliği, şiddet, duyarlılık, korku) etkilemekte ve daha sonra ya 'uyumlu' bir başa çıkma tepkisi (yani davranışsal niyet) ya da 'uyumsuz' bir başa çıkma tepkisi (örneğin kaçınma, inkar) ortaya çıkarmaktadır.

PMT'nin Kullanımı

Diyet değişikliğine uygulandığında, PMT şu tahminlerde bulunacaktır: yüksek yağlı diyetin koroner kalp hastalığındaki rolüne ilişkin bilgi korkuyu artıracak, bireyin koroner kalp hastalığının ne kadar ciddi olduğuna ilişkin algısını artıracak (algılanan ciddiyet) ve kalp krizi geçirme olasılığına ilişkin inancını artıracaktır (algılanan duyarlılık/hassasiyet). Birey aynı zamanda diyetini değiştirebileceğine (öz yeterlilik) ve bu değişikliğin faydalı sonuçları olacağına (tepki etkinliği) inanıyorsa, davranışını değiştirme niyetinin yüksek olduğunu bildirecektir (davranışsal niyetler). Bu, bilgiye karşı uyarlanabilir bir başa çıkma tepkisi olarak görülebilir. PMT, **Araştırma Odağı 2.1**'de (s. 28) gösterilmiştir.

PMT için Destek

Rippetoe ve Rogers (1987) kadınlara meme kanseri hakkında bilgi vermiş ve bu bilginin PMT'nin bileşenleri üzerindeki etkisini ve bunların kadınların KSE uygulama niyetleriyle ilişkisini incelemiştir. Sonuçlar, KSE uygulama niyetinin en iyi yordayıcılarının yanıt etkinliği, ciddiyet ve öz yeterlilik olduğunu göstermiştir. Bir başka çalışmada, egzersizin artırılmasına yönelik ikna edici çağrılarının egzersiz yapma niyeti üzerindeki etkileri PMT'nin bileşenleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar, duyarlılık ve öz yeterliliğin egzersiz niyetlerini yordadığını, ancak değişkenlerden hiçbirinin gerçek davranışa ilişkin öz raporlarla ilişkili olmadığını göstermiştir. Başka bir çalışmada, Beck ve Lund (1981) diş hekimliği öğrencilerinin diş çürümesine ilişkin inançlarını ikna edici iletişim kullanarak manipüle etmiştir. Sonuçlar, bilginin korkuyu artırdığını ve şiddetin ve öz yeterliliğin davranışsal niyetlerle ilişkili olduğunu göstermiştir. Norman ve diğerleri (2003) de çocukların göz bandı takmaya bağlılıklarını tahmin etmek için PMT'yi kullanmıştır. Göz problemi teşhisi konan çocukların ebeveynleri, inançlarıyla ilgili bir başlangıç anketi ve iki ay sonra çocuğun bağlılık düzeyini tanımlayan bir takip anketi doldurmuştur. Sonuçlar, algılanan duyarlılık ve yanıt maliyetlerinin bağlılığın önemli belirleyicileri olduğunu göstermiştir.

Bir teorinin test edilmesi - cinsel davranışın öngörülmesi

PMT (van der Velde ve van der Pligt 1991) kullanılarak cinsel davranış ve davranışsal niyetleri tahmin etmeye yönelik bir çalışma.

Bu çalışma, HIV bağlamında cinsel davranış öngörmek amacıyla PMT'yi diğer bilişlerle bütünleştirmektedir. Modellerin belirli bir davranışla ilgili spesifik faktörlere uyarlanması olasılığını vurgulamaktadır. Bu çalışma, farklı sağlık davranış modellerini entegre etme girişimini temsil ettiği için ilginçtir.

Arka plan

HIV virüsünün tanımlanmasından bu yana, araştırmalar daha güvenli cinsel davranış öngörmek ve dolayısıyla teşvik etmek için araçlar geliştirmiştir. PMT, davranışın tehdidin değerlendirilmesinin ve bireyin başa çıkma kaynaklarının değerlendirilmesinin bir sonucu olduğunu öne sürmektedir. Bu faktörlerin, tehditle başa çıkmak için herhangi bir faaliyeti sürdüren 'koruma motivasyonu' adı verilen bir durumu ortaya çıkardığını öne sürmektedir. Bu çalışma, PMT'nin cinsel davranış öngörmedeki rolünü incelemekte ve ayrıca PMT'yi başa çıkma tarzları, sosyal normlar ve önceki davranışlar gibi değişkenleri içerecek şekilde genişletmenin etkisini incelemektedir.

Metodoloji

Konular

Çalışmaya son altı ay içinde birden fazla partneri olan toplam 147 homoseksüel ve 84 heteroseksüel denek katılmıştır. Bu kişiler, Amsterdam'da bulunan muhbirler, reklamlar ve bir danışmanlık hizmeti de dahil olmak üzere çeşitli kaynaklar aracılığıyla işe alınmıştır.

Tasarım

Denekler bir anket doldurmuştur (posta yoluyla ya da elden).

Anket

Anket, 5'li Likert ölçeğine göre derecelendirilmiş aşağıdaki alanlara ilişkin maddelerden oluşmaktadır:

- 1 Cinsel davranış ve davranışsal niyetler:** deneklere partner sayısı ve türü, çeşitli cinsel tekniklerin sıklığı, kondom kullanımı ve gelecekteki niyetleri de dahil olmak üzere önceki altı aydaki cinsel davranışları sorulmuştur.
- 2 Koruma motivasyonu değişkenleri:** (a) algılanan şiddet, (b) algılanan duyarlılık, (c) tepki yeterliliği, (d) öz yeterlilik, (e) korku.
- 3 Ek inançlar:** (a) sosyal normlar, (b) maliyetler, (c) faydalar, (d) bilgi, (e) durumsal kısıtlamalar.
- Buna ek olarak, yazarlar Janis ve Mann'ın (1977) çatışma teorisinden değişkenleri de dahil etmişlerdir: (a) uyanıklık, (b) hipervijilans, (c) savunmacı kaçınma.

Sonuçlar

Sonuçlar hem homoseksüel hem de heteroseksüel deneklerde cinsel davranışın en iyi belirleyicilerini incelemek üzere analiz edilmiştir. PMT'nin değişkenlerinin her iki popülasyonda da davranış ve davranışsal niyetleri öngörmesine rağmen, sonuçların daha iyi olduğu bulunmuştur

ek değişkenlerle birlikte. Örneğin, sosyal normlar ve önceki davranışlar da dikkate alındığında, gelecekteki davranışlarla daha iyi bir ilişki ortaya çıkmıştır. Buna ek olarak, sonuçlar korku ve davranışsal niyetler arasında bir ilişki olmasına rağmen, yüksek korku seviyelerinin bu ilişkiyi azalttığını göstermiştir. Yazarlar, aşırı korku yaşandığında, dikkatin davranış değişikliği yoluyla tehlikeden kaçınmak yerine kaygıyı azaltmaya yönelebileceğini öne sürmüştür.

Sonuç

Bu çalışmanın sonuçları, HIV bağlamında cinsel davranışı tahmin etmek için PMT'nin kullanımını desteklemektedir. Ayrıca, model ek değişkenler eklenerek geliştirilmiştir. Belki de, bir dizi davranışa uygulanabilecek modeller geliştirmek yerine, her bir davranış için ayrı modeller uyarlanmalıdır. Ayrıca, sonuçların müdahalelerin geliştirilmesine yönelik etkileri vardır ve korkuyu teşvik eden sağlık eğitimi kampanyalarının olumsuz etkileri olabileceğini, bireylerin davranışlarını değiştirmek yerine korkuyla başa çıkmak zorunda kalabileceklerini göstermektedir.

PMT'ye Yönelik Eleştiriler

PMT, HBM'ye kıyasla daha az eleştirilmiştir; ancak HBM'ye yöneltilecek eleştirilerin çoğu PMT için de geçerlidir. Örneğin, PMT bireylerin bilinçli bilgi işlemcileri olduğunu varsayar; alışılmış davranışları hesaba katmaz ve sosyal ve çevresel faktörler için bir rol içermez.

Sosyal biliş modelleri

Sosyal biliş modelleri, davranışı ve/veya davranışsal niyetleri öngören faktörleri incelemekte ve buna ek olarak bireylerin benimsedikleri bir davranışı neden sürdüremediklerini araştırmaktadır. Sosyal biliş teorisi Bandura (1977, 1986) tarafından geliştirilmiştir ve davranışın beklentiler, teşvikler ve sosyal bilişler tarafından yönetildiğini öne sürmektedir. Beklentiler şunları içerir:

- *durum sonuç beklentileri*: bir davranışın tehlikeli olabileceği beklentisi (örneğin 'sigara içmek akciğer kanserine neden olabilir')
- *sonuç beklentileri*: bir davranışın sağlığa verilen zararı azaltabileceği beklentisi (örneğin, 'sigarayı bırakmak akciğer kanseri olasılığını azaltabilir')
- *Öz yeterlilik beklentileri*: bireyin istenen davranışı gerçekleştirebileceğine dair beklentisi (örn. 'İstersem sigarayı bırakabilirim').

Teşvik kavramı, bir davranışın sonuçları tarafından yönetildiğini öne sürer. Örneğin, sigara içme davranışı azalan anksiyete deneyimi ile pekiştirilebilir, servikal smear yaptırmak olumsuz bir sonuçtan sonra güven duygusu ile pekiştirilebilir.

Sosyal bilişler, sosyal biliş modellerinin merkezi bir bileşenidir. Her ne kadar (biliş modellerinde olduğu gibi) sosyal biliş modelleri bireyleri bilgi işlemcileri olarak görse de, biliş modelleri ile *sosyal* biliş modelleri arasında önemli bir fark vardır - sosyal biliş modelleri *bireyin sosyal dünyasına ilişkin temsillerinin* ölçümünü içerir. Buna göre, sosyal biliş modelleri bireyi hem diğer insanlar hem de daha geniş sosyal dünya bağlamına yerleştirmeye çalışır. Bu, normatif inançları açısından ölçülür (örneğin 'benim için önemli olan insanlar sigarayı bırakmamı istiyor').

Bu perspektif kullanılarak çeşitli modeller geliştirilmiştir. Bu bölümde planlı davranış teorisi (gerekçeli eylem teorisinden türetilmiştir) ve sağlık eylem süreci yaklaşımı incelenmektedir.

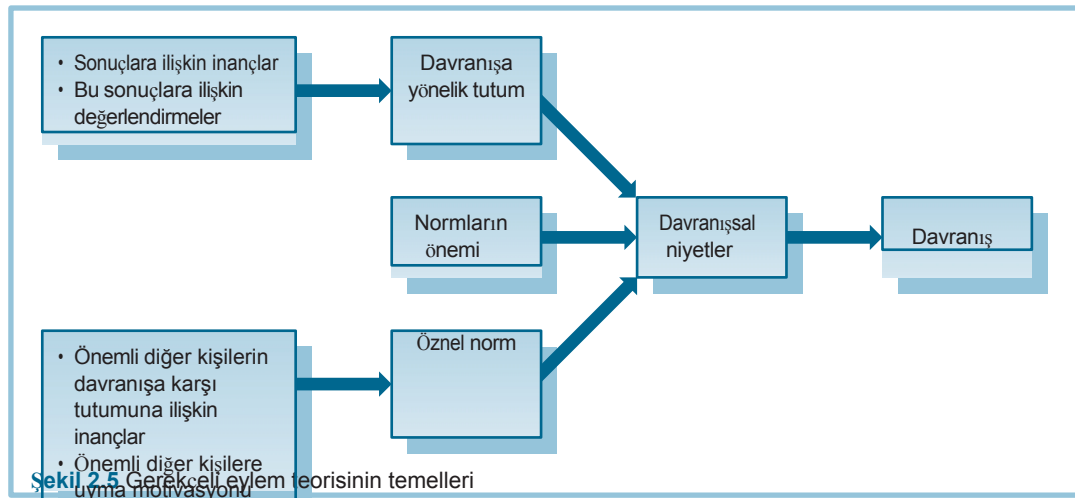
Gerekçeli eylem ve planlı davranış teorileri

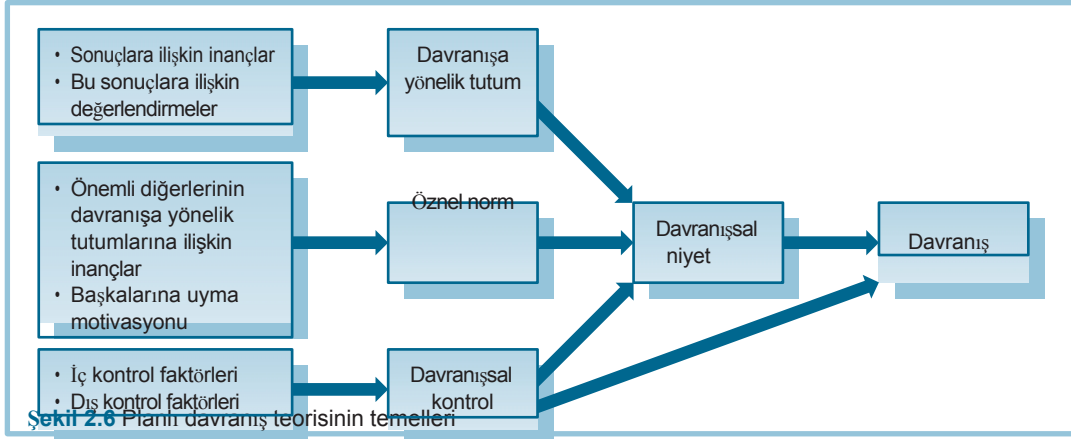
Gerekçeli eylem teorisi (TRA) (bkz. Şekil 2.5) davranışların belirleyicilerini incelemek için yaygın olarak kullanılmış ve sosyal psikolojide tutumlar ve davranışlar arasındaki ilişkiye dair tartışmaların merkezinde yer almıştır (Fishbein 1967; Ajzen ve Fishbein 1970; Fishbein ve Ajzen 1975). Gerekçeli eylem teorisi, öznel normlar (bireyin sosyal dünyası hakkındaki inançları) şeklindeki sosyal bilişler için merkezi bir rolü vurgulamış ve hem inançları hem de bu inançların değerlendirmelerini (her ikisi de bireyin tutumlarını oluşturan faktörler) içermiştir. Bu nedenle TRA, bireyi sosyal bağlam içine yerleştirmesi ve ayrıca davranışa yönelik geleneksel daha rasyonel yaklaşımın aksine değer için bir rol önermesi nedeniyle önemli bir modeldi. Planlı davranış teorisi (TPB) (bkz. Şekil 2.6) Ajzen ve meslektaşları (Ajzen 1985; Ajzen ve Madden 1986; Ajzen 1988) tarafından geliştirilmiştir ve TRA'dan bir ilerlemeyi temsil etmektedir.

TPB'nin Bileşenleri

TPB, *davranışsal niyetleri* çeşitli inançların birleşiminin bir sonucu olarak vurgulamaktadır. Teori, niyetlerin 'davranışsal hedefler doğrultusunda eylem planları' olarak kavramsallaştırılması gerektiğini (Ajzen ve Madden 1986) ve aşağıdaki inançların bir sonucu olduğunu öne sürmektedir:

- Bir davranışa yönelik tutum, belirli bir davranışın olumlu ya da olumsuz değerlendirilmesinden ve davranışın sonucuna ilişkin inançlardan oluşur (örneğin, 'egzersiz yapmak eğlencelidir ve sağlığıma iyileştirir').
- Öznel norm, bir davranışı gerçekleştirmek için sosyal normların ve baskıların algılanması ve bireyin bu baskıya uymak için motive olup olmadığının değerlendirilmesinden oluşur (örneğin, 'kilo veririm ben için önemli olan insanlar onaylayacaktır ve ben onların onayını istiyorum').





- Algılanan davranışsal kontrol, her ikisi de geçmiş davranışlarla ilgili olan iç kontrol faktörleri (örn. beceriler, yetenekler, bilgi) ve dış kontrol faktörlerinin (örn. engeller, fırsatlar) değerlendirilmesine dayalı olarak bireyin belirli bir davranışı gerçekleştirebileceğine dair inancından oluşur.

TPB'ye göre, bu üç faktör davranışsal niyetleri öngörmekte ve bunlar da davranışla ilişkilendirilmektedir. TPB ayrıca algılanan davranışsal kontrolün, davranışsal niyetlerin aracılık etkisi olmaksızın davranış üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olabileceğini belirtmektedir.

TPB'yi kullanma

Alkol tüketimine uygulandığında, TPB şu tahminlerde bulunacaktır: eğer bir birey alkol alımını azaltmanın hayatını daha verimli hale getireceğine ve sağlığına faydalı olacağına inanıyorsa (davranışa yönelik tutum) ve hayatındaki önemli kişilerin alkolü azaltmasını istediğine inanıyorsa (öznel norm) ve buna ek olarak geçmiş davranışları ve iç ve dış kontrol faktörlerinin değerlendirilmesi nedeniyle daha az alkol alabileceğine inanıyorsa (yüksek davranışsal kontrol), bu durum alkol alımını azaltmaya yönelik yüksek niyetleri (davranışsal niyetler) öngörecektir. Model ayrıca algılanan davranışsal kontrolün niyetlerin etkisi olmaksızın davranış öngörebileceğini öngörmektedir. Örneğin, algılanan davranışsal kontrol gerçek kontrolü yansıtıyorsa, bireyin fiziksel olarak egzersiz yapamayacağı için egzersiz yapamayacağına dair inancı, egzersiz yapma davranışının yüksek egzersiz yapma niyetinden daha iyi bir belirleyicisi olacaktır. Egzersizi tahmin etmek için TPB'nin kullanılması **Araştırmaya Odaklanma 7.2'**de açıklanmaktadır (s. 169).

TPB için destek

TPB, sağlıkla ilgili çeşitli davranışları değerlendirmek için kullanılmıştır. Örneğin, Brubaker ve Wickersham (1990) teorisin farklı bileşenlerinin kendi kendine testis muayenesini öngörmedeki rolünü incelemiş ve davranışa yönelik tutum, öznel norm ve davranışsal kontrolün (öz yeterlilik olarak ölçülmüştür) davranış gerçekleştirme niyeti ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Bir başka çalışma TPB'yi kilo verme ile ilişkili olarak değerlendirmiştir (Schifter ve Ajzen 1985). Sonuçlar, kilo kaybının modelin bileşenleri tarafından öngörüldüğünü göstermiştir; özellikle hedefe ulaşma (kilo kaybı) algılanan davranışsal kontrol ile bağlantılıdır. Benzer şekilde,

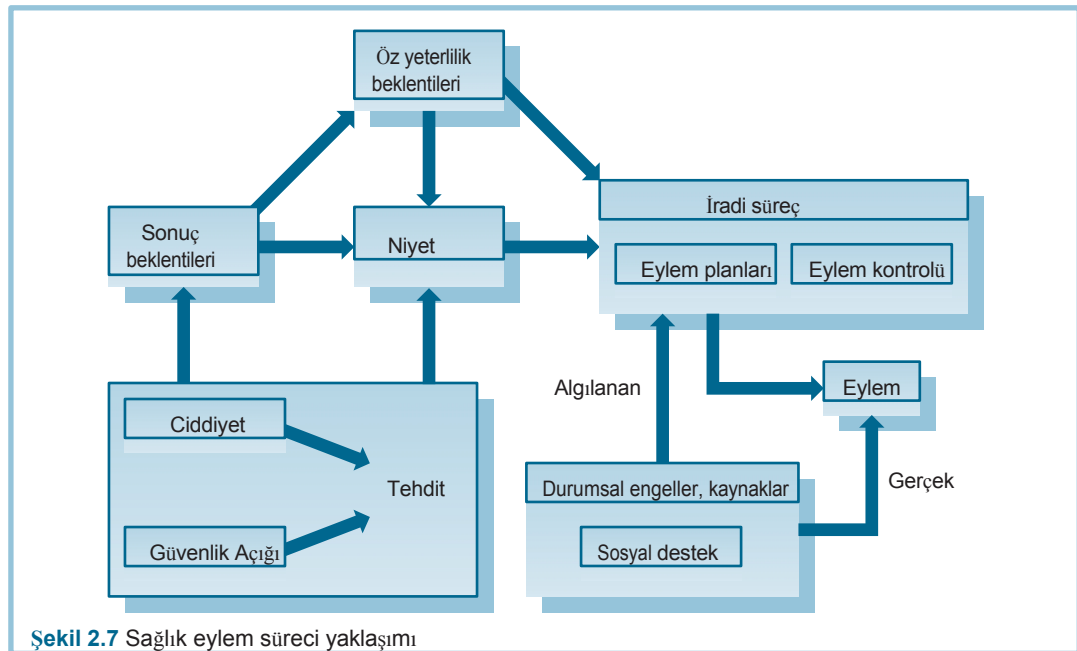
Conner, Lawton ve diğerleri (2006) bir sürüş simülatorü ve bir yol üstü hız kamerası kullanarak hız yapma davranışını tahmin etmek için TPB'yi kullanmış ve TPB değişkenlerinin çoğunun hem niyetleri hem de gerçek davranışları tahmin etmede önemli bir rol oynadığını göstermiştir. Yakın zamanda, O'Connor ve arkadaşları (2006) da TPB'nin daha uç davranışlarla ilgili olup olmadığını ve sosyal bilişsel değişkenlerin klinik değişkenlerden daha iyi yordayıcılar olup olmadığını araştırmak amacıyla TPB'yi üç aylık takipte kasıtlı kendine zarar verme ve intihar eğilimini tahmin etmek için kullanmıştır. Sonuçlar öz yeterlilik, tutum ve tanımlayıcı norm gibi değişkenler için güçlü bir rol olduğunu ve bunların depresyondan daha iyi yordayıcılar olduğunu göstermiştir. TPB'ye ilişkin olarak, bu modelin bir dizi sağlık davranışını ne ölçüde tahmin edebildiğini açıklayan birçok inceleme ve meta-analiz yapılmıştır (Sheeran ve Taylor 1999; Armitage ve Conner 2001; Trafimow ve ark. 2002).

TPB'ye Yönelik Eleştiriler

Schwarzer (1992) TPB'yi zamansal bir unsur içermediği için eleştirmiş ve TPB'nin ne farklı inançların sırasını ne de herhangi bir nedensellik yönünü tanımlamadığını savunmuştur. Bununla birlikte, HBM ve PMT'nin aksine, model sosyal ve çevresel faktörler (normatif inançlar şeklinde) sorununu ele almaya çalışmaktadır. Buna ek olarak, algılanan davranışsal kontrol ölçüsü içerisinde geçmiş davranışlar için bir rol içermektedir.

Sağlık eylem süreci yaklaşımı

Sağlık eylem süreci yaklaşımı (HAPA) (bkz. Şekil 2.7) Schwarzer (1992) tarafından, inanç ve davranışların anlaşılmasına zamansal bir unsurun dahil edilmesi gerektiğini vurgulayan literatür incelemesinin ardından geliştirilmiştir. Buna ek olarak, hem davranışsal niyetlerin hem de davranışların öz raporlarının belirleyicisi olarak öz yeterliliğin önemini vurgulamıştır. HAPA, önceki tüm teorilerden çeşitli unsurlar içermekte ve hem davranışsal niyetleri hem de gerçek davranışları tahmin etmeye çalışmaktadır.



HAPA'nın Bileşenleri

HAPA tarafından mevcut teorilere yapılan temel ekleme, karar verme/motivasyon aşaması ile eylem/bakım aşaması arasındaki ayrımdır. Bu nedenle model, inançlar ve davranışlar arasındaki ilişkiyi anlamaya zamansal ve süreçsel bir faktör eklemekte ve bireylerin öncelikle bir davranışı gerçekleştirip gerçekleştirilmeye karar verdiklerini (*motivasyon* aşaması) ve daha sonra bu davranışı başlatmak ve sürdürmek için planlar yaptıklarını (*eylem* aşaması) öne sürmektedir.

HAPA'ya göre motivasyon aşaması aşağıdaki bileşenlerden oluşmaktadır:

- *öz yeterlilik* (örn. 'Sigarayı bırakabileceğime güveniyorum')
- *sosyal sonuç beklentilerinin* bir alt kümesi olan *sonuç beklentileri* (örn. 'sigarayı bırakmak sağlığımı iyileştirecek') (örn. 'diğer insanlar sigarayı bırakmamı istiyor ve sigarayı bırakırsam onların onayını kazanacağım')
- *Tehdit değerlendirmesi*, bir hastalığın ciddiyetine ilişkin inançlardan ve bireysel kırılganlık algılarından oluşur.

HAPA'ya göre HAPA'nın nihai sonucu harekete geçme niyetidir.

Eylem aşaması bilişsel (istemli), durumsal ve davranışsal faktörlerden oluşur. Bu faktörlerin entegrasyonu, bir davranışın bu öz-düzenleyici süreçler aracılığıyla ne ölçüde başlatıldığını ve sürdürüldüğünü belirler. Bilişsel faktör eylem planlarından (örneğin 'sigara içmemeye çalışırken bana sigara teklif edilirse katranın ciğerlerime ne yapacağını hayal ederim') ve eylem kontrolünden (örneğin 'sigara içmediğimi kendime hatırlatarak sigara teklifinden kurtulabilirim') oluşur. Bu iki bilişsel faktör, bireyin irade kararlılığını belirler. Durumsal faktör sosyal destek (örneğin sigara içmemeyi teşvik eden arkadaşların varlığı) ve durumsal engellerin yokluğundan (örneğin bir egzersiz kulübüne katılmak için maddi destek) oluşur.

Schwarzer (1992), HAPA'nın niyetler ve davranışlar arasındaki boşluğu doldurduğunu ve hem eyleme geçme niyetinin geliştirilmesi açısından hem de eylem aşamasının bilişsel aşaması açısından öz yeterliliği vurguladığını, öz yeterliliğin eylem planlarını ve eylem kontrolünü teşvik ettiğini ve sürdürdüğünü, dolayısıyla eylemin sürdürülmesine katkıda bulunduğunu savunmuştur. HAPA'nın nedensellik hakkında belirli tahminlerde bulunulmasını sağladığını ve ayrıca davranışın bir dizi sürecin sonucu olduğu bir inanç sürecini tanımladığını ileri sürmüştür.

HAPA'ya Destek

HAPA'nın münferit bileşenleri, model için bazı destekler sağlayarak test edilmiştir. Özellikle Schwarzer (1992) öz yeterliliğin, dış ipi kullanma niyeti, dış ipi kullanma sıklığı, doğum kontrol yönteminin etkin kullanımı, kendi kendine meme muayenesi, uyuşturucu bağımlılarının temiz iğne kullanma niyeti, sigarayı bırakma niyeti ve kilo verme programlarına ve egzersize uyma niyeti gibi çeşitli davranışlar için davranışsal niyetlerin ve davranış değişikliğinin tutarlı bir şekilde en iyi yordayıcısı olduğunu iddia etmiştir (örn. Beck ve Lund 1981; Seydel ve ark. 1990).

HAPA'ya Yönelik Eleştiriler

Yine, diğer biliş ve sosyal biliş modellerinde olduğu gibi, sağlık davranışlarını tahmin etmede HAPA'nın değerini değerlendirirken şu sorular ortaya çıkmaktadır: bireyler bilinçli bilgi işlemcileri midir? Ve sosyal ve çevresel faktörler nasıl bir rol oynamaktadır? Sosyal biliş modelleri, normatif inanç ölçümlerinde sosyal dünya sorununu ele almaya çalışmaktadır. Ancak, bu tür ölçümler yalnızca bireyin sosyal dünyası hakkındaki bilişlerine erişmektedir.

modelleriyle ilgili sorunlar

Biliş ve sosyal biliş modelleri, sağlık inançlarını anlamak ve sağlık davranışlarını tahmin etmek için yapılandırılmış bir yaklaşım sunmakta ve anketlerin tasarlanması ve müdahalelerin geliştirilmesi için bir çerçeve sağlamaktadır. Ancak son yıllarda bu modelleri eleştiren birçok makale yayımlanmıştır. Bu sorunlar kavramsal, metodolojik ve öngörüselsel olarak kategorize edilebilir.

Kavramsal sorunlar

Bazı araştırmacılar, değişkenleri ve bizi dünya hakkında bilgilendirme yetenekleri açısından modellerle ilgili bazı kavramsal sorunlara işaret etmişlerdir. Bu sorunlar aşağıdaki gibidir:

- Her bir model algılanan davranışsal kontrol, davranışsal niyetler, algılanan kırılganlık ve tutumlar gibi farklı kavramlardan oluşmaktadır. Norman ve Conner (1996) bu değişkenler arasında bazı örtüşmeler olduğunu ileri sürmüş, Armitage ve Conner (2000) ise sağlık davranışlarını incelemek için temel kavramların modeller arasında bütünleştirildiği bir 'konsensüs' yaklaşımını savunmuştur.
- Modeller, değişkenler arasında nedensellik olduğunu varsayan ilişkileri tanımlamaktadır. Örneğin, TPB tutumu davranışsal niyete neden olarak tanımlamaktadır. Sutton (2002a) bu ilişkilerin nedensel olarak belirsiz olduğunu ve deneysel yöntemler kullanılmadığı sürece bir sonuca varılamayacağını savunmaktadır. Benzer şekilde, Smedlund (2000) modelleri mantıksal yapıları nedeniyle eleştirmiş ve ilişkilendirme varsayımlarının kusurlu olduğunu söylemiştir.
- Bir teori, teorinin desteklenmesine ya da reddedilmesine yol açabilecek verilerin toplanmasına olanak sağlamalıdır. Ogden (2003) dört yıllık bir süre zarfında HBM, TRA, PMT ve TPB'yi kullanan çalışmaların bir analizini yapmış ve modelin desteklendiği inancını sürdürmek için her zaman uyarılar sunulabileceğinden modellerin reddedilemeyeceği sonucuna varmıştır.
- Araştırma, tanım gereği (örneğin kalp hastalığı atardamarların daralmasına neden olur) değil, gözlem yoluyla doğru olan ve ampirik bir test gerektiren (örneğin sigara içmek kalp hastalığına neden olur) doğrular üretmelidir. Ogden (2003) analizinden, modelleri kullanan birçok araştırmanın tanım gereği doğru olan ifadeler ürettiği sonucuna varmıştır (örneğin, prezervatif kullanacağımdan eminim, bu nedenle prezervatif kullanma niyetindeyim). Bu nedenle bulguların metodolojik olduğunu savunmaktadır.
- Araştırma, dünyayı yaratmak yerine bizi dünya hakkında bilgilendirmelidir. Ogden (2003), insanlara "Sizce kadın prezervatifi bir erkeğin cinsel hazzını azaltır mı?" gibi sorular soran anketlerin, insanların düşüncelerini tanımlamaktan ziyade düşünme biçimlerini değiştirebileceğini savunmaktadır. Bu, ruh hali kontrol listelerini takiben ruh halindeki değişikliklere ve günlüklerin davranışları değiştirme yeteneğine benzer.

Metodolojik sorunlar

TPB, TRA ve HBM gibi modelleri kullanan birçok araştırma, çoklu regresyon analizi kullanılarak analiz edilen anketleri içeren kesitsel tasarımlar kullanmaktadır. Araştırmacılar bu yaklaşımla ilgili bazı sorunların altını çizmiştir.

- Kesitsel araştırmalar nedensellikten ziyade sadece ilişkileri gösterebilir. Bunu çözmek için, bağımsız ve bağımlı değişkenleri zamana göre ayıran prospektif çalışmalar kullanılır. Sutton (2002a) bu iki tasarımın da sorunlu olduğunu ve nedensellik hakkında çıkarım yapılmasına izin vermediğini savunmaktadır. Bu soruna en iyi çözümün randomize deneysel tasarımlar olduğunu öne sürmektedir.

- Hankins ve diğerleri (2000a), TRA ve TPB kullanan verilerin nasıl analiz edilmesi gerektiğine dair bazı detaylı kılavuzlar sunmakta ve birçok araştırmada uygun olmayan analizlerin kullanıldığını belirtmektedir. Çoklu regresyon analizi kullanılıyorsa, açıklanan varyansın ölçüsünün düzeltilmiş R_2 olması gerektiğini, artıkların değerlendirilmesi gerektiğini ve her bir değişkenin benzersiz katkısını değerlendirmek için yarı kısmi korelasyonların kullanılması gerektiğini belirtmektedirler. Ayrıca, 'Yapısal Eşitlik Modellemesi'nin modellerin varsayımlarını açık hale getirdiği için daha iyi bir yaklaşım olabileceğini belirtmektedirler.
- Psikolojik araştırmaların çoğunda örneklem büyüklüğü hesaplanmamakta veya çalışmanın gücü dikkate alınmamaktadır. Hankins ve diğerleri (2000), sosyal biliş modellerini kullanan araştırmaların, sonuçların anlamlı olması için bunu yapması gerektiğini savunmaktadır.
- TRA, belirli bir davranışın belirli sonuçlara yol açma olasılığı hakkındaki 'beklenti inançları' ile bu sonuçların arzu edilebilirliği hakkındaki değerlendirmeler arasındaki etkileşimi yansıtan genelleştirilmiş bir tutum ölçüsünü içerir. Örneğin, sigara içmeye yönelik bir tutum, 'sigara içmek akciğer kanserine yol açacaktır' inancı ile 'akciğer kanseri hoş değildir' inancından oluşur. Bu, bir 'çarpımsal bileşim' oluşturmak için bir inancın diğeriyle çarpılmasıyla hesaplanır. Buna 'beklenti değeri' inancı denir. Sonraki analizlerde bu yeni değişken basitçe diğer değişkenlerle ilişkilendirilir. French ve Hankins (2003) bunun sorunlu olduğunu, çünkü çoklu bileşik ile diğer değişkenler arasındaki korelasyonun gerçek bir sıfıra sahip bir oran ölçeği gerektirdiğini savunmaktadır. Diğer psikolojik yapılarda olduğu gibi, 'beklenti değeri inancının gerçek bir sıfırı yoktur, sadece araştırmacı tarafından keyfi olarak seçilmiştir'. Bu nedenle beklenti değeri inancının kullanılmaması gerektiğini savunmaktadırlar.

Tahmine dayalı sorunlar

TRA, TPB, HBM ve PMT gibi modeller, davranışsal niyetleri ve gerçek davranışları tahmin etmek üzere tasarlanmıştır. Ancak, iki ana gözlem yapılmıştır. İlk olarak, bu modellerin davranışsal niyetleri tahmin etmede o kadar da başarılı olmadığı ve yeni bilişleri de içerecek şekilde genişletilmeleri gerektiği öne sürülmüştür. İkinci olarak, gerçek davranış tahmin etmede daha da az başarılı oldukları ileri sürülmüştür. Bu ikinci eleştiri, niyet-davranış boşluğunu inceleyen araştırmalara yol açmıştır.

Niyetlerin tahmin edilmesi: yeni bilişlerin dahil edilmesi ihtiyacı Sutton (1998a) sağlık inançları modellerini kullanan çalışmaların davranışsal niyetlerdeki varyansın yalnızca yüzde 40 ila 50'sini tahmin edebildiğini ileri sürmüştür. Bu nedenle, varyansın yüzde 50'si açıklanmadan kalmaktadır. Sağlık inançlarını iyileştirmek için bazı yeni değişkenler geliştirilmiştir. modellerin etkinliği.

Genişletilmiş normlar

Gerekçeli eylem teorisi ve planlı davranış teorisi, belirli bir şekilde davranmaya yönelik sosyal baskıların ölçümelerini içerir - öznel normlar değişkeni. Ancak, diğer norm biçimlerini de değerlendirmeleri önerilmiştir. Örneğin, kan bağıışı, organ nakli için organ bağıışı, araba kullanma suçu işleme veya genetik olarak üretilmiş gıdaları yeme gibi etik veya ahlaki boyutu olan davranışları gerçekleştirme niyeti sadece genel sosyal normlardan değil aynı zamanda ahlaki normlardan da kaynaklanabilir. Bazı araştırmalar ahlaki normlar değişkeninin dahil edilmesinin faydalı olduğunu göstermiştir (örn. Sparks 1994; Parker vd. 1995; Légaré vd.

2003). Örneğin, Godin ve arkadaşları (2005) sigara içme, aşırı hız yapma ve alkollü araç kullanma ile ilgili altı veri setini analiz etmiştir.

hız sınırına uymak, egzersiz yapmak ve kan alırken önlem almak. Sonuçlar, insanların davranışı gerçekleştirme niyetlerinin ahlaki normlarıyla uyumlu olması halinde davranışı gerçekleştirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, ahlaki normlar için bu rol sadece insanlar davranışı ahlaki terimlerle yorumladıklarında mevcuttu. Bu durum Norman ve Conner'ın (1996) ahlaki normların yalnızca sınırlı sayıda davranışla ilgili olabileceği önerisiyle uyumludur. Sosyal normlar kavramı, kişinin diğer insanların davranışı gerçekleştirip gerçekleştirmediğine dair algısını yansıtan 'tanımlayıcı normlar' (örn. "Doktorların sağlıklı beslendiğini düşünüyor musunuz?") ve diğer insanların davranışı onaylayabileceğini veya onaylamayabileceğini yansıtan 'emredici normlar' (örn. Povey vd. 2000) içerecek şekilde daha da genişletilmiştir.

Beklenen pişmanlık

Koruma motivasyonu teorisi, korku şeklindeki duygular için açıkça bir rol içermektedir. Araştırmacılar davranışsal niyetlerin beklenen duygularla ilişkili olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Örneğin, daha güvenli seks yapma niyeti - 'prezervatif kullanma niyetindeyim' - 'prezervatif kullanmazsam kendimi suçlu hissederim' beklentisi tarafından tahmin edilebilir. Bazı araştırmalar, beklenen pişmanlığın davranışsal niyetlerin öngörülmesinde önemli olduğunu göstermiştir (Richard ve van der Pligt 1991). Benzer şekilde, Conner, Sandberg ve diğerleri (2006) bir grup ergende beklenen pişmanlığın hem sigaraya başlama niyeti hem de fiilen sigara içme ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Öz kimlik

Modelin davranışsal niyetleri tahmin etme kabiliyetini geliştirmek için bir araç olarak sunulan bir diğer değişken de öz kimliktir. Bireylerin bir davranışı ancak bu davranış kendi imajlarına uyuyorsa gerçekleştirme niyetinde olacakları ileri sürülmüştür. Örneğin, 'Ben sağlıklı beslenen biriyim' kimliği sağlıklı beslenme niyeti ile ilişkili olmalıdır. Ayrıca, 'Ben fit bir insanım' kimliği egzersiz yapma niyeti ile ilişkili olmalıdır. Bazı araştırmalar bu değişkenin kullanışlılığını desteklemektedir (Sparks ve Shepherd 1992). Ancak Norman ve Conner (1996) bu değişkenin de sadece sınırlı bir önemi olabileceğini öne sürmüştür.

Kararsızlık

Çoğu model, bireyleri belirli bir nesneye yönelik olumlu ya da olumsuz görüşlere sahip olarak kavramsallaştıran davranışa yönelik bir tutum ölçüsü içermektedir. Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalar, çeşitli şekillerde tanımlanan kararsızlığın davranışı tahmin etmedeki rolünü de araştırmıştır (Thompson ve ark. 1995). Örneğin, Breckler (1994) bunu 'rekabet halindeki değerlendirici eğilimlerin yol açtığı bir çatışma' olarak tanımlarken, Emmons (1996) 'bir yaklaşma - kaçınma çatışması - aynı hedef nesneyi istemek ama aynı zamanda istememek' olarak tanımlamıştır. Sparks ve diğerleri (2001) kararsızlık kavramını planlı davranış teorisine dahil etmiş ve et veya çikolata tüketimini öngörüp öngörmediğini değerlendirmiştir. Toplam 325 gönüllü, hem olumlu hem de olumsuz değerlendirmelerin ortalaması (örneğin 'çikolata ne kadar olumlu' ve 'çikolata ne kadar olumsuz') açısından değerlendirilen ve daha sonra bu ortalamanın iki değerlendirme arasındaki mutlak farktan (yani 'toplam olumlu eksi toplam olumsuz') çıkarılmasıyla elde edilen bir kararsızlık ölçüsü içeren bir anket doldurmuştur. Bu hesaplama olumlu ve olumsuz duygular arasındaki dengeyi yansıtan bir puan vermektedir. Sonuçlar, tutum ve niyet arasındaki ilişkinin kararsızlığı daha yüksek olan katılımcılarda daha zayıf olduğunu göstermiştir. Bu, bir yiyeceğe karşı hem olumlu hem de olumsuz tutumlara sahip olmanın, genel tutumun onu yeme niyetine dönüşme olasılığını azalttığı anlamına gelmektedir.

Duygusal inançlar

Sosyal biliş modellerine yönelik temel eleştirilerden biri, duygulanımın rolünü yeterince hesaba katmamalarıdır (Manstead ve Parker 1995; van der Pligt ve ark. 1998). Bunu ele almak için bazı araştırmacılar duygulanımın modellere dahil edilmesini savunmuşlardır. Sosyal biliş araştırmalarında inançların ortaya çıkarılma ve ölçülme biçimleri nedeniyle, araştırmacılar bu sorunu duygusal inançları da dahil ederek ele almışlardır. Örneğin, bir davranışın sağlıklı, zararlı, güvenli ya da yararlı olduğuna dair inançlar araçsal inançlar olarak kabul edilebilirken, bir davranışı keyifli, zevkli, endişe verici ya da iç karartıcı olarak tanımlayan inançlar duygusal inançları yansıtmaktadır (Manstead ve Parker 1995). Lawton ve diğerleri (2006) yakın zamanda ergenlerde hız sınırının üzerinde araç kullanma ve sigara içmeyi öngörmede araçsal ve duygusal inançların göreceli katkısını araştırmıştır. Sonuçlar, negatif duygusal inançların gözlemlenen hızın en iyi yordayıcıları olduğunu ve pozitif ve negatif duygusal inançların sigara içmenin en iyi yordayıcıları olduğunu göstermiştir.

Kişilik

Psikoloji alanında, sağlık ve sağlıkla ilgili davranışların öngörülmesinde kişiliğin rolünü vurgulayan çok sayıda araştırma bulunmaktadır (Vollrath ve Toergersen 2002). Temelde kişilik araştırmaları, bilişsel çalışmalara kıyasla bireye daha istikrarlı, özellik benzeri bir yaklaşımı yansıtmakta ve 'büyük beşli' olarak adlandırılan uyumluluk, bilinçlilik, duygusal istikrar, dışadönüklük ve zeka gibi bir dizi kişilik özelliğini kapsamaktadır. Kişiliğin bu yönlerinin sigara içme ve diyet gibi bir dizi sağlık davranışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Bogg ve Roberts 2004). Ingledew ve Ferguson (2006) üniversite öğrencilerinde daha güvenli seksin öngörülmesinde motivasyonun yanı sıra kişiliğin rolünü araştırmış ve uyumluluk ve vicdanlılık özelliklerinin daha güvenli seksi öngördüğü ve bu etkinin bu kişilik özelliklerinin bireyin motivasyonu üzerindeki etkisinden kaynaklandığı sonucuna varmıştır.

Davranışın öngörülmesi: niyet-davranış farkının araştırılması

Sosyal biliş araştırmaları, davranışı tahmin etmenin bir yolu olarak davranışsal niyetleri değerlendirmektedir. Ancak niyetler ve davranışlar arasındaki bağlantı her zaman bu kadar açık değildir. Sutton (1998a), yapılandırılmış modellerin davranışsal niyetleri tahmin etmede o kadar da etkili olmamalarına rağmen, gerçek davranışı tahmin etmede daha da az etkili olduklarını ileri sürmüştür. Aslında, bu modelleri kullanan çalışmaların davranıştaki varyansın yalnızca yüzde 19-38'ini tahmin ettiğini öne sürmüştür. Niyet ve davranış arasındaki bağlantılara ilişkin benzer analizler Armitage ve Conner (2001) ve Milne ve diğerleri (2002) tarafından da gerçekleştirilmiştir. Davranışı tahmin etmedeki bu başarısızlığın bir kısmı, davranışın ilgili bireyin kontrolü dışında olmasından kaynaklanıyor olabilir. Örneğin, 'üniversitede okumaya niyetliyim' ifadesi, ekonomik veya eğitimsel faktörler nedeniyle 'üniversitede okuyorum' ifadesine dönüşmeyebilir. Ayrıca, 'sağlıklı beslenmeye niyetliyim' ifadesi, sağlıklı gıda yokluğu nedeniyle 'sağlıklı besleniyorum' ifadesine dönüşmeyebilir. Bu gibi durumlarda, niyetler ve davranışlar arasındaki korelasyon sıfır olacaktır. Ancak, çoğu davranış için niyet ve davranış arasındaki korelasyon sıfır değil, küçüktür ve bu da bireyin davranış üzerinde bir miktar kontrolü olduğunu göstermektedir. Psikologlar gerçek davranışı tahmin etme sorununu üç şekilde ele almışlardır: (1) davranışsal niyetler kavramı genişletilmiştir;

(2) geçmiş davranışlar, davranışın doğrudan bir belirleyicisi olarak kullanılmış ve (3) niyet-davranış boşluğunu dolduran değişkenler üzerinde çalışılmıştır.

Davranışsal niyetlerin genişletilmesi

Sağlık davranışlarını öngörmek için modeller kullanan araştırmaların çoğu, gerçek davranışın en iyi öngörücüsü olarak davranışsal niyetlere odaklanmaktadır. Ancak son zamanlarda araştırmacılar, davranışsal niyetleri genişleten ek değişkenlerin eklenmesi çağrısında bulunmuşlardır. Bunlar aşağıdakileri içermektedir:

- *Öz-öngörüler* - Sheppard ve diğerleri (1988), sadece davranışsal niyetleri ölçmek yerine (örn. 'Gelecek hafta yüzmeye başlama niyetindeyim'), bireyin bu niyetin gerçekleşmesinin muhtemel olduğuna dair kendi öngörüsünü değerlendirmenin de önemli olduğunu savunmuştur (örn. 'Gelecek hafta yüzmeye başlamam muhtemeldir'). Bu tür kendi tahminlerinin, bireyin davranışa yardımcı olabilecek veya engelleyebilecek faktörleri göz önünde bulundurmasını yansıttığının daha muhtemel olduğunu öne sürmüşlerdir. Bugüne kadar bazı araştırmalar bu yeni değişkenin yararlılığını desteklerken (Sheppard ve ark. 1988), bazıları da niyetler ve öz-öngörüler arasındaki korelasyonun öz-öngörülerin sağlık davranışı modeline ekstra bir şey katamayacak kadar yüksek olduğunu öne sürmüştür (Norman ve Smith 1995).
- *Davranışsal isteklilik* - Öz-öngörülerin kullanılmasına benzer şekilde, araştırmacılar davranışsal istekliliğin kullanılması çağrısında bulunmuşlardır. Örneğin, bir birey sadece bir davranış gerçekleştirme niyetinde olmayabilir (örneğin, 'Daha fazla meyve yemeye niyetliyim'), aynı zamanda bunu yapmaya istekli de olabilir (örneğin, 'Daha fazla meyve yemeye istekliyim'). Gibbons ve diğerleri (1998) hem niyetlerin hem de istekliliğin yararlılığını araştırmış ve ergen davranışlarını incelerken istekliliğin özellikle önemli olabileceğini, çünkü ergenlerin daha az mantıklı bir şekilde davranabileceğini ve hoş olmayan bir davranış ('Sigarayı bırakmaya niyetliyim') gerçekleştirmek istemeyebileceğini öne sürmüştür.
- *Algılanan ihtiyaç* - Önemli olan sadece davranışa yönelik niyetler ya da öz tahminler ve hatta irade olmayabilir. Paisley ve Sparks (1998), kritik olanın bireyin davranışını değiştirmeye ihtiyaç duyduğuna dair algısı olduğunu ileri sürmüştür. Örneğin, bir niyet - 'sigarayı bırakmaya niyetliyim' - sigarayı bırakmak için algılanan bir ihtiyaçtan - 'sigarayı bırakmam gerekiyor' - daha az etkili olabilir. Bu yazarlar, algılanan ihtiyacın diyet yağını azaltma beklentilerini öngörmedeki rolünü incelemiş ve bu değişkenin gelecekteki araştırmalarda kullanılmasını savunmuştur.
- *Niyetlerin zamansal istikrarı* - Niyetler her zaman davranış öngörmeyebilir çünkü niyetler zaman içinde değişir ve yeni davranış ortaya çıktığında eski niyetlerin artık bir önemi kalmaz. Conner ve Godin (2006) bu olasılığı araştırmış ve daha istikrarlı niyetlerin (zaman içinde değişmeyen), zaman içinde değişen niyetlere kıyasla daha iyi bir niyet-davranış bağlantısıyla ilişkili olduğunu bildirmiştir.
- *Niyet türü* - Bazı davranışsal niyetler, 'Sigara içmeyeceğim' gibi insanların ne yapmamaya niyetli olduklarını tanımlar. Diğer davranışsal niyetler ise 'daha sağlıklı besleneceğim' gibi ne yapmak istediklerini tanımlar. Ogden, Karim ve diğerleri (2006) bu farklı niyet türlerinin göreceli etkisini araştırmış ve başarılı bir şekilde kalori azaltmanın olumsuz niyetlerden ziyade daha olumlu niyetlerle ilişkili olduğu sonucuna varmıştır.

Bu nedenle, davranışsal niyetlerin öz-öngörülerini, davranışsal istekliliği ve/veya algılanan ihtiyacı içerecek şekilde genişletilmesi ve niyetlerin değişebileceğinin ve olumlu ya da olumsuz olabileceğinin kabul edilmesiyle, modellerin gerçek davranışın daha iyi tahmin edicileri haline geleceği savunulmaktadır.

Geçmiş davranışların rolü

Çoğu araştırma, bilişlerin davranışsal niyetleri öngördüğünü ve bunların da davranışı öngördüğünü varsaymaktadır. Bu, "düşünüyorum, o halde yapmaya niyetliyim, o halde yapıyorum" yaklaşımına geçişle uyumludur. Ancak davranışın bilişler tarafından değil de davranışlar tarafından öngörülmesi mümkündür. Bu açıdan bakıldığında, bugün sağlıklı beslenen bireylerin yarın sağlıklı beslenmeleri daha olasıdır. Ayrıca, geçmişte servikal smear testi yaptırmışlarsa yarın doktora gitme olasılıkları daha yüksektir. Davranış hem geçmiş davranışlar hem de alışkanlıklar açısından ölçülmüştür. Geçmiş davranışlar açısından, araştırmalar bisiklet kaskı kullanımı (Quine ve ark. 1998), kendi kendine meme muayenesi (Hodgkins ve Orbell 1998), kondom kullanımının gündeme getirilmesi (Yzer ve ark. 2001), göz bandı takılması (Norman ve ark. 2003) ve sağlık kontrollerine katılım (Norman ve Conner 1993) gibi davranışları öngördüğünü göstermektedir. Buna ek olarak, geçmiş davranışların kendisi de bilişleri tahmin edebilir ve bilişler de davranışları tahmin edebilir (Gerrard ve ark. 1996). Alışkanlık açısından, araştırmalar kondom kullanımının açıklanmasında bir rol oynadığını (Trafimow 2000) ve alışkanlığın insanların bilgi kullanımını azalttığını göstermektedir (Aarts ve ark. 1998).

Niyet-davranış uçurumunun kapatılması

Araştırmaların davranışı tahmin etmedeki sınırlı yöntemini ele alan üçüncü yaklaşım, davranışa yönelik niyetler ile gerçek davranış arasındaki boşluğu doldurabilecek değişkenler önermek olmuştur. Özellikle bazı araştırmalar eylem planlarının, sağlık hedeflerine bağlılığın ve niyetlerin davranışa dönüştürülmesinden sorumlu olabilecek biliş türlerine ulaşmanın bir yolu olarak denemenin rolünü vurgulamıştır (Bagozzi ve Warshaw 1990; Schwarzer 1992; Bagozzi 1993; Luszczynska ve Schwarzer 2003). Ancak çoğu araştırma Gollwitzer'in (1993) uygulama niyeti kavramına odaklanmıştır. Gollwitzer'e göre, bir niyeti gerçekleştirmek, belirli bir dizi çevresel faktör göz önüne alındığında bir bireyin ne yapacağına dair belirli planların geliştirilmesini içerir. Bu nedenle uygulama niyetleri belirli bir davranışın 'ne' ve 'ne zaman' yapılacağını tanımlar. Örneğin, 'Sigarayı bırakmaya niyetliyim' niyetinin, bireyin 'Yarın saat 12.00'de son paketimi bitirdiğimde sigarayı bırakmaya niyetliyim' uygulama niyetini oluşturması halinde 'Sigarayı bıraktım' şekline dönüşme olasılığı daha yüksek olacaktır. Ayrıca, 'Sağlıklı beslenmeye niyetliyim' ifadesinin 'Yarın öğle yemeğinde bir elma yiyerek sağlıklı beslenmeye başlayacağım' uygulama niyeti ile 'Sağlıklı besleniyorum' ifadesine dönüşme olasılığı daha yüksektir. Bazı deneysel araştırmalar, bireyleri uygulama niyeti oluşturmaya teşvik etmenin, C vitamini hapı almak (Sheeran ve Orbell 1998), kendi kendine meme muayenesi yapmak (Orbell ve ark. 1997), rapor yazmak (Gollwitzer ve Brand-statter 1997) ve diyet yağını azaltmak (Armitage 2004) gibi davranışlar için niyet ve davranış arasındaki korelasyonu gerçekten artırabileceğini göstermiştir. Gollwitzer ve Sheeran (2006), uygulama niyetlerinin düşük yağlı diyet, toplu taşıma kullanımı, egzersiz ve bir dizi kişisel hedef dahil olmak üzere bir dizi davranışsal hedef üzerindeki etkisine ilişkin 94 bağımsız testin meta analizini gerçekleştirmiştir. Bu analizden elde edilen sonuçlar, uygulama niyetlerinin hedefe ulaşma üzerinde orta ila büyük bir etkiye sahip olduğunu göstermiş ve analiz, bu yaklaşımda yer alan süreçlere ilişkin bazı bilgiler sağlamıştır. Uygulama niyetlerinin kullanımı bilişsel davranışçı terapisinin hedef belirleme yaklaşımı tarafından da desteklenmektedir. Bu nedenle, uygulama niyetleri gibi değişkenlerden yararlanarak modellerin gerçek davranışın daha iyi tahmin edicileri haline gelebileceği savunulmaktadır.

Teori temelli müdahalelerin geliştirilmesi

Biliş ve sosyal biliş modelleri sigara içme, tarama, yemek yeme ve egzersiz gibi sağlık

davranışlarını tanımlamak ve tahmin etmek için geliştirilmiştir. Son yıllarda, sağlık davranışlarının

sağlık davranışı müdahalelerini bilgilendirmek ve geliştirmek için bu modellerin kullanılmasına yönelik bir çağrıdır. Bu çağrı iki gözleme dayanmaktadır. Birincisi, davranışı değiştirmek için tasarlanan birçok müdahalenin yalnızca asgari düzeyde etkili olduğu gözlemlenmiştir. Örneğin, cinsel davranışı değiştirmeye yönelik erken dönem müdahalelere ilişkin incelemeler, bu müdahalelerin sadece küçük etkileri olduğu sonucuna varmıştır (örn. Oakley ve ark. 1995) ve kilo vermeye yönelik diyet müdahaleleri kısa vadede kilo kaybına neden olabilir ancak çoğunluğu takipte başlangıç seviyesine geri dönmektedir (örn. NHS Centre for Reviews and Dis- semination 1997). İkinci olarak, birçok müdahalenin herhangi bir teorik çerçeveye dayanmadığı ya da hangi faktörlerin belirli bir davranışla ilişkili olduğunu belirleyen araştırmalardan yararlanmadığı gözlemlenmiştir (örn. Fisher ve Fisher 1992). Bunun ilginç bir örneği, sağlığın teşviki broşürlerinin içerik analizinin yapılarak teorik temellerinin değerlendirilmesidir. Abraham ve arkadaşları (2002) Almanya (37 broşür) ve Birleşik Krallık'ta (74 broşür) pratisyen hekim muayenahanelerinden ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların (CYBH) tedavisine yönelik kliniklerden cinsel sağlık broşürleri toplamıştır. Kondom kullanımını ve/veya HIV ve AIDS dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesini teşvik eden ve yaygın olarak bulunan broşürler dahil edilmiştir. Prezervatif dışındaki koruyucu önlemlere odaklanmaları nedeniyle lezbiyenleri hedefleyenleri ve HIV pozitif erkekler gibi sınırlı bir kitleyi hedefleyenleri hariç tutmuşlardır. Yazarlar daha sonra Sheeran ve diğerleri (1999) tarafından yapılan bir meta-analize dayanarak kondom kullanımının en iyi bilişsel ve davranışsal korelasyonlarını belirlemiş, bu korelasyonları yansıtmak için 20 korelasyon temsilci kategorisi tanımlamış ve daha sonra broşürleri bu faktörlerin dahil edilmesi ve sıklığına göre derecelendirmiştir. Sonuçlar teori ile bu tür davranışsal müdahaleler arasında çok az ilişki olduğunu göstermiştir. Özellikle, broşürlerin sadece yüzde 25'i on veya daha fazla korelasyona atıfta bulunmuş ve broşürlerin üçte ikisi sıklıkla ikiden fazla korelasyonu hedeflememiştir. Araştırma genellikle uygulamayı bilgilendirmeyi amaçlasa da, durumun çoğu zaman böyle olmadığı görülmektedir. Şimdi teorisinin uygulamayı bilgilendirmek için nasıl kullanılabileceği araştırılacaktır.

Teoriyi pratiğe dökmek

Daha fazla teori temelli müdahale çağrısı göz önüne alındığında, bazı araştırmacılar bunun nasıl yapılabileceğini özetlemiştir. Sutton (2002b) özellikle Fishbein ve Middlestadt'ın (1989) çalışmalarından faydalanmış ve TRA'ya dayalı bir müdahale geliştirmek için izlenebilecek bir dizi adımı tanımlamıştır, ancak bu adımların diğer modellere de uygulanabileceğini savunmuştur.

Adım 1: Hedef davranışı ve hedef nüfusu belirleyin.

Adım 2: Açık uçlu sorular kullanarak hedef kitlede hedef davranışla ilgili en belirgin inançları belirleyin.

Adım 3: Hangi inançların davranışsal niyetin en iyi ön belirleyicileri olduğunu belirlemek için kapalı sorular içeren bir çalışma yapın. En iyi inancı hedef inanç olarak seçin.

Adım 4: Niyetliler ile niyetli olmayanlar arasında en iyi ayrımı yapan inançları belirlemek için verileri analiz edin. Bunlar ayrıca hedef inançlardır.

Adım 5: Bu hedef inançları değiştirmek için bir müdahale geliştirin.

Ancak Sutton'ın (2002b) belirttiği gibi, bu süreç müdahaleden önceki ön çalışmalar hakkında net ayrıntılar sunmaktadır. Ancak müdahalenin kendisi belirsizliğini korumaktadır. Hardeman ve diğerleri (2002) TPB'yi bir müdahalenin parçası olarak kullanan 30 makalenin sistematik bir incelemesini yapmış ve kullanılan bir dizi çerçeveyi tanımlamıştır. Bunlar arasında ikna, bilgilendirme, becerilerin artırılması, hedef belirleme ve becerilerin provası yer almaktadır.

Bunlar yakın zamanda geliştirilmiş ve davranış değişikliği programlarının geliştirilmesi için bir nedensel modelleme yaklaşımına entegre edilmiştir (Hardeman ve ark. 2005). Sutton (2002b) iki ek yaklaşımın daha olduğunu belirtmektedir

çerçeveler de faydalı olabilir. Bunlar, insanların belirli inançlara odaklanmasını sağlayan rehberli ustalık deneyimleri (örneğin Bandura 1997) ve 'güçlü argümanların' sunulmasını ve alıcının bu argümanlar üzerinde düşünmesi ve detaylandırması için zaman tanınmasını içeren 'Detaylandırma Olasılığı' modelidir (Petty ve Cacioppo 1986). Çalışmalar ayrıca müdahaleleri için broşürler, videolar, konferanslar ve tartışmalar dahil olmak üzere bir dizi yöntem kullanmıştır. Ancak, bugüne kadar sosyal biliş modellerine dayalı müdahaleler için bir çağrı yapılmış olmasına rağmen, teorinin uygulamaya nasıl dönüştürülebileceğine ilişkin net kılavuzlar henüz geliştirilmemiştir.

Mevcut teori temelli müdahaleler

Son yıllarda giderek artan sayıda davranışsal müdahale, bir davranış değişikliği teorisine dayanmaktadır (Rutter ve Quine 2002). Sosyal biliş modellerine dayalı olanlar bir dizi davranışı değiştirmeye çalışmıştır. Örneğin, Quine ve arkadaşları (2001) daha önce özetlenen adımları izleyerek çocukların kask takmasına ilişkin göze çarpan inançları belirlemişlerdir. Daha sonra bu belirgin inançları değiştirmek için iknaya dayalı bir müdahale geliştirmişlerdir. Sonuçlar, müdahaleden sonra katılımcıların kask takma konusunda kontrol grubuna göre daha olumlu inançlara sahip olduğunu ve beş aylık takipte kask takma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, McClendon ve Prentice-Dunn (2001) güneşlenmeyi hedef almış ve PMT'ye dayalı bir müdahale geliştirmiştir. PMT değişkenleri başlangıçta ve bir aylık takipte ölçülmüş ve müdahale grubundakiler derslere, videolara, bir kompozisyona ve tartışmalara tabi tutulmuştur. Sonuçlar, müdahalenin PMT değişkenlerinde artış ve bağımsız değerlendiriciler tarafından değerlendirildiği üzere daha açık bir cilt ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Diğer teori temelli müdahaleler kondom kullanımı (Conner ve ark. 1999b), güneş kremi kullanımı (Castle ve ark. 1999) ve rahim ağzı kanseri taraması (Sheeran ve Orbell 2000) gibi davranışları hedeflemiştir. Bununla birlikte, Hardeman ve diğerlerinin (2002) sistematik incelemelerinde tespit ettikleri gibi, birçok müdahale teoriye dayansa da, bu teori genellikle müdahalenin kendisini tasarlamaktan ziyade süreç ve sonuç ölçümlerinin tasarımı ve niyet ve davranışı tahmin etmek için kullanılmaktadır. Ayrıca, teori temelli müdahalelerin başarılı olduğuna dair bazı kanıtlar olsa da, teori kullanımının müdahalenin başarısıyla ilişkili olup olmadığı belirsizliğini korumaktadır. Örneğin, Hardeman ve diğerleri (2002) müdahaleyi geliştirmek için TPB'nin kullanılmasının müdahalenin başarısını öngörmediğini bildirmiştir.

Sürdürülebilir davranış değişikliğini anlamak

Çok sayıda araştırma ve çok sayıda müdahale olmasına rağmen, birçok insan sağlıksız davranışlarda bulunmaya devam etmektedir. Örneğin, Birleşik Krallık'ta 1970 yılında yüzde 45 olan sigara içme oranı 2004 yılında yüzde 26'ya düşmüş olsa da, nüfusun önemli bir azınlığı hala sigara içmeye devam etmektedir (Ulusal İstatistikler 2005). Benzer şekilde, başta obezite ve aşırı kilo olmak üzere diyet ve egzersizle ilgili sorunların yaygınlığı da artmaktadır (Birleşik Krallık'ta Obezite 2005; Ogden ve ark. 2006a). Ayrıca, birçok kişi sağlıkla ilgili davranışlarında başlangıçta değişiklikler gösterse de, sürekli davranış değişikliği oranları düşüktür ve birçok kişi eski alışkanlıklarına geri dönmektedir. Örneğin, son 20 yılda obezite tedavileri başlangıçtaki kilo kaybı oranlarını iyileştirmiş olsa da, uzun vadede kilo kaybını sürdürme konusunda çok az başarı elde edilmiştir ve insanların yüzde 95'i beş yıl içinde başlangıçtaki kilolarına geri dönmektedir (NHS Centre for Reviews and Dissemination 1997; Jeffery et al. 2000; bkz. Bölüm 15). Benzer şekilde, sigarayı bırakma girişiminde bulunanların neredeyse yarısı bir yıl içinde sigaraya geri dönmektedir (Ulusal İstatistikler 2005; bkz. Bölüm 5). İnsanların sağlık durumlarında gerçek değişiklikler yapılacaksa, araştırmaların uzun vadede davranış değişikliği konusunu ele alması gerekmektedir. Bugüne kadar,

Bununla birlikte, çoğu araştırma, nicel yöntemlerin kullanılması nedeniyle yeni davranışların başlangıcına veya kısa vadede davranış değişikliklerine odaklanmış, daha uzun vadeli takipler daha fazla zaman ve maliyet yatırımı gerektirdiğinden, sadece birkaç haftadan bir yıla kadar değişen takip sürelerine sahip ileriye dönük tasarımlarla yapılmıştır. Ancak bazı araştırmalar, özellikle kilo verme, sigarayı bırakma ve egzersiz gibi uzun vadeli davranış değişikliğinin sürdürülmesi konusunu ele almıştır.

- *Kilo kaybını sürdürme* - Araştırmalar, obezlerin çoğunluğunun verdikleri kiloları geri almalarına rağmen, küçük bir azınlığın kilo kaybını sürdürdüğünü göstermektedir. Bunu öngören faktörler Bölüm 15'te ayrıntılı olarak açıklanmıştır; bunlar, başlangıçtaki vücut kitle endeksi (BMI), cinsiyet ve istihdam durumu gibi profil özelliklerinin, önceki kilo verme girişimleri gibi tarihsel faktörlerin, alınan yardımın türü ve miktarının ve motivasyonlar ve bireylerin kilo sorunlarının nedenlerine ilişkin inançları dahil olmak üzere psikolojik faktörlerin rolünü göstermektedir. Özellikle araştırmalar, uzun vadeli kilo kaybı bakımının, davranışın hem neden hem de çözüm için merkezi olarak görüldüğü davranışsal bir obezite modeliyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Ogden 2000). Bu, bağlılık ve hastalık temsilleri üzerine yapılan pek çok araştırma ile uyumludur ve Bölüm 3'te ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.
- *Sigarayı bırakma* - Sigarayı bırakma konusunda birçok araştırma aşama modeli yaklaşımından yararlanmış ve sigarayı bırakmanın eylem planları, hedef belirleme ve aşamalar arasında geçiş gibi faktörlerle ilişkili olduğunu öne sürmüştür (örneğin Prochaska ve Velicer 1997, bkz. Bölüm 5). Buna karşın West ve Sohal (2006) yaklaşık 2000 sigara içicisine ve eski sigara içicisine bırakma girişimlerini sormuş ve neredeyse yarısının planlanmamış bırakma girişimlerinde bulunduğunu ve planlanmamış girişimlerin planlı olanlara göre başarılı olma olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Uzun vadeli sigarayı bırakmanın her zaman planların ve aşamalardan geçişin sonucu olmayabileceğini ve genellikle değişimi aniden motive eden 'felaketlerin' sonucu olduğunu savunmaktadırlar.
- *Egzersiz* - Diyet ve sigara kullanımındaki değişikliklerde olduğu gibi, egzersiz alımını inceleyen pek çok araştırma kısa vadeli değişikliklere odaklanmıştır. Bu açıdan bakıldığında çoğu araştırma, egzersizin uzun vadeli sağlık hedeflerinden ziyade sosyal faktörler ve keyifle ilgili olduğunu göstermektedir (bkz. Bölüm 7). Armitage (2005) egzersizin sürdürülmesi sorununu araştırmayı amaçlamış ve 12 haftalık bir süre boyunca istikrarlı egzersiz alışkanlıklarının belirleyicilerini araştırmıştır. Bu çalışmada standart TPB ölçümleri kullanılmış ve algılanan davranışsal kontrolün hem başlama hem de sürdürme açısından davranışı öngördüğü belirtilmiştir.

Genel olarak, davranışlardaki uzun vadeli değişikliklerin anlaşılmasında bir dizi demografik, psikolojik ve yapısal faktörün rolü olduğu ve bazı davranış değişikliklerinin aşamalar ve planlarla gösterilen 'damla damla' etkisinden kaynaklanabileceği, diğer değişim biçimlerinin ise bireyin motivasyonundaki daha ani değişimlerin sonucu olduğu görülmektedir. Ancak bugüne kadar uzun vadeli davranış değişiklikleri üzerine çok az araştırma yapılmıştır. Ayrıca, mevcut araştırmalar, davranışlar arasında genellenebilecek faktörlerden ziyade davranışa özgü değişikliklere odaklanma eğilimindedir.

Sonuç olarak

Sağlıkla ilgili davranışların öngörülmesinde sağlık inançlarının rolü, ölüm nedenlerindeki son değişikliklerle birlikte giderek daha belirgin hale gelmiştir. Sağlık inançlarını araştıran bazı çalışmalar, bireylerin sağlıkları hakkında davranışlarını etkileyen karmaşık görüşlere ve teorilere sahip olduklarını ortaya koyan meslekten olmayan teorileri vurgulamıştır. Bu bakış açısı, bireyleri daha az rasyonel olarak görmekte ve niteliksel bir yaklaşım kullanarak meslek dışı teorileri nispeten yapılandırılmamış bir formatta incelemektedir. Diğer çalışmalar daha nicel bir yaklaşım benimsemiş ve atıflar, sağlık kontrol odağı, gerçekçi olmayan iyimserlik, kendini onaylama ve değişim aşamaları gibi yapıları araştırmıştır. Psikologlar ayrıca bu farklı inançları entegre etmek ve sağlık davranışlarını tahmin etmek için sağlık inanç modeli, koruma motivasyon teorisi, planlı davranış teorisi ve sağlık eylem süreci yaklaşımı gibi yapılandırılmış modeller geliştirmiştir. Bu modeller, bireyleri bilgi işlemcileri olarak kabul etmekte ve bireyin sosyal dünyasına ilişkin bilişlerini ne ölçüde ele aldıklarına göre değişiklik göstermektedir. Modeller, sağlık davranışlarını niceliksel olarak tahmin etmek için kullanılabilir ve değişimi teşvik etmek için yöntemler geliştirmede etkileri vardır.



Sorular

- 1 Ölüm oranlarındaki son değişiklikler davranışla ilgili hastalıklar açısından açıklanabilir. Tartışın.
- 2 Atfetme teorisinin sağlık davranışlarını anlamaya katkısını tartışabilecektir.
- 3 Sağlık inançları sağlık davranışlarını öngörür. İki modele referans vererek tartışınız.
- 4 Sağlık davranışlarını anlamada sosyal dünyanın rolünü tartışabilecektir.
- 5 İnsanlar rasyonel bilgi işlemcileridir. Tartışın.
- 6 Bireyin inançlarını değiştirmesinin sağlığını iyileştireceği argümanını tartışınız.
- 7 Yapılandırılmış sağlık inançları modelleri ile ilgili bazı sorunları tartışınız.
- 8 Sosyal biliş modelleri sağlık davranışlarını değiştirmek için ne ölçüde kullanılabilir?
- 9 İki sağlık inancı modelini kullanarak sigara içen bir grupta sigara içmemeyi teşvik etmek için bir araştırma projesi tasarlayın.

Tartışma için

Sağlıkla ilgili davranışlarınızda yakın zamanda yaptığınız bir değişikliği düşünün (örneğin sigarayı bırakmak/başlamak, beslenme düzenini değiştirmek, daha fazla uyumayı hedeflemek vb.) Bu değişiklik ile ilgili sağlık inançlarınızı tartışın.

Sağlıkta varsayımlar psikolojisi

Sağlık inançları üzerine yapılan araştırmalar, sağlık psikolojisindeki bazı varsayımların altını çizmektedir:

- 1 **Rasyonel bilgi işlemcileri olarak insanlar.** Birçok sağlık inancı modeli, davranışın ölçülebilen bir dizi rasyonel aşamanın sonucu olduğunu varsaymaktadır. Örneğin, bireyin bir davranışın artılarını ve eksilerini tarttığı, potansiyel olarak tehlikeli bir hastalığın ciddiyetini değerlendirdiği ve ardından nasıl hareket edeceğine karar verdiği varsayılır. Bu durum tüm davranışlar için geçerli olmayabilir. Bazı sosyal biliş modelleri geçmiş davranışları (alışkanlığın bir ölçüsü olarak) içerse de, yine de bir dereceye kadar rasyonellik varsaymaktadır.
- 2 **Birbirinden ayrı bilişler.** Farklı modeller, farklı bilişleri (şiddet algıları, duyarlılık, sonuç beklentisi, niyetler) sanki ayrı ve ayrı varlıklarmış gibi bölümlere ayırmaktadır. Ancak, bu ayrım sadece bu farklı bilişlere ilişkin soruların sorulmasının bir eseri olabilir. Örneğin, bir birey bu faktörlerle ilgili özel sorular sorulana kadar duyarlılığı (örn. 'HIV riski altındayım') öz yeterlilikten (örn. 'Cinsel davranışlarımı kontrol edebileceğime ve HIV'den kaçınabileceğime güveniyorum') ayrı olarak algılamayabilir.
- 3 **Metodolojiden ayrı olarak bilişler.** Modeller bilişlerin birbirinden ayrı olduğunu varsaydıkları gibi, metodolojiden bağımsız olarak var olduklarını da varsayarlar. Ancak, mülakat ve anket soruları aslında bu bilişleri yaratabilir.
- 4 **Bağılamsız bilişler.** Sağlık inançları ve sağlık davranışları modelleri, bireyin bilişlerini bağlam dışında inceleme eğilimindedir. Bu bağlam ya başka bir bireyin bağlamı ya da daha geniş sosyal bağlam olabilir. Bazı modeller, bireylerin sosyal bağlamlarına ilişkin temsillerinin (örneğin sosyal normlar, akran grubu normları) ölçümlemlerini içerir, ancak bu bağlama her zaman bireylerin bilişleri aracılığıyla erişilir.

Daha fazla okuma

Conner, M. ve Norman, P. (eds) (1998) Special issue: social cognition models in health psychology, *Psychology and Health*, 13: 179-85.

Bu özel sayı, sosyal biliş modelleri alanındaki araştırmaları sunmaktadır. Başyazı, alana genel bir bakış sunmaktadır.

Conner, M. ve Norman, P. (2005) *Predicting Health Behaviour* (2. baskı) Buckingham: Open University Press.

Bu kitap, farklı modeller, bu modeller kullanılarak yapılan çalışmalar ve bu alandaki yeni gelişmeler hakkında mükemmel bir genel bakış sunmaktadır.

Gollwitzer, P.M. ve Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: a meta-analysis of effects and processes, *Advances in Experimental Social Psychology*, 38: 69-119.

Bu makale, uygulama niyetlerini kullanan araştırmanın ayrıntılı bir açıklamasını sunmaktadır. Aynı zamanda meta-analiz ve bu yaklaşımın nasıl etkili bir şekilde kullanılabileceğine dair mükemmel bir örnektir.

Rutter, D. ve Quine, L. (eds) (2003) *Changing Health Behaviour: Sosyal Biliş Modelleri ile Müdahale ve Araştırma*. Buckingham: Açık Üniversite Yayınları.

Bu derleme kitap, müdahalelerin tasarlanması ve değerlendirilmesiyle ilgili sorunların analizi de dahil olmak üzere müdahale literatürünün mükemmel bir incelemesini sunmaktadır.

Webb, T.L. ve Sheeran, P. (2006) Davranışsal niyetleri değiştirmek davranış değişikliğine yol açar mı? Deneysel kanıtların meta-analizi, *Psychological Bulletin*, 132: 249-68.

Bu makale, niyetler ve davranışlar arasındaki bağlantıları inceleyen araştırmaların bir meta analizini sunmaktadır. Kendi başına faydalı bir çalışma olmasının yanı sıra mükemmel bir referans kaynağı da sağlamaktadır.

Woodcock, A., Stenner, K. ve Ingham, R. (1992) Young people talking about HIV and AIDS: interpretations of personal risk of infection, *Health Education Research: Teori ve Uygulama*, 7: 229-47.

Bu makale, sağlık inançlarına nitel bir yaklaşımı göstermektedir ve nitel verilerin nasıl sunulacağına dair iyi bir örnektir.

Hastalık bilişleri

Bölüme genel bakış

Bölüm 2'de sağlık inançları ve bu inançların sağlık davranışları ile ilişkisini değerlendirmek üzere geliştirilen modeller açıklanmıştır. Bununla birlikte, bireylerin hastalık hakkında da inançları vardır. Bu bölümde 'sağlıklı' olmanın ne anlama geldiği ve 'hasta' olmanın ne anlama geldiği incelenmekte ve bu anlamlar bireylerin hastalığı bilişsel olarak nasıl temsil ettikleri (hastalık bilişleri/hastalık inançları) bağlamında gözden geçirilmektedir. Bölüm daha sonra hastalık inançlarının nasıl ölçülebileceğini değerlendirmekte ve bu inançları Leventhal'ın öz-düzenleyici modeli içerisine yerleştirmektedir. Daha sonra hastalık bilişleri, semptom algısı ve başa çıkma davranışı arasındaki ilişki tartışılmaktadır. Son olarak, bölüm hastalık bilişleri ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi ve tutarlılığın rolünü incelemektedir.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- Sağlıklı olmak ne anlama geliyor?
- Hasta olmak ne anlama geliyor?
- Hastalık bilişleri nedir?
- Hastalık bilişlerinin ölçülmesi
- Leventhal'ın hastalık bilişlerine ilişkin öz-düzenleyici modeli
- Semptom algısı
- Başa Çıkma
- Hastalık bilişleri ve sağlık sonuçları

sağlıklı olmak ne anlama geliyor?

Batı dünyasında yaşayan insanların çoğunluğu için sağlıklı olmak bir normdur - çoğu insan çoğu zaman sağlıklıdır. Bu nedenle, hasta olmaya ilişkin inançlar, sağlıklı olmaya ilişkin inançlar bağlamında var olur (örneğin, hastalık sağlıklı olmamak, hastalık her zamankinden farklı hissetmek vb. anlamına gelir). Dünya Sağlık Örgütü (1947) sağlığı 'fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali' olarak tanımlamıştır. Bu tanım, geleneksel tıbbın sadece fiziksel sağlığa yaptığı vurgudan farklı olarak çok boyutlu geniş bir sağlık görüşü sunmaktadır.

Son yıllarda bu çok boyutlu model, meslekten olmayan kişilere 'meslekten olmak ne anlama geliyor' sorusunu soran çeşitli nitel çalışmaların sonuçlarında ortaya çıkmıştır.

sağlıklı mı? Örneğin, Helman (1978) sosyal antropolojik bir perspektiften, on sekizinci yüzyılın humoral teorisine özgü inançların geleneksel tıbbınkilerle birlikte ne ölçüde hayatta kaldığını araştırmıştır. Özellikle, "soğuk algınlığını besle, ateşi aç bırak" deyişine odaklanmış ve sağlığa ilişkin toplum dışı yapıların "sıcak/soğuk" ve "ıslak/kuru" boyutlarına göre kavramsallaştırılabileceğini savunmuştur. Örneğin, göğüsle ilgili sorunlar ya 'sıcak ve ıslak' (örn. ateş ve üretken öksürük) ya da 'soğuk ve ıslak' (örn. soğuk algınlığı ve üretken olmayan öksürük) olarak değerlendirilmiştir. Benzer şekilde, sorunlar 'sıcak ve kuru' (örneğin ateş, kuru cilt, kızarmış yüz, kuru boğaz, üretken olmayan öksürük) veya 'soğuk ve kuru' (örneğin soğuk, titreme, titreme, halsizlik, belirsiz kas ağrıları) olarak değerlendirilebilir. Benzer bir şekilde, tıp sosyologları da sağlık kavramlarını araştırmışlardır. Örneğin, Herzlich (1973) 80 Fransız denekle görüşmüş ve onların sağlık modellerini üç boyutta sınıflandırmıştır: Hastalığın yokluğunu ifade eden 'boşlukta sağlık'; fiziksel güç ve hastalığa karşı dirençle ilgili olan 'sağlık rezervi'; ve bireyin sağlık rezervinin tam olarak gerçekleşmesini ifade eden 'denge'. Benzer şekilde, Blaxter (1990) 9000 kişiden sağlıklı olduğunu düşündükleri bir kişiyi tanımlamalarını ve "Bu kişiye sağlıklı demenizi sağlayan nedir?" ve "Sağlıklı olduğunuzda nasıl hissedersiniz?" sorularını düşüncelerini istemiştir. Daha sonra bu bireylerin bir alt örneği üzerinde nitel bir analiz gerçekleştirilmiştir. Bazıları için sağlık sadece hasta olmamak anlamına geliyordu. Ancak pek çok kişi için sağlık, bir rezerv, sağlıklı davranışlarla dolu sağlıklı bir yaşam, fiziksel uygunluk, enerji ve canlılık, başkalarıyla sosyal ilişkiler, etkili bir şekilde işlev görebilme ve psiko-sosyal refahın bir ifadesi olarak görülmüştür. Blaxter ayrıca sağlık kavramının yaşam boyunca nasıl değiştiğini ve cinsiyet farklılıklarını da incelemiştir. Ayrıca, Calnan (1987) İngiltere'deki kadınların sağlık inançlarını araştırmış ve sağlık modellerinin iki tanım kümesinde kavramsallaştırılabileceğini savunmuştur: enerjik hissetmek, bol egzersiz yapmak, zinde hissetmek, doğru şeyleri yemek, doğru kiloda olmak, olumlu bir bakış açısına sahip olmak ve iyi bir hayata/evliliğe sahip olmak gibi olumlu tanımlar; ve öksürmemek ve soğuk algınlığı geçirmemek, sadece bir kez yatmak, nadiren doktora gitmek ve kontrol yaptırmak gibi olumsuz tanımlar - yanlış bir şey yok.

"Sağlık nedir?" sorusu psikolojik bir bakış açısıyla da incelenmiştir. özellikle sağlık ve hastalık bilişlerine odaklanmaktadır. Örneğin Lau (1995), sağlıklı genç yetişkinlerden 'sağlıklı olmanın sizin için ne anlama geldiğini' kendi kelimeleriyle tanımlamaları istendiğinde, sağlıkla ilgili inançlarının aşağıdaki boyutlarda anlaşılabilceğini bulmuştur:

- *fizyolojik/fiziksel*, örneğin iyi durumda olmak, enerjiye sahip olmak
- *psikolojik*, örneğin, mutlu, enerjik, psikolojik olarak iyi hissetmek
- *davranışsal*, örneğin, yemek yemek, düzgün uyumak
- *gelecekteki sonuçlar*, örneğin, daha uzun yaşamak
- *Hastalığın olmaması*, örneğin hasta değil, hastalık yok, belirti yok.

Lau (1995), çoğu insanın sağlığın olumlu bir tanımını yaptığını (sadece hastalığın olmaması değil) ve bu tanımın fiziksel ve psikolojik faktörlerden daha fazlasını içerdiğini savunmuştur. Sağlıklı olmanın çoğu insanın normal durumu olduğunu ve hasta olmakla ilgili inançlarının arka planını temsil ettiğini öne sürmüştür. Yaşlıların (Hall ve ark. 1989), kronik bir hastalıktan muzdarip olanların (Hays ve Stewart 1990) ve çocukların (Normandeau ve ark. 1998; Schmidt ve Frohling 2000) inançları üzerine yapılan psikolojik çalışmalar, bu bireylerin de sağlığı çok boyutlu olarak kavramsallaştırdıklarını bildirmiştir. Bu durum, profesyonel (WHO) ve meslekten olmayan sağlık görüşleri (yani fiziksel ve psikolojik faktörleri içeren çok boyutlu bir bakış açısı) arasında bir miktar örtüşme olduğunu göstermektedir.

hasta olmak ne anlama geliyor?

Lau (1995) sağlıklı genç yetişkinlerin inançları üzerine yaptığı çalışmada katılımcılara "hasta olmak ne demektir?" sorusunu da sormuştur. Verdikleri yanıtlar, hastalığı kavramsallaştırmak için kullandıkları boyutları göstermiştir:

- *normal hissetmemek*, örneğin, 'kendimi iyi hissetmiyorum'
- *belirli semptomlar*, örneğin fizyolojik/psikolojik
- *belirli hastalıklar*, örneğin kanser, soğuk algınlığı, depresyon
- *hastalığın sonuçları*, örneğin 'her zaman yaptığım şeyleri yapamıyorum'
- *zaman çizelgesi*, örneğin semptomların ne kadar sürdüğü
- *sağlığın yokluğu*, örneğin sağlıklı olmamak.

'Hasta olmanın ne anlama geldiğine' ilişkin bu boyutlar, hastalık bilişleri (hastalık inançları veya hastalık temsilleri olarak da adlandırılır) bağlamında tanımlanmıştır.

Hastalık bilişleri nedir?

Leventhal ve meslektaşları (Leventhal ve ark. 1980, 1997; Leventhal ve Nerenz 1985) hastalık bilişlerini 'bir hastanın hastalığı hakkındaki kendi örtük sağduyu inançları' olarak tanımlamıştır. Bu bilişlerin hastalara *hastalıklarıyla başa çıkmaları* ve *hastalıklarını anlamaları* için bir çerçeve veya şema sağladığını ve *hastalanmaları durumunda nelere dikkat etmeleri gerektiğini* söylediğini öne sürmüşlerdir. Leventhal ve meslektaşları, çeşitli hastalıklardan muzdarip hastalarla yaptıkları görüşmeleri kullanarak, bu inançların beş bilişsel boyutunu tespit etmişlerdir:

- 1 **Kimlik:** Bu, hastalığa verilen etiketi (tıbbi teşhis) ve yaşanan semptomları ifade eder (örneğin, soğuk algınlığım var - 'teşhis', burun akıntısı ile birlikte - 'semptomlar').
- 2 **Hastalığın algılanan nedeni:** Bu nedenler virüs veya lezyon gibi biyolojik olabileceği gibi stres veya sağlıkla ilgili davranışlar gibi psikososyal de olabilir. Buna ek olarak, hastalar çeşitli nedensel modelleri yansıtan hastalık temsillerine sahip olabilirler (örneğin, 'Soğuk algınlığıma bir virüs neden oldu', 'Soğuk algınlığıma bitkin düşmem neden oldu').
- 3 **Zaman çizgisi:** Hastalığın akut (kısa vadeli) veya kronik (uzun vadeli) olup olmadığına bakılmaksızın ne kadar süreceğine ilişkin hasta inançlarını ifade eder (örneğin, 'Soğuk algınlığım birkaç gün içinde geçecek').
- 4 **Sonuçlar:** Bu, hastanın hastalığın yaşamı üzerindeki olası etkilerine ilişkin algılarını ifade eder. Bu tür sonuçlar fiziksel (örneğin ağrı, hareket kabiliyetinin olmaması), duygusal (örneğin sosyal temas kaybı, yalnızlık) veya faktörlerin bir kombinasyonu olabilir (örneğin 'Soğuk algınlığım futbol oynamamı engelleyecek, bu da arkadaşlarımı görmemi engelleyecek').
- 5 **Tedavi edilebilirlik ve kontrol edilebilirlik:** Hastalar ayrıca hastalıkları, hastalığın tedavi edilebileceğine ve iyileştirilebileceğine inanıp inanmadıkları ve hastalıklarının sonucunun kendileri veya güçlü başkaları tarafından ne ölçüde kontrol edilebilir olduğu açısından da temsil etmektedirler (örneğin, 'Dinlenirsem soğuk algınlığım geçer', 'Doktorumdan ilaç alırsam soğuk algınlığım geçer').

Hastalık bilişlerinin bu boyutlarına ilişkin kanıtlar

Hastalık hakkındaki inançların bu farklı boyutlar tarafından ne ölçüde oluşturulduğu, nitel ve nicel araştırma olmak üzere iki ana metodoloji kullanılarak incelenmiştir.

Nitel araştırma

Leventhal ve meslektaşları kronik olarak hasta olan, yakın zamanda kanser teşhisi konmuş bireylerle ve sağlıklı yetişkinlerle görüşmeler gerçekleştirmiştir. Sonuçta ortaya çıkan hastalık tanımları, yukarıda bahsedilen boyutlardan oluşan altta yatan inançlara işaret etmektedir. Leventhal ve meslektaşları hastalık bilişlerine erişmenin en iyi yolunun görüşmeler olduğunu, çünkü bu metodolojinin denekleri hazırlama olasılığını ortadan kaldırdığını ileri sürmüşlerdir. Örneğin, bir deneye "hastalığınızı olası sonuçları açısından ne ölçüde düşünüyorsunuz?" diye sormak, deneyi sonuçları önemli bir boyut olarak görmeye açıkça teşvik edecektir. Ancak Leventhal'a göre görüşmeler, denekleri görüşmecinin beklediği inançları değil, kendi inançlarını ifade etmeye teşvik eder.

Nicel araştırma

Diğer çalışmalarda daha yapay ve kontrollü metodolojiler kullanılmış ve bunlar da hastalık bilişlerinin boyutlarına destek sağlamıştır. Lau ve arkadaşları (1989) deneklerin hastalığı nasıl kavramsallaştırdıklarını değerlendirmek için bir kart sıralama tekniği kullanmıştır. Deneklerden 20'sinden 65 ifadeyi 'kendilerine anlamlı gelen' yığınlar halinde sıralamalarını istemişlerdir. Bu ifadeler daha önce 'en son hastalığınız' tanımlamalarına yanıt olarak verilmişti. Deneklerin kategori yığınlarının kimlik (teşhis/septomlar), sonuçlar (olası etkiler), zaman çizgisi (ne kadar süreceği), sebep (hastalığa neyin sebep olduğu) ve tedavi/kontrol (nasıl ve tedavi edilip edilemeyeceği) boyutlarını yansıttığını bildirmişlerdir.

Bishop ve meslektaşları tarafından yapılan bir dizi deneysel çalışma da bu boyutlara destek sağlamıştır. Örneğin, Bishop ve Converse (1986) deneklere altı farklı semptom yaşayan hastaların kısa tanımlarını sunmuştur. Denekler rastgele iki tanım kümesinden birine atanmıştır: altı semptomun tamamının daha önce aynı hastalıkla ilişkili olarak değerlendirildiği yüksek prototip veya altı semptomdan sadece ikisinin daha önce aynı hastalıkla ilişkili olarak değerlendirildiği düşük prototip. Sonuçlar, yüksek prototip koşulundaki deneklerin, düşük prototip koşulundaki deneklere kıyasla hastalığı daha kolay ve doğru bir şekilde etiketlediğini göstermiştir. Yazarlar bu durumun, hastalık temsillerinin kimlik boyutunun (teşhis ve semptomlar) rolüne destek sağladığını ve ayrıca insanların hastalıkların kimliğine ilişkin kavramlarında bir miktar tutarlılık olduğunu öne sürmüşlerdir. Buna ek olarak, deneklerden kendi kelimeleriyle "bu kişinin durumuyla ilişkilendirilebilecek başka neler olduğunu düşünüyorsunuz?" sorusunu tanımlamaları istenmiştir. Verilen çağrışımların yüzde 91'inin Leventhal ve meslektaşları tarafından tanımlanan hastalık temsilleri boyutlarına girdiğini bildirmişlerdir. Bununla birlikte, sonuçlar (olası etkiler) ve zaman çizgisi (ne kadar süreceği) boyutlarının en az bahsedilen boyutlar olduğunu da bildirmişlerdir.

Diğer kültürlerde de hastalık temsillerinin benzer bir yapıda olduğuna dair bazı kanıtlar vardır. Weller (1984) İngilizce konuşan Amerikalılar ve İspanyolca konuşan Guatemalılarda hastalık modellerini incelemiştir. Sonuçlar, hastalığın ağırlıklı olarak bulaşma ve şiddet açısından kavramsallaştırıldığını göstermiştir. Lau (1995) bulaşıcılığın neden boyutunun bir versiyonu olduğunu (örneğin, hastalığa bir virüs neden olmaktadır) ve ciddiyetin algılanan sonuçların büyüklüğü ile zaman çizgisine ilişkin inançların bir kombinasyonu olduğunu (örneğin, hastalık hayatımı nasıl etkileyecek ve ne kadar sürecektir) - Leventhal ve meslektaşları tarafından tanımlananları destekleyen boyutlar olduğunu ileri sürmüştür. Hagger ve Orbell (2003), Leventhal'ın hastalık bilişleri modelini kullanan 45 ampirik çalışmanın meta-analizini gerçekleştirmiştir. Analizlerinden farklı hastalık bilişi boyutları için tutarlı bir destek olduğu ve farklı bilişlerin farklı hastalık türleri arasında mantıklı bir örüntü gösterdiği sonucuna varmışlardır.

Hastalık bilişlerinin ölçülmesi

Leventhal ve meslektaşları başlangıçta insanların hastalık bilişlerini değerlendirmek için niteliksel yöntemler kullanmıştır. O zamandan bu yana başka ölçüm biçimleri de kullanılmıştır. Bunlar, geliştirilen anketler ve ölçümü çevreleyen metodolojik konular açısından açıklanacaktır.

Anketlerin kullanımı

Hastalık bilişlerine erişmek için tercih edilen yöntemin görüşme olduğu ileri sürülse de, görüşmeler zaman alıcıdır ve yalnızca sınırlı sayıda deneyi kapsayabilir. Bireylerin hastalıkla ilgili inançlarını daha fazla araştırmak için Yeni Zelanda ve İngiltere'deki araştırmacılar 'hastalık algısı anketi' (IPQ) geliştirmiştir (Weinman ve ark. 1996). Bu anket deneklerden hastalıkları hakkında bir dizi ifadeyi derecelendirmelerini istemektedir. Bu ifadeler kimlik (örneğin ağrı, yorgunluk gibi bir dizi semptom), sonuçlar (örneğin 'Hastalığımın hayatım üzerinde önemli sonuçları oldu'), zaman çizgisi (örneğin 'Hastalığım kısa sürecek'), neden (örneğin 'Stres hastalığıma neden olan önemli bir faktördü') ve tedavi/kontrol (örneğin 'Semptomlarımı kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var') boyutlarını yansıtmaktadır. Bu anket kronik yorgunluk sendromu, diyabet ve artrit gibi hastalıklar hakkındaki inançları incelemek için kullanılmış ve hastalık bilişlerinin boyutları için daha fazla destek sağlamıştır (Weinman ve Petrie 1997). Yakın zamanda IPQ'nun gözden geçirilmiş bir versiyonu yayınlanmıştır - IPQR (Moss-Morris ve ark. 2002) - orijinal IPQ'dan daha iyi psikometrik özelliklere sahip olan ve üç ek alt ölçek içeren: döngüsel zaman çizgisi algıları, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller. İnsanlar sadece hastalıkları hakkında değil, aynı zamanda ilaç, ameliyat veya davranış değişikliği olsun, tedavileri hakkında da inançlara sahiptir. Bu doğrultuda Horne (1997; Horne ve ark. 1999) ilaçla ilgili inançları değerlendirmek için dört boyutta kavramsallaştırılan bir anket geliştirmiştir. Bunlardan ikisi alınan ilaca özeldir: 'özel gereklilik' (ilaçlarının önemli görülüp görülmediğini yansıtmak için) ve 'özel endişeler' (bireyin yan etkilerden endişe duyup duymadığını yansıtmak için); ve bunlardan ikisi tüm ilaçlar hakkındaki genel inançlardır: 'genel aşırı kullanım' (doktorların ilaçları aşırı kullanımını yansıtmak için) ve 'genel zarar' (ilaçların verebileceği zararı yansıtmak için). Gereklilik ve endişelerin bu iki temel boyutunun, insanların HIV/AIDS için anti-retroviral tedaviye ilişkin inançlarını tanımladığı (Cooper ve ark. 2002b; Horne ve ark. 2004a) ve astım, böbrek hastalığı, kanser, HIV ve kalp yetmezliği gibi hastalıklar için kullanılan ilaçlara ilişkin bir dizi inançla ilgili olduğu gösterilmiştir (örn. Horne ve Weinman 1999). Araştırmalar ayrıca bireylerin tutarlı bir inanç örüntüsü bildirmelerine rağmen, bu örüntünün kültürel geçmişe göre değiştiğini göstermektedir (Horne ve ark. 2004a).

Ölçüm sorunları

Hastalık hakkındaki inançlar bir dizi ölçüm kullanılarak değerlendirilebilir. Bazı araştırmalarda karşılıklı görüşler (örn. Leventhal ve ark. 1980; Leventhal ve Nerenz 1985; Schmidt ve Frohling 2000), bazılarında resmi anketler (örn. Horne ve Weinman 2002; Llewellyn ve ark. 2003), bazılarında vinyet çalışmaları (örn. French, Senior ve ark. 2002) ve diğerlerinde repertuar ızgarası yöntemi (örn. Walton ve Eves 2001) kullanılmıştır. French ve meslektaşları hastalıkla ilgili inançları ortaya çıkarmak için kullanılan yöntemin bildirilen inanç türlerini etkileyip etkilemediğini sormuştur. Bir çalışmada French, Senior ve arkadaşları (2002) inançları anket ya da vinyet kullanarak ortaya çıkarmanın etkisini karşılaştırmıştır. Katılımcılardan ya sadece bir dizi kalp krizi nedenini derecelendirmeleri (anket) ya da bir adam hakkında bir vinyet okuyarak kalp krizi geçirme olasılığını tahmin etmeleri istenmiştir. Sonuçlar, iki farklı yöntemin kalp krizinin nedenleri hakkında farklı inançlara ve bu nedenlere verilen farklı öneme yol açtığını göstermiştir. Özellikle, ne zaman

Anket kullanıldığında, sigara ve stres aile geçmişinden daha önemli nedenler olarak ortaya çıkarken, vinyet kullanıldığında sigara ve aile geçmişi stresten daha önemli nedenler olarak ortaya çıkmıştır. Benzer bir şekilde French ve arkadaşları (2001) kalp krizi nedenlerine ilişkin atıfları içeren çalışmaların sistematik bir incelemesini yapmış ve bu nedenleri kullanılan yöntemle göre karşılaştırmıştır. Sonuçlar, aralıklı derecelendirme ölçekleri (örn. 1-5) kullanıldığında stres faktörleri, kader veya şansın, ikili cevaplar (örn. evet/hayır) kullanılan çalışmalara kıyasla daha yaygın neden inançları olduğunu göstermiştir. French, Marteau ve diğerleri (2005) ayrıca nedensel inançların farklı inanç gruplarını bireysel yapılar (örneğin dış nedenler, yaşam tarzı nedenleri, vb.) halinde birleştirmek için bir faktör analizine tabi tutulup tutulmaması gerektiğini sormuş ve birçok araştırmacının verilerini birleştirmek için bu yaklaşımı kullanmasına rağmen bunun çok geçerli nedensel inanç gruplarıyla sonuçlanmasının muhtemel olmadığı sonucuna varmıştır.

Özetle, bireylerin hastalıklarını anlamlandırmak ve gelişen semptomları anlamalarına yardımcı olmak için kullanabilecekleri hastalıkla ilgili tutarlı inançlar sergileyebilecekleri görülmektedir. Bu hastalık bilişleri, bireyin hastalığına ilişkin bilişsel temsili ile sonraki başa çıkma davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek üzere bir hastalık davranışı modeline dahil edilmiştir. Bu model 'hastalık davranışının öz-düzenleyici modeli' olarak bilinmektedir.

Kutu 3.1 ... hastalık bilişleri araştırması ile ilgili bazı sorunlar

Aşağıda, bu alandaki araştırmalarla ilgili olarak göz önünde bulundurmak isteyebileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır.

- 1 Araştırmalar genellikle mevcut soru formlarını kullanarak insanların semptomları veya hastalıkları hakkında nasıl hissettiklerini araştırmaktadır. Bu tür ölçümlerin inançlara erişmekten ziyade onları değiştirmesi mümkündür (örneğin, bana sorulana kadar baş ağrısına neyin sebep olduğuna dair gerçekten bir inancım var mı?)
- 2 Hastalık davranışı modelleri, farklı yapıların birbirleriyle nasıl ilişkili olduğunu açıklar (örneğin, hastalık temsilleri başa çıkma ile ilişkilidir). Ancak bu iki yapının gerçekten ayrı olup olmadığı her zaman net değildir (örneğin 'hastalığımın uzun sürmeyeceğine inanıyorum' bir hastalık bilişi veya başa çıkma mekanizması olabilir).
- 3 Hastalık davranışına ilişkin araştırmaların bir parçası olarak ölçülen yapıların birçoğu daha sonra hastalık inançları ve başa çıkma gibi sağlık sonuçlarını tahmin etmek için kullanılmaktadır. Bu yapıların ne kadar istikrarlı olduğu ve durum mu yoksa özellik olarak mı değerlendirilmeleri gerektiği net değildir. Öz-düzenleyici bir model olarak, bu yapıların değişen doğası merkezi bir öneme sahiptir. Bununla birlikte, neyin ne zaman ölçüleceği ve değişkenlerin birbirlerinin nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu konusunda gerçek bir metodolojik sorun ortaya çıkmaktadır.

Leventhal'ın hastalık bilişlerine ilişkin öz-düzenleyici modeli

Leventhal, hastalık bilişlerine ilişkin tanımlamasını hastalık davranışına ilişkin öz-düzenleyici modeline dahil etmiştir. Bu model, sorun çözme yaklaşımlarına dayanmakta ve hastalık/semptomların bireyler tarafından diğer sorunlarla aynı şekilde ele alındığını öne sürmektedir (diğer sorun çözme modellerinin ayrıntıları için Bölüm 4'e bakınız). Bir sorun ya da *statükoda* bir değişiklik olduğunda, bireyin sorunu çözmek ve normallik durumunu yeniden tesis etmek için motive olacağı varsayılır. Geleneksel modeller problem çözme için üç aşamada tanımlar: (1) yorumlama (problemi anlamlandırma); (2) başa çıkma (denge durumunu yeniden kazanmak için problemle uğraşma); ve (3) değerlendirme (başa çıkma aşamasının ne kadar başarılı olduğunu değerlendirme). Problem çözme modellerine göre bu üç aşama, başa çıkma stratejilerinin başarılı olduğu kabul edilene ve bir denge durumuna ulaşılan kadar devam

edecektir. Sağlık ve hastalık açısından, eğer sağlıklılık bireyin normal durumu ise, o zaman herhangi bir hastalık başlangıcı

bir sorun olarak yorumlanacak ve birey sağlık durumunu yeniden tesis etmek için motive olacaktır (yani hastalık normal durum değildir).

Bu aşamalar, hastalık davranışının öz-düzenleyici modeli (bkz. Şekil 3.1) kullanılarak sağlığa uygulanmıştır ve burada kısaca ve daha sonra sayfa 56'da daha ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

Aşama 1: Yorumlama

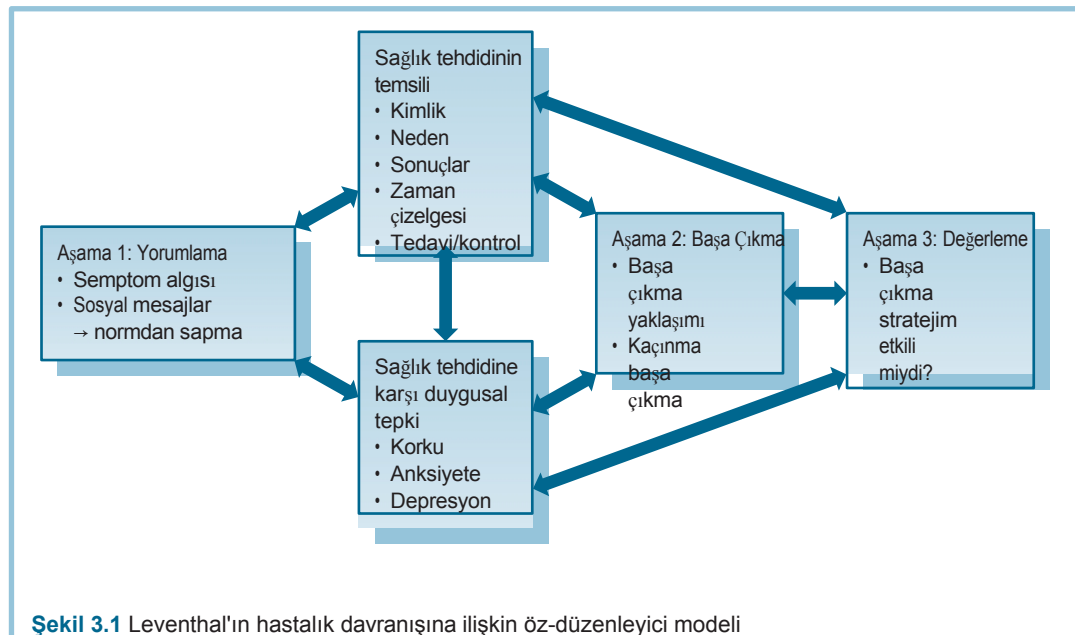
Birey iki kanaldan potansiyel bir hastalık sorunuyla karşı karşıya kalabilir: *semptom algısı* ('göğsümde bir ağrı var') veya *sosyal mesajlar* ('doktor bu ağrıya anjina teşhisi koydu').

Problem çözme teorilerine göre, birey bu kanallar aracılığıyla hastalık olasılığı hakkında bilgi aldıktan sonra, 'problemsiz' bir normallik durumuna dönmek için motive olur. Bu, soruna bir anlam yüklemeyi içerir. Leventhal'a göre, soruna bireyin hastalık bilişlerine erişilerek anlam verilebilir. Dolayısıyla semptomlar ve sosyal mesajlar, aşağıdaki boyutlara göre inşa edilecek olan hastalık bilişlerinin gelişimine katkıda bulunacaktır: kimlik, neden, kon- sekanslar, zaman çizgisi, tedavi/kontrol. 'Sorunun' bu bilişsel temsilleri soruna anlam kazandıracak ve bireyin uygun başa çıkma stratejileri geliştirmesini ve bunları değerlendirmesini sağlayacaktır.

Ancak, semptom algısı ve sosyal mesajların tek sonucu bilişsel bir temsil değildir. Hastalık sorununun tanımlanması duygusal durumda da değişikliklere yol açacaktır. Örneğin, ağrı semptomunun algılanması ve bu ağrının koroner kalp hastalığı ile ilgili olabileceğine dair sosyal mesajın alınması anksiyete ile sonuçlanabilir. Bu nedenle, herhangi bir başa çıkma stratejisi hem hastalık bilişleriyle hem de bireyin duygusal durumuyla ilişkili olmalıdır.

2. Aşama: Başa Çıkma

Öz-düzenleme modelindeki bir sonraki aşama, uygun başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi ve belirlenmesidir. Başa çıkma, bu yazının ilerleyen bölümlerinde ayrıntılı olarak ele alınacak olan birçok şekilde olabilir



Bölümünde ve 11. Bölümde ele alınmıştır. Bununla birlikte, çok sayıda diğer başa çıkma stratejisini de içeren iki geniş başa çıkma kategorisi tanımlanmıştır: yaklaşma başa çıkma (örneğin hap alma, doktora gitme, dinlenme, duygular hakkında arkadaşlarla konuşma) ve kaçınma başa çıkma (örneğin inkar etme, hüsnekuruntu). Dolayısıyla, hastalık sorunuyla karşı karşıya kalan birey, sağlıklı bir normallik durumuna geri dönme çabasıyla başa çıkma stratejileri geliştirecektir.

Aşama 3: Değerleme

Öz-düzenleyici modelin üçüncü aşaması değerlendirmedir. Bu, bireylerin başa çıkma stratejisinin etkinliğini değerlendirmesini ve bu stratejiye devam edip etmeyeceğine ya da alternatif bir strateji seçip seçmeyeceğine karar vermesini içerir.

Bu modele neden öz-düzenleyici deniyor?

Bu süreç öz-düzenleyici olarak kabul edilir, çünkü modelin üç bileşeni (inter-pretation, coping, appraisal) *statükoyu* korumak için birbirleriyle ilişki içindedir (yani benliği düzenlerler). Dolayısıyla, eğer bireyin normal durumu (sağlık) bozulursa (hastalık nedeniyle), model bireyin dengeyi normale döndürmek için motive olduğunu öne sürer. Bu öz-düzenleme, üç sürecin sürekli ve dinamik bir şekilde birbiriyle ilişkilmesini içerir. Bu nedenle, farklı aşamalar arasında etkileşimler meydana gelir. Örneğin:

- Semptom algısı duygusal bir değişimle sonuçlanabilir ve bu da semptom algısını şiddetlendirebilir (örneğin, 'Göğsümde bir ağrı hissediyorum. Şimdi endişeli hissediyorum. Şimdi tüm dikkatim ona odaklandığı için daha fazla acı hissedebiliyorum').
- Birey başa çıkma stratejisi olarak inkarı kullanmayı tercih ederse, bu semptom algısında azalma, olumsuz duygularda azalma ve hastalık bilişinde bir değişimle sonuçlanabilir (örneğin, 'Bu ağrı çok kötü değil' (inkar); 'Şimdi daha az endişeli hissediyorum' (duygular); 'Bu ağrı uzun sürmeyecek' (zaman çizgisi); 'Bu hastalığın yaşam tarzım için ciddi sonuçları olmayacak' (sonuçlar)).
- Başa çıkma stratejisinin etkinliğine ilişkin olumlu bir değerlendirmenin kendisi de bir başa çıkma stratejisi olabilir (örneğin, 'Gevşeme egzersizleri yaparak semptomlarım azalmış gibi görünüyor' bir inkar biçimi olabilir).

Değerlendirme ile ilgili sorunlar

Bu dinamik, kendi kendini düzenleyen süreç, karmaşık ve sezgisel olarak mantıklı bir biliş modeli önermektedir, ancak değerlendirme ve müdahale girişimleri için sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Örneğin:

- 1 Öz-düzenleyici modelin farklı bileşenleri etkileşim halindeyse, bunlar ayrı ayrı mı ölçülmelidir? Örneğin, bir hastalığın ciddi sonuçları olmayacağı inancı bir hastalık biliş midir yoksa bir başa çıkma stratejisi midir?
- 2 Öz-düzenleyici modelin farklı bileşenleri etkileşim halindeyse, tek tek bileşenler sonucu tahmin etmek için kullanılabilir mi yoksa tek tek bileşenler birlikte meydana gelenler olarak mı görülmelidir? Örneğin, semptomların azaldığı değerlendirmesi başarılı bir sonuç mudur yoksa bir inkar biçimi midir (bir başa çıkma stratejisi)?

Bir teorinin test edilmesi - hastalık temsilleri ve davranışsal sonuçlar

Sigarayı bırakma niyetini teşvik etmede tutarlılığın rolünü araştıran bir çalışma (Hall ve ark. 2004).

Bu makale, kadınların rahim ağzı kanserine ilişkin inançları ile sigarayı bırakma niyetleri arasındaki ilişkiyi inceleyen iki çalışmanın sonuçlarını sunmaktadır. Çalışma özellikle, tehdit ve davranışa ilişkin inançların b i r b i r i y l e daha uyumlu hale getirilmesiyle, insanların davranışlarını değiştirmek için motive olma olasılıklarının daha yüksek olup olmadığını araştırmıştır.

Arka plan

Araştırmalar, sigara içen kadınların rahim ağzı kanserine yakalanma olasılığının içmeyenlere göre iki kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Ancak çoğu kadın bu ilişkiden habersizdir ve sigara içmenin rahim ağzı kanseri riskini artırabileceği söylendiğinde, bu bilgiyi kafa karıştırıcı ve saçma bulduklarını bildirmektedir ("ağzınızda sigara içmek merdivenlerden inerken sorun yaşamınıza nasıl neden olabilir?"). Leventhal'ın öz-düzenleyici modeli, insanların hastalıklarını hastalık temsilleri şeklinde temsil ettiklerini göstermektedir. Ayrıca, eğer insanlar sağlıklarına yönelik tehditler karşısında harekete geçeceklerse, tehdidin doğasına ilişkin inançları ile yapılabilecek herhangi bir eyleme ilişkin inançlarının uyumlu olduğu tutarlı bir modele sahip olmaları gerektiğini savunmaktadır. Sigara kullanımı ve rahim ağzı kanseri arasındaki ilişki hemen anlam ifade etmemektedir, bu da çoğu insanın bu faktörler arasındaki bağlantı hakkında tutarlı bir modele sahip olmadığını göstermektedir. Bu çalışmada, kadınlara sigaranın rahim ağzı kanseri ile nasıl bağlantılı olduğuna dair tutarlı bir model sunmak ve daha tutarlı bir modelin sigarayı bırakma niyeti ile ilişkili olup olmadığını araştırmak için deneysel bir tasarım kullanılmıştır.

Çalışma 1

Metodoloji

Tasarım

Çalışmada deneysel bir tasarım kullanılmış olup, kadınlara akciğer kanseri ve sigara hakkında ayrıntılı bir broşür, daha az ayrıntılı bir broşür verilmiş ya da hiç broşür verilmemiştir.

Örnek

Örnekleme, Birleşik Krallık'taki iki genel muayenehaneden alınan 20 ila 64 yaş arasındaki sigara içen kadınlardan oluşmuştur.

Prosedür

Postayla bir broşür alan kadınlardan bir hafta sonra bir anket doldurmaları istenmiştir. Broşür almayanlara ise sadece anket gönderilmiştir.

Önlemler

Kadınlar yanıt etkinliği (sigarayı bırakmanın rahim ağzı kanserine karşı savunmasızlığı ne ölçüde azaltacağı), sigarayı bırakma öz yeterliliği, şiddet, tutarlılık (sigara ve rahim ağzı kanseri arasındaki bağlantıya ilişkin tutarlı bir açıklamaya sahip olduklarına ne ölçüde inandıkları) ve gelecek ay sigarayı bırakma niyeti ölçümlerini tamamlamıştır. Ayrıca, sigara içme davranışları da ölçülmüştür.



Veri analizi

Sonuçlar, broşürlerin kadınların tutarlılık düzeyi, inançları ve niyetleri üzerindeki etkisini değerlendirmek üzere analiz edilmiştir. Sonuçlar daha sonra tutarlılık düzeyi, inançlar ve niyetler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere analiz edilmiştir.

Sonuçlar

Sonuçlar, ayrıntılı ve daha az ayrıntılı broşürün sigara ve rahim ağzı kanseri arasındaki ilişkinin tutarlı bir modelini oluşturmada eşit derecede etkili olduğunu ve her ikisinin de broşür almamaya göre daha etkili olduğunu göstermiştir. Sonuçlar ayrıca broşür alanların (detay seviyesine bakılmaksızın) rahim ağzı kanserine karşı daha yüksek hassasiyet, daha yüksek yanıt etkinliği ve daha yüksek sigarayı bırakma niyeti bildirdiklerini göstermiştir. Son olarak, tutarlılık, inançlar ve niyetler arasındaki ilişki açısından sonuçlar, sigarayı bırakmaya yönelik daha yüksek niyetlerin daha yüksek tutarlılık, daha yüksek ciddiye algısı, daha yüksek yanıt etkinliği ve daha yüksek öz yeterlilik tarafından öngörüldüğünü göstermiştir. Ayrıca, rahim ağzı kanserine karşı daha yüksek kırılganlık algısı, yalnızca sigara ve rahim ağzı kanseri arasındaki bağlantıya ilişkin tutarlı bir model sergileyen kadınlarda sigarayı bırakma niyetini öngörmüştür.

Sonuç

Dolayısıyla sonuçlar, inançlar ve niyetler arasında bir bağlantı oluşturmada tutarlı bir modelin önemini göstermektedir. Sonuçlar ayrıca tutarlılığın basit bir broşür müdahalesi ile değiştirilebileceğini göstermektedir.

Çalışma 2

Çalışma 1'deki bazı ölçümlerin zayıflığı nedeniyle, yazarlar çalışmalarını 178 sigara içen kadınla daha tekrarlamış ve geliştirilmiş bir kırılganlık ölçüsü eklemişlerdir.

Sonuçlar, Çalışma 1'in bulgularını doğrudan tekrarlamıştır.

Sonuç

Bu çalışma, tehdit hakkındaki inançlar ile müteakip eylemler arasındaki tutarlılığın rolünü göstermekte ve Leventhal'ın modelini desteklemektedir. Dolayısıyla, bu davranışın sağlık durumlarını nasıl etkileyebileceğine dair tutarlı bir modele sahip olmaları halinde, insanların davranışlarını değiştirmeye niyet etmeleri daha olası görünmektedir.

Öz-düzenleyici modelde yer alan bireysel süreçler şimdi daha ayrıntılı olarak incelenecektir.

Aşama 1: Yorumlama

Semptom algısı

Semptom algısında bireysel farklılıklar

Ateş, ağrı, burun akıntısı veya bir yumrunun fark edilmesi gibi belirtiler bireye hastalık olasılığını gösterebilir. Ancak, semptom algısı basit bir süreç değildir (ağrı algısının ayrıntıları için Bölüm 12'ye ve menopoza semptomlarının ayrıntıları için Bölüm 16'ya bakınız). Örneğin, bir kişi için boğaz ağrısı olan şey bir başkası için bademcik iltihabı olabilir ve emekli bir kişi öksürüğü ciddi bir sorun olarak görürken, çalışan bir kişi

düşünemeyecek kadar meşgul olabilirler. Pennebaker (1983), insanların içsel durumlarına gösterdikleri dikkat miktarında bireysel farklılıklar olduğunu ileri sürmüştür. Bazı bireyler bazen içsel olarak odaklanmış ve semptomlara karşı daha hassas olabilirken, diğerleri daha dışsal olarak odaklanmış ve herhangi bir içsel değişikliğe karşı daha az hassas olabilir. Ancak, bu farklılık her zaman doğrulukteki farklılıklarla tutarlı değildir. Bazı araştırmalar içsel odaklanmanın aşırı tahminle ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Örneğin, Pennebaker (1983) içsel durumlarına daha fazla odaklanan bireylerin, dışsal olarak odaklanan deneklere kıyasla kalp atış hızlarındaki değişiklikleri olduğundan fazla tahmin etme eğiliminde olduklarını bildirmiştir. Buna karşılık Kohlmann ve arkadaşları (2001) laboratuvarında kalp uyanıklığı ile kalp atışı tespiti arasındaki ilişkiyi incelemiş ve negatif bir korelasyon rapor etmişlerdir; kalplerinin daha fazla farkında olduklarını belirtenler kalp atış hızlarını olduğundan düşük tahmin etmişlerdir. İçsel odaklı olmanın hastalıktan daha yavaş iyileşme algısıyla (Miller ve ark. 1987) ve sağlığı koruyucu davranışlarla (Kohlmann ve ark. 2001) ilişkili olduğu da gösterilmiştir. İçsel odaklı olmak, semptom değişiminin daha doğru bir şekilde değil, farklı bir şekilde algılanmasına neden olabilir.

Ruh hali, bilişler, çevre ve semptom algısı

Skelton ve Pennebaker (1982) semptom algısının ruh hali, bilişler ve sosyal çevre gibi faktörlerden etkilendiğini öne sürmüştür.

Ruh hali

Ruh halinin semptom algısındaki rolü özellikle ağrı algısında belirgindir ve anksiyete ağrı deneyimine ilişkin öz bildirimleri artırmaktadır (anksiyete ve ağrı tartışması için Bölüm 12'ye bakınız). Buna ek olarak, anksiyete plasebo ile ağrı azaltmanın bir açıklaması olarak öne sürülmüştür çünkü herhangi bir ilaç (şeker hapı bile olsa) almak bireyin anksiyetesini azaltabilir, kontrol hissini artırabilir ve ağrının azalmasına neden olabilir (anksiyete ve plasebo tartışması için Bölüm 13'e ve anksiyete, doğum ve menopoz semptomları tartışması için Bölüm 16'ya bakınız). Cropley ve Steptoe (2005) yakın geçmişteki yaşam stresi ile genel semptom bildirimleri arasındaki ilişkiyi doğrudan araştırmış ve daha yüksek stresin bir dizi semptomun sıklığında artışla ilişkili olduğunu bulmuştur. Stegen ve arkadaşları (2000) olumsuz duygulanımın hem semptomların deneyimlenmesi hem de bu semptomlara yönelik atıflar üzerindeki etkisini araştırmıştır. Deneyisel bir çalışmada, katılımcılar karbondioksit oranı yüksek havayı solumak suretiyle düşük yoğunluklu somatik hislere maruz bırakılmıştır. Daha sonra bu hissin olumlu, olumsuz ya da ikisi arasında bir yerde olacağı söylenmiş ve semptomların hem hoşluğunu hem de yoğunluğunu derecelendirmeleri istenmiştir. Sonuçlar, katılımcılara duyum hakkında söylenenlerin, duyumun hoşluğuna ilişkin değerlendirmelerini etkilediğini göstermiştir. Sonuçlar ayrıca, olumsuz duygulanımı yüksek olarak değerlendiren kişilerin, olumsuz duygulanımı düşük olanlara benzer hoşluk derecelendirmeleri göstermelerine rağmen, semptomları hakkında daha olumsuz anlamlar ve endişeler bildirdiklerini göstermiştir. Bu, bir semptomun doğasına ilişkin beklentilerin o semptom deneyimini değiştirebileceğini ve olumsuz ruh halinin bir semptom hakkında yapılan atıfları etkileyebileceğini göstermektedir. Benzer şekilde, Mora ve arkadaşları (baskıda) olumsuz duygulanımın semptom algısı üzerindeki rolünü ve bu ilişkinin altında yatan süreçleri araştırmıştır. Çalışmaları hem kesitsel hem de boylamsal bir tasarım içermekte ve orta ve ağır astımı olan yetişkinlerde sürekli ve durumluk olumsuz duyguyu değerlendirmektedir. Sonuçlar, daha yüksek sürekli olumsuz duygulanımın, astımla ilgili olsun ya da olmasın tüm semptomların daha yüksek rapor edilmesiyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak, sonuçlar sadece astımı hakkında endişelenenlerin astım semptomlarını astıma bağladığını göstermiştir. Bu durum, olumsuz duygulanımın semptom algısını artırdığını ve ayrıca astım konusunda endişelenmenin bireyin

semptomlarını astımla ilişkilendirmesini sağladığını göstermektedir.

hastalıklarını etkilemektedir. Ruh hali ve semptomlar arasındaki bu ilişki doğrultusunda, yakın zamanda yapılan bir çalışmada psikolojik stresin manipüle edilmesinin semptom algısı üzerindeki etkisi araştırılmıştır (Wright ve ark. 2005). Deneysel bir tasarım kullanılarak, mide ekşimesi ve reflüsü olan 42 hasta ya psikolojik bir stres etkenine ya da stressiz bir kontrol koşuluna maruz bırakılmıştır. Daha sonra durumluk kaygılarını ve semptom algılarını değerlendirmişlerdir. Ayrıca, reflü semptomlarının objektif değerlendirmeleri de alınmıştır. Sonuçlar, stres faktörünün semptomların öznel derecelendirmelerinde artışa neden olduğunu göstermiştir. Ancak stres, gerçek reflüde herhangi bir artışa yol açmamıştır. Dolayısıyla stresör, öznel ve nesnel semptomlar arasında daha büyük bir ayrışmaya yol açmıştır. Bu çalışma, sadece stresin semptom algısı üzerindeki etkisini göstermekle kalmayıp, aynı zamanda semptomların nesnel ve öznel açıklamaları arasındaki boşluğu da göstermesi açısından önemlidir.

Biliş

Bireyin bilişsel durumu da semptom algısını etkileyebilir. Bu durum, bireyin iyileşme beklentisinin semptom algısını azaltmasıyla sonuçlanan plasebo etkisiyle örneklendirilmektedir (bkz. Bölüm 13). Ayrıca, Stegen ve arkadaşlarının (2000) nefes alma semptomları üzerine yaptıkları ve beklentilerin semptom algısını değiştirdiği çalışmada da gösterilmiştir. Ruble (1977) kadınların adet görmeye ne zaman başlayacaklarına dair beklentilerini manipüle ettiği bir çalışma yürütmüştür. Deneklere 'doğru bir fizyolojik test' uygulamış ve kadınlara ya adet dönemlerinin çok kısa bir süre içinde olacağını ya da en az bir hafta sonra olacağını söylemiştir. Daha sonra kadınlardan herhangi bir adet öncesi belirtiyi rapor etmeleri istenmiştir. Sonuçlar, adet görmeye başlamak üzere olduklarına inanmanın (öyle olmasalar bile) bildirilen adet öncesi semptomların sayısını artırdığını göstermiştir. Bu durum, bilişsel durum ile semptom algısı arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Pennebaker ayrıca semptom algısının bireyin dikkat durumuyla ilişkili olduğunu ve can sıkıntısı ve çevresel uyarıların yokluğunun aşırı raporlamaya neden olabileceğini, oysa dikkat dağınıklığı ve dikkatin başka yöne çekilmesinin eksik raporlamaya yol açabileceğini bildirmiştir (Pennebaker 1983). Bir çalışma Pennebaker'ın teorisini desteklemektedir. Pre-term doğum sırasında hastaneye kaldırılan altmış bir kadın, bilgi, dikkat dağıtma ya da hiçbir şey almamak üzere randomize edilmiştir (van Zuuren 1998). Sonuçlar, dikkat dağıtmanın hem fiziksel hem de psikolojik semptom ölçümleri üzerinde en faydalı etkiye sahip olduğunu göstermiş, bu da semptom algısının dikkate duyarlı olduğunu düşündürmüştür. Semptom algısı, semptomların ortaya çıkarılma şekillerinden de etkilenebilir. Örneğin, Eiser (2000) deneysel bir çalışma yürütmüş ve öğrencilerden 30 semptomdan oluşan bir listeden son bir ay ve son bir yıldaki semptomlarını belirtmelerini ve ayrıca sağlık durumlarını derecelendirmelerini istemiştir. Ancak, öğrencilerin yarısından semptomlarını onaylamaları (yani yaşadıkları semptomları işaretlemeleri) istenirken, yarısından semptomlarını dışlamaları (yani yaşamadıklarını işaretlemeleri) istenmiştir. Sonuçlar, 'dışlama' koşulundakilerin 'onaylama' koşulundakilere kıyasla yüzde 70 daha fazla semptom bildirdiğini göstermiştir. Ayrıca, semptomları onaylayanlar, semptomları dışlayanlara kıyasla sağlıklarını daha olumsuz olarak değerlendirmiştir. Bu durum, semptom algısını etkileyenin sadece odaklanma ve dikkat değil, aynı zamanda bu odaklanmanın yönlendirildiği yollar olduğunu göstermektedir.

Çevre

Semptom algısı bu nedenle ruh hali ve bilişten etkilenir. Ayrıca bireyin sosyal bağlamından da etkilenir. Kültürler arası araştırmalar sürekli olarak anksiyete, psikoz ve depresyon gibi psikiyatrik semptomların ortaya çıkışında farklılıklar olduğunu göstermektedir. Örneğin, Minsky ve arkadaşları (2003) Latin, Afrika kökenli Amerikalı ve Avrupa kökenli Amerikalı psikiyatri hastalarında tanı modellerini araştırmış ve majör depresyon ve şizofrenik bozukluk

tanılarının etnik gruba göre değişmekle kalmayıp, Latinlerin diğer gruplara kıyasla daha yüksek psikotik semptom sıklığı bildirdiği semptom sunumunun da değiştiğini rapor etmiştir. Benzer şekilde, bir fikir birliği

Uluslararası Depresyon ve Anksiyete Konsensüs Grubu tarafından yapılan açıklamada (Ballenger ve ark. 2001), yalnızca depresyon ve anksiyetenin teşhisi ve tedaviye yanıt verme konusunda değil, aynı zamanda semptomların görülme sıklığı konusunda da geniş kültürel farklılıklar olduğu sonucuna varılmıştır. Bu alandaki araştırmalar daha az kapsamlı olsa da, baş ağrısı, yorgunluk, kabızlık ve sırt ağrısı gibi somatik semptomlar için de benzer bir varyasyon modeli bulunabilir. Örneğin epidemiyolojik çalışmalar, baş ağrısının ABD ve Batı Avrupa'da yaygın bir semptom olmasına karşın Çin'de, Afrika ve Asya toplumlarında yaygınlığının çok daha düşük olduğunu göstermektedir (örneğin Ziegler 1990; Stewart ve ark. 1996; Wang ve ark. 1997). Benzer şekilde, birinci basamak sağlık hizmetlerine katılanlar üzerinde yapılan geniş çaplı anketler, az gelişmiş ülkelerden ve Latin Amerika'dan gelenlerin genel olarak daha fazla somatik semptom bildirme eğiliminde olduğunu rapor etmektedir (Gureje ve ark. 1997; Piccinelli ve Simon 1997). Bir çalışmada katarakt hastalarının görme fonksiyonları ve kataraktlarından ne ölçüde rahatsız oldukları araştırılmış ve kültüre göre farklılıklar incelenmiştir (Alonso ve ark. 1998). Sonuçlar, klinik ve sosyodemografik özellikler kontrol edildikten sonra, Kanada ve Barselona'dan gelen hastaların Danimarka veya ABD'den gelen hastalara göre görmeleriyle ilgili daha az sorun bildirdiklerini göstermiş ve görsel semptomların algılanmasında kültürel farklılıklar olduğunu düşündürmüştür. Dolayısıyla semptom algısı ve teşhisi, bireyin bağlamından ve kültürel geçmişinden oldukça etkilenmektedir.

Dolayısıyla ruh hali, biliş ve çevre semptom algısını etkiler. Bu farklı Mechanic (1962) tarafından tanımlanan ve 'tıp öğrencilerinin hastalığı' olarak bilinen bir durumla örneklendirilmiştir. Tıp müfredatının büyük bir bileşeni, çok sayıda farklı hastalıkla ilişkili semptomların öğrenilmesini içerir. Tıp öğrencilerinin üçte ikisinden fazlası, bir zamanlar kendilerine öğretilen semptomlara sahip olduklarını yanlış bir şekilde bildirmektedir. Belki de bu olgu şu şekilde anlaşılabilir:

- *Ruh hali*: Tıp öğrencileri iş yükleri nedeniyle oldukça endişeli olurlar. Bu kaygı, herhangi bir fizyolojik değişikliğe ilişkin farkındalıklarını artırarak onları daha fazla içsel odaklı hale getirebilir.
- *Biliş*: Tıp öğrencileri, derslerinin bir parçası olarak semptomlar hakkında düşünmekte ve bu da kendi içsel durumlarına odaklanmalarına neden olabilmektedir.
- *Sosyal*: Bir öğrenci semptomları algılamaya başladığında, diğerleri bu davranışı model alabilir.

Dolayısıyla semptom algısı, bireyin hastalık sorununu nasıl yorumladığını etkiler.

Sosyal mesajlar

Hastalıkla ilgili bilgiler diğer insanlardan da gelir. Bu, bir sağlık uzmanından resmi bir teşhis veya rutin bir sağlık kontrolünden alınan pozitif bir test sonucu şeklinde gelebilir. Bu tür mesajlar semptom algısının bir sonucu olabilir ya da olmayabilir. Örneğin, resmi bir teşhis, semptomlar algılandıktan sonra, birey daha sonra doktora gitmeye motive olduğunda ve bir teşhis konduğunda ortaya çıkabilir. Ancak, tarama ve sağlık kontrolleri hastalığı asemptomatik bir gelişim aşamasında tespit edebilir ve bu nedenle böyle bir teste katılım semptom algısı tarafından motive edilmemiş olabilir. Hastalıkla ilgili bilgiler sağlık çalışanı olmayan diğer kişilerden de gelebilir. Bir sağlık uzmanına danışmadan önce (ve sonra), insanlar genellikle Freidson (1970) tarafından 'meslek dışı sevk sistemi' olarak adlandırılan sosyal ağlarına erişirler. Bu, meslektaşlar, arkadaşlar veya aile şeklinde olabilir ve birden fazla kaynaktan bilgi ve tavsiye almayı içerir. Örneğin, bir arkadaşın önünde öksürmek, benzer bir öksürüğü olan başka bir arkadaşla konuşma tavsiyesiyle sonuçlanabilir,

veya tercih edilen bir ev ilacını alma önerisi. Alternatif olarak, sıradan bir teşhis veya doktordan profesyonel yardım alma önerisiyle de sonuçlanabilir. Aslında, Scambler ve arkadaşları (1981) birinci basamak sağlık hizmetlerine katılanlar üzerinde yaptıkları araştırmaya katılanların dörtte üçünün profesyonel yardım almadan önce aile veya arkadaşlarından tavsiye aldıklarını bildirmiştir. Bu tür sosyal mesajlar, bireyin hastalık 'sorununu' nasıl yorumladığını etkileyecektir. Doktor tarafından kullanılan dil de önemli bir bilgi kaynağıdır. Bazı araştırmalar, doktor tarafından kullanılan dilin hastanın sorunu hakkında nasıl hissettiğini nasıl etkileyebileceğini araştırmıştır. Örneğin, Ogden ve diğerleri (2003) bir sorunu halk dilindeki terimiyle (örn. boğaz ağrısı/mide rahatsızlığı) veya tıbbi terimiyle (örn. bademcik iltihabı/gastroenterit) adlandırmanın göreceli etkisini araştırmış ve tıbbi terimlerin hastanın semptomlarının ciddiye alındığını hissetmesine ve doktora daha fazla güven duymasına neden olduğunu, halk dilindeki terimlerin ise hastanın sorunu daha fazla sahiplenmesine neden olduğunu ve bunun da istenmeyen sorumluluk ve suçlama ile ilişkilendirilebileceğini göstermiştir. Benzer bir şekilde, Tayler ve Ogden (2005) bir sorunu 'kalp yetmezliği' ya da doktorların kalp yetmezliği olarak kabul edilen semptomlar için tercih ettiği örtmece terim - 'kalbiniz yeterince güçlü pompalamadığı için akciğerlerinizde sıvı var' - olarak tanımlamanın göreceli etkisini araştırmıştır. Sonuçlar, sorunun adının bu şekilde değiştirilmesinin insanların soruna ilişkin inançlarında önemli değişikliklere yol açtığını göstermiştir. Özellikle, 'kalp yetmezliği' terimi, insanların sorunun daha ciddi sonuçları olacağına, zaman içinde daha değişken olacağına, daha uzun süre devam edeceğine inanmalarına ve euphe- mism'e kıyasla sorunları hakkında daha endişeli ve depresif hissetmelerine neden olmuştur. Dolayısıyla insanlar sorunlarının doğası hakkında, bu sorunu nasıl temsil ettiklerini ve daha sonra nasıl davrandıklarını etkileyen sosyal mesajlar almaktadır.

2. Aşama: başa çıkma

İnsanların stres, ağrı ve hastalık gibi bir dizi sorunla nasıl başa çıktıklarına dair geniş bir literatür bulunmaktadır. Stres ve ağrıyla başa çıkma 11. ve 12. Bölümlerde ele alınmıştır. Bu bölümde hastalıkla başa çıkmaya yönelik üç yaklaşım incelenecektir: (1) teşhisle başa çıkma; (2) hastalık kriziyle başa çıkma; ve (3) fiziksel hastalığa uyum ve bilişsel adaptasyon teorisi. Bu farklı teorik yaklaşımların, uyumlu ve uyumsuz başa çıkma arasındaki farkları ve başa çıkma sürecinde gerçeklik ve yanılsamaların rolünü anlamaya yönelik etkileri vardır. Dolayısıyla, başa çıkma sürecinin sonuçlarını anlamak için farklı etkileri vardır.

Teşhisle başa çıkma

Shontz (1975), kronik bir hastalık teşhisi konulduktan sonra bireylerin sıklıkla geçtiği aşağıdaki başa çıkma aşamalarını tanımlamıştır:

- *Şok*: Shontz'a göre, ciddi bir hastalık teşhisinin ardından çoğu insan başlangıçta bir şok durumuna girer. Şokta olmak, sersemlemiş ve şaşkın olmak, otomatik bir şekilde davranmak ve durumdan kopma duygularına sahip olmak ile karakterize edilir.
- *Karşılaşma tepkisi*: Shontz, şokun ardından bir sonraki aşamanın karşılaşma tepkisi olduğunu ileri sürmüştür. Bu, dağınık düşünme ve kayıp, keder, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ile karakterize edilir.
- *Geri çekilme*: Geri çekilme, bir teşhisle başa çıkma sürecindeki üçüncü aşamadır. Shontz, bu aşamanın sorunun ve sonuçlarının inkarı ve içe kapanma ile karakterize olduğunu ileri sürmüştür.

Başa çıkma sürecinin sonucuna yönelik çıkarımlar

Shontz bu aşamaları hastanedeki bireylerin gözlemlerinden yola çıkarak geliştirmiş ve bir kez geri çekilme aşamasına gelindiğinde, ciddi bir hastalık teşhisi konmuş bireylerin teşhislerinin gerçekliğiyle kademeli olarak başa çıkabileceklerini öne sürmüştür. Shontz'a göre, geri çekilme yalnızca geçici bir aşamadır ve gerçekliğin inkârı sonsuza dek süremez. Bu nedenle geri çekilme aşaması, durumun gerçekliğine yönelik kademeli bir yeniden düzenleme için bir fırlatma rampası görevi görür ve gerçeklik ortaya çıktıkça birey hastalığıyla yüzleşmeye başlar. Dolayısıyla bu başa çıkma modeli, teşhisin hemen ardından gelen değişikliklere odaklanmakta, herhangi bir başa çıkma sürecinin arzu edilen sonucunun gerçeklikle yüzleşmek olduğunu ve gerçeklik yöneliminin uyarlanabilir bir başa çıkma mekanizması olduğunu öne sürmektedir.

Hastalık kriziyle başa çıkmak

Moos ve Schaefer (1984) hastalıkla başa çıkmaya alternatif bir yaklaşım olarak 'kriz teorisini' fiziksel hastalık krizine uygulamışlardır.

Kriz teorisi nedir?

Kriz teorisi genellikle insanların büyük yaşam krizleri ve geçişleriyle nasıl başa çıktıklarını incelemek için kullanılmış ve geleneksel olarak hastalık veya yaralanmanın etkisini anlamak için bir çerçeve sağlamıştır. Teori, keder ve yas üzerine yapılan çalışmalardan ve yaşam döngüsündeki geçiş noktalarında gelişimsel krizler modelinden geliştirilmiştir. Genel olarak kriz teorisi, herhangi bir kesinti biçiminin bireyin yerleşik kişisel ve sosyal kimliği üzerindeki etkisini inceler. Psikolojik sistemlerin de fiziksel sistemler gibi homeostaz ve dengeyi korumaya yönelik olduğunu öne sürer. Bu çerçevede, birey istikrarlı bir duruma dönmek için bir yolunu bulacağı için herhangi bir kriz kendi kendini sınırlar; bu nedenle bireyler kendi kendini düzenleyenler olarak kabul edilir.

Bir kriz olarak fiziksel hastalık

Moos ve Schaefer (1984) fiziksel hastalığın bireyin hayatında bir dönüm noktasını temsil ettiği için kriz olarak değerlendirilebileceğini savunmuştur. Fiziksel hastalığın, kriz olarak kavramsallaştırılabilecek aşağıdaki değişikliklere neden olduğunu öne sürmektedirler:

- **Kimlik değişiklikleri:** Hastalık, bakıcıdan hastaya veya geçimini sağlayan kişiden hastalıklı kişiye geçiş gibi kimlik değişimlerine neden olabilir.
- **Yer değişiklikleri:** Hastalık, yatağa bağımlı hale gelmek veya hastaneye yatırılmak gibi yeni bir ortama taşınmayla sonuçlanabilir.
- **Rol değişiklikleri:** Hastalığın ardından bağımsız yetişkinden pasif bağımlıya doğru bir değişim meydana gelebilir ve bu da rolün değişmesine neden olur.
- **Sosyal destekte değişiklikler:** Hastalık, arkadaşlardan ve aileden izolasyona neden olarak sosyal destekte değişikliklere yol açabilir.
- **Gelecekteki değişiklikler:** Çocuklar, kariyer veya seyahatle ilgili bir gelecek belirsiz hale gelebilir.

Ayrıca, hastalığın kriz niteliği, genellikle hastalığa özgü olan aşağıdaki gibi faktörler nedeniyle daha da kötüleşebilir:

- **Hastalık genellikle önceden tahmin edilemez:** Bir hastalık beklenmiyorsa, bireyin olası başa çıkma stratejilerini değerlendirme fırsatı olmayacaktır.
- **Hastalıkla ilgili bilgiler belirsizdir:** Hastalıkla ilgili bilgilerin çoğu, özellikle nedensellik ve sonuç açısından belirsiz ve net değildir.

- *Hızlı bir şekilde karar verilmesi gerekir:* Hastalık sıklıkla hızlı bir şekilde karar verilmesini gerektirir (örneğin ameliyat olmalı mıyız, ilaç almalı mıyız, işten izin almalı mıyız, arkadaşlarımıza söylemeli miyiz).
- *Belirsiz anlam:* Nedenellik ve sonuçla ilgili belirsizlikler nedeniyle, hastalığın bir birey için anlamı genellikle belirsiz olacaktır (örn. ciddi mi? beni ne kadar etkileyecek?).
- *Sınırlı önceki deneyim:* Çoğu birey çoğu zaman sağlıklıdır. Bu nedenle hastalık seyrek görülür ve daha önce sınırlı deneyime sahip bireylerin başına gelebilir. Bu deneyim eksikliği, diğer benzer durumlara dayalı başa çıkma stratejilerinin ve etkinliğin geliştirilmesi üzerinde etkilere sahiptir (örneğin, "Daha önce hiç kanser olmadım, bundan sonra ne yapmalıyım?").

Diğer birçok krizin tahmin edilmesi daha kolay olabilir, daha net anlamları olabilir ve daha önceki deneyimleri daha fazla olan bireylerin başına gelebilir. Bu çerçevede Moos ve Schaefer, hastalığı özel bir kriz türü olarak değerlendirmiş ve bireylerin bu krizle nasıl başa çıktıklarını incelemek amacıyla kriz teorisini hastalığa uygulamıştır.

Başa çıkma süreci

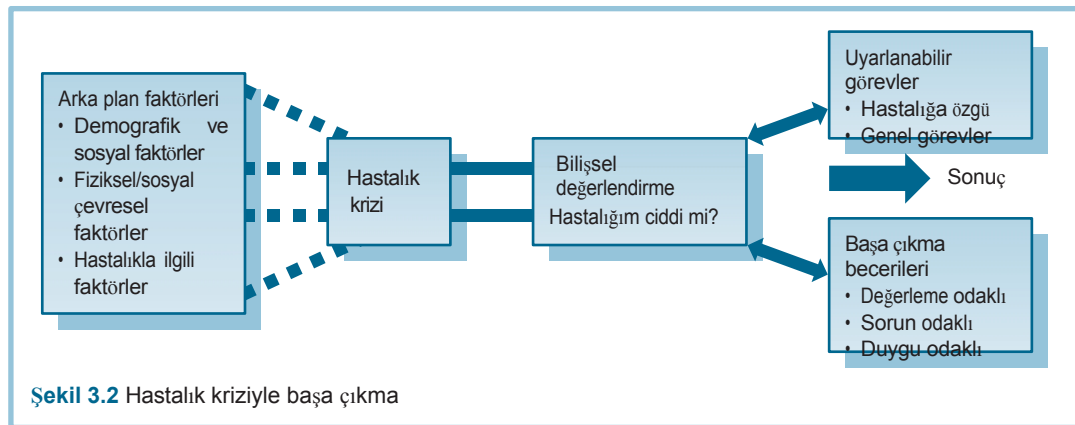
Moos ve Schaefer (1984) fiziksel hastalık kriziyle karşılaşıldığında, başa çıkma sürecini oluşturan üç süreç tanımlamıştır: (1) bilişsel değerlendirme; (2) uyarlanabilir görevler; ve (3) başa çıkma becerileri. Bu süreçler Şekil 3.2'de gösterilmiştir.

Süreç 1: Bilişsel değerlendirme

Hastalığın tetiklediği dengesizlik aşamasında, birey ilk olarak hastalığın ciddiyetini ve önemini değerlendirir (örneğin, kanserim ciddi mi? Kanserim uzun vadede hayatımı nasıl etkileyecek?). Bilgi, önceki deneyimler ve sosyal destek gibi faktörler bu değerlendirme sürecini etkileyebilir. Buna ek olarak, Leventhal'ın hastalık bilişlerini başa çıkma sürecinin bu aşamasına entegre etmek mümkündür, çünkü bu tür hastalık inançları bir hastalığın nasıl değerlendirileceği ile ilgilidir.

Süreç 2: Uyarlanabilir görevler

Bilişsel değerlendirmenin ardından, Moos ve Schaefer başa çıkma sürecinin bir parçası olarak kullanılan yedi adaptif görev tanımlamaktadır. Bunlar üç hastalığa özgü görev ve dört genel görev olarak ayrılabilir. Bunlar Tablo 3.1'de gösterilmiştir.



Hastalıkla ilgili görevler

- Ağrı ve diğer semptomlarla başa çıkma
- Hastane ortamı ve tedavi prosedürleri ile başa çıkma
- Sağlık profesyonelleri ile ilişkilerin geliştirilmesi ve sürdürülmesi

Genel görevler

- Duygusal dengenin korunması
- Öz imajı, yetkinliği ve ustalığı korumak
- Aile ve arkadaşlarla ilişkilerin sürdürülmesi
- Belirsiz bir geleceğe hazırlanmak

Tablo 3.1 Uyarlanabilir görevler

Hastalığa özgü üç görev şu şekilde tanımlanabilir:

- 1 **Ağrı, iş göremezlik ve diğer semptomlarla başa çıkma.** Bu görev ağrı, baş dönmesi, kontrol kaybı gibi semptomlarla başa çıkmayı ve semptomların şiddetindeki değişiklikleri tanımayı içerir.
- 2 **Hastane ortamı ve özel tedavi prosedürleri ile başa çıkma.** Bu görev mastektomi, kemoterapi gibi tıbbi müdahaleler ve ilgili yan etkilerle başa çıkmayı içerir.
- 3 **Sağlık personeli ile uygun ilişkiler geliştirmek ve sürdürmek.** Hasta olmak, çok sayıda sağlık çalışanıyla yeni bir dizi ilişki kurmayı gerektirir. Bu görev, bu ilişkilerin geliştirilmesini açıklamaktadır.

Dört genel görev şu şekilde tanımlanabilir:

- 1 **Makul bir duygusal dengenin korunması.** Bu, hastalık nedeniyle ortaya çıkan olumsuz duyguların yeterli olumlu duygularla telafi edilmesini içerir.
- 2 **Tatmin edici bir benlik imajını korumak ve yetkinlik ve ustalık duygusunu sürdürmek.** Bu, hastalık sonrası görünümde meydana gelen değişikliklerle (örn. şekil bozukluğu) başa çıkmayı ve teknolojiye bağımlılığa (örn. kalp pili) uyum sağlamayı içerir.
- 3 **Aile ve arkadaşlarla ilişkilerin sürdürülmesi.** Bu, konum ve hareketlilikteki değişiklikler nedeniyle iletişimin sorunlu hale gelebileceği durumlarda bile sosyal destek ağlarının sürdürülmesini içerir.
- 4 **Belirsiz bir geleceğe hazırlanmak.** Hastalık genellikle kayıplarla sonuçlanabilir (örneğin görme, yaşam tarzı, hareketlilik, yaşam). Bu görev, bu tür kayıplarla yüzleşmeyi ve geleceği yeniden tanımlamayı içerir.

Süreç 3: Başa çıkma becerileri

Moos ve Schaefer, hem değerlendirme hem de adaptif görevlerin kullanımını takiben, fiziksel hastalık kriziyle başa çıkmak için erişilen bir dizi başa çıkma becerisi tanımlamıştır. Bu başa çıkma becerileri üç şekilde kategorize edilebilir: (1) değerlendirme odaklı başa çıkma; (2) sorun odaklı başa çıkma; ve (3) duygu odaklı başa çıkma (bkz. Tablo 3.2).

Değerlendirme odaklı başa çıkma, hastalığı anlamaya yönelik girişimleri içerir ve bir anlam arayışını temsil eder. Üç grup değerlendirme odaklı başa çıkma becerisi tanımlanmıştır:

Değerleme odaklı

- Mantıksal analiz ve zihinsel hazırlık
- Bilişsel yeniden tanımlama
- Bilişsel kaçınma veya inkar

Sorun odaklı

- Bilgi ve destek arayışı
- Sorun çözücü eylemde bulunmak
- Ödüllerin belirlenmesi

Duygu odaklı

- Duygusal düzenleme
- Duygusal boşalma
- İstifa kabulü

Tablo 3.2 Başa çıkma görevleri

- 1 Mantıksal analiz ve zihinsel hazırlık, görünüşte yönetilemez bir olayı bir dizi yönetilebilir olaya dönüştürmeyi içerir.
- 2 Durumun gerçekliğini kabul etmeyi ve olumlu ve kabul edilebilir bir şekilde yeniden tanımlamayı içeren bilişsel yeniden tanımlama.
- 3 Hastalığın ciddiyetini en aza indirmeyi içeren bilişsel kaçınma ve inkar.

Problem odaklı başa çıkma, problemle yüzleşmeyi ve onu yönetilebilir olarak yeniden yapılandırmayı içerir. Üç tür sorun odaklı başa çıkma becerisi tanımlanmıştır:

- 1 Mevcut her türlü bilgiye erişerek bir bilgi tabanı oluşturmayı içeren bilgi ve destek arayışı.
- 2 Belirli prosedürleri ve davranışları (örn. insülin enjeksiyonları) öğrenmeyi içeren problem çözme eyleminde bulunmak.
- 3 Kısa vadeli tatmin sağlayabilecek etkinlik ve hedeflerin geliştirilmesi ve planlanmasını içeren alternatif ödüllerin belirlenmesi.

Duygu odaklı başa çıkma, duyguları yönetmeyi ve duygusal dengeyi korumayı içerir. Üç tür duygu odaklı başa çıkma becerisi tanımlanmıştır:

- 1 Duygusal, stresli bir durumla başa çıkarken umudu sürdürme çabalarını içerir.
- 2 Öfke veya umutsuzluk duygularının dışa vurulmasını içeren duygusal boşalma.
- 3 Bir hastalığın kaçınılmaz sonucuyla yüzleşmeyi içeren istifa etmiş kabullenme.

Dolayısıyla, fiziksel bir hastalığın yarattığı krizle başa çıkmaya ilişkin bu teoriye göre, bireyler hastalığı değerlendirir ve ardından çeşitli uyarlanabilir görevler ve başa çıkma becerileri kullanır ve bu da sonucu belirler.

Ancak, tüm bireyler hastalığa aynı şekilde tepki vermemektedir ve Moos ve Schaefer (1984) bu görev ve becerilerin kullanımının üç faktör tarafından belirlendiğini ileri sürmüştür:

- 1 Yaş, cinsiyet, sınıf, din gibi demografik ve kişisel faktörler.

- 2 Sosyal destek ağlarının erişilebilirliği ve fiziksel çevrenin kabul edilebilirliği gibi fiziksel ve sosyal/çevresel faktörler (örneğin hastaneler sıkıcı ve iç karartıcı olabilir).
- 3 Ortaya çıkan herhangi bir ağrı, şekil bozukluğu veya damgalanma gibi hastalıkla ilgili faktörler.

Başa çıkma sürecinin sonucuna yönelik çıkarımlar

Bu modelde, bireyler fiziksel hastalık kriziyle değerlendirme, uyum sağlayıcı görevlerin kullanımı ve başa çıkma becerilerinin kullanımı aşamalarıyla başa çıkmaya çalışır. Kullanılan görev ve beceri türleri bu sürecin sonucunu belirleyebilir ve bu sonuç psikolojik uyum veya esenlik olabileceği gibi uzun ömür veya yaşam kalitesiyle de ilgili olabilir (bkz. Bölüm 17). Kriz teorisine göre, bireyler denge ve normallik durumunu yeniden tesis etmek için motive olurlar. Bu arzu kısa vadeli ya da uzun vadeli çözümlerle tatmin edilebilir. Kriz teorisi iki tür yeni denge arasında ayrım yapar: olgunlaşmayla sonuçlanabilen *sağlıklı adaptasyon* ve bozulmayla sonuçlanan *uyumsuz tepki*. Bu perspektifte, sağlıklı adaptasyon gerçeklik oryantasyonunu, adaptif görevleri ve yapıcı başa çıkma becerilerini içerir. Dolayısıyla, bu başa çıkma modeline göre, başa çıkma sürecinin arzu edilen sonucu gerçeklik yönelimidir.

Fiziksel hastalığa uyum ve bilişsel adaptasyon teorisi

Alternatif bir başa çıkma modelinde Taylor ve meslektaşları (örn. Taylor 1983; Taylor ve ark. 1984) bireylerin tehdit edici olaylara uyum sağlama yollarını incelemişlerdir. Tecavüz mağdurları, kalp ve kanser hastalarıyla yapılan bir dizi görüşmeye dayanarak, tehdit edici olaylarla (hastalık dahil) başa çıkmanın üç süreçten oluştuğunu öne sürmüşlerdir: (1) anlam arayışı; (2) ustalık arayışı; ve (3) kendini geliştirme süreci. Bu üç sürecin yanılsamaların geliştirilmesi ve sürdürülmesinde merkezi bir rol oynadığını ve bu yanılsamaların bir bilişsel adaptasyon süreci oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir. Yine bu model, bireyi öz-düzenleyici ve *statükoyu* sürdürme motivasyonuna sahip olarak tanımlamaktadır. Buna ek olarak, modelin birçok bileşeni, hastalık bilişleri açısından daha önce açıklananlara paraleldir (örneğin, neden ve sonuç boyutları). Bu teorik perspektif, yakın zamanda meme kanseri geçirmiş kadınlardan elde edilen sonuçlar bağlamında açıklanacaktır (Taylor ve ark. 1984).

Bir anlam arayışı

Anlam arayışı, "Neden oldu?", "Nasıl bir etkisi oldu?", "Hayatım şimdi ne anlama geliyor?" gibi sorulara yansır. Anlam arayışı, nedensellik arayışı ve sonuçları anlama arayışı açısından anlaşılabilir.

Nedensellik arayışı (Neden oldu?)

Yükleme teorisi, bireylerin çevrelerini anlama, tahmin etme ve kontrol etme ihtiyacı duyduklarını öne sürmektedir (örn. Weiner 1986). Taylor ve diğerleri (1984) görüştükları kadınların yüzde 95'inin meme kanserinin nedenine ilişkin bir açıklama getirdiğini bildirmiştir. Örneğin, yüzde 41'i kanserlerini stresle açıklarken, yüzde 32'si doğum kontrol hapı, kimyasal çöplükler veya nükleer atıklar gibi kanserojen maddeleri sorumlu tutmuş, yüzde 26'sı kalıtsal faktörleri neden olarak görmüş, yüzde 17'si beslenmeyi suçlamış ve yüzde 10'u da memeye alınan bir darbeyi suçlu bulmuştur. Bazı kadınlar birden fazla neden bildirmiştir. Taylor (1983) hiçbir neden algısının diğerinden daha iyi olmadığını, ancak bilişsel adaptasyon süreci için önemli olanın herhangi bir neden arayışı olduğunu öne sürmüştür. İnsanlar "Neden oldu?" diye sormalıdır.

Sonuçlarını anlamak (hayatım üzerinde nasıl bir etkisi oldu?)

Taylor (1983) ayrıca kadınların kanserin şu anki yaşamları üzerindeki etkilerini anlamalarının önemli olduğunu savunmuştur. Buna göre, kadınların yüzde 50'sinden fazlası kanserin hayatlarını yeniden değerlendirmelerine yol açtığını belirtmiş, diğerleri ise kendilerini daha iyi tanıma, kendilerini değiştirme ve önceliklerini yeniden belirleme sürecinden bahsetmiştir.

Hastalığın nedenini anlamak ve hastalığın sonuçlarına dair bir içgörü geliştirmek hastalığa anlam kazandırır. Bu başa çıkma modeline göre, anlam duygusu başa çıkma ve bilişsel adaptasyon sürecine katkıda bulunur.

Uсталık için bir arayış

Uсталık arayışı, "Benzer bir olayın tekrarlanmasını nasıl önleyebilirim?", "Olayı yönetmek için şimdi ne yapabilirim?" gibi sorulara yansır. Taylor ve arkadaşları (1984), hastalığın kontrol edilebilir olduğuna inanarak uсталık hissine ulaşılabilceğini bildirmiştir. Buna uygun olarak, çalışmadaki kadınların yüzde 66'sı kanserin seyrini ya da yeniden ortaya çıkışını etkileyebileceklerine inanmaktadır. Kadınların geri kalanı ise kanserin sağlık profesyonelleri tarafından kontrol edilebileceğine inanmaktadır. Taylor, hakimiyet duygusunun ya olumlu bir tutum geliştirme, meditasyon, kendi kendine hipnoz ya da bir tür nedensel atfı gibi psikolojik tekniklerle ya da beslenme düzenini değiştirme, ilaçları değiştirme, bilgiye erişme ya da yan etkileri kontrol etme gibi davranışsal tekniklerle elde edildiğini bildirmiştir.

Bu süreçler, bilişsel adaptasyon durumuna doğru ilerlemenin merkezinde yer alan bir uсталık durumuna katkıda bulunur.

Kendini geliştirme süreci

Hastalığın ardından bazı bireylerin benlik saygılarında düşüş yaşanabilir. Bilişsel adaptasyon teorisi, hastalığı takiben bireylerin kendilerini geliştirme süreci yoluyla öz saygılarını inşa etmeye çalıştıklarını öne sürmektedir. Taylor ve arkadaşları (1984), çalışmalarındaki kadınların yalnızca yüzde 17'sinin hastalıklarının ardından yalnızca olumsuz değişiklikler bildirdiğini, yüzde 53'ünün ise yalnızca olumlu değişiklikler bildirdiğini rapor etmiştir. Taylor ve meslektaşları bu sonucu açıklamak için sosyal karşılaştırma teorisini (Festinger 1957) geliştirmiştir. Bu teori, bireylerin kendilerini başkalarıyla kıyaslayarak dünyalarını anlamlandırdıklarını öne sürmektedir. Bu karşılaştırmalar ya aşağıya doğru (örneğin daha kötü durumda olan diğerleriyle karşılaştırma: 'En azından ben sadece bir kez kanser oldum') ya da yukarıya doğru (örneğin daha iyi durumda olan diğerleriyle karşılaştırma: 'Onunki sadece bir kist iken benimki neden kötü huyluydu?') Taylor ve arkadaşları (1984) meme kanseri olan kadınlarla yaptıkları çalışmada, çalışmadaki kadınların birçoğunun şekil bozucu bir ameliyat geçirmiş ve hayati tehlike arz eden bir hastalık teşhisi konmuş olmasına rağmen, çoğunun aşağı doğru karşılaştırmalar yaptığını bildirmiştir. Bu, neredeyse tüm kadınların öz saygılarını artırmak için kendilerini kendilerinden daha kötü durumda olanlarla karşılaştırdıklarını göstermektedir. Örneğin, lumpektomi geçirmiş kadınlar kendilerini mastektomi geçirmiş kadınlarla kıyaslamıştır. Mastektomi geçirmiş olanlar kendilerini yaygın kanser olma ihtimali olanlarla kıyaslamıştır. Daha yaşlı kadınlar kendilerini daha genç kadınlarla, daha genç kadınlar da kendilerini daha yaşlı kadınlarla kıyaslamıştır. Taylor ve meslektaşları, kadınların kendilerini geliştirme sürecinin bir parçası olarak özsaygılarını geliştirmelerini sağlayacak karşılaştırma kriterlerini seçtiklerini öne sürmüştür.

Yanılsamaların rolü

Bilişsel adaptasyon teorisine göre, tehdit edici bir olayın ardından bireyler anlam arayışına, uсталık arayışına ve öz saygı duygularını geliştirmeye motive olurlar. Bu

bu süreçlerin yanılsamalar geliştirmeyi içerdiğini öne sürmüştür. Bu tür yanılsamalar mutlaka gerçeklikle çelişmek zorunda değildir, ancak bu gerçekliğin olumlu yorumlarıdır. Örneğin, kanserin gerçek nedenlerine ya da bireylerin hastalıklarının seyrini kontrol edebilme becerilerine dair çok az kanıt olmasına rağmen, kansere yakalanan kişiler bu faktörler hakkında kendi yanılsamalarına sahip olmak isterler (örneğin, 'Kanserime neyin neden olduğunu anlıyorum ve geri gelip gelmeyeceğini kontrol edebileceğime inanıyorum'). Taylor ve meslektaşları, bu yanılsamaların bilişsel uyumun gerekli ve temel bir bileşeni olduğunu ve gerçeklik yöneliminin (diğer başa çıkma modellerinin önerdiği gibi) aslında uyum için zararlı olabileceğini savunmuştur.

Yanılsamalara duyulan ihtiyaç, yanılsamaların teyit edilmemesi sorununu ortaya çıkarmaktadır (kanserin yeniden ortaya çıkması kontrol edilemediğinde ne olur?). Taylor, yanılsamalara duyulan ihtiyacı, bireylerin yanılsamalarının hedeflerini ve odaklarını değiştirmelerini sağlamak için yeterli olduğunu, böylece yanılsamaların sürdürülebileceğini ve uyumun devam edebileceğini savunmuştur.

Baş a çıkma sürecinin sonuçları için çıkarımlar

Bu baş a çıkma modeline göre, birey bilişsel adaptasyon sağlayarak hastalıkla baş a çıkar. Bu, anlam arayışını ('Hastalığıma neyin sebep olduğunu biliyorum'), ustalığı ('Hastalığıma kontrol edebilirim') ve özgüven geliştirmeyi ('Birçok insandan daha iyi durumdayım') içerir. Bu inançlar doğru olmayabilir ancak hastalığ a uyum sağlamayı teşvik eden yanılsamaları sürdürmek için gereklidirler. Dolayısıyla, bu bakış açısına göre, baş a çıkma sürecinin arzu edilen sonucu gerçekliğ e yönelme değil, yanılsamaların geliştirilmesidir.

hastalığ ının olumlu yorumlanması

Çoğu baş a çıkma teorisi, dengeyi yeniden kurma ve *statükoya* geri dönme arzusunu vurgular. Dolayısıyla etkili baş a çıkma, hastalığ a uyum ve normale dönüşü sağlayan bir yöntem olarak görülebilir. Ancak bazı araştırmalar, bazı insanların hasta olmanın faydalarını algıladıklarını ve hasta oldukları için kendilerini daha iyi durumda gördüklerini göstermektedir. Bu yaklaşım pozitif psikoloji ve onun olumsuz duygulanımdan ziyade olumlu duygulanıma yaptığı vurgu ile uyumludur (bkz. stres ve pozitif psikoloji, Bölüm 10-11). Örneğin, Laerum ve arkadaşları (1988) kalp krizi geçiren 84 erkekle görüşmüş ve erkeklerin yaşam tarzları ve yaşam kaliteleri açısından bazı olumsuz sonuçlar bildirmelerine rağmen, yüzde 33'ünün yaşamlarının kısmen veya önemli ölçüde iyileştiğini düşündüklerini ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Collins ve arkadaşları (1990) 55 kanser hastasıyla görüşmüş ve hastalık sonrasında bazı olumlu değişimler bildirmişlerdir. Sodergren ve meslektaşları hastalık sonrası pozitifliği araştırmış ve Silver Lining Questionnaire (SLQ) adı verilen yapılandırılmış bir anket geliştirmişlerdir (Sodergren ve Hyland 2000; Sodergren ve ark. 2002). Çalışmalarından, hastalığ ın olumlu sonuçlarının çeşitli olduğu ve genellikle fark edilenden daha yaygın olduğu sonucuna varmışlardır. Ayrıca pozitifliğin rehabilitasyonla geliştirilebileceğini öne sürmektedirler.

Sonuçları tahmin etmek için öz düzenleme modelini kullanma

Öz-düzenleyici model, yorumlamadan hastalık bilişlerine, duygusal tepkiye ve baş a çıkmadan değerlendirmeye doğru bir geçişi tanımlar. Bu model öncelikle araştırmalarda "Farklı insanlar farklı hastalıkları nasıl anlamlandırır?" ve "Hastalık bilişleri baş a çıkma ile nasıl ilişkilidir?" sorularını sormak için kullanılmıştır. Bununla birlikte, araştırmalar hastalık bilişlerinin psikolojik ve fiziksel sağlık sonuçları üzerindeki etkisini de incelemiştir. Bazı araştırmalar hastalık bilişleri ile tedaviye bağlılık arasındaki bağlantıları ele almıştır. Diğer araştırmalar ise inme ve

miyokard enfarktüsü (MI - kalp krizi) gibi hastalıklardan iyileşme üzerindeki etkilerini incelemiştir.

Tedaviye bağlılığın öngörülmesi

Leventhal ve arkadaşları (1980, 1997) tarafından tanımlanan boyutlar açısından hastalık hakkındaki inançların başa çıkma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca kişinin ilaçlarını alıp almaması ve/veya önerilen diğer tedavilere uyup uymaması ile de ilişkilendirilmiştir. Bazı araştırmalar semptom algısının ilaç tedavisine bağlılıkla doğrudan bağlantılı olduğunu göstermektedir. Örneğin, Halm ve arkadaşları (2006) astımlıların sorunlarına ilişkin inançlarını, semptom algılarını ve ilaç tedavisine bağlılıklarını araştırmıştır. Çalışmaya 12 aylık bir süre boyunca astım nedeniyle hastaneye yatırılmış 198 yetişkin katılmış ve 'semptom yoksa astım da yok' inancı tespit edilmiştir; buna göre insanlar astımı semptom düzeyinden bağımsız olarak devam eden kronik bir hastalık olarak görmek yerine yalnızca semptomları olduğunda astım hastası olduklarına inanmaktadır. Ayrıca, sonuçlar 'akut astım inancına' sahip olanların ilaçlarını alma olasılıklarının da daha düşük olduğunu göstermiştir. Benzer bir şekilde Brewer ve diğerleri (2002) hiperkolesterolaemi (çok yüksek kolesterol içeren) hastalarında hastalık bilişleri ile hem ilaçlara bağlılık hem de kolesterol kontrolü arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sonuçlar, hastalığın ciddi sonuçları olduğuna dair inancın ilaç tedavisine bağlılıkla ilişkili olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak, gerçek kolesterol kontrolü, hastalığın stabil, asemptomatik ve ciddi sonuçları olduğu inancı ile ilişkiliydi. Bazı araştırmalar tedavi inançlarının da rol oynadığını ortaya koymuştur. Örneğin, Horne ve Weinman (2002) 100 toplum temelli hastada hem hastalık hem de tedaviye ilişkin inançlar ile astım ilacı almaya bağlılık arasındaki bağlantıları araştırmıştır. Sonuçlar, tedaviye bağlı olmayanların ilaçlarının gerekliliği konusunda daha fazla şüphe duyduklarını, ilaçların sonuçları hakkında daha fazla endişe taşıdıklarını ve hastalıklarının sonuçları hakkında daha olumsuz inançlara sahip olduklarını göstermiştir. Genel olarak analiz, hastalık ve tedavi inançlarının hem klinik hem de demografik faktörlere kıyasla bağlılığın daha iyi belirleyicileri olduğunu göstermiştir. Benzer bir çalışmada, Llewellyn ve arkadaşları (2003) ağır hemofili hastalarında hastalık inançları, tedavi inançları ve evde tedaviye bağlılık arasındaki ilişkileri araştırmıştır. Sonuçlar, zayıf bağlılığın tedavinin gerekliliğine ilişkin inançlar, tedavinin sonuçlarına ilişkin inançlar ve hastalık kimliğine ilişkin inançlarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, Senior ve Marteau (2006) ailesel hiperkolesterolemi (AH) olan kişilerde ilaçların algılanan etkinliğine ilişkin daha fazla inancın daha iyi bağlılıkla ilişkili olduğunu göstermiştir.

İnme sonrası iyileşmenin öngörülmesi

Araştırmalar ayrıca hastalık bilişleri ile inme sonrası iyileşme arasındaki bağlantıları da incelemiştir. Örneğin, Partridge ve Johnston (1989) ileriye dönük bir çalışma yapmış ve bireylerin sorunları üzerinde algıladıkları kontrole ilişkin inançlarının, takipte inme hastalarında kalıntı engellilikten iyileşmeyi öngördüğünü bildirmiştir. Sonuçlar, başlangıçtaki engellilik düzeyleri dikkate alındığında bile bu ilişkinin devam ettiğini göstermiştir. Buna paralel olarak, Johnston, Morrison ve diğerleri (1999) de algılanan kontrol ile inmeden iyileşme arasındaki ilişkiyi araştırmış ve 71 inme hastasını hastaneden taburcu olduktan bir ve altı ay sonra takip etmiştir. Buna ek olarak, başa çıkma, egzersiz ve ruh halinin olası etkilerini de incelemişlerdir. Bu nedenle, "İnme sonrası iyileşme hastalık bilişleriyle ilişkili midir?" ve "Eğer öyleyse, bu ilişki diğer faktörlere bağlı mıdır?" sorularını sordular. Sonuçlar başa çıkma, egzersiz ve ruh halinin aracı etkilerini desteklememiş, ancak kontrol inançları ile iyileşme arasında öngörücü bir ilişki olduğunu gösteren daha önceki çalışmaları desteklemiştir. Bu durum, inmeden üç yıl sonra fonksiyonel iyileşmeyi öngörmek için bir dizi klinik, demografik ve psikolojik faktörün rolünü araştıran başka bir çalışma tarafından da desteklenmiştir. Sonuçlar, başlangıçtaki kontrol algılarının hem klinik hem de demografik değişkenler tarafından açıklanan varyansa eklendiğini göstermiştir.

ables (Johnston ve ark. 2004). Johnston, Bonetti ve arkadaşları (2006), inmeden sonra iyileşme ile ilgili olabilecek faktörleri daha fazla değerlendirmek için, yeni inme geçirmiş hastalarda kontrolle ilgili bilişleri değiştirmek üzere tasarlanmış çalışma kitabı tabanlı bir müdahale geliştirmiştir. Müdahale özellikle başa çıkma becerilerine odaklanmış, öz yönetimi teşvik etmiş ve cesaretlendirme sunmuştur. Sonuçlar, altı aylık takipte, müdahaleyi alanların kontrol grubundakilere göre daha iyi sakatlık iyileşmesi gösterdiğini ortaya koymuştur. Ancak, müdahale grubunun iyileşme konusunda kendine güven dışında herhangi bir psikolojik süreç değişkeninde önemli bir değişiklik göstermemesi nedeniyle müdahalenin nasıl işe yaradığı açık değildir. Dolayısıyla araştırmalar, kontrol bilişlerinin inme sonrası iyileşme ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Ayrıca, bu tür bilişleri değiştirmeye yönelik bir müdahalenin iyileşmeyi iyileştirdiği görülmektedir. Bununla birlikte, müdahale inme hastalarının kontrolle ilgili inançlarını gerçekten değiştirmedikten, bu değişimde hangi süreçlerin yer aldığı açık değildir.

MI sonrası iyileşmenin öngörülmesi

Araştırmalar ayrıca hastalık bilişleri ile MI'dan iyileşme arasındaki ilişkiyi de incelemiştir. Geniş bir perspektiften bakıldığında, araştırmalar bireyin çalışma kapasitesi (Maeland ve Havik 1987), gelecekteki MI'lara karşı çaresizlik ('kardiyak inva- lidizm' olarak adlandırılır) (Riegel 1993) ve genel psikolojik faktörler (Diederiks ve ark. 1991) gibi faktörlere ilişkin inançların, işe dönüş ve genel sosyal ve mesleki işlevsellik ile ölçülen MI'dan iyileşme ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Öz-düzenleyici bir yaklaşım kullanan araştırmalar da hastalık bilişlerinin iyileşme ile ilişkili olduğunu göstermiştir - özellikle Yeni Zelanda'da yürütülen ve 65 yaş ve altındaki 143 ilk kez kalp krizi geçiren hastayı hastaneye yatışlarını takip eden 12 ay boyunca izleyen Kalp Krizi İyileşme Projesi. Tüm denekler başvurudan 3, 6 ve 12 ay sonra takip ölçümlerini tamamlamıştır. Sonuçlar, başlangıçta hastalıklarının daha az ciddi olduğuna ve daha kısa süreceğine inanan hastaların altı hafta içinde işe dönme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Petrie ve ark. 1996). Ayrıca, başlangıçta hastalığın kontrol altına alınabileceğine veya iyileştirilebileceğine inananlar rehabilitasyon derslerine katılmayı öngörmüşlerdir (Petrie ve ark. 1996). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada yazarlar sadece hastaların MI hakkındaki inançlarını değil aynı zamanda eşlerinin inançlarını da araştırarak eş ve hastanın inançları arasındaki uyumun MI'dan iyileşme ile ilişkili olup olmadığını sormuştur (Figueiras ve Weinman 2003). Erkeğin MI geçirdiği yetmiş çift, 3, 6 ve 12. aylarda alınan iyileşme takip ölçümleri ile korele edilen hastalık bilişlerinin başlangıç ölçümünü doldurmuştur. Sonuçlar, hastalığın kimliği ve sonuçları hakkında benzer olumlu inançlara sahip olan çiftlerde, hastaların daha iyi psikolojik ve fiziksel işlevsellik, daha iyi cinsel işlevsellik ve MI'nın sosyal ve eğlence faaliyetleri üzerindeki daha düşük etkisi açısından iyileşme gösterdiğini ortaya koymuştur. Buna ek olarak, zaman çizelgesine ilişkin benzer inançlar daha düşük engellilik düzeyleriyle ve benzer tedavi/kontrol inançları daha fazla diyet değişikliği ile ilişkiliydi. Broadbent ve arkadaşları (baskıda), hastaların MI'larına ilişkin inançlarını değerlendirmeye yönelik yeni bir yaklaşımla, MI geçirmiş 69 hastadan kalplerini ve kalp krizinden hemen sonra nasıl göründüğünü hissettiklerini çizimlerini istemiştir. Ayrıca bir dizi anket doldurmuşlar ve bu çizimleri ve ölçümleri üç ve altı ay sonra tekrarlamışlardır. Sonuçlar, başlangıç ve üç ay arasında kalp boyutundaki artışın, bir dizi faktörle ölçüldüğü üzere işe daha yavaş dönüş, aktivite kısıtlaması ve başka bir MI geçirme endişesiyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Yazarlar, çizimlerdeki kalp boyutunun artmasının 'kalp rahatsızlıklarının zihinlerinde ne ölçüde yer ettiğini' yansıtabileceği sonucuna varmışlardır. Dolayısıyla hastalıkla ilgili inançlar iyileşme ile ilişkili görünmektedir. Ayrıca, inançlardaki uyumun da sonuçları etkilediği görülmektedir. Bu konu 15. Bölümde daha ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

Öz düzenleyici bir yaklaşım, hastalık bilişlerini tanımlamak ve bu bilişler ile başa çıkma arasındaki ilişkiyi araştırmak ve ayrıca diğer sağlık sonuçlarını anlamak ve tahmin etmek için yararlı olabilir.

Tutarlılığın merkezi rolü

Hastalık inançları ve bunların sonuçlarla ilişkisi üzerine yapılan pek çok araştırmanın merkezinde, hastalıkla ilgili inançların tedaviyle ilgili inançlarla tutarlı olduğu tutarlı bir modelin önemi yer almaktadır (Leventhal ve ark. 1997). Örneğin, Horne ve Weinman (2002) hastalık inançları ve tedavi inançları birbiriyle uyumlu olduğunda bağlılığın daha olası olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, Llewellyn ve arkadaşları (2003) hemofili hastalarında ilaç tedavisine bağlılığın, hastalık ve tedaviye ilişkin inançlar eşleştğinde daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu tür bir tutarlılığa örnek olarak şunlar verilebilir: nefes darlığının sigara içmekten kaynaklandığına dair bir inanç sigarayı bırakma kararıyla, astım semptomlarının bronşların daralmasından kaynaklandığına dair bir inanç ise bronşların genişlemesine neden olan bir ilaca bağlılıkla ilişkilendirilebilir. Tutarlılık konusunu ele alan çoğu araştırma, farklı inanç kümeleri arasındaki kesitsel ilişkilere odaklanmıştır. Ancak son zamanlarda, bazı çalışmalar inançların birbirleriyle daha uyumlu olacak şekilde değiştirilip değiştirilemeyeceğini araştırmıştır. Örneğin, Hall ve arkadaşları (2004) insanlara sigara ve rahim ağzı kanseri arasındaki bağlantı hakkında bilgi içeren ve bu ilişkinin tutarlı bir modelini sunan bir broşür vermenin sigarayı bırakma niyetlerini değiştirip değiştiremeyeceğini incelemiştir. Sonuçlar, broşürün kadınların sigara ve rahim ağzı kanseri arasındaki ilişkiye dair tutarlı modelini artırdığını göstermiştir. Ayrıca sonuçlar, rahim ağzı kanserine karşı savunmasızlık algılarının sigarayı bırakma niyetiyle ilişkili olduğunu, ancak bunun sadece tutarlı bir modele sahip olanlarda gerçekleştiğini göstermiştir. Benzer şekilde Ogden ve Sidhu (2006), obezite için oldukça görsel yan etkiler yaratan ilaçların alınmasının, yan etkilerin bir eğitim görevi görmesi ve insanların obezitetlerinin nedenlerine ilişkin inançlarını davranışsal bir çözümle uyumlu hale getirmesi durumunda hem bağlılık hem de davranış değişikliği ile sonuçlanabileceğini bildirmiştir (daha fazla ayrıntı için bkz. Bölüm 15). Bu çalışmaların her ikisi de tutarlılığın önemini ve inançları değiştirmenin faydalarını göstermektedir. Buna karşın Wright ve arkadaşları (2003) sigara içenlere nikotin bağımlılığına yönelik genetik yatkınlıkları hakkında bilgi vermenin sigarayı bırakma yöntemi seçimleri üzerindeki etkisini araştırmıştır. Daha önce açıklanan çalışmalara paralel olarak, bilgi vermek inançları değiştirmiştir. Ancak, genetik olarak bağımlılığa yatkın olduklarına inananların tıbbi bir bırakma yöntemini (aşermeyi azaltacak bir ilaç) seçme olasılıkları daha yüksekken, kendi iradelerine güvenmeyi destekleme olasılıkları daha yüksekti. İnançların daha tıbbi bir nedene doğru değişmesi, sigara içenlerin davranışlarını kendi başlarına değiştirmelerinin daha az mümkün olduğu ve tıbbi desteğe daha fazla ihtiyaç duydukları anlamına geliyordu. Bu sonuçlar tutarlı bir modelin önemini göstermektedir. Ancak aynı zamanda inançların değiştirilmesinin her zaman daha sonraki davranış değişiklikleri için faydalı olmayabileceğini de göstermektedir.

Sonuç olarak

İnsanların sağlıkla ilgili inançları olduğu gibi, hastalıkla ilgili inançları da vardır. Bu tür inançlar genellikle 'hastalık bilişleri' veya 'hastalık temsilleri' olarak adlandırılır. Hastalıkla ilgili inançlar bir model izliyor gibi görünür ve şunlardan oluşur: (1) kimlik (örneğin teşhis ve semptomlar); (2) kon- sekanslar (örneğin ciddiyete ilişkin inançlar); (3) zaman çizgisi (örneğin ne kadar süreceği); (4) neden (örneğin sigaranın neden olduğu, bir virüsün neden olduğu); ve (5) tedavi/kontrol (örneğin tıbbi müdahale gerektirir). Bu bölümde hastalık bilişlerinin bu boyutları incelenmiş ve bunların bir bireyin hastalıkla başa çıkma ve hastalığa ilişkin değerlendirmeleri yoluyla hastalığa nasıl tepki verdiği ile nasıl ilişkili olduğu değerlendirilmiştir. Ayrıca, öz-düzenleyici model, bu modelin sağlık sonuçlarının anlaşılması ve öngörülmesine yönelik çıkarımları ve tutarlılık için merkezi rolü tanımlanmıştır.



Sorular

- 1 İnsanlar sağlık ve hastalığı nasıl anlamlandırıyor?
- 2 Hastalık bilişleri ve başa çıkma arasındaki ilişkiyi tartışınız.
- 3 Leventhal'ın modeli neden 'öz-düzenleyici'?
- 4 Semptomlar sadece bir duyumdan daha fazlasıdır. Tartışın.
- 5 Semptom algısının hastalığa uyum sağlamadaki rolünü tartışınız.
- 6 Hastalık temsillerinde tutarlılığın rolünü tartışınız.
- 7 Hastalık bilişleri sağlık sonuçlarını öngörür. Tartışın.
- 8 Hastalık şiddetinin hasta uyumunu ne ölçüde öngördüğünü değerlendirmek ve hastalık bilişlerinin bu ilişkiyi açıklamada sahip olabileceği rolü vurgulamak için bir araştırma projesi tasarlayın.

tartışması için

En son ne zaman hasta olduğunuzu düşünün (örneğin baş ağrısı, grip, kırık uzuv, vb.). Hastalığınızı nasıl anlamlandırıldığını ve bunların başa çıkma stratejileriniz ve iyileşme sürecinizle nasıl ilişkili olduğunu düşünün.

Sağlık psikolojisinde varsayımlar

Hastalık bilişlerini inceleyen literatür, sağlık psikolojisindeki bazı varsayımların altını çizmektedir:

- 1 **Bilgi işlemcileri olarak insanlar.** Hastalık bilişlerinin yapısını tanımlayan literatür, bireylerin farklı bilgi biçimlerini işleyerek hastalıklarıyla başa çıktıklarını varsayar. Buna ek olarak, ortaya çıkan bilişlerin açıkça tanımlandığı ve farklı insanlar arasında tutarlı olduğu varsayılmaktadır. Ancak, belki de bilgi her zaman rasyonel bir şekilde işlenmemektedir ve belki de bazı bilişler sadece bazı bileşenlerden (örneğin sadece zaman çizgisi ve neden) veya modellere dahil edilmeyen diğer bileşenlerden oluşmaktadır.

2 Teoriden ayrı olarak metodoloji. Literatür aynı zamanda bilişlerin yapısının bu bilişlerle ilgili sorulardan önce var olduğunu varsaymaktadır. Bu nedenle, toplanan verilerin kullanılan metodolojiden ayrı olduğu varsayılmaktadır (yani, hastalık bilişlerinin farklı bileşenleri, zaman çizgisi, nedensellik, tedavi vb. ile ilgili sorulardan önce gelmektedir). Ancak, bu bilişlerin yapısının kısmen sorulan soru türlerinin bir eseri olması mümkündür. Aslında, Leventhal başlangıçta hastalık bilişlerine erişmek için mülakatların kullanılması gerektiğini, çünkü bu metodolojinin verileri 'kirltmekten' kaçındığını savunmuştur. Ancak, mülakatlar bile görüşmecinin kendi önyargılı fikirlerini içerir ve bu fikirler soruların yapısı, görüşülen kişiye verdiği yanıtlar ya da transkriptlerin analizi yoluyla ifade edilebilir.

Daha fazla okuma

Cameron, L. ve Leventhal, H. (eds) (2003) *The Self-regulation of Health and Illness Behaviour*. Londra: Routledge.

Bu kitap, hastalık temsilleri araştırmaları ve daha geniş öz-düzenleme yaklaşımlarından iyi bir seçkiyi kapsamlı bir şekilde sunan iyi bir kitaptır.

de Ridder, D. (1997) Başa çıkma değerlendirmesinde yanlış olan nedir? A review of conceptual and methodological issues, *Psychology and Health*, 12: 417-31.

Bu makale, karmaşık ve sürekli büyüyen başa çıkma alanını incelemekte ve "Başa çıkma nedir?" ve "Nasıl ölçülmelidir?" sorularını çevreleyen konulara odaklanmaktadır.

Ogden, J. ve Sidhu, S. (2006) Adherence, behaviour change and visualisation: a qualitative study of patients' experiences of obesity medication, *The Journal of Psychosomatic Research*, 62: 545-52.

Bu benim makalelerimden biri olmasına rağmen (!) bir sorun hakkındaki inançların deneyim yoluyla nasıl değişebileceğine ve tutarlılığın hastalık temsillerinin temel bir parçası olduğuna dair bir örnek sunduğunu düşünüyorum. Ayrıca hastalık temsillerine niteliksel bir yaklaşımı da göstermektedir.

Petrie, K.J. ve Weinman, J.A. (eds) (1997) *Perceptions of Health and Illness*. Amsterdam: Harwood.

Bu çalışma, teorik çerçeve olarak öz-düzenleyici modeli kullanan projelerin düzenlenmiş bir derlemesidir.

Taylor, S.E. (1983) Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation, *American Psychologist*, 38: 1161-73.

Bu, görüşmeye dayalı bir çalışmanın mükemmel bir örneğidir. Hastalıkla başa çıkmanın bilişsel adaptasyon teorisini tanımlamakta ve analiz etmekte ve sağlığın yokluğunun yarattığı dengesizliği anlamlandırmada yanılsamaların merkezi rolünü vurgulamaktadır.

Sağlık çalışanı- hasta iletişimi ve sağlık inançlarının rolü

Bölüme genel bakış

Bu bölüm ilk olarak uyum sorununu incelemekte ve ardından Ley'in (1981, 1989) hastanın anlama, hatırlama ve memnuniyetini vurgulayan bilişsel hipotez iletişim modelini açıklamaktadır. Bu eğitim perspektifi, iletişimi bilginin tıp uzmanından meslekten olmayan kişiye aktarılması açısından açıklamaktadır. Uzman bilgisinin aktarımına ilişkin bu tür modeller, sağlık profesyonellerinin öznel inançlarına göre değil, eğitim ve öğretimlerine göre davrandıklarını varsaymaktadır. Bu bölüm daha sonra uyumun belirlenmesi ve iyileşme üzerindeki etkisi açısından bilginin rolüne bakmakta ve ardından geleneksel doktor-hasta iletişimi modelinin ötesine geçme girişimi olan uyum modelini gözden geçirmektedir. Daha sonra, bölüm değişkenlik sorununa odaklanmakta ve sağlık profesyonellerinin davranışlarındaki değişkenliğin yalnızca bilgi düzeyleriyle değil, aynı zamanda klinik karar verme süreçleriyle ve sağlık profesyonelinin sağlık inançlarıyla da ilgili olduğunu öne sürmektedir. Bu durum, Bölüm 2'de açıklanan sağlık inançlarının birçoğunun sağlık profesyonelleri için de geçerli olduğunu göstermektedir. Son olarak, bu bölümde bir etkileşim olarak sağlık profesyoneli-hasta iletişimi ve anlaşma, paylaşılan modeller, hasta merkezlilik ve bilgilendirilmiş seçimin rolü incelenmektedir.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

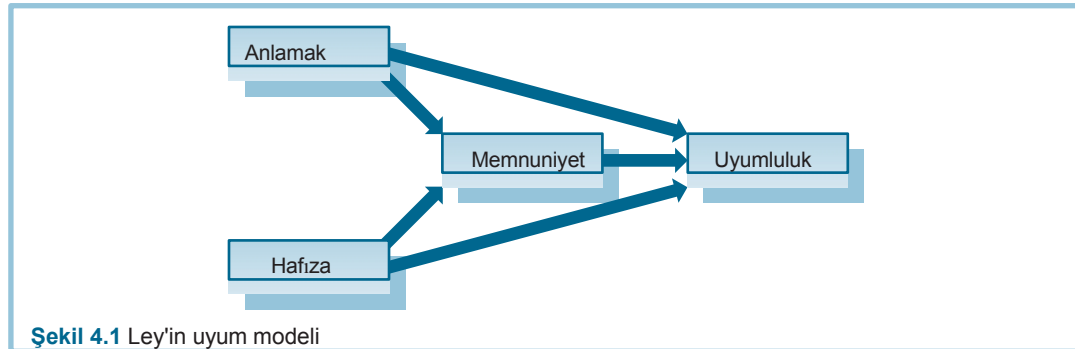
- Uygunluk nedir?
- Ley'in çalışmaları
- Uyumluluk nasıl iyileştirilebilir?
- Sağlık profesyoneli-hasta iletişiminde bilginin rolü
- Doktor değişkenliği sorunu
- Değişkenliğin açıklanması - klinik karar verme sürecinin rolü
- Değişkenliğin açıklanması - sağlık inançlarının rolü
- Bir etkileşim olarak sağlık profesyoneli-hasta iletişimi
- Hasta merkezlilik
- Bilgilendirilmiş seçim

Uygunluk nedir?

Haynes ve arkadaşları (1979) uyumu 'hastanın davranışlarının (ilaç alma, diyet veya diğer yaşam tarzı değişikliklerini takip etme açısından) tıbbi veya sağlık tavsiyelerine ne ölçüde uyduğu' olarak tanımlamıştır. Uyum, son birkaç on yılda klinik ve akademik alanda muazzam bir ilgi uyandırmıştır ve 1979-1985 yılları arasında uyumla ilgili İngilizce 3200 makalenin listelendiği hesaplanmıştır (Trostle 1988). Uyum, öncelikle sağlık profesyonellerinin tavsiyelerine uymanın hastanın iyileşmesi için gerekli görülmesi nedeniyle önemli kabul edilmektedir. Ancak araştırmalar, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkları olan hastaların yaklaşık yarısının ilaç rejimlerine uymadığını ve astım için inhaler kullanmak gibi basit görünen bir davranış için bile uyumun zayıf olduğunu tahmin etmektedir (örn. Dekker ve ark. 1992). Ayrıca, ilaçlar reçete edildiğinde, reçeteler paraya çevrildiğinde ancak ilaçlar alınmadığında para israf edildiği için uyumun mali etkileri de vardır.

Hastaların uyumlu olup olmadığını tahmin etmek: Ley'in çalışması

Ley (1981, 1989) bilişsel uyum hipotezi modelini geliştirmiştir. Buna göre uyum, hastanın konsültasyon sürecinden memnuniyeti, verilen bilgilerin anlaşılması ve bu bilgilerin hatırlanmasının bir kombinasyonu ile tahmin edilebilir. Bilişsel hipotez modelinin her bir unsurunu incelemek için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu model Şekil 4.1'de gösterilmiştir.



Hasta memnuniyeti

Ley (1988), hastaların konsültasyondan ne ölçüde memnun olduklarını incelemiştir. Hastane hastalarıyla ilgili 21 çalışmayı gözden geçirmiş ve hastaların yüzde 41'inin tedavilerinden memnun olmadığını ve genel pratisyenlik hastalarının yüzde 28'inin memnun olmadığını bulmuştur. Haynes ve arkadaşları (1979) ve Ley (1988) tarafından yapılan çalışmalar, hasta memnuniyeti seviyelerinin konsültasyonun çeşitli bileşenlerinden, özellikle de duygusal yönlerden (örn. duygusal destek ve anlayış), davranışsal yönlerden (örn. reçete yazma, yeterli açıklama) ve sağlık profesyonelinin yetkinliğinden (örn. sevk uygunluğu, teşhis) kaynaklandığını bulmuştur. Ley (1989) ayrıca memnuniyetin konsültasyonun içeriği tarafından belirlendiğini ve hastaların kötü haber bile olsa mümkün olduğunca çok bilgi edinmek istediklerini bildirmiştir. Örneğin, kanser teşhisi ile ilgili çalışmalarda, hastalara kanser teşhisi konulması halinde, bu bilgiden korunmaları halinde olduğundan daha fazla memnuniyet göstermişlerdir.

Berry ve arkadaşları (2003) bilgiyi hasta için daha kişisel hale getirmenin memnuniyet üzerindeki etkisini araştırmıştır. Katılımcılardan ilaçlarla ilgili bazı bilgileri okumaları ve ardından memnuniyetlerini derecelendirmeleri istenmiştir. Bazılarına 'Bu ilacı alırsanız, yan etkilerinden bir ya da daha fazlasına yakalanma ihtimaliniz yüksektir' gibi kişiselleştirilmiş bilgiler verilirken, bazılarına 'Bu ilacı alan insanların önemli bir kısmı yan etkilerinden bir ya da daha fazlasına yakalanmaktadır' gibi kişiselleştirilmemiş bilgiler verilmiştir. Sonuçlar, daha kişiselleştirilmiş bir tarzın daha fazla memnuniyetle, yan etki risklerinin daha düşük derecelendirilmesiyle ve sağlık riskinin daha düşük derecelendirilmesiyle ilişkili olduğunu göstermiştir.

Sala ve diğerleri (2002) konsültasyonda mizah ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Yazarlar, kaydedilen konsültasyonları mizah içerikleri ve kullanılan mizah türü açısından kodlamışlardır. Daha sonra yüksek ve düşük memnuniyet dereceli konsültasyonlar arasındaki farkları araştırmışlardır. Sonuçlar, yüksek memnuniyetin daha fazla hafif mizah, daha fazla gerginliği gideren mizah, daha fazla kendini rahatlatan mizah ve daha fazla olumlu işlevli mizah kullanımıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Bazı araştırmalar da hasta memnuniyetinin geliştirilip geliştirilemeyeceğini araştırmıştır. Örneğin, Danimarka'daki büyük ölçekli randomize kontrollü bir çalışmada, Frosthalm ve diğerleri (2005) pratisyen hekimleri, tıbbi olarak açıklanmamış bir semptom (örneğin baş ağrısı, yorgunluk vb.) olarak kabul edilen yeni bir sorunla başvuran hastalarla iletişimlerini geliştirmek için rastgele bir eğitim programına ayırmıştır. Eğitim programı değerlendirme, tedavi ve yönetim konularına odaklanmış ve bilişsel odaklı bir yaklaşım kullanmıştır. Buna ek olarak, hastalık algısı anketi (IPQ) kullanılarak hastaların sorunlarına ilişkin inançları ölçülmüştür (bkz. Bölüm 3). Sonuçlar, eğitimin hastaların konsültasyondan memnuniyetini artırdığını göstermiştir. Sonuçlar ayrıca, sorunlarının doğası hakkında belirsizlik hisseden ve s o r u n l a r ı hakkında daha endişeli ve üzgün hisseden hastaların, özellikle de eğitim almamış bir pratisyen hekimi ziyaret etmişlerse, daha az memnun olduklarını göstermiştir. Bu nedenle hasta memnuniyeti bir dizi profesyonel ve hasta değişkeniyle ilişkilidir ve memnun bir hastanın daha sağlıklı bir hasta olacağı varsayımına dayalı olarak sağlık sonuçlarının dolaylı bir ölçütü olarak sağlık hizmetleri değerlendirmesinde giderek daha fazla kullanılmaktadır. Bu durum, çok sayıda hasta memnuniyeti ölçütünün geliştirilmesine ve hasta memnuniyetinin gerçekte ne olduğu konusunda bir anlaşma sağlanamamasına neden olmuştur (bkz. Fitzpatrick 1993). Bununla birlikte, hasta memnuniyetiyle ilgili sorunlar olsa da, bazı çalışmalar hasta memnuniyetinin yönlerinin konsültasyon sırasında verilen tavsiyelere uyumla ilişkili olabileceğini öne sürmektedir.

Hasta anlayışı

Bazı çalışmalarda hastaların konsültasyonun içeriğini ne ölçüde anladıkları da incelenmiştir. Boyle (1970) hastaların farklı hastalıklara ilişkin tanımlarını incelemiş ve bir kontrol listesi verildiğinde hastaların sadece yüzde 85'inin artriti, yüzde 77'sinin sarılığı, yüzde 52'sinin çarpıntıyı ve yüzde 80'inin bronşiti doğru tanımladığını bildirmiştir. Boyle ayrıca hastaların organların yerlerine ilişkin algılarını da incelemiş ve sadece yüzde 42'sinin kalbi, yüzde 20'sinin mideyi ve yüzde 49'unun karaciğeri doğru olarak tanımladığını tespit etmiştir. Bu da konsültasyonun içeriğinin anlaşılmasının düşük olabileceğini göstermektedir. Diğer çalışmalar hastalığın nedensellik ve ciddiyet açısından anlaşılmasını incelemiştir. Roth (1979) hastalara peptik ülserlerin neden kaynaklandığını düşündüklerini sormuş ve diş ve diş eti sorunları, gıda, sindirim sorunları veya aşırı mide asidi gibi çeşitli yanıtlar bulmuştur. Ayrıca bireylere akciğer kanserine neyin neden olduğunu düşündüklerini sormuş ve sigara içme davranışı açısından akciğer kanserinin nedenselliğine ilişkin anlayışın yüksek olmasına rağmen, bireylerin yüzde 50'sinin sigaranın neden olduğu akciğer kanserinin iyi bir prognoza sahip olduğunu düşündüğünü bulmuştur. Roth ayrıca hastaların yüzde 30'unun hipertansiyonun tedavi ile iyileştirilebileceğine inandığını bildirmiştir.

Doktor hastaya tavsiyelerde bulunur veya belirli bir tedavi programını takip etmesini önerirse ve hasta hastalığının nedenlerini, ilgili organın doğru yerini veya tedavide yer alan süreçleri anlamazsa, bu anlayış eksikliği muhtemelen bu tavsiyeye uymasını etkileyecektir.

Hastanın hatırlaması

Araştırmacılar ayrıca konsültasyon sırasında verilen bilgilerin hatırlanma sürecini de incelemişlerdir. Bain (1977), GP konsültasyonuna katılan hastalardan oluşan bir örneklemin hatırlama sürecini incelemiş ve yüzde 37'sinin ilacın adını, yüzde 23'ünün doz sıklığını ve yüzde 25'inin tedavi süresini hatırlayamadığını tespit etmiştir. Crichton ve arkadaşları (1978) tarafından yapılan bir başka çalışmada, hastaların yüzde 22'sinin doktorları tarafından önerilen tedavi rejimini unuttukları tespit edilmiştir. Ley (1981, 1989), konsültasyon bilgilerinin hatırlanmasına ilişkin araştırmaların meta analizinde, hatırlamanın çok sayıda faktörden etkilendiğini bulmuştur. Örneğin Ley, anksiyete, tıbbi bilgi, entelektüel düzey, ifadenin önemi, öncelik etkisi ve ifade sayısının hatırlamayı artırdığını ileri sürmüştür. Ancak, yaşlanmanın hafıza üzerindeki etkisine dair bazı tahminlerin ve yaşlanma sürecine dair bazı mit ve karşı mitlerin aksine, hatırlamanın hastanın yaşından etkilenmediği sonucuna varmıştır. Konsültasyondan sonra bilginin hatırlanması uyumlu ilgili olabilir.

Uyumluluk nasıl iyileştirilebilir?

Uyumun, hasta refahı için gerekli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, uyumu artırmak için hangi faktörlerin kullanılabileceğini inceleyen çalışmalar yürütülmüştür.

Bilginin rolü

Araştırmacılar, sağlık profesyonelleri tarafından konsültasyon sırasında yapılan tavsiyelere hastaların uyumunu artırmada bilginin ve bilgi türünün rolünü incelemişlerdir. Mullen ve arkadaşları (1985) meta-analiz yöntemini kullanarak öğretici ve eğitici bilgilerin uyum üzerindeki etkilerini incelemiş ve bu tür bilgiler kullanıldığında hastaların yüzde 64'ünün daha uyumlu olduğunu tespit etmiştir. Haynes (1982) yüzde 52'lik bir uyum oranını baz almıştır.

Bir teorinin test edilmesi - hasta memnuniyeti

Pratisyen hekimin danışmanlık tarzının hasta memnuniyeti üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışma (Savage ve Armstrong 1990).

Bu çalışma, uzman, yönlendirici danışmanlık tarzı ile paylaşımcı, hasta merkezli danışmanlık tarzının hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini incelemiştir. Bu çalışma hem yöntemsel hem de teorik nedenlerden dolayı ilgi çekicidir. Metodolojik olarak, doğal bir ortamda rastgele kontrol tasarımı kullanmaktadır. Bu, iki tür danışma tarzının etkilerini bireysel farklılıkları belirleme sorunu olmadan (bunlar tasarım tarafından kontrol edilmektedir) ve yapay bir deney sorunu olmadan (çalışma doğal bir ortamda gerçekleşmiştir) karşılaştırmanın mümkün olduğu anlamına gelmektedir. Teorik olarak çalışma, doktor-hasta iletişiminin eğitim modelinin sorunlu olduğu öngörüsünü incelemekte (yani uzman yaklaşımı uygun bir yaklaşım mıdır?) ve doktor-hasta iletişimi yöntemine yönelik hasta tercihlerini incelemektedir.

Arka plan

Geleneksel doktor-hasta iletişimi modeli, doktoru 'bilgisini' naif hastaya ileten bir uzman olarak görür. Bu çerçevede doktor, hastaya talimat veren ve onu yönlendiren bir otorite figürü olarak kabul edilir. Ancak son zamanlarda yapılan araştırmalar, paylaşımcı ve hasta merkezli bir danışmanlık tarzının benimsenmesi halinde iletişim sürecinin iyileştirilebileceğini ortaya koymuştur. Bu yaklaşım, doktor ve hasta arasındaki etkileşimi vurgulamakta ve bu tarzın hastanın verilen tavsiyelere daha fazla bağlılık göstermesine, potansiyel olarak daha yüksek uyum düzeylerine ve daha fazla hasta memnuniyetine yol açabileceğini öne sürmektedir. Savage ve Armstrong (1990), hastaların 'yönlendirici/doktor merkezli danışmanlık tarzı' ya da 'paylaşımcı/hasta merkezli danışmanlık tarzı'na verdikleri tepkileri incelemeyi amaçlamıştır.

Metodoloji

Konular

Çalışma, Londra'nın şehir merkezindeki bir grup muayenehanesinde gerçekleştirilmiştir. Dört ay boyunca her muayenehaneden bir doktor için dört hasta çalışma için rastgele seçilmiştir. Hastalar, 16-75 yaşları arasında olmaları, yaşamı tehdit eden bir durumlarının olmaması, idari/önleyici nedenlerle gelmemeleri ve ilgili pratisyen hekimin projeden rahatsız olmayacaklarını düşünmesi halinde seçilmiştir. Genel olarak, 359 hasta çalışmaya katılmaya davet edilmiş ve toplam 200 hasta tüm değerlendirmeleri tamamlayarak veri analizine dahil edilmiştir.

Tasarım

Çalışma, iki koşullu randomize kontrollü bir tasarımı içermektedir: (1) paylaşımcı danışmanlık tarzı ve (2) yönlendirici danışmanlık tarzı. Hastalar rastgele bir koşula atanmış ve GP ile uygun danışmanlık tarzını içeren bir konsültasyon almışlardır.

Prosedür

Her hastayı rastgele bir koşula atamak için bir dizi kart tasarlanmıştır. Bir hasta danışma odasına girdiğinde karşılanmış ve sorununu anlatması istenmiştir. Bu işlem tamamlandığında, pratisyen hekim uygun konsültasyon tarzını belirlemek için bir kart çevirmiştir. Tavsiye ve tedavi daha sonra pratisyen hekim tarafından bu tarzda verilmiştir. Örneğin, doktorun



Konsültasyonla ilgili yargı ya "Bu ciddi bir sorun/Bunun ciddi bir sorun olduğunu düşünmüyorum" (yönlendirici bir tarz) ya da "Bunun neden olduğunu düşünüyorsunuz?" (paylaşımcı bir tarz) şeklinde olabilirdi. Teşhis için doktor ya "Sizde ... var" (yönlendirici bir tarz) ya da "Sizce sorun nedir?" (paylaşımcı bir tarz) diyebilir. Tedavi tavsiyesi için doktor ya "Bu ilacı almanız çok önemli" (yönlendirici bir tarz) ya da "Ne yapabileceğimi umuyordunuz?" (paylaşımcı bir tarz) diyebilir. Her bir konsültasyon kaydedilmiş ve kullanılan danışma tarzının seçilene uygun olup olmadığını kontrol etmek için bağımsız bir değerlendirici tarafından değerlendirilmiştir.

Önlemler

Tüm deneklerden her konsültasyondan hemen sonra ve bir hafta sonra bir anket doldurmaları istenmiştir. Bu anket, aşağıdaki faktörler açısından hastanın konsültasyondan memnuniyeti ile ilgili sorular içeriyordu:

- *Doktorun sorunu anlaması.* Bu, 'Pratisyen hekimin tam bir anlayışa sahip olduğunu algıladım' gibi maddelerle ölçülmüştür.
- *Soruna ilişkin açıklamanın yeterliliği.* Bu, 'Mükemmel bir açıklama aldım' gibi ifadelerle ölçülmüştür.
- *Yardım edilmiş hissetme.* Bu, 'Çok yardımcı olduğumu hissettim' ve 'Kendimi çok daha iyi hissettim' ifadeleriyle ölçülmüştür.

Sonuçlar

Sonuçlar, yönlendirici ve paylaşımcı bir danışmanlık tarzı alan hastalar arasında hasta memnuniyeti açısından farklılıkları değerlendirmek üzere analiz edilmiştir. Buna ek olarak, bu farklılık hasta özellikleriyle (hastanın fiziksel bir sorunu olup olmadığı, reçete alıp almadığı, herhangi bir test yaptırıp yaptırmadığı ve seyrek gelip gelmediği) ilişkili olarak da incelenmiştir.

Sonuçlar, tüm deneklerin konsültasyondan hemen sonra doktorun anlayış, açıklama ve yardım etme açısından yüksek düzeyde memnuniyet bildirmelerine rağmen, konsültasyonlarında yönlendirici bir tarz alan deneklerde bu memnuniyetin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca, bu fark bir hafta sonra da bulunmuştur. Sonuçlar hasta özelliklerinin memnuniyet üzerindeki rolünü incelemek üzere analiz edildiğinde, yönlendirici tarzın muayenehaneye nadiren gelen, fiziksel bir sorunu olan, test yaptırmayan ve reçete alan hastalarda daha yüksek memnuniyet düzeylerine yol açtığı görülmüştür.

Sonuç

Sonuçlar, yönlendirici bir danışmanlık tarzının, paylaşımcı bir danışmanlık tarzına kıyasla daha yüksek düzeyde hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu durum, doktorun 'uzman', hastanın ise 'meslekten olmayan kişi' olduğu doktor-hasta iletişimi eğitim modeline destek sağlamaktadır. Buna ek olarak, bu çalışmadaki hastaların, hastanın görüşlerini soran paylaşımcı bir doktordan ziyade resmi bir teşhis sunan otorite figürünü tercih ettiğini göstermektedir. Dolayısıyla, son zamanlarda yapılan araştırmalar geleneksel doktor-hasta iletişimi eğitim modelini eleştirse de, bu çalışmanın sonuçları bazı hastaların bu yaklaşımı tercih edebileceğini göstermektedir.

tavsiyelerinde bulunmuş ve bilgilendirmenin genel olarak uyumu sadece yüzde 66 seviyesine kadar iyileştirdiğini tespit etmiştir. Ancak Haynes, davranışsal ve bireyselleştirilmiş talimatların uyumu yüzde 75'e çıkardığını bildirmiştir. Bu nedenle bilgi vermek uyumu artırmanın bir yolu olabilir.

Uyumluluğun iyileştirilmesi için öneriler

İletişimi ve dolayısıyla uyumu iyileştirmek için çeşitli tavsiyelerde bulunulmuştur.

Sözlü bilgi

Ley (1989), uyumu geliştirmenin bir yolunun da sözlü iletişimin içeriği açısından iletişimi geliştirmek olduğunu öne sürmüştür. Aşağıdaki faktörlerin önemli olduğuna inanmaktadır:

- öncelik etkisi - hastalar kendilerine söylenen ilk şeyi hatırlama eğilimindedir
- uyumun önemini vurgulamak için
- bilgileri basitleştirmek için
- tekrarı kullanmak için
- spesifik olmak gerekirse
- ek görüşmelerle istişareyi takip etmek.

Yazılı bilgi

Araştırmacılar ayrıca uyumu artırmada yazılı bilginin kullanımını da incelemiştir. Ley ve Morris (1984) ilaçlarla ilgili yazılı bilginin etkisini incelemiş ve çalışmaların yüzde 90'ında bilginin arttığını, yüzde 60'ında uyumun arttığını ve yüzde 57'sinde sonucun iyileştiğini bulmuştur.

Ley'in bilişsel hipotez modeli ve bu modelin hasta memnuniyeti, anlama ve hatırlamaya yaptığı vurgu, sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki iletişime ilişkin araştırmaların teşvik edilmesi açısından etkili olmuştur. Ayrıca model, iletişim sürecini iyileştirmek için bilgi kullanımının incelenmesini de teşvik etmiştir. Bunun bir sonucu olarak, bilginin rolü, iyileşme ve sonuç üzerindeki etkisi açısından daha fazla araştırılmıştır.

Bilginin hastalıktaki daha geniş rolü

Bilgilendirme ve ameliyat sonrası iyileşme

Bilgi, hastalık ve ameliyat sonrası iyileşme ve sonuçlarla da ilişkili olabilir. Janis (1958), ameliyatın neden olduğu stresin daha sonraki iyileşmeyle ilişkili olabileceği temelinde, ameliyat öncesi korkunun ameliyat sonrası iyileşme üzerindeki etkilerini incelemek için hastalarla ameliyat öncesi ve sonrası görüşmeler yapmıştır. Janis, ameliyat öncesi aşırı korku, orta derecede korku ve çok az korku ya da hiç korku duymama arasındaki farkları incelemiştir. Aşırı korku, hastaların sürekli endişe, kaygı ve savunmasızlık raporlarına; orta derecede korku, bireyin bilgi arayışı ile gerçeklik yönelimine; çok az korku ya da hiç korku duymama ise inkar durumuna yansımıştır. Sonuçlar, orta düzeyde ameliyat öncesi korkunun (yani gerçeklik yönelimi ve bilgi arayışı) ameliyat sonrası sıkıntıda azalmayla ilişkili olduğu yönündedir. Janis, orta dereceli korkunun bireyin bir savunma mekanizması geliştirmesine, başa çıkma stratejileri geliştirmesine, açıklayıcı bilgiler aramasına ve ameliyatın sonucunu prova etmesine neden olduğunu öne sürmüştür. Bu yaklaşım şu sonuçlara yol açabilir

sonuca olan güvenin artması ve bunun da ameliyat sonrası sıkıntının azalmasına yansımaları. Ancak, anksiyete ve sonuç arasındaki bu 'U' şeklindeki ilişkiye dair çelişkili kanıtlar bulunmaktadır (bkz. Johnston ve Vogege 1993).

İyileşmeyi iyileştirmek için bilgiyi kullanma

Eğer stres ameliyat sonrası iyileşmeyle ilgiliyse, bilginin bu stresi azaltmanın önemli bir yolu olabileceği açıktır. Tıbbi bir müdahaleden sonra iyileşmenin sonucunu etkilemek için kullanılabilecek farklı bilgi türleri vardır. Bunlar şu şekilde tanımlanmıştır: (1) bireylerin duygularıyla başa çıkmalarına veya bu duygular üzerinde düşünmelerine yardımcı olmak için kullanılabilecek *duyusal bilgiler*; (2) bireylerin sürecin veya müdahalenin gerçekte nasıl yapılacağını öğrenmelerini sağlayan *prosedürel bilgiler*; (3) bireyleri olası başa çıkma stratejileri konusunda eğitebilecek başa çıkma *becerileri* bilgileri ve (4) bireylere öksürme ve rahatlama gibi faktörler açısından nasıl davranmaları gerektiğini öğreten *davranışsal talimatlar*.

Araştırmacılar bu farklı bilgi türlerinin iyileşmeyi destekleme ve sıkıntıyı azaltmadaki göreceli rollerini değerlendirmişlerdir. Johnson ve Leventhal (1974) endoskopik muayeneden önce hastalara duyusal bilgi (yani duygular hakkında bilgi) vermiş ve bu hastaların yaşadığı sıkıntı seviyesinde bir azalma olduğunu kaydetmiştir. Egbert ve arkadaşları (1964) hastanede karın ameliyatı geçiren hastalara duyusal bilgi (yani duygular hakkında) ve başa çıkma becerileri bilgisi (yani hangi başa çıkma becerilerinin kullanılabileceği hakkında) vermiştir. Duyusal ve başa çıkma bilgilerinin ağrı kesici ihtiyacını azalttığını ve buna ek olarak hastanede kalış süresini üç gün azalttığını bildirmişlerdir. Young ve Humphrey (1985) hastaneye yatacak hastalara bilgi vermiş ve hastanede nasıl hayatta kalabileceklerine ilişkin bilgilerin hastaların sıkıntılarını ve hastanede kalış sürelerini azalttığını tespit etmiştir. Araştırmalar özellikle ameliyat öncesi bilgilendirmenin rolünü de incelemiştir. Johnston (1980) ameliyat öncesi bilgilendirmenin

Kutu 4.1 ... iletişim araştırmaları ile ilgili bazı sorunlar

Aşağıda, bu alandaki araştırmalarla ilgili göz önünde bulundurmak isteyebileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır.

- 1 İletişim sürecini inceleyen araştırmalar, sağlık çalışanlarının inançlarının teşhis, yönetim veya sevk açısından davranışlarıyla nasıl ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Bununla birlikte, davranışlarının da inançlarını etkilemesi ve inançlar ile davranışların dinamik bir ilişki içinde olması mümkündür.
- 2 Klinik bakımdaki mevcut vurgu, hasta merkezilik, ortak karar verme ve bilgilendirilmiş kararlar üzerinedir. Bu, hastanın bakış açısına saygı duymayı ve hastanın inançlarını anlamayı vurgulamaktadır. Bununla birlikte, sağlık profesyonelleri de doğru yönetim şeklinin ve ileriye dönük doğru yolun ne olduğunu bildiklerini düşünmelerini teşvik eden eğitim ve uzmanlığa sahiptir. Zaman zaman bu iki bakış açısı çatışabilir. Örneğin, epileptik bir hasta kendi kendine bakım ve alternatif ilaçların kullanımı yoluyla sorununu yönetebileceğine inanabilir. Doktor aynı fikirde olmayabilir ve anti-epileptik ilaçların en güvenli seçenek olduğunu düşünebilir. Bu iki perspektifin, doktorun hem hasta merkezli hem de güvenli olmasını sağlarken nasıl yan yana durabileceği belirsizdir. Bazı zamanlar literatür her yolu deniyor gibi görünmektedir.
- 3 Sağlık profesyoneli ve hasta arasındaki etkileşimi inceleyen araştırmalarda çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bazı çalışmalar taraflara etkileşim hakkında sorular sorar, bazıları etkileşimi kaydeder, bazıları etkileşimi kodlar ve bazıları da etkileşimi gözlemler. Tüm bu yöntemler bir yorumlama düzeyi içerir (araştırmacı, sağlık çalışanı veya hasta tarafından). Bir danışma odasında 'gerçekten' neler olup bittiğine erişmeye çalışmak gerçekten mümkün değildir.

iyileşmeyi etkilemekte ve anksiyeteyi, ağrı derecelendirmesini, hastanede kalış süresini ve analjezik alımını azaltmaktadır. Ayrıca, ameliyata hazırlık konusunda yayınlanmış ve yayınlanmamış literatürün detaylı bir meta analizinde Johnston ve Voge (1993), hem prosedürel bilgi (yani ne olacağı) hem de davranışsal talimatlar (yani sonrasında nasıl davranılacağı) şeklinde ameliyata hazırlığın, ruh hali, ağrı, iyileşme, fizyolojik endeksler ve memnuniyet dahil olmak üzere araştırılan tüm sonuç değişkenleri üzerinde önemli faydalar sağladığı sonucuna varmıştır. Ameliyat öncesi bilgilendirmenin bu kadar başarılı olmasının nedenleri belirsizliğini korusa da, ameliyat öncesi bilgilendirmenin, hastanın ameliyattan sonra beklenen endişelerini, korkularını ve değişikliklerini zihinsel olarak prova etmesini sağlayarak anksiyetenin azaltılması açısından bireye faydalı olması mümkündür; böylece herhangi bir değişiklik öngörülebilir hale gelir. Dolayısıyla bu sonuçlar, doktor veya sağlık profesyoneli tarafından doğru şekilde iletilen bilginin, hastaneye yatış veya hastane müdahalesi sonrasında yaşanan sıkıntının azaltılmasında önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

Sağlık profesyoneli-hasta iletişiminde bilginin rolü

Ley'in sağlık profesyoneli-hasta iletişimine yaklaşımı, tıbbi bilginin uzmandan meslekten olmayan kişiye aktarılmasını içeren bir eğitim modeli çerçevesinde anlaşılabilir (Marteau ve Johnston 1990). Bu geleneksel yaklaşım, sağlık çalışanlarının eğitim ve öğretimlerinin bir ürünü olarak görülen tıbbi bilgilerine yönelik araştırmaları motive etmiştir. Buna göre, iletişim süreci sağlık profesyonelinin bilgi tabanından kaynaklanıyor olarak görülmektedir.

Boyle (1970), hastaların bilgisine vurgu yapmakla birlikte, doktorların organların yerleri ve çeşitli hastalıkların nedenleri hakkındaki bilgilerine ilişkin bazı bilgiler de sağlamıştır. Sonuçlar, doktorların bilgilerinin hastalarinkinden daha üstün olmasına rağmen, bazı doktorların kalp gibi organları yanlış konumlandığını ve 'kabızlık' ve 'ishal' gibi sorunları yanlış tanımladığını göstermiştir. Sağlık çalışanlarının diyabet (Etzwiler 1967; Scheiderich ve ark. 1983) ve astım (Anderson ve ark. 1983) hakkında yanlış bilgi sahibi oldukları da tespit edilmiştir. Son yıllarda, *Herkes için Sağlık* ve *Ulusun Sağlığı* gibi hükümet belgeleri nedeniyle, birinci basamak sağlık ekibi üyeleri, genellikle sigara, içki ve diyet gibi davranışların değiştirilmesi konusunda tavsiyelerde bulunmayı içeren sağlıklı geliştirme uygulamalarına daha fazla zaman ayırmaktadır. Bu nedenle araştırmalar, sağlık çalışanlarının bu uygulamalar hakkındaki bilgilerini incelemiştir. Murray ve diğerleri (1993) İskoçya'daki birinci basamak sağlık çalışanlarının diyet bilgilerini incelemiştir. Pratisyen hekimler, toplum hemşireleri ve muayenehane hemşireleri diyetle ilgili yaygın olarak duyulan bir dizi ifadeden oluşan bir anket doldurmuş ve bu ifadelerle katılıp katılmadıklarını belirtmeleri istenmiştir. Sonuçlar, 'çoğu insan daha az şeker tüketmelidir' ve 'çoğu insan daha fazla lif tüketmelidir' gibi ifadeler için yüksek düzeyde doğru bilgi ve 'gıdalardaki kolesterol, kan lipid seviyelerini kontrol etmede en önemli diyet faktörüdür' gibi ifadeler için nispeten zayıf doğruluk göstermiştir. Yazarlar, birinci basamak sağlık çalışanlarının genel olarak iyi bir diyet bilgisine sahip olduğu, ancak 'koroner kalp hastalığının diyetle ilgili yönleri konusunda daha iyi bir öğretim ve eğitim geliştirilmesine acil ihtiyaç olduğu' sonucuna varmıştır.

Sağlık profesyoneli-hasta iletişimine geleneksel yaklaşımla ilgili sorunlar

Sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki iletişime ilişkin geleneksel modeller, bilginin uzmandan meslekten olmayan kişiye aktarılmasını vurgulamıştır. Ley'in bilişsel hipotezi

İletişim modeli, hasta için bir rol içerir ve iletişim sürecindeki hasta faktörlerinin yanı sıra ilgili bilgilerin sağlanması gibi sağlık profesyoneli faktörlerini de vurgular. Bu yaklaşım, sağlık ve hastalıkta bilginin daha geniş rolüne ilişkin araştırmaları teşvik etmiştir. Ancak bu eğitim yaklaşımında aşağıdaki şekilde özetlenebilecek çeşitli sorunlar bulunmaktadır:

- Sağlık profesyoneli gelen iletişimin, bilgi tabanı nesnel bilgi olan ve söz konusu sağlık profesyonelinin sağlık inançlarını içermeyen bir uzmandan geldiğini varsayar.
- Hasta uyumu olumlu ve sorunsuz olarak görülmektedir.
- Geliştirilmiş bilginin iletişim sürecini iyileştireceği öngörülmektedir.
- Hastanın sağlık inançları için bir rol içermez.

İletişimin bağıllık modeli

Stanton (1987), iletişim sürecine ilişkin anlayışımızı iletirmek amacıyla bağıllık modelini geliştirmiştir. Terminolojideki 'uyum'dan 'bağıllık'a geçiş, modelin, uyumlu bir hastaya tavsiye veren bir uzman olarak geleneksel doktor görüşünden ayrılma girişimini göstermektedir. Bağıllık modeli, sağlık profesyonelinin iletişiminin hasta bilgisinin ve hasta memnuniyetinin artmasına ve önerilen tıbbi rejime bağıllığa yol açtığını öne sürmektedir. Bağıllık modelinin bu yönü Ley'in modeline benzemektedir. Buna ek olarak, hastaların inançlarının önemli olduğunu öne sürmüş ve model hastanın kontrol odağını, algılanan sosyal desteği ve bağıllıkla ilgili yaşam tarzının bozulmasını vurgulamıştır. Bu nedenle model, hastaların yönlerini içermesi ve sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki etkileşimi vurgulaması bakımından Ley'in modelinden ilerlemektedir.

Ancak yine bu iletişim modeli, sağlık profesyonellerinin verdiği bilgilerin nesnel bilgiye dayandığını ve kendi sağlık inançlarından etkilenmediğini varsaymaktadır. Hastalar, doktorlar tarafından ele alınması gereken ve iletişimin dili ve içeriği açısından ele alınması gereken kendi farklı inançları ve bakış açıları olan meslekten olmayan kişiler olarak kabul edilir. Buna karşın, doktorlar objektif ve yalnızca profesyonel görüşlere sahip kişiler olarak kabul edilmektedir.

Doktor değişkenliği sorunu

Geleneksel olarak, doktorların kapsamlı tıp eğitimlerinden gelen nesnel bir bilgi setine sahip oldukları kabul edilir. Eğer durum böyle olsaydı, benzer bilgi ve eğitim seviyelerine sahip doktorların benzer şekillerde davranacağı tahmin edilebilirdi. Ayrıca, doktorların davranışları nesnel olsaydı, davranışları da tutarlı olurdu. Ancak, doktorlar arasında uygulamalarının farklı yönleri açısından önemli farklılıklar bulunmuştur. Örneğin, Anderson ve diğerleri (1983) doktorların astım teşhisinde farklılık gösterdiklerini bildirmiştir. Mapes (1980) doktorların reçete yazma davranışları açısından farklılık gösterdiklerini ve ilaç alan hastaların yüzde 15-90'ının değiştiğini öne sürmüştür. Bucknall ve diğerleri (1986) doktorların kan basıncını ölçmek için kullandıkları yöntemlerde farklılıklar olduğunu, Marteau ve Baum (1984) da doktorların diyabet tedavilerinde farklılıklar olduğunu bildirmiştir.

Doktor-hasta iletişiminin geleneksel eğitim modeline göre, bu değişkenlik farklı bilgi ve uzmanlık düzeyleri açısından anlaşılabilir. Ancak bu değişkenlik, klinik karar verme sürecine dahil olan diğer faktörler incelenerek de anlaşılabilir.

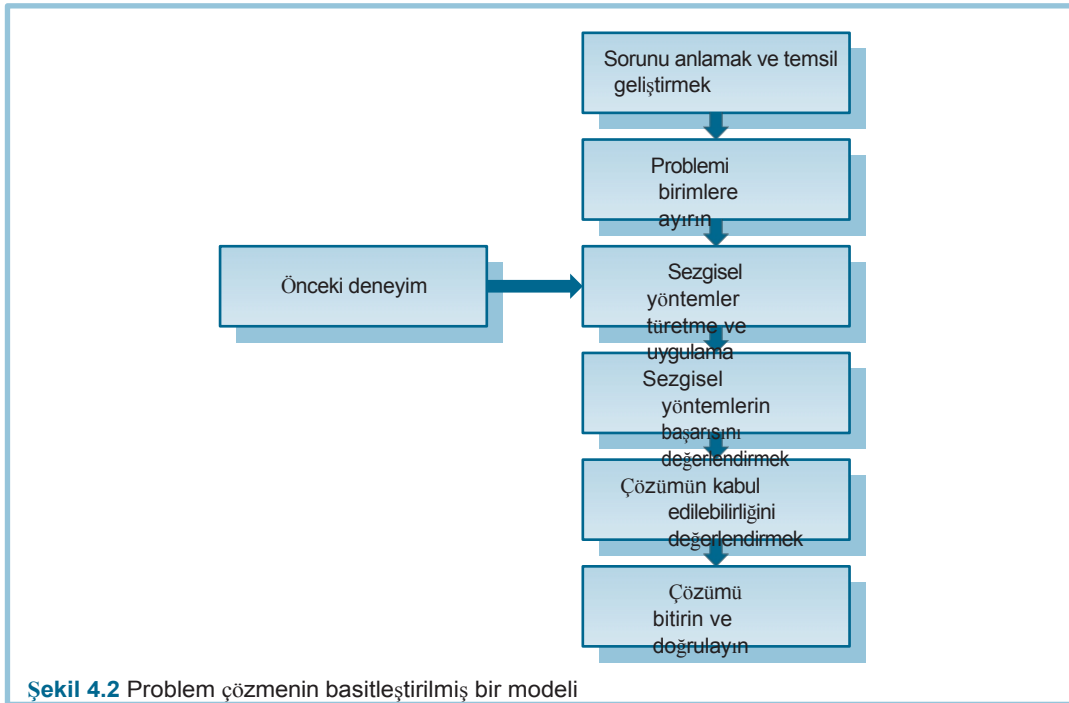
Değişkenliği açıklamak - problem çözme olarak klinik karar verme

Bir problem çözme modeli

Klinik karar verme süreçleri, problem çözmenin özel bir şeklidir ve problem çözme ve bilgi işleme teorileri bağlamında incelenmiştir. Genellikle klinik kararların, kanıt ve veri toplamayı ve bu verileri bir sonuç ve hipotez geliştirmek için kullanmayı içeren *tümevarımsal akıl yürütme* süreciyle alındığı varsayılır. Örneğin, bu çerçevede, bir pratisyen hekim bir hastayla konsültasyona, hastanın sorununa ilişkin önceden herhangi bir model oluşturmadan başlayacaktır. Pratisyen hekim daha sonra hastanın geçmişi ve semptomları ile ilgili uygun soruları soracak ve mevcut sorun hakkında bir hipotez geliştirecektir. Ancak doktorların karar verme süreçleri genellikle hipotetik-tümdengelsel karar verme modeli çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu bakış açısı, konsültasyonun erken aşamalarında hipotezlerin geliştirilmesini vurgular ve Newell ve Simon'ın (1972) hipotez testini vurgulayan problem çözme modeli ile örneklendirilir. Newell ve Simon, problem çözmenin herhangi bir problemin çözümünü sonuçlanan bir dizi aşamayı içerdiğini öne sürmüştür. Bu model birçok farklı problem çözme biçimine uygulanmıştır ve klinik kararları incelemek için faydalı bir çerçevedir (bkz. Şekil 4.2).

Söz konusu aşamalar aşağıdaki gibidir:

- 1 **Sorunun doğasını anlayın ve bir iç temsil geliştirin.** Bu aşamada, bireyin sorunun içsel bir temsilini formüle etmesi gerekir. Bu süreç, sorunun amacını anlamayı, verilen koşulları değerlendirmeyi ve mevcut verilerin niteliğini değerlendirmeyi içerir.
- 2 **Problemi çözmek için bir eylem planı geliştirin.** Newell ve Simon iki tür plan arasında ayırım yapmıştır: sezgisel yöntemler ve algoritmalar. Algoritma, bir problemi çözmek için



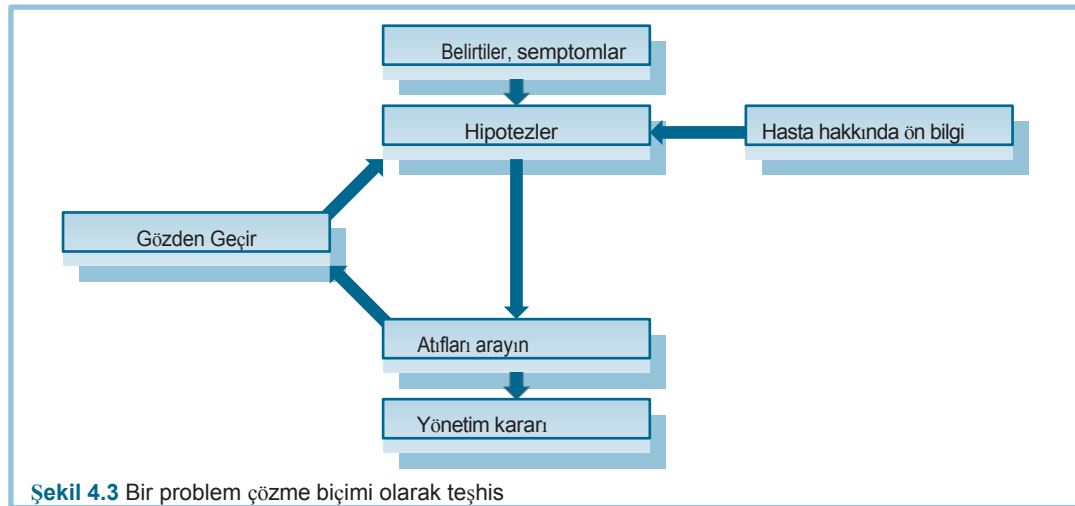
doğru uygulandığında doğru bir çözüm sağlayacaktır (örneğin toplama, çarpma vb. algoritmalar içerir). Bununla birlikte, çoğu insan problemi çözümü, temel kurallar olan sezgisel yöntemleri içerir. Sezgisel yöntemler daha az kesin ve spesifiktir ancak problem çözücü için rehberlik ve yönlendirme sağlar. Sezgisel yöntemler, mevcut problem ile önceki benzer problemler arasında paralellikler geliştirmeyi içerebilir.

- 3 **Sezgisel yöntemler uygulayın.** Planlar geliştirildikten sonra verilen duruma uygulanır.
- 4 **Buluşsal yöntemlerin verimli olup olmadığını belirleme.** Birey daha sonra sezgisel yöntemlerin söz konusu problemi çözme girişiminde başarılı olup olmadığına karar verir. Başarısız oldukları düşünülürse, bireyin soruna yeni bir yaklaşım geliştirmesi gerekebilir.
- 5 **Kabul edilebilir bir çözümün elde edilip edilmediğini belirleyin.**
- 6 **Çözümü bitirin ve doğrulayın.** Problem çözme sürecinin son noktası, bireyin probleme yönelik kabul edilebilir bir çözüme ulaşıldığına ve bu çözümün uygun bir sonuç sağladığına karar vermesini içerir.

Newell ve Simon'ın problem çözme modeline göre, problemin nedenleri ve çözümleri hakkındaki hipotezler sürecin çok erken aşamalarında geliştirilir. Bu süreci dinamik ve sürekli değişen bir süreç olarak gören Newell ve Simon, sürecin her aşamasında bireyin hipotezin değerini değerlendirdiği ve kanıtlara göre kabul ya da reddedildiği bir "sonuç analizi" uyguladığını öne sürmüştür. Bu tür bir model, bireyin, açık bir son noktası olmayan ve yönetilemeyen açık bir problemi, bir dizi hipotezle kapatılabilen ve test edilebilen bir probleme dönüştürmek için hipotezler geliştirdiği bilgi işlemeyi içerir.

Problem çözme olarak klinik kararlar

Klinik kararlar bir problem çözme biçimi olarak kavramsallaştırılabilir ve konsültasyon sürecinin başlarında hipotezlerin geliştirilmesini içerir. Bu hipotezler daha sonra doktorun seçtiği sorularla test edilir. Problem çözme modelleri, klinik bir kararın formüle edilmesi sürecinin aşağıdaki aşamaları içerdiğini savunan çeşitli yazarlar (örneğin MacWhinney 1973; Weinman 1987) tarafından klinik karar verme sürecine uygulanmıştır (bkz. Şekil 4.3):



- 1 **Hastanın semptomları hakkında bilgiye erişim.** Sağlık uzmanından hastaya yapılan herhangi bir danışmada ilk sorular, sağlık uzmanının sorunun doğasını anlamasını ve sorunun türüne ilişkin bir iç temsil oluşturmalarını sağlayacaktır.
- 2 **Hipotezler geliştirmek.** Sorun çözme sürecinin başlarında sağlık uzmanı, sorunun olası nedenleri ve çözümleri hakkında hipotezler geliştirir.
- 3 **Nitelikleri araştırın.** Sağlık çalışanı daha sonra hipotezlerini doğrulayacak ya da çürütecek faktörleri arayarak hipotezlerini test etmeye devam eder. Hipotez test etme sürecine ilişkin araştırmalar, doktorların dengeli sorular sorarak hipotezlerini doğrulamayı ya da çürütmeyi amaçlamalarına rağmen, sorgulamalarının çoğunun orijinal hipotezlerini doğrulamaya yönelik olduğunu göstermiştir. Dolayısıyla, bir hastanın psikolojik bir sorunu olduğuna dair başlangıç hipotezi, doktorun hastanın psikolojik durumuna odaklanmasına ve hastanın fiziksel semptomları hakkında konuşma girişimini göz ardı etmesine neden olabilir. Araştırmalar, doktorların bir hipotez geliştirdikten sonra topladıkları klinik bilgilerin, orijinal hipotezi desteklemek için sistematik olarak çarpıtılabileceğini göstermiştir (Wallsten 1978). Ayrıca, hipotez türünün konsültasyon sırasında alınan bilgilerin toplanması ve yorumlanmasında yanıltıcı davrandığı gösterilmiştir (Wason 1974).
- 4 **Yönetim kararı alma.** Klinik karar verme sürecinin sonucu, sağlık profesyonelinin ileriye dönük olarak nasıl bir yol izleyeceğine karar vermesini içerir. Weinman (1987), bir konsültasyonun ve bir teşhisin sonucunun mutlak bir varlık olmadığının, ancak gelecekteki olaylarla doğrulanacak veya yalanlanacak bir hipotez ve bilinçli bir tahmin olduğunun farkına varmanın önemli olduğunu öne sürmüştür.

Değişkenliğin açıklanması

Bu nedenle sağlık çalışanlarının davranışlarındaki değişkenlik, klinik kararlarda yer alan süreçler açısından anlaşılabilir. Örneğin, sağlık çalışanları şunları yapabilir

- hastanın semptomları hakkında farklı bilgilere erişim
- farklı hipotezler geliştirmek
- Hipotezlerini doğrulamak ya da çürütmek için farklı özelliklere erişmek
- teyit etmeye yönelik farklı derecelerde bir önyargıya sahiptir
- Sonuç olarak farklı yönetim kararlarına ulaşır.

Değişkenliği açıklamak - sağlık çalışanlarının sağlık inançlarının rolü

Klinik karar verme sürecine ilişkin hipotez testi modeli, sağlık profesyonellerinin davranışlarındaki değişkenliğin olası nedenlerine ilişkin bir anlayış sağlamaktadır. Modelde değişkenliğe yol açabilecek belki de en önemli aşama orijinal hipotezin geliştirilmesidir. Hastalar, bireysel ve değişken olan inançlara sahip olarak tanımlanmaktadır. Sağlık profesyonelleri ise genellikle tutarlı ve öngörülebilir olduğu varsayılan profesyonel inançlara sahip olarak tanımlanır. Ancak orijinal hipotezin geliştirilmesi, sağlık profesyonelinin kendi sağlık inançlarını da içerir ve bu inançlar hastanınki kadar değişkenlik gösterebilir. Sağlık profesyonellerinin inançlarını incelemek için sağlık inanç modeli, koruma motivasyon teorisi ve atıf teorisi gibi modellerin bileşenleri geliştirilmiştir. Orijinal hipotezin oluşturulmasında yer alan inançlar aşağıdaki gibi kategorize edilebilir:

- 1 **Sağlık profesyonelinin klinik sorunların doğasına ilişkin kendi inançları.** Sağlık profesyonellerinin sağlık ve hastalık hakkında kendi inançları vardır. Bu önceden var olan faktör, hipotez seçimlerini etkileyecektir. Örneğin, bir sağlık profesyoneli sağlık ve hastalığın biyomedikal faktörler (örn. lezyonlar, bakteriler, virüsler) tarafından belirlendiğine inanıyorsa, hastanın sorunu hakkında bu bakış açısını yansıtan bir hipotez geliştirecektir (örn. kendini sürekli yorgun hissettiğini söyleyen bir hasta anemik olabilir). Ancak, sağlık ve hastalığı psikososyal faktörlerle ilişkili olarak gören bir sağlık profesyoneli, bu bakış açısını yansıtan hipotezler geliştirebilir (örneğin, sürekli yorgun hissettiğini bildiren bir hasta stres altında olabilir).
- 2 **Sağlık profesyonelinin hipotezin ve hastalığın olasılığına ilişkin tahmini.** Sağlık profesyonelleri, herhangi bir sağlık sorununun yaygınlığı ve görülme sıklığı hakkında, hipotez geliştirme sürecini etkileyecek önceden var olan inançlara sahip olacaktır. Örneğin, bazı doktorlar çocukluk astımını yaygın bir şikayet olarak görebilir ve öksürükle başvuran bir çocuğun astım hastası olduğunu varsayabilirken, diğerleri çocukluk astımının nadir görüldüğüne inanabilir ve bu nedenle bu hipotezi dikkate almayabilir.
- 3 **Hastalığın ciddiyeti ve tedavi edilebilirliği.** Weinman (1987) sağlık çalışanlarının doğru tanıya ulaşmanın getireceği 'getiriye' düşünmeye motive olduklarını ve bunun hipotez seçimlerini etkileyeceğini ileri sürmüştür. Bu karşılığın, bir hastalığın ciddiyeti ve tedavi edilebilirliği hakkındaki inançlarıyla ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Örneğin, karın ağrısı ile başvuran bir çocuk apandisit hipotezi ile sonuçlanabilir çünkü bu hem ciddi hem de tedavi edilebilir bir durumdur ve bu durum için doğru tanıya ulaşmanın faydaları, bu hipotezin çürütülmesi halinde ortaya çıkacak maliyetlerden (zaman kaybı gibi) çok daha ağır basacaktır. Marteau ve Baum (1984) sağlık çalışanlarının diyabetin ciddiyetine ilişkin algılarının farklılık gösterdiğini ve bu inançların tedavi önerilerini etkileyeceğini ileri sürmüştür. Brewin (1984) tıp öğrencilerinin bir hastanın yaşam olaylarının kontrol edilebilirliğine ilişkin algıları ile varsayımsal antidepresan reçetesi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma yürütmüştür. Sonuçlar, öğrencilerin yaşam olaylarının kontrol edilebilirliğine ilişkin inançlarında değişkenlik olduğunu göstermiştir; hastanın kontrol altında olmadığı görüldüğünde (yani hasta bir kurban olarak görüldüğünde), öğrencilerin antidepresan reçete etme olasılığı, hastanın kontrol altında olduğu görüldüğüne göre daha yüksektir. Bu durum, sağlık çalışanlarının inançlarında tutarsızlık ve değişkenlik bildirmekle kalmayıp, bu değişkenliğin davranışlarında da değişkenliğe dönüşebileceğini göstermektedir.
- 4 **Hastaya ilişkin kişisel bilgi.** Orijinal hipotez, sağlık profesyonelinin hasta hakkındaki mevcut bilgisiyle de ilişkili olacaktır. Bu faktörler arasında hastanın tıbbi geçmişi, psikolojik durumuna ilişkin bilgi, psikososyal çevresine ilişkin bir anlayış ve hastanın tıbbi hizmetleri neden kullandığına ilişkin bir inanç yer alabilir.
- 5 **Sağlık profesyonelinin basmakalıp düşünceleri.** Basmakalıp yargılar bazen sorunlu ve karar verme sürecini karıştırıcı olarak görülür. Ancak, sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki görüşmelerin çoğu zaman sınırlıdır ve sonuç olarak kalıp yargılar bir hipotezin geliştirilmesi, test edilmesi ve bir yönetim kararına ulaşılmasında merkezi bir rol oynar. Stereotipler 'bilişsel ekonomi' sürecini yansıtır ve hastanın nasıl görüldüğü/konuştugu/yürüdüğü veya sağlık profesyoneline önceki hastaları hatırlatıp hatırlatmadığı gibi çok sayıda faktöre göre geliştirilebilir. Stereotipler olmasaydı, sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki konsültasyonlar son derece zaman alıcı olurdu.

Orijinal hipotezin geliştirilmesini etkileyebilecek diğer faktörler arasında aşağıdakiler yer almaktadır:

- 1 **Sağlık profesyonelinin ruh hali.** Sağlık çalışanının ruh hali, hipotez seçimini ve ardından bu hipotezi test etme sürecini etkileyebilir. Isen ve arkadaşları (1991) bir grup tıp öğrencisinin ruh halini manipüle etmiş ve indüklenen pozitif etkinin karar verme süreçleri üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Bu gruptaki deneklere, bir anagram görevinde ülke çapındaki tüm lisansüstü öğrenciler arasında ilk yüzde 3'lük dilimde performans gösterdikleri bilgisi verilerek olumlu etki yaratılmıştır. Daha sonra tüm deneklere bir dizi varsayımsal hasta verilmiş ve hangisinin akciğer kanseri olma ihtimalinin daha yüksek olduğuna karar vermeleri istenmiştir. Sonuçlar, olumlu duygulanım grubundaki deneklerin doğru karara varmak için daha az zaman harcadıklarını ve verilen görevin ötesine geçerek vaka geçmişlerine daha fazla ilgi gösterdiklerini ortaya koymuştur. Yazarlar bu nedenle ruh halinin deneklerin karar verme süreçlerini etkilediği sonucuna varmıştır.
- 2 **Sağlık çalışanının profil özellikleri.** Yaş, cinsiyet, kilo, coğrafi konum, önceki deneyim ve sağlık çalışanının kendi davranışları gibi faktörler de karar verme sürecini etkileyebilir. Örneğin, sigara içen doktorların sigara içmeyen meslektaşlarına göre sigara konusunda danışmanlık yapmak için daha fazla zaman harcadıkları gösterilmiştir (Stokes ve Rigotti 1988). Ayrıca, zayıf muayenehane hemşirelerinin obezite hakkında farklı inançlara sahip olduğu ve obez hastalara kilolu muayenehane hemşirelerinden farklı tavsiyelerde bulunduğu gösterilmiştir (Hoppe ve Ogden 1997).

Özetle, sağlık çalışanlarının davranışlarındaki değişkenlik, karar verme sürecine dahil olan faktörler açısından anlaşılabilir. Özellikle, sağlık profesyonelinin kendi inançları gibi orijinal hipotezin geliştirilmesinden önceki birçok faktör bu değişkenliğe katkıda bulunabilir.

İnançların hastalara iletilmesi

Sağlık çalışanlarının sağlıkla ilgili kendi inançları varsa, bunlar hastalara iletebilir. Bu durum özellikle risk iletişimi alanında incelenmiştir. McNeil ve arkadaşları (1982) tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının kullandığı dilin hastaların varsayımsal tedavi seçimi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Ameliyat teklifinin 'hayatta kalma olasılığını artıracak' ya da 'ölüm olasılığını azaltacak' yönündeki etkisini değerlendirmişlerdir. Sonuçlar, hastaların hayatta kalma olasılığını artırdığına inandıkları takdirde ameliyatı seçme olasılıklarının, ölüm olasılığını azalttığına inandıklarından daha yüksek olduğunu göstermiştir. Böyle bir sorunun ifadesi, doktorun bireysel inançlarını büyük ölçüde yansıtacak ve bu da hastaların seçimlerini etkileyecektir. Benzer şekilde, Senior ve diğerleri (2000) varsayımsal senaryolar kullanarak kalp hastalığı ya da artrit riskinin genetik ya da belirtilmemiş olarak çerçevelenmesinin etkisini araştırmıştır. Sonuçlar, riskin nasıl sunulduğunun hem katılımcıların hastalığın ne kadar öngörülebilir olduğuna ilişkin değerlendirmelerini hem de nedenlere ilişkin inançlarını etkilediğini göstermiştir. Benzer bir şekilde, Misselbrook ve Armstrong (2000) hastalara inmeyi önlemek için tedaviyi kabul edip etmeyeceklerini sormuş ve bu tedavinin etkinliğini dört farklı şekilde sunmuştur. Sonuçlar, tüm sunum şekilleri aslında aynı olmasına rağmen, hastaların yüzde 92'sinin inme ihtimallerini yüzde 45 oranında azaltması halinde tedaviyi kabul edeceklerini (göreceli risk); yüzde 75'inin risklerini 400'den 1'den 700'de 1'e düşürmesi halinde tedaviyi kabul edeceklerini (mutlak risk); yüzde 71'inin doktorun bir inmeyi önlemek için 25 yıl boyunca 35 hastayı tedavi etmek zorunda kalması halinde tedaviyi kabul edeceklerini (tedavi edilmesi gereken sayı); ve sadece yüzde 44'ünün

tedavinin kendilerine iyi gelme ihtimali %3 ve iyi gelmeme ya da ihtiyaç duyulmama ihtimali %97 ise (kişisel fayda olasılığı) bunu kabul edeceklerdir. Dolayısıyla, tedavinin gerçek riski dört koşulda da aynı olmasına rağmen, bu riski önceden bildirme yolları farklılık göstermiş ve bu da hasta alımında bir çeşitliliğe neden olmuştur. Harris ve Smith (2005) benzer bir çalışma yürütmüş ancak mutlak risk (yüksek ve düşük risk) ile karşılaştırmalı riski (ortalamanın üstünde ve ortalamanın altında) karşılaştırmıştır. Katılımcılardan derin ven trombozu (DVT) hakkında bilgi okumalarını ve bir dizi inancı derecelendirmelerini istemişlerdir. Katılımcılara daha sonra DVT risklerini mutlak ya da karşılaştırmalı olarak hayal etmeleri söylenmiştir. Sonuçlar, ABD örnekleminin mutlak riskten daha fazla rahatsız olduğunu göstermiştir. Risk iletişiminin ayrıntılı bir analizi Berry'de (2004) bulunabilir. Bununla birlikte, doktorların sadece riskle ilgili değil, aynı zamanda hastalara iletebilecek hastalıkla ilgili inançları da vardır. Ogden ve diğerleri (2003), teşhis türünün hastaların yaygın sorunlara ilişkin inançları üzerindeki etkisini araştırmak için deneysel bir tasarım kullanmıştır. Hastalardan, bir kişinin tıbbi bir tanı terimi (bademcik iltihabı/gastroenterit) ya da sıradan bir terim (boğaz ağrısı/mide rahatsızlığı) kullanılarak bir sorunu olduğunun söylendiği bir vinyeti okumaları istenmiştir. Sonuçlar, doktorlara hastalarla konuşurken genellikle halk dilini kullanmaları söylenmesine rağmen, hastaların aslında semptomları daha meşru gösterdiği ve hastaya doktora daha fazla güven verdiği için tıbbi etiketleri tercih ettiğini göstermiştir. Buna karşılık, meslek dışı terimler hastaların kendilerini sorun için daha suçlu hissetmelerine neden olmuştur. Dolayısıyla, bir doktor risk veya hastalığın doğası hakkında belirli inançlara sahipse ve bu inançları yansıtan bir dil seçerse, bu inançlar hastaya, hastanın kendi inançlarını ve sonraki davranışlarını etkileyebilecek bir şekilde iletebilir.

Değişkenliğin açıklanması - sağlık profesyoneli ve hasta arasındaki etkileşim

Sağlık profesyonellerinin davranışlarındaki değişkenliğe ilişkin şimdiye kadar sunulan açıklamalar, sağlık profesyonelinin tek başına ele almıştır. Eğitim modeli, sağlık profesyonelinin bilgisini vurgulamakta ve klinik karar verme sürecine dahil olan faktörleri ve sağlık inançlarını göz ardı etmektedir. Bu bakış açısı, meslekten olmayanların inançları ile meslekten olanların inançları arasındaki geleneksel ayrımı kabul etmektedir. Klinik karar verme süreçlerine ve sağlık inançlarına vurgu yapmak, bu bakış açısından bir değişimi temsil eder ve bu iki inanç türü arasındaki ayrımı sorunlu olarak görmeye çalışır; sağlık profesyonellerinin de hastalar gibi kendi bireyselleştirilmiş 'meslek dışı inançları' vardır. Ancak bu değişkenlik açıklaması bir başka önemli faktörü, yani hastayı göz ardı etmektedir. Sağlık profesyonellerinin davranışlarındaki her türlü değişkenlik, hem sağlık profesyoneli hem de hasta bağlamında mevcuttur. Bu nedenle, sağlık profesyoneli-hasta iletişimde yer alan süreçleri, sonuçta ortaya çıkan yönetim kararlarını ve konsültasyonun sonucundaki herhangi bir değişkenliği anlamak için, hem hasta hem de sağlık profesyoneli bir ikili olarak düşünülmelidir. Konsültasyon iki birey ve bu bireyler arasında var olan bir iletişim sürecini içerir. Uzman modelinden etkileşime doğru olan bu kayma, hasta merkezliliğe, sağlık profesyoneli ve hasta arasındaki anlaşmaya ve bilgilendirilmiş seçimle ilgili son endişelere yapılan vurguda yansıtılmaktadır.

Hasta merkezlilik

İlk olarak 1976 yılında Byrne ve Long tarafından geliştirilen hasta merkezlilik kavramı, son yıllarda giderek daha fazla rağbet görmeye başlamıştır. Kuralcı literatür, hasta sonuçlarını iyileştirmenin bir yolu olarak tercih edilen doktor-hasta iletişim tarzı olarak hasta merkezliliği tavsiye etmiştir (Pendleton ve ark. 1984; Neighbour 1987; McWhinney 1995). Ayrıca, ampiri-

araştırmalar, konsültasyonların ne ölçüde hasta merkezli olarak kabul edilebileceğini araştırmıştır. Örneğin, klasik bir çalışmada Tuckett ve diğerleri (1985) kaydedilen konsültasyonları analiz etmiş ve doktor ile hasta arasındaki etkileşimi 'uzmanlar arası toplantı' olarak tanımlamıştır. Araştırmalar ayrıca hasta merkezliliğin hasta memnuniyeti, uyum ve hastanın sağlık durumu gibi sonuçları öngörüp öngörmediğini de ele almıştır (Henbest ve Stewart 1990; Savage ve Armstrong 1990). Bu tür araştırmalar hem hasta merkezliliğin tanımı hem de değerlendirilmesiyle ilgili sorular ortaya çıkarmış ve bu da bir dizi metodolojik yaklaşımla sonuçlanmıştır. Örneğin, bazı çalışmalarda belirli bir doktorun hasta odaklı davranıp davranmadığını kodlamak için Stiles sözel yanıt modu sistemi (Stiles 1978) veya Roter endeksi (Roter vd. 1997) gibi kodlama çerçeveleri kullanılmıştır. Buna karşın, diğer çalışmalarda hastalar ve doktorlarla yapılan görüşmeler (Henbest ve Stewart 1990) ve bazılarında da davranış kontrol listeleri (Byrne ve Long 1976) kullanılmıştır. Konuyu daha da karmaşık hale getiren, doktor-hasta etkileşimini inceleyen araştırmalar ve belirli bir etkileşim biçimi öneren literatür, paylaşılan karar verme (Elwyn ve ark. 1999), hasta katılımı (Guadagnoli ve Ward 1998) ve hasta ortaklığı (Coulter 1999) gibi çok çeşitli ama birbiriyle ilişkili terimler kullanmıştır. Bununla birlikte, hasta merkezliliğin operasyonelleştirilmesinde farklılıklar olsa da, genel olarak bu yapının üç temel bileşenden oluştuğu düşünülmektedir: (1) doktorun hastanın görüş ve beklentilerine açık olması ve hastalığı hastanın gözünden görme çabası; (2) hastanın karar verme ve tedavi planlamasına katılımı; ve (3) hem hastanın hem de doktorun duyguları açısından konsültasyonun duygusal içeriğine dikkat edilmesi. Bu çerçeve, Levenstein ve diğerleri (1986) tarafından tanımlanan altı etkileşimli bileşenle karşılaştırılabilir ve Mead ve Bower (2000) tarafından hasta merkezli literatürün kapsamlı incelemesinde tanımlanan beş temel boyutta açıkça görülmektedir. Son olarak, Winefield ve diğerleri (1996) tarafından farklı önlemlerin etkinliğini karşılaştıran çalışmalarında açıkça tanımlanmıştır. Hasta merkezlilik artık konsültasyonların yönetilmesi gereken bir yöntemdir. Doktor ve hasta arasındaki müzakereyi vurgulamakta ve ikisi arasındaki etkileşimi merkezi bir konuma yerleştirmektedir. Bu yaklaşım doğrultusunda, araştırmalar sağlık profesyoneli ve hasta arasındaki ilişkiyi, sağlık profesyoneli ya da hastaya değil, ikisi arasındaki etkileşime vurgu yaparak şu şekillerde incelemiştir: sağlık profesyoneli ve hasta arasındaki anlaşma düzeyi ve bu anlaşmanın hasta sonuçları üzerindeki etkisi.

Sağlık profesyoneli ve hasta arasında anlaşma

Sağlık profesyoneli-hasta iletişimi iki birey arasındaki bir etkileşim olarak görülüyorsa, bu iki bireyin ne ölçüde aynı dili konuştuğunu, aynı inançları paylaştığını ve herhangi bir konsültasyonun istenen içeriği ve sonucu konusunda hemfikir olduğunu anlamak önemlidir. Bu durum, hasta ve sağlık çalışanı perspektiflerinin örtüşme olasılığının en yüksek olduğu genel muayenehane konsültasyonlarıyla özellikle ilgilidir. Örneğin, Pendleton ve diğerleri (1984) genel muayenehane konsültasyonunun temel görevlerinin, sorunun niteliği, alınacak önlem ve müteakip yönetim konusunda hastayla mutabakata varılmasını içerdiğini ileri sürmüştür. Tuckett ve diğerleri (1985) de benzer şekilde konsültasyonun 'uzmanlar arasında bir toplantı' olarak kavramsallaştırılması gerektiğini savunmuş ve hasta ile doktorun soruna ilişkin potansiyel olarak farklı görüşlerinin önemini vurgulamıştır.

Son zamanlarda yapılan araştırmalar, pratisyen hekimlerin ve hastaların farklı sağlık sorunlarına ilişkin inançları arasındaki uyum düzeylerini incelemiştir. Ogden ve diğerleri (1999) pratisyen hekimlerin ve hastaların depresyon modellerini semptomlar (ruh hali ve somatik), nedenler (psikolojik, tıbbi, dışsal) ve tedaviler (tıbbi ve tıbbi olmayan) açısından incelemiştir. Sonuçlar, pratisyen hekimlerin ve hastaların şu konularda hemfikir olduğunu göstermiştir

ruh haliyle ilgili semptomların, psikolojik nedenlerin ve tıbbi olmayan tedavilerin önemini vurgulamıştır. Bununla birlikte, pratisyen hekimler somatik semptomlar, tıbbi nedenler ve tıbbi tedaviler için daha fazla destek bildirmiştir. Dolayısıyla sonuçlar, pratisyen hekimlerin hastalara kıyasla daha tıbbi bir depresyon modeline sahip olduğunu göstermiştir. Benzer bir bakış açısıyla, Ogden, Bandara ve diğerleri (2001) pratisyen hekimlerin ve hastaların obezite hakkındaki inançlarını araştırmıştır. Sonuçlar, pratisyen hekimlerin ve hastaların obezitenin psikolojik, davranışsal ve sosyal nedenlerinin çoğu için benzer inançlar bildirdiklerini göstermiştir. Ancak, tıbbi nedenlere ilişkin inançlarında tutarlı bir şekilde farklılık göstermişlerdir. Hastalar özellikle salgı bezi/hormon sorunu, yavaş metabolizma ve genel tıbbi nedenleri pratisyen hekimlere kıyasla daha yüksek oranda değerlendirmiştir. Obezitenin tedavisi için de benzer bir model ortaya çıkmış, iki grup bir dizi yöntem için benzer inançlar bildirmiş, ancak kimin en çok yardımcı olduğu konusunda farklı inançlar göstermiştir. Hastalar pratisyen hekimleri daha yardımcı olarak değerlendirirken, pratisyen hekimler obez hastaların kendilerini daha yüksek oranda yardımcı olarak değerlendirmiştir. Dolayısıyla, pratisyen hekimler depresyon konusunda daha tıbbi bir modele sahip gibi görünseler de, obezite konusunda daha az tıbbi bir modele sahiptirler. Araştırmalar ayrıca doktorların ve hastaların doktorun rolü (Ogden vd. 1997), hasta merkezli konsültasyonların değeri (Ogden vd. 2002), sağlığın doğası (Ogden, Baig vd. 2001), kronik hastalıklar ve stresin rolü (Heijmans vd. 2001) ve ilaçlar hakkında bilinmesi gerekenler (Berry vd. 1997) hakkındaki inançlarının farklı olduğunu göstermiştir. Sağlık profesyoneli-hasta iletişimi bir etkileşim olarak görülürse, bu çalışmalar bunun çok farklı bakış açılarına sahip iki birey arasında bir etkileşim olabileceğini göstermektedir. Bu farklı bakış açıları hasta sonuçlarını etkiler mi?

Hasta sonuçlarında anlaşılanın rolü

Doktorlar ve hastalar hastalık hakkında farklı inançlara, doktorun rolü ve ilaçlar hakkında farklı inançlara sahipse, bu anlaşma eksikliği hasta sonuçlarıyla ilişkili midir? Bu tür bir anlaşmazlığın ilaç tedavisine uyumsuzluğa ("depresyonda değilsem neden antidepresan almalıyım?"), önerilen davranış değişikliklerine uyumsuzluğa ("obezite hormonlardan kaynaklanıyorsa neden daha az yemeliyim?") veya konsültasyondan düşük memnuniyete ("duygusal destek istedim ve GP bana bir reçete verdi") neden olması muhtemeldir. Bugüne kadar bu olasılıkları inceleyen çok az araştırma yapılmıştır. Ancak bir çalışma, hastanın GP konsültasyonundan beklentilerinin GP tarafından ne ölçüde karşılandığını ve bunun hasta memnuniyetini öngörüp öngörmediğini incelemiştir. Williams ve arkadaşları (1995) 504 pratisyen hekim hastasından, pratisyen hekimleriyle yapacakları konsültasyon öncesinde beklentilerini ve sonrasında beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığını ölçen bir ölçeği doldurmalarını istemiştir. Sonuçlar, daha fazla beklentinin karşılanmasının konsültasyondan daha yüksek düzeyde memnuniyetle ilişkili olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, bu çalışma uyumu araştırmamış ve pratisyen hekim ile hastanın konsültasyonun niteliği hakkında ortak bir inanca sahip olup olmadığını incelememiştir. Bu nedenle, bir etkileşim olarak konsültasyona yönelik metodolojik ve teorik yaklaşımlar geliştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Buna ek olarak, etkileşimin doğasının ve sağlık profesyoneli ile hasta arasındaki anlaşma düzeyinin hasta sonuçlarını öngörüp öngörmediğinin araştırılması gerekmektedir.

Bilgilendirilmiş seçim

Bilgilendirilmiş onam almak, herhangi bir araştırma çalışması veya klinik müdahale için merkezi bir gereklilik haline gelmiştir ve katılımcıların neye katılmak üzere olduklarını ve bunun olası yan etkilerini anlamalarını sağlamayı amaçlamaktadır. Bilgilendirilmiş onam, çalışmanın niteliğine bağlı olarak yazılı veya sözlü olabilir ve etik onay almak için temel bir gerekliliktir ve dünyanın dört bir yanındaki tıp konseyleri, hastalara herhangi bir prosedüre

bilinçli bir şekilde rıza göstermelerini sağlamak için yeterli bilgi verilmesi gerektiğini şart koşmaktadır. Bilgilendirilmiş onam

Bu nedenle, araştırma veya klinik çalışma öncesinde resmi bir süreçle ilgilidir. Sağlık psikolojisi alanında araştırmacılar ayrıca bilinçli seçim ve bilinçli karar verme konularına da odaklanmışlardır, ancak bunlar arasındaki farkları tanımlamak genellikle zordur. Bilgilendirilmiş bir kararın etkili bir şekilde verilmiş bir karar olduğu genel olarak kabul edilmektedir ancak etkililiğin nihai seçimin (yani sonucun) değerlendirilmesiyle mi yoksa kararın verilme şekliyle (yani süreçle) mi ilgili olduğu belirsizdir. Bekker (2003) bu iki farklı bakış açısının net bir analizini sunmakta ve sonuç ya da sürece yapılan vurguyu besleyen teorik pozisyonlara ışık tutmaktadır.

Sonuç

Bekker (2003) sonuca yapılan vurgunun, bir seçimin beklenen fayda teorisine uygun olması halinde etkili sayılabileceğini öne süren klasik karar veya rasyonel seçim teorisini nasıl yansıttığını açıklamaktadır. Bu, bireyin tüm karar seçeneklerini incelemesi, her bir seçeneğin sonuçlarını olasılık (yani sonuçların gerçekleşmesinin beklenen olasılığı) açısından değerlendirmesi, her bir seçeneğin sonucunun çekiciliğini (fayda) değerlendirmesi ve ardından sonuç olasılığını (beklenen olasılık) ve çekiciliği (fayda) birleştirerek her bir seçenek için bir 'beklenen fayda' değeri oluşturması ve ardından en yüksek beklenen faydaya sahip seçeneği seçmesi durumunda bir seçimin etkili olduğu anlamına gelir. Dolayısıyla bu yaklaşım, bir kararın sonucuna vurgu yapmaktadır. Bu yaklaşımla ilgili sorun, çoğu kararın bu rasyonel şekilde alınmaması ve dolayısıyla etkisiz kararlar olarak değerlendirilmesidir. Dahası, birey bu kadar rasyonel olsa bile, bunu yanlış bilgilere dayandırıyor olabilir. Böyle bir durumda kararın etkili olduğu kabul edilecek ancak nihai karar eksik olacaktır.

Süreç

Bu yaklaşımın aksine, sürece vurgu yapan bir yaklaşım söz konusudur. Bekker (2003) bu yaklaşımın, etkili bir kararın, karar vermek için kullanılan süreç açısından üç kriteri karşılayan bir karar olduğunu öne süren gerekçeli seçim modelleri tarafından bilgilendirildiğini savunmaktadır. Bu kriterler şunlardır: karar, alternatifler ve bunların sonuçları hakkındaki bilgiye dayanır; sonuçların olasılığı ve arzu edilebilirliği doğru bir şekilde değerlendirilir; bu faktörler arasında bir denge vardır. Ayrıca, bu yaklaşımın merkezinde, seçeneklerin sonuçlarının ve arzu edilebilirliğinin değerlendirilmesi mevcut değerler veya inançlar bağlamında gerçekleştiği için bireyin kendi inançlarının rolü vardır.

Davranış ekleme

O'Connor ve O'Brien-Pallas (1989) bilinçli seçim için bir süreç yaklaşımı benimsemekte ancak bireyin davranışını da eklemektedir. Etkili bir kararı, bilgilendirilmiş, karar vericinin değerleriyle uyumlu ve ardından davranışsal olarak uygulanan bir karar olarak tanımlamaktadırlar.

Bilinçli tercihin ölçülmesi

Marteau ve diğerleri (2001) bilinçli seçimi değerlendirmek için O'Connor ve O'Brien-Pallas'ın tanımına dayanan ve bilgi, tutum ve davranış ölçümlerini içeren yeni bir bilinçli seçim ölçütü geliştirmiştir. Bu üç bileşen birbiriyle tutarlı olduğunda, kişinin bilinçli bir seçim yapmış sayılabileceğini savunmaktadırlar.

Bu nedenle, bilinçli seçim ve bilinçli karar vermeyi tanımlamanın farklı yolları vardır. Ancak bugüne kadar, bu terimler hala yaygın olarak kullanılmasına ve araştırma ve klinik süreç için gerekli olarak görülmesine rağmen, bilgilendirilmiş seçim veya karar vermenin doğası konusunda bir fikir birliği bulunmamaktadır.

Sonuç olarak

Doktor-hasta iletişimine ilişkin geleneksel eğitim modelleri hasta faktörlerini vurgulamış ve uyumsuzluğun hasta değişkenliğinin bir sonucu olduğunu düşünmüştür. Sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki ilişki, uzman tıbbi bilginin nesnel bir profesyonelden öznel bir meslekten olmayan kişiye iletilmesi olarak görülmüştür. Bu çerçevede, Ley'in modeli, iletişimdeki başarısızlıkları, hastanın memnuniyeti, anlayış eksikliği veya hatırlama eksikliği gibi hasta faktörleri açısından uyumsuzluk bağlamında açıklamıştır. Buna ek olarak, iletişimi geliştirmeye yönelik yöntemler, sağlık profesyonelinin bu olgusal bilgiyi hastaya iletme becerisine odaklanmıştır. Ancak son zamanlarda yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarının davranışlarındaki değişkenliğin sadece bilgi farklılıklarıyla açıklanamayacağını ortaya koymuştur. Bu değişkenlik, sağlık profesyonellerinin klinik karar verme süreçleri ve özellikle de hipotezlerin geliştirilmesini etkileyen faktörler açısından incelenebilir. Bu değişkenlik aynı zamanda sağlık inançları bağlamında da incelenmiş ve profesyonel inançlar ile meslekten olmayan inançlar arasındaki ayrımın bir basitleştirme olabileceği, sağlık profesyonellerinin hem profesyonel hem de meslekten olmayan inançlara sahip olduğu, hastaların kendi bireysel inançları olduğu gibi sağlık profesyonellerinin de kendilerine özgü inançları olduğu savunulmuştur. Bununla birlikte, belki de iletişim sürecini daha ileri düzeyde kavramsallaştırmak için, yalnızca sağlık profesyonelinin önyargılı fikirlerini/önyargılarını/stereotiplerini/ meslek dışı inançlarını veya hastanın inançlarını anlamak değil, aynı zamanda sağlık profesyoneli ile hasta arasındaki herhangi bir iletişimde yer alan süreçleri bu inançlar bağlamında gerçekleşen bir etkileşim olarak değerlendirmek önemlidir.



Sorular

- 1 Tıbbi bir teşhis ne ölçüde bilgi ve uzmanlığa dayanır?
- 2 Hipotetik-tümdengelimsel karar verme modeliyle ilgili sorunlar nelerdir?
- 3 Sağlık çalışanlarının inançlarının iletişim sürecindeki rolünü tartışabilecektir.
- 4 Uyumsuzluk ne ölçüde hastanın sorumluluğundadır?
- 5 Bir kişinin bilinçli bir seçim yapıp yapmadığını belirlemenin doğasında var olan sorunları düşünün.
- 6 Sağlık çalışanları, hastalarının inançlarına saygı göstermeye ve bu inançları paylaşmaya çalışmalıdır. Tartışın.
- 7 Sağlık profesyonellerinin karar verme süreçlerini etkilemede duygulanımın rolünü değerlendirmek üzere bir araştırma projesi tasarlamak.

Tartışma için

Bir sağlık uzmanıyla (örneğin doktor, diş hekimi, hemşire, vb.) en son ne zaman görüştüğünüzü düşünün. Konsültasyonun içeriğini tartışın ve sağlık uzmanının sağlık inançlarının bunu nasıl etkilemiş olabileceğini düşünün.

Sağlıkta varsayımlar psikolojisi

Bu bölümde atıfta bulunulan araştırmalardan bazıları, sağlık profesyonellerinin incelenmesinin altında yatan varsayım türlerini göstermekte ve aynı zamanda sağlık psikolojisinin varsayımlarına ilişkin içgörüler sağlamaktadır.

- 1 **Zihin-beden ayrımı.** Sağlık psikolojisi, biyomedikal sağlık ve hastalık modeline meydan okumaya çalışır. Bu, zihin-beden ayrımı gibi biyomedikal varsayımlara meydan okumayı içerir. Ancak, belki de zihnin (tutumlar, bilişler, inançlar) ayrı bir varlık olarak vurgulanmasıyla, zihin-beden ayrımı sorgulanmamış, aksine pekiştirilmiştir.
- 2 **Biyomedikal sonuçlar.** Biyomedikal modele meydan okumak, tıp tarafından kullanılan bazı sonuçların sorgulanmasını da içerir. Örneğin, ilaç alımı için tavsiyelere uyum, hatırlamanın doğruluğu, tavsiyeyi takiben sağlık davranışlarının değiştirilmesi istenen sonuçlardır. Sağlık psikolojisi, iletişimin geliştirilebileceği, değişkenliğin anlaşılıp azaltılabileceği ve uyumun teşvik edilebileceği yolları inceleyerek bu çıktıları kabul eder. Ancak yine bu sonuçları meşru kabul etmek de biyotıbbi desteklemenin bir yoludur. Belki de değişkenlik kabul edilebilir bir şeydir. Belki de hatırlama hataları iletişimde olanları özetlemektedir (hafıza üzerine çalışan psikologlar hafızanın başarısızlıklarıyla tanımlanan tek süreç olduğunu savunurlar - hafıza yeniden yapılandırma ile ilgilidir). Psikoloji biyomedikal modele katkıda bulunsada, aynı sonuçları kabul ederek ona meydan okumaz.
- 3 **Sosyal bağlamın eklenmesi.** Bireyler sosyal bir dünya içinde var olurlar, ancak sağlık psikolojisi genellikle bu dünyayı gözden geçirir. Sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki etkileşime yapılan vurgu, bu iki grubun bilişlerini birbirleri bağlamında (ilişki bağlamı) inceleme girişimini temsil eder. Ancak bu etkileşime yine de bireyin inançları aracılığıyla erişilmektedir. Birine etkileşim hakkında soru sormak aslında etkileşimi mi incelemektir yoksa bu etkileşim hakkındaki bilişlerini mi incelemektir?

Daha fazla okuma

Berry, D. (2004) *Risk, İletişim ve Sağlık Psikolojisi*. Maidenhead: Açık Üniversite Yayınları. Risk iletişimi birçok konsültasyonun merkezi bir parçasıdır. Bu kitap, risk iletişimi üzerine yapılan araştırmalara kapsamlı bir genel bakış sunmaktadır.

Boyle, C.M. (1970) Differences between patients' and doctors' interpretations of common medical terms, *British Medical Journal*, 2: 286-9.

Bu makale, doktorların ve hastaların bilgi ve yorum farklılıklarını ortaya koyan klasik bir çalışmadır. Yazıldığı dönemde, hastaların ne kadar bilgisiz olduğunu kabul etme ihtiyacına yapılan çağdaş vurgunun merkezinde yer alıyordu. Bununla birlikte, doktorların bilgilerindeki bazı değişkenlikleri de göstermektedir.

Marteau, T.M. ve Johnston, M. (1990) Health professionals: a source of variance in health outcomes, *Psychology and Health*, 5: 47-58.

Bu makale, sağlık çalışanlarının farklı davranış modellerini incelemekte ve sağlık çalışanlarının sağlık inançlarının rolünü vurgulamaktadır.

Roter, D.L., Stewart, M., Putnam, S.M., Lipkin, M., Stiles, W. ve Inui, T.S. (1997) Communication pattern of primary care physicians, *Journal of the American Medical Association*, 277: 350-6.

Bu, iletişimi değerlendirmek için sıklıkla kullanılan Roter endeksini tanımlayan klasik makaleyi sunmaktadır.

Trostle, J.A. (1988) Medical compliance as an ideology, *Social Science and Medicine*, 27: 1299-308.

Bu teorik makale, son zamanlarda uyum konusuna duyulan ilginin arka planını incelemekte ve uyum ile hekim kontrolü arasındaki ilişkiyi tartışmaktadır.

Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C. ve Williams, A. (1985) *Uzmanlar Arası Toplantılar*. Londra: Tavistock.

Bu kitap, konsültasyon analizini içeren bir çalışmayı anlatan klasik bir kitaptır. Daha sonraki birçok araştırmaya zemin hazırlamış ve vurguyu uzman olarak doktordan konsültasyonu bir etkileşim olarak görmeye kaydırmıştır.

Sigara ve alkol kullanımı

Bölüme genel bakış

Bu bölümde sigara ve alkol tüketiminin yaygınlığı incelenmekte ve bu davranışların sağlık üzerindeki etkileri değerlendirilmektedir. Daha sonra bağımlılık davranışları teorilerinin tarihçesi ve bağımlılıkların hastalık modelinden sosyal öğrenme teorisi perspektifine geçişi anlatılmaktadır. Bölümde ayrıca madde kullanımının başlama ve sürdürmeden bırakma ve nüksetmeye kadar dört aşaması incelenmekte ve bu aşamalar farklı bağımlılık davranışları modelleri bağlamında tartışılmaktadır. Bölüm, bağımlılık yapıcı davranışlara davranışlar arası bir bakış açısının incelenmesi ve sigara ile içki arasındaki benzerlik ve farklılıklar ile bunların diğer davranışlarla ilişkilerinin değerlendirilmesiyle son bulmaktadır.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- Sigara ve alkol tüketiminin yaygınlığı
- Bağımlılık nedir?
- İkinci hastalık kavramı nedir?
- Sosyal öğrenme perspektifi nedir?
- Madde kullanımının aşamaları
- Bağımlılık yapan bir davranışın başlatılması ve sürdürülmesi
- Bağımlılık yapan bir davranışın bırakılması
- Sigara ve içki kullanımında nüks
- Bağımlılık yapıcı davranışlar arası bir bakış açısı

Kim sigara içiyor?

Dünya çapındaki veriler, gelişmiş ülkelerde erkeklerin yaklaşık yüzde 35'inin ve kadınların yüzde 22'sinin sigara içtiğini, gelişmekte olan ülkelerde ise erkeklerin yaklaşık yüzde 50'sinin

ve kadınların yüzde 9'unun sigara içtiğini göstermektedir (National Statistics 2005). Çin, sigara içen erkeklerin en yüksek oranına sahiptir,

yaklaşık 300 milyon erkek. Bu rakam ABD nüfusunun tamamına eşittir. Birleşik Krallık'ta sigara içmenin genel yaygınlığı erkeklerde 1974'te yüzde 52'den 1990'da yüzde 30'a ve 2004'te yüzde 26'ya düşmüştür. Kadınlarda ise 1970'te yüzde 41'den 1990'da yüzde 29'a ve 2004'te yüzde 23'e düşmüştür. En yüksek sigara içme yaygınlığı 20 ila 34 yaş arasındadır ve Birleşik Krallık'ta rutin veya el işi mesleklerde çalışanların yüzde 32'si sigara içerken, profesyonel mesleklerde çalışanların sadece yüzde 16'sı sigara içmektedir. Sigara içme davranışındaki bu düşüş, genel bir düşüş eğilimini takip etmektedir ve Şekil 5.1'de gösterilmektedir. Bununla birlikte veriler, kadınların erkeklerden daha az sigara içmesine rağmen, erkeklerden daha az sayıda kadının sigarayı bıraktığını da göstermiştir.

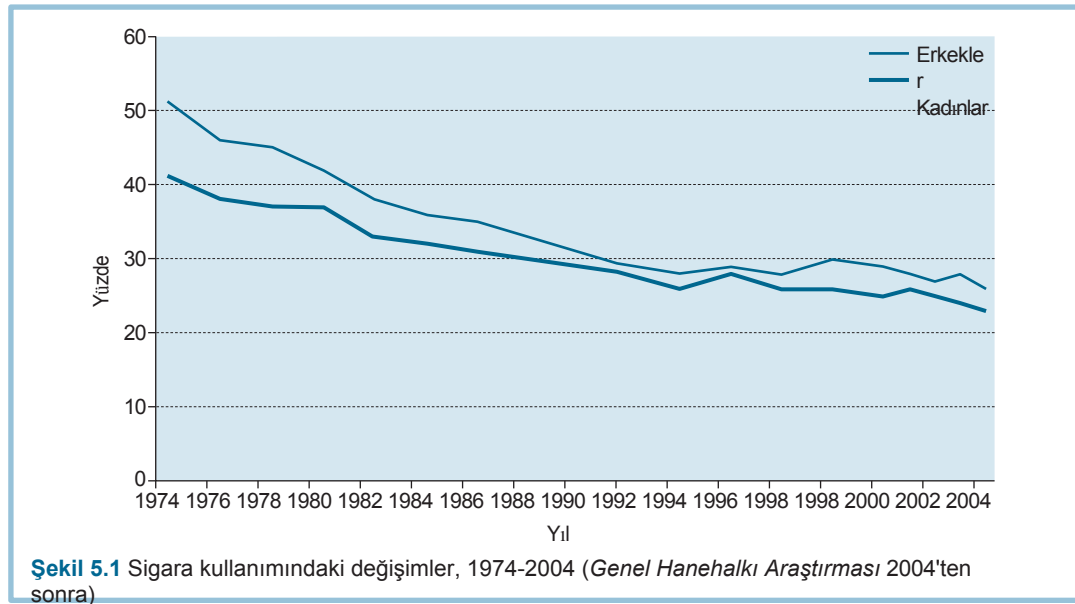
Sigara içenler ayrıca 'eski içici', 'mevcut içici' veya 'hiç sigara içmemiş' olmalarına göre de kategorize edilebilirler. Bu kategorilere göre sigara içme davranışındaki eğilimler Şekil 5.2'de gösterilmektedir. Yine, bu sigara içme davranışı türleri için cinsiyet farklılıkları görülebilir; erkekler 'hiç sigara içmemiş' ve 'eski içici' sayılarında artış ve 'mevcut içici' sayılarında düşüş gösterirken, kadınlar hem 'mevcut içiciler' hem de 'eski içiciler' için aynı değişim profilini gösterir, ancak 'hiç sigara içmemiş' bireylerin sürekli olarak yüksek bir seviyede olduğunu gösterir.

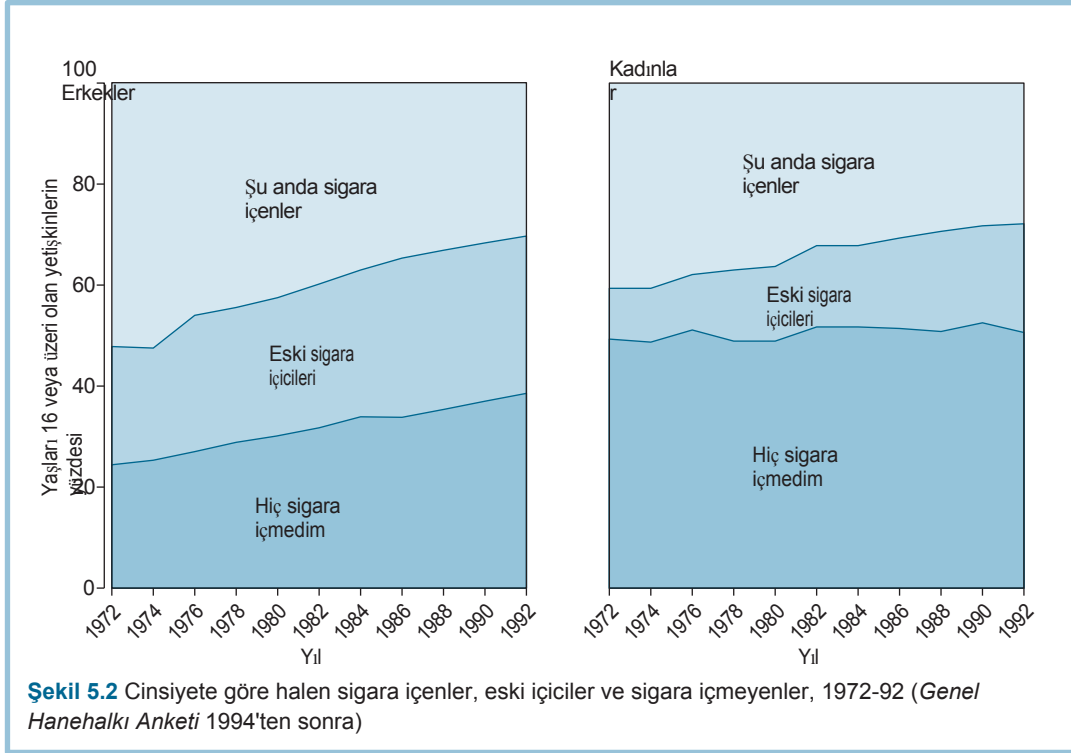
Genel olarak, sigara içme davranışına ilişkin veriler (*Genel Hane Halkı Araştırması* 2004) sigara içenler hakkında Şunları göstermektedir:

- Sigara içme davranışı azalmaktadır, ancak bu azalma erkeklerde kadınlara göre daha fazladır.
- Sigara içenler vasıfsız el işçisi grubunda olma eğilimindedir.
- Orta katranlı sigara içenlerin sayısında dramatik bir azalma olmuştur.
- Sigara içenlerin üçte ikisi sigarayı bırakmak istediğini bildirmiştir.
- Sigara içenlerin çoğunluğu (yüzde 58) bir gün boyunca sigara içmeden durmanın oldukça/çok zor olacağını söylemektedir.

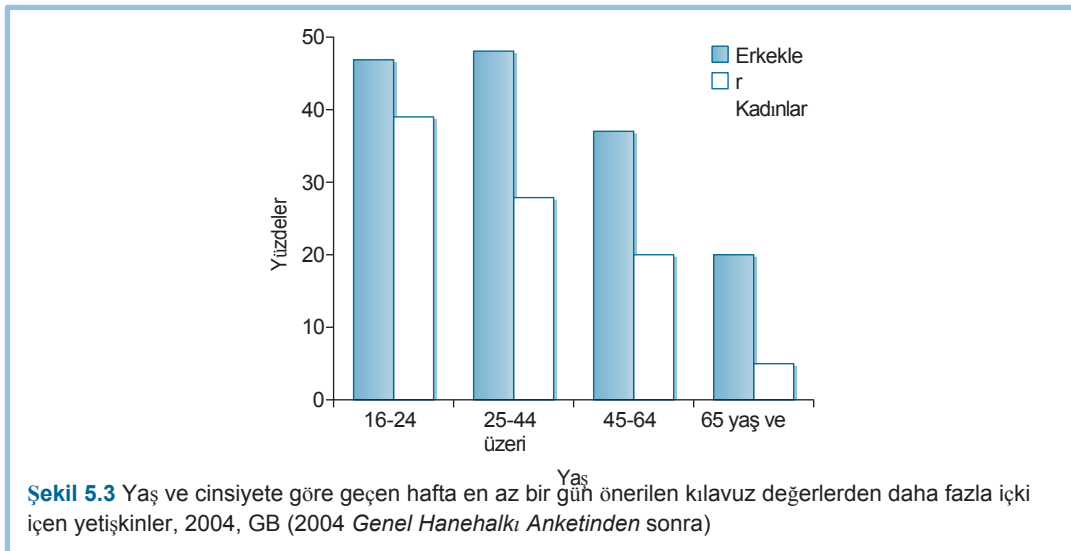
Kim içiyor?

Genel Hane Halkı Anketine göre erkekler haftada ortalama 15,9 birim (yaklaşık sekiz pint bira), kadınlar ise yaklaşık 5,4 birim (yaklaşık iki buçuk pint bira) içmektedir. İçin





2003 yılında, 'geçen hafta' aşırı alkol tüketimi sorulduğunda, erkeklerin yüzde 40'ı bir günde dört birimden fazla ve yüzde 23'ü bir günde sekiz birimden fazla içerken, kadınların yüzde 23'ü bir günde üç birimden fazla ve yüzde 9'u bir günde altı birimden fazla içmiştir. Erkeklerin yüzde 26'sı ve kadınların yüzde 41'i son bir hafta içinde hiç alkol almamıştır. Cinsiyete göre önerilen alkol alım miktarından daha fazla içme konusundaki cinsiyet farklılıkları Şekil 5.3'te gösterilmektedir.



Sigara ve alkol kullanımının sağlık üzerindeki etkileri

Sigara içmek sağlığa zararlı mıdır?

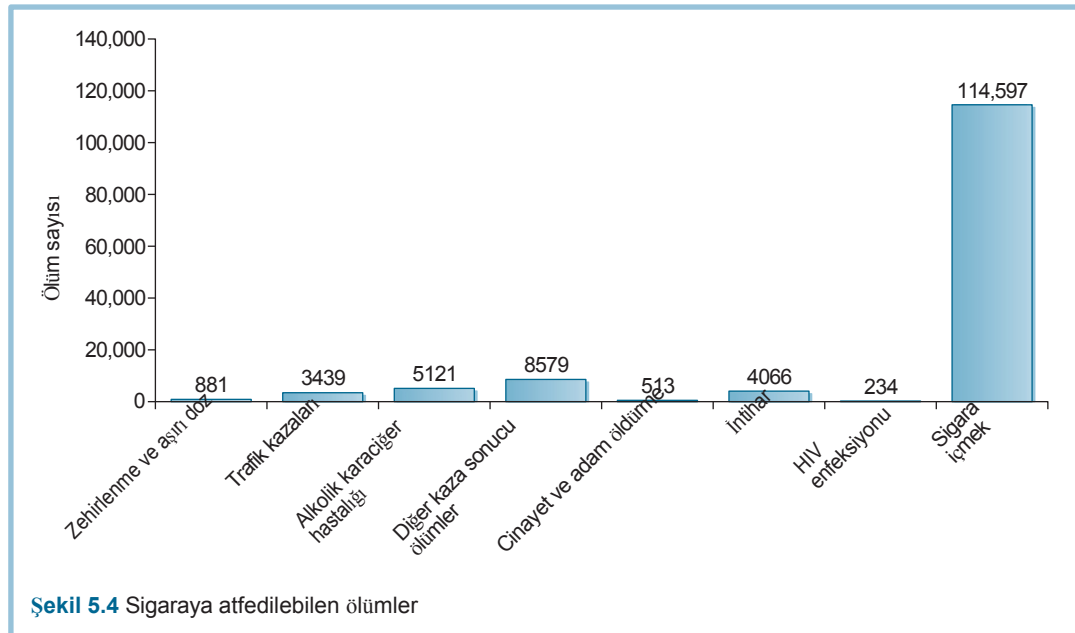
Olumsuz etkiler

Doll ve Hill (1954) sigara içmenin akciğer kanseri ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. O zamandan bu yana, sigara kullanımı koroner kalp hastalığı ve gırtlak, mide ve bağırsak gibi çok sayıda başka kanserle de ilişkilendirilmiştir. Buna ek olarak, son 150 yılda yaşam beklentisindeki artış, sigara içenlerde içmeyenlere göre önemli ölçüde daha azdır (bkz. Bölüm 2). Peto ve arkadaşları (1994) tarafından yazılan bir kitapta sigaranın riskleri açıkça ortaya konmuş ve İngiltere'de düzenli olarak sigara içen 20 yaşındaki 1000 kişiden birinin cinayete kurban gideceği, altısının trafik kazalarında öleceği, 250'sinin orta yaşta (35-69) ve 250'sinin de yaşlılıkta (70 yaş ve üzeri) sigaradan öleceği belirtilmiştir. Sanayileşmiş ülkelerde sigara, sağlıklı yaşam yılı kaybının önde gelen nedenidir. Sigara içen ortalama bir kişi sekiz yıl erken ölmekte ve 12 yıl erken sakat kalmaya başlamakta, sigarayı bırakamayanların dörtte biri ise ortalama 23 yıl erken ölmektedir (West ve Shiffman 2004). Dünya çapında yılda 4 milyon ölümün sigaraya bağlı olduğu tahmin edilmektedir. Sigaraya bağlı ölümlerin sayısı Şekil 5.4'te gösterilmektedir.

Son zamanlarda pasif içiciliğe de ilgi duyulmaktadır ve araştırmalar pasif içicilik ile yetişkinlerde akciğer kanseri ve çocuklarda solunum yolu hastalıkları arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (ABD Çevre Koruma Ajansı 1992). Buna ek olarak, yakın zamanda yapılan bir literatür taramasında sigaranın ameliyat sonrası iyileşmeyi engelleyebileceği ve ameliyattan önce sigaranın uzun süre bırakılmasının ameliyat sonrası komplikasyonların sayısında azalma ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Theadom ve Copley 2006; yara iyileşmesi ve psikonöroimmünoloji tartışması için 11. Bölüme bakınız).

Olumlu etkiler

Sigara içmenin sağlık üzerinde çok az olumlu etkisi vardır. Sigara içenlerin sigaranın olumlu ruh hali etkileri bildirdiği ve sigaranın bireylerin zor koşullarla başa çıkmasına yardımcı olabileceği öne sürülmüştür (Graham 1987).



Alkol tüketimi sağlığa zararlı mıdır?

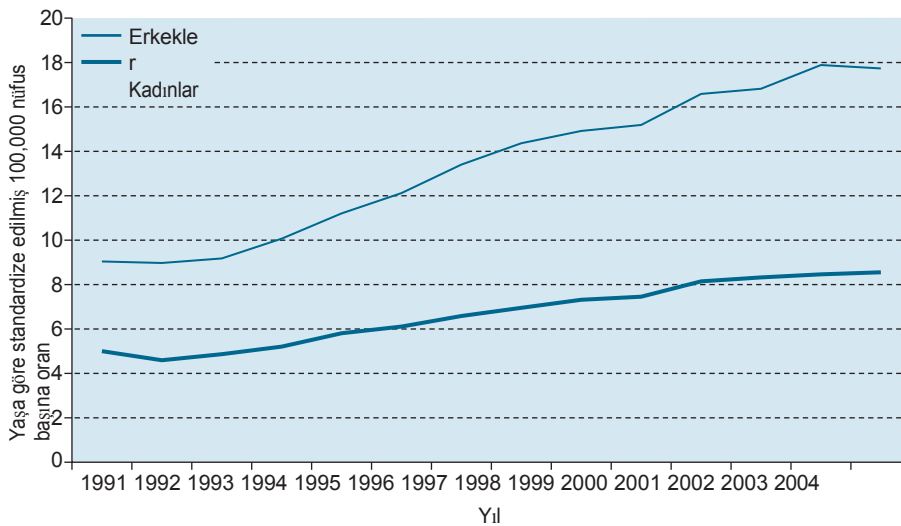
Olumsuz etkiler

Alkol tüketiminin sağlık üzerinde birçok olumsuz etkisi vardır. Örneğin, alkolizm karaciğer sirozu, kanserler (örn. pankreas ve karaciğer), hipertansiyon ve hafıza zayıflığı gibi rahatsızlıkların görülme olasılığını artırır (Smith ve Kraus 1988). Alkol ayrıca kazalar yoluyla kendine zarar verme olasılığını da artırır. Ölüm üzerindeki etkisi açısından, Birleşik Krallık'tan elde edilen veriler, alkole bağlı ölümlerin sayısının 1991'de 100.000'de 6,9'dan 2004'te 13,0'a yükseldiğini ve ölüm sayısının 1991'de 4144'ten 2004'te 8380'e çıkarak iki kattan fazla arttığını göstermektedir. Veriler ayrıca ölüm oranlarının erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğunu ve bu farkın son yıllarda daha da açıldığını göstermektedir. Bu veriler Şekil 5.5'te gösterilmektedir.

Olumlu etkiler

Alkolün sağlık üzerinde olumlu bir etkisi de olabilir. Uzunlamasına bir çalışmada Friedman ve Kimball (1986) hafif ve orta derecede alkol tüketenlerin hem içmeyenlere hem de ağır içicilere göre daha düşük hastalık ve ölüm oranlarına sahip olduğunu bildirmiştir. Alkol tüketiminin koroner kalp hastalığını şu mekanizmalarla azalttığını ileri sürmüşlerdir: (1) stres altında katekolamin üretiminde azalma; (2) kan damarlarının kolesterolden korunması; (3) kan basıncında azalma; (4) kendi kendine terapi; ve (5) kısa vadeli bir başa çıkma stratejisi. *Genel Hane Halkı Araştırması* (1992) sonuçları da alkol tüketiminin bazı faydalarını ortaya koymuş olup, bildirilen hastalık prevalansı içmeyenlerde içenlere göre daha yüksektir. Bununla birlikte, alkolün sağlık üzerindeki belirgin olumlu etkilerinin, sağlık sorunları nedeniyle içmeyi bırakan içmeyenlerin sağlık durumlarının kötü olmasından kaynaklanabileceği öne sürülmüştür.

İnsanların neden sigara ve içki içtiklerini anlamaya yönelik sağlık psikolojisi araştırmalarının çoğu, Bölüm 2'de açıklanan sosyal biliş modellerinden yararlanmıştır. Bununla birlikte, sigara ve içkiye de uygulanmış olan geniş bir bağımlılık literatürü bulunmaktadır. Şimdi bağımlılık teorileri incelenecektir.



Şekil 5.5 1991'den bu yana Birleşik Krallık'ta alkole bağlı ölümler

Bağımlılık nedir?

Bağımlılıkları ve bağımlılık yapan davranışları açıklamak için, bağımlılığı zayıflığın ve ahlaki değerlerin eksikliğinin bir sonucu olarak gören ahlaki modeller; bağımlılığı bir hastalık olarak gören biyomedikal modeller ve bağımlılık yapan davranışları öğrenme teorisi kurallarına göre öğrenilen davranışlar olarak gören sosyal öğrenme teorileri de dahil olmak üzere birçok teori geliştirilmiştir. Sigara ve alkol gibi davranışlarla ilgili olarak var olan ve kullanılan çok sayıda terim, bu farklı teorik perspektiflerin göstergesidir ve ayrıca tanımların totolojik doğasını da göstermektedir. Örneğin:

- *Bağımlı*: 'davranışları üzerinde kontrol sahibi olmayan', 'ahlaki değerlerden yoksun', 'uyumsuz bir başa çıkma mekanizması kullanan', 'bağımlılık yapıcı davranışları olan' kişi.
- *Bağımlılık*: 'bir uyuşturucuya duyulan ihtiyaç', 'psikolojik ve fizyo-mantıksal olarak bağımlılık yapan bir maddenin kullanımı', 'tolerans ve yoksunluk gösterme'.
- *Bağımlılık*: 'psikolojik ve fizyolojik geri çekilme gösterme'.
- *Uyuşturucu*: 'bağımlılık yapan bir madde', 'bağımlılığa neden olan bir madde', 'herhangi bir tıbbi alt duruş'.

Bu farklı tanımlar, terminoloji ve teori arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Örneğin, 'kontrol', 'geri çekilme' ve 'tolerans' kavramları bağımlılıklara biyomedikal bir bakışın göstergesidir. 'Ahlaki değerlerden yoksun olma' gibi kavramlar bağımlılıkların ahlaki bir modelini, 'uyumsuz başa çıkma mekanizması' ise sosyal öğrenme perspektifini akla getirmektedir. Ayrıca bu terimler, tanımların totolojiye dönüşmesi riskiyle birlikte bir terimi kullanmadan diğerini kullanmanın ne kadar zor olduğunu göstermektedir.

Farklı bağımlılık davranışları hakkında aşağıdakiler de dahil olmak üzere birçok soru sorulmuştur:

- Bir kişinin sigaraya başlamasına ne sebep olur?
- İçki içme davranışının bir sorun haline gelmesine ne sebep olur?
- Neden bazı insanlar sadece sosyal olarak sigara içebilirken diğerleri sabah ilk iş olarak sigara içmek ister?
- Bir alkoliğin normal içiciliğe dönmesi mümkün müdür?
- Bağımlılıklar aileden mi gelir?

Bir bağımlılığın nedenlerine ilişkin sorular, son 300 yılda bağımlılıkları açıklamak ve tahmin etmek için geliştirilen ahlaki model, birinci hastalık kavramı, ikinci hastalık kavramı ve sosyal öğrenme teorisi gibi farklı teorik perspektiflere göre yanıtlanabilir. Şimdi bu farklı teoriler ve bunların farklı maddelere yönelik tutumlarla nasıl ilişkili olduğu incelenecektir.

Tutum ve teorik yaklaşımdaki tarihsel değişimler

Teori genellikle sosyal tutumlardaki değişikliklerden bağımsız olarak görülür. Ancak, son 300 yılda teorik perspektifte meydana gelen değişiklikler ile çağdaş tutumlar arasında paralellikler görülebilir. Bu paralellikler alkol kullanımı açısından tartışılacaktır.

On yedinci yüzyıl ve bağımlılıkların ahlaki modeli

On yedinci yüzyılda alkol genellikle toplum tarafından büyük saygı görüyordu. Sudan daha güvenli, besleyici olarak görülüyordu ve hancı toplumda merkezi bir figür olarak değer görüyordu. Ayrıca, bu dönemde insanların bir ruha ve iradeye sahip olmaları ve kendi davranışlarından sorumlu olmaları bakımından Doğadan ayrı oldukları düşünülüyordu. Hayvanların davranışları biyolojik dürtülerin bir sonucu olarak görülürken, insanların davranışları kendi özgür seçimlerinin bir sonucu olarak görülüyordu. Buna göre, alkol tüketimi kabul edilebilir bir davranış olarak görülürken, aşırı alkol kullanımı özgür seçimin ve kişisel sorumluluğun bir sonucu olarak görülmüştür. Bu nedenle alkolizm tedaviyi değil cezayı hak eden bir davranış olarak görülüyordu; alkoliklerin aşırı davranmayı seçtikleri kabul ediliyordu. Bu bağımlılık modeline *ahlaki model* adı verilmiştir. Bu bakış açısı, 1960'larda Thomas Szasz'ın akıl hastalarının tedavisine karşı cezalandırılması ve 'deli' ya da 'kötü' olmak arasında yaptığı ayrımı ilgili olarak savunduğu argümanlara benzemektedir. Szasz (1961), bir kişiyi 'deli' olarak etiketlemenin ve tedavi etmenin, insanlığın temel yönünü, yani kişisel sorumluluğu ortadan kaldırdığını öne sürmüştür. Bireyleri davranışlarından sorumlu tutmanın, 'kötü' olarak görülmelerine neden olsa bile, onlara sorumluluk duygularını geri verdiğini öne sürmüştür. Benzer şekilde, bağımlılıkların ahlaki modeli, alkoliklerin aşırı davranmayı seçtiklerini ve bu nedenle tedaviyi (sorumluluklarını reddetmek) değil, cezayı (sorumluluklarını kabul etmek) hak ettiklerini düşünüyordu. Gerçekte, çağdaş sosyal tutumlar çağdaş teoriye yansımıştır.

On dokuzuncu yüzyıl ve ilk hastalık kavramı

On dokuzuncu yüzyılda bağımlılıklara ve özellikle de alkole yönelik tutumlar değişmiştir. Temperance hareketi gelişti ve içkinin kötülüklerini yaydı. Alkol güçlü ve yıkıcı bir madde olarak görülmüş ve alkolikler de bunun kurbanları olarak kabul edilmiştir. Bu bakış açısı, ABD'de alkol tüketiminin yasaklanması ve yasaklanmasına da yansımıştır. Bu dönemde bağımlılığa ilişkin *ilk hastalık kavramı* geliştirilmiştir. Bu, bağımlılığa biyomedikal yaklaşımın en erken biçimiydi ve alkolizmi bir hastalık olarak görüyordu. Bu modelde, hastalığın odak noktası maddeydi. Alkol bağımlılık yapan bir madde olarak görülüyordu ve alkolikler de pasif bir şekilde bu maddenin etkisine boyun eğen kişiler olarak görülüyordu. İlk hastalık kavramı, maddeyi sorun olarak görüyor ve aşırı içicilerin tedavi edilmesini gerektiriyordu. Yine, bağımlılığa yönelik sosyal tutumlar teorisinin gelişimine yansımıştır.

Yirminci yüzyıl ve ikinci hastalık kavramı

Bağımlılığa yönelik tutumlar yirminci yüzyılın başında yeniden değişti. ABD, alkol tüketimini yasaklamanın beklenenden daha sorunlu olduğunu çabuk öğrendi ve batı dünyasındaki hükümetler alkol satışlarından mali fayda sağlayabileceklerini fark etti. Buna paralel olarak, insan davranışlarına yönelik tutumlar değişiyor ve daha liberal, *laissez-faire* bir tutum baskın hale geliyordu. Aynı şekilde, bağımlılık teorileri de bu değişimleri yansıtıyordu. Bağımlılığın *ikinci hastalık modeli* geliştirildi ve artık sorun olarak maddeyi değil, bağımlı hale gelen bireyleri işaret etti. Bu bakış açısına göre, aşırı alkol tüketen küçük bir azınlık sorunlu olarak görülürken, toplumun geri kalanı için alkol tüketimi kabul edilebilir bir sosyal alışkanlık konumuna geri dönmüştür. Bu bakış açısı alkol satışını meşrulaştırmış, bunun sonucunda devletin sağladığı faydaları kabul etmiş ve bağımlı bireylerin tedavisini vurgulamıştır. Alkolizm, belirli bireyler tarafından geliştirilen ve bu nedenle destek ve tedaviye ihtiyaç duyan bir hastalık olarak görülmüştür.

1970'ler ve sonrası - sosyal öğrenme teorisi

Geçtiğimiz birkaç yıl içinde bağımlılıklara yönelik tutumlar yeniden değişmiştir. Davranışçılığın, öğrenme teorisinin ve davranışın hem çevre hem de diğer bireylerle etkileşim sonucu şekillendiği inancının gelişmesiyle birlikte, aşırı davranışların ve bağımlılıkların hastalık olduğu inancı sorgulanmaya başlanmıştır. 1970'lerden bu yana sigara, içki ve uyuşturucu kullanımı gibi davranışlar giderek artan bir şekilde diğer tüm davranışlar bağlamında tanımlanmaktadır. Saldırganlık teorilerinin biyolojik bir nedenden (bir içgüdü olarak saldırganlık) sosyal nedenlere (çevreye/yetiştirilme tarzına bir tepki olarak saldırganlık) kayması gibi, bağımlılıklar da öğrenilmiş davranışlar olarak görülmüştür. Bu perspektifte, 'bağımlılık' yerine 'bağımlılık davranışı' terimi kullanılmış ve bu tür davranışlar öğrenme süreçlerinin bir sonucu olarak görülmüştür. Bu değişim, bağımlılık, bağımlı, hastalık ve hastalık kavramlarına meydan okumuştur; ancak teoriler hala tedaviye vurgu yapmaktadır.

Bu nedenle, son 300 yılda bağımlılıklara ve bağımlılık davranışlarına yönelik tutumlarda, değişen teorik perspektiflerin yansıttığı değişimler olmuştur. Sosyal öğrenme teorisinin gelişimi, bağımlılıkların ikinci hastalık kavramıyla ilgili bazı sorunların altını çizmiş olsa da, bu iki perspektif de hala varlığını sürdürmektedir ve şimdi daha ayrıntılı olarak incelenecektir.

İkinci hastalık kavramı nedir?

Bu kategorideki üç perspektif şunları temsil etmektedir: (1) önceden var olan fiziksel anormallikler; (2) önceden var olan psikolojik anormallikler; ve (3) edinilmiş bağımlılık teorisi. Bunların hepsi benzer bir bağımlılık modeline sahiptir:

- bağımlılıkları ayrı varlıklar olarak görmek (ya bağımlıdır ya da değildir)
- bağımlılığı bir hastalık olarak görmek
- sorun olarak bireye odaklanmak
- bağımlılığın geri döndürülemez olduğunu düşünmek
- tedaviyi vurgulayın
- tamamen yoksunluk yoluyla tedaviyi vurgulayın.

Önceden var olan bir fiziksel anormallik

Bağımlılığın önceden var olan fiziksel bir anormallığın sonucu olduğunu öne süren bir dizi bakış açısı vardır. Örneğin Adsız Alkolikler, bazı bireylerin alkole karşı alerjisi olabileceğini ve bu nedenle maddeye maruz kaldıklarında bağımlı hale gelebileceklerini savunmaktadır. Bu bakış açısı, 'bir içki - bir sarhoş', 'bir kez sarhoş olan her zaman sarhoş olur' inançlarını ve alkolden uzak duran alkoliklerin şeri içtikten sonra tekrar bağımlı olduklarına dair hikayeleri beraberinde getirmektedir. Sigara kullanımı açısından bu bakış açısı, bazı bireylerin nikotin etkilerine karşı daha hassas olduğunu öne sürer.

Beslenme/endokrinolojik teoriler, bazı bireylerin alkolü diğerlerinden farklı şekilde metabolize edebileceğini, daha çabuk sarhoş olabileceklerini ve sarhoşluğun erken belirtilerinden hiçbirini yaşamayabileceklerini öne sürmektedir. Benzer şekilde, bu bakış açısı bazı bireylerin nikotini diğerlerinden farklı şekilde işleyebileceğini öne sürer.

Genetik teoriler, alkolik veya sigara tiryakisi olmaya genetik bir yatkınlık olabileceğini öne sürmektedir. Genetiğin etkilerini incelemek için araştırmacılar ya aynı yumurta ikizlerini ya da

Ayrı yetiştirilen ikizler veya evlat edinilenler ile biyolojik ebeveynleri arasındaki ilişki. Bu metodolojiler, çevre ve genetiğin ayrı etkilerini birbirinden ayırmaktadır. Sheilds (1962) genetik ve sigara kullanımı üzerine yaptığı ilk çalışmada, ayrı yetiştirilen 42 ikizden sadece 9'unun uyumsuz olduğunu (farklı sigara içme davranışı gösterdiğini) bildirmiştir. Sheilds, 18 çiftin her ikisinin de sigara içmediğini ve 15 çiftin her ikisinin de sigara içtiğini bildirmiştir. Bu, tesadüfen tahmin edilenden çok daha yüksek bir uyum oranıdır. Sigara içiminde genetik bir faktör olduğuna dair kanıtlar Eysenck (1990) tarafından ve Avustralya'da yapılan ve genetiğin hem sigaraya başlamada (başlama) hem de sigara içmeye devam etmede (sürdürme) rolünü inceleyen bir çalışmada da rapor edilmiştir (Hannah ve ark. 1985). Alkolizmde genetiğin rolüne ilişkin araştırmalar daha kapsamlıdır ve bu literatüre ilişkin incelemeler başka yerlerde bulunabilir (Peele 1984; Schuckit 1985). Bununla birlikte, bir erkek çocuğun alkolik bir biyolojik ebeveyne sahip olması halinde alkolizm geliştirme olasılığının dört kata kadar daha fazla olabileceği tahmin edilmektedir.

Önceden var olan bir psikolojik anormallik

Bazı teoriler, bazı bireylerin önceden var olan psikolojik bir sorun nedeniyle bağımlı olabileceğini öne sürmektedir. Örneğin Freud, bir bağımlılığın gizli bir homoseksüellikten ya da oral haz ihtiyacından kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür. Alkolizmin kendine zarar veren bir kişilik veya güç ihtiyacı ile ilişkili olabileceği de öne sürülmüştür (örn. McClelland ve ark. 1972). Bu bakış açısı, geri dönüşü olmayan ve bağımlılık davranışının başlangıcından önce ortaya çıkan psikolojik bir anormalliği vurgulamaktadır.

Edinilmiş bağımlılık

İkinci hastalık perspektifindeki modeller de bağımlılığı aşırılığın bir sonucu olarak görmüştür. Örneğin, 1960'larda Jellinek alkolizm türleri ve alkolizm evreleri teorisini geliştirmiştir (Jellinek 1960). Bu, farklı bağımlılık türleri (alfa, gama, delta) olduğunu ve artan alkol tüketiminin bireyin hastalığın farklı aşamalarında ilerlemesine neden olduğunu öne sürmüştür. Bağımlılığın bağımlılık yapıcı maddeye maruz kalmaktan kaynaklandığını ve şu şekilde sonuçlandığını öne sürmüştür: (1) edinilmiş doku toleransı; (2) adaptif hücre metabolizması; (3) yoksunluk ve aşerme; ve (4) kontrol kaybı. Benzer bir şekilde, Edwards ve Gross'un (1976) alkol bağımlılığı sendromu teorisini, sürekli alkol kullanımının hücre değişikliklerine ve ardından bağımlılığa yol açtığını savunmuştur. Sigaraya uygulanan bu bakış açısı, nikotinin sürekli kullanımı yoluyla bağımlılığa neden olduğunu öne sürmektedir. Bu bakış açısı ikinci bir hastalık kavramı olarak sınıflandırılabilir, vurgunun bireyden ziyade madde üzerinde olması nedeniyle birinci hastalık kavramını anımsatmaktadır.

Bağımlılığın hastalık modeliyle ilgili sorunlar

Birçok araştırmacı hala bağımlılıkların bir hastalık modelini vurgulasa da, bu bakış açısıyla ilgili birkaç sorun vardır:

- Hastalık modeli, ömür boyu yoksunluk yoluyla tedaviyi teşvik eder. Ancak, yaşam boyu yoksunluk çok nadirdir ve elde edilmesi zor olabilir.
- Hastalık modeli nüksü tedavi modeline dahil etmez. Ancak, bu 'ya hep ya hiç' bakış açısı, bireyleri makul olmayan yoksunluk hedefleri belirlemeye teşvik ederek ve 'bir kez sarhoş olan her zaman sarhoş olur' şeklindeki kendini gerçekleştiren kehaneti oluşturarak aslında nüksetmeyi teşvik edebilir.

- Alkoliklerin 'normal içme' düzenlerine geri dönebileceğini öne süren kontrollü içme tanımı (Davies 1962; Sobel ve Sobel 1976, 1978), hastalık modelinin temel fikirlerine meydan okumuştur. Kontrollü içme olgusu, belki de bir bağımlılığın geri döndürülemez olmadığını ve yoksunluğun tek tedavi hedefi olmayabileceğini göstermiştir.

Sosyal öğrenme perspektifi nedir?

Sosyal öğrenme perspektifi, bağımlılığın hastalık modelinden birkaç yönden farklıdır:

- Bağımlılık yapıcı davranışlar, sosyal öğrenme teorisinin kurallarına göre öğrenilen, edinilmiş alışkanlıklar olarak görülmektedir.
- Bağımlılık yapıcı davranışlar öğrenilebilir; geri döndürülemez değildirler.
- Bağımlılık yapıcı davranışlar bir süreklilik içinde yer alır; ayrı varlıklar değildirler.
- Bağımlılık yapıcı davranışlar diğer davranışlardan farklı değildir.
- Tedavi yaklaşımları ya tamamen yoksunluk ya da 'normal' davranış kalıplarının yeniden öğrenilmesini içerir.

Bağımlılık yapıcı bir davranışın öğrenilmesinde yer alan süreçler

Sosyal öğrenme perspektifine göre, bağımlılık yapıcı davranışlar aşağıdaki süreçlere göre öğrenilir: (1) klasik koşullanma; (2) edimsel koşullanma; (3) gözlemsel öğrenme; ve (4) bilişsel süreçler.

Klasik koşullanma

Klasik koşullanma kuralları, davranışların çağrışımsal öğrenme süreçleri yoluyla edinildiğini belirtir. Örneğin, koşulsuz bir uyarıcı (US, örneğin bara gitmek) koşulsuz bir tepkiyi (UR, örneğin rahatlamış hissetmek) ortaya çıkarabilir. Eğer koşulsuz uyarıcı koşullu bir uyarıcıyla (CS, örneğin bir içki) ilişkilendirilirse, sonunda bu koşullu tepkiyi (CR, örneğin rahatlamış hissetmek) ortaya çıkaracaktır. Bu şu şekilde gerçekleşecektir:

Koşulsuz uyarıcı ve koşulsuz tepki:
bara gitmek + rahat hissetmek
(ABD) + (UR)

Koşulsuz uyarıcı ile koşullu uyarıcının eşleştirilmesi: bara gitmek
+ bir içki
(ABD) + (CS)

Koşullu uyarıcı ve koşullu tepki:
bir içki + rahatlamış
hissetmek (CS) + (CR)

Dolayısıyla koşullu uyarıcı artık koşullu tepkiyi ortaya çıkarır.

Koşullu uyarıcı ile hangi faktörler eşleşebilir?

Koşullu uyarıcı ile iki tür faktör eşleşebilir: *dış* (örneğin bar) ve *iç* (örneğin ruh hali) ipuçları. Potansiyel olarak bağımlılık yapıcı bir davranış açısından, sigara içmek dış ipuçlarıyla ilişkilendirilebilir (örneğin, başka birinin sigara içtiğini görmek, belirli arkadaşlarla birlikte olmak),

veya içsel ipuçlarıyla (örn. kaygı, depresyon veya mutluluk). İçsel bir ipucu ile eşleştirmenin daha sorunlu olduğu, çünkü bu ipuçlarından kaçınılamayacağı ileri sürülmüştür. Buna ek olarak, içsel ipuçları *genelleme* sorununu da gündeme getirmektedir. Genelleme, bağımlılık yapıcı bir davranıştan uzak durulan bir dönemdeki yoksunluk belirtilerinin daha sonraki davranışlar için ipucu görevi görmesi halinde ortaya çıkar. Örneğin, bir birey sigara içmekle kaygılı hissetmeyi eşleştirmişse, yoksunluk belirtileri kaygı olarak yorumlanabilir ve bu nedenle daha fazla sigara içme davranışı ortaya çıkarabilir; davranış kendi yoksunluk belirtilerinden kurtulmayı sağlar.

Edimsel koşullanma

Edimsel koşullanma kuralları, davranışın ortaya çıkma olasılığının, olumlu bir olayın varlığıyla olumlu bir şekilde *pekiştirilmesi* ya da olumsuz bir olayın yokluğu veya ortadan kaldırılmasıyla *olumsuz* bir şekilde *pekiştirilmesi* durumunda arttığını belirtir. Sigara içmek gibi bağımlılık yapıcı bir davranış açısından, sigara içme olasılığı sosyal kabul, güven ve kontrol duyguları (olumlu pekiştirici) ve yoksunluk belirtilerinin ortadan kaldırılması (olumsuz pekiştirici) ile artacaktır.

Gözlemsel öğrenme/modelleme

Davranışlar ayrıca önemli diğer kişilerin davranışlarını gözlemleyerek de öğrenilir. Örneğin, ebeveynlerin sigara içmesi, sigara içme ile çekicilik/zayıflık arasındaki ilişki ve alkol tüketiminin bir risk alma davranışı olarak gözlemlenmesi, davranışın edinilmesine katkıda bulunabilir.

Bilişsel faktörler

Benlik imajı, sorun çözme davranışı, başa çıkma mekanizmaları ve atıflar gibi faktörler de bağımlılık yapıcı bir davranışın edinilmesine katkıda bulunur.

Hastalık ve sosyal öğrenme perspektifinin bütünleştirilmesi

Araştırmacılar genellikle bağımlılık konusunda hastalık ve sosyal öğrenme perspektifleri arasında kutuplaşmaktadır. Örneğin, bazı araştırmacılar sigara içmenin tamamen nikotinin bağımlılık yapıcı özelliklerinden kaynaklandığını savunurken, diğerleri bunun öğrenilmiş bir davranış olduğunu savunmaktadır. Bununla birlikte, her bir yaklaşımın içinde alternatif açıklamalar bulunmaktadır. Örneğin, bir hastalık modeli sigara veya içki içme davranışını takiben kazanılmış toleransı vurgulayabilir ve bu nedenle bir hastalık perspektifinden yararlanırken, neden bazı insanların ilk etapta sigara/içki içmeye başladığını ve neden sadece bazılarının kazanılmış tolerans geliştirecek kadar devam ettiğini açıklamak için örtük olarak bir sosyal öğrenme yaklaşımı kullanır. İnsanların tolerans geliştirecek kadar sigara veya içki içmeleri için maruz kalmaya ve pekiştirilmeye ihtiyaçları vardır. Tolerans kavramı bir hastalık modeli kavramı olabilir ancak işleyebilmesi için bir dereceye kadar sosyal öğrenme teorisine dayanır. Benzer şekilde, insanlar sigara içmenin yoksunluk belirtilerini hafiflettiğini öğrendikleri için artan sayıda sigara içebilirler. Ancak, bu tür bir ilişkilendirme sosyal öğrenme perspektifinden türetilmiş olsa da, fiziksel yoksunluk belirtilerinin varlığını gerektirdiği için dolaylı olarak bir hastalık perspektifi kullanır. Bu nedenle çoğu araştırmacı hem hastalık hem de sosyal öğrenme perspektiflerinden faydalanmaktadır. Bazen iki model biçimi arasındaki bu etkileşim açıkça ortaya konmakta ve araştırmacılar her iki etki kaynağının da önemli olduğuna inandıklarını kabul etmektedir. Ancak bazen bu etkileşim sadece örtüktür. West (2006), insanların ilk etapta neden bağımlı hale geldiklerini ve bazen davranışlarını nasıl ve neden değiştirmeyi başardıklarını anlamak için dürtü, özenetim, alışkanlık ve güdüsel durumlar dahil olmak üzere bir dizi tıbbi ve psikolojik yapıyı bir araya getiren yeni bir sentetik bağımlılık

modeli sunmaktadır.

Kutu 5.1 ... sigara ve alkol araştırmaları ile ilgili bazı sorunlar

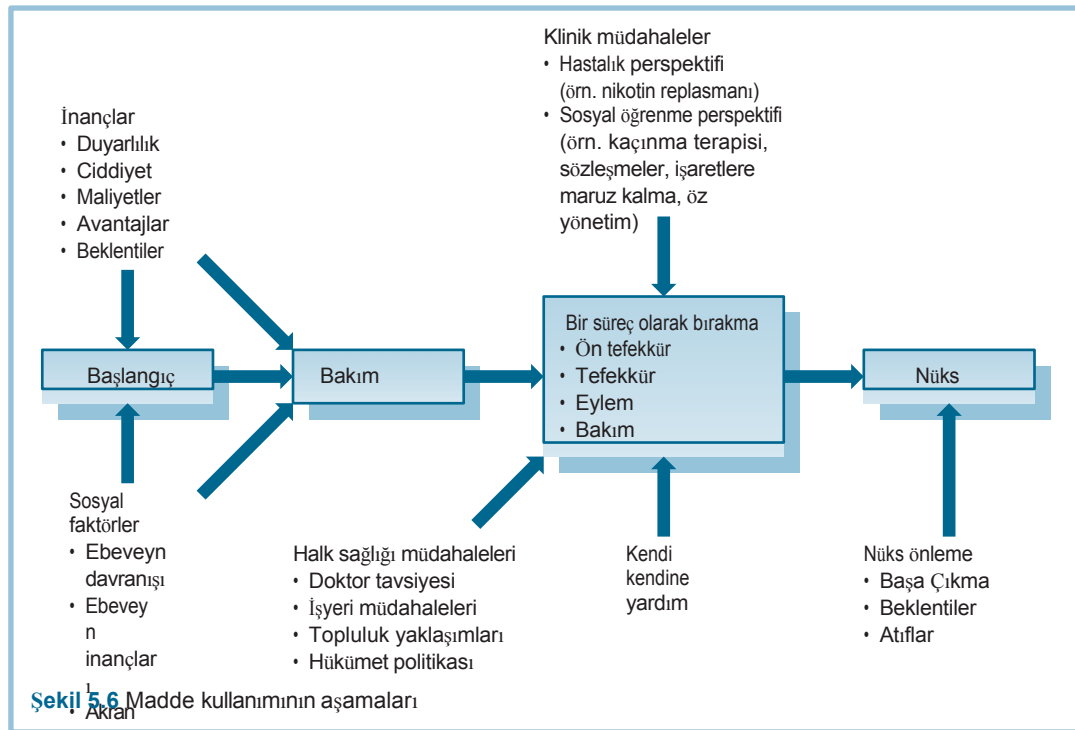
Aşağıda, bu alandaki araştırmalarla ilgili göz önünde bulundurmak isteyebileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır.

- 1 Bağımlılık yapıcı davranışlar konusunda, teori, yöntem ve yorumlama açısından araştırmaları renklendiren çok farklı teorik perspektifler bulunmaktadır. Örneğin, tıbbi perspektiften bakanlar ilacın bağımlılık yapıcı doğasına vurgu yaparken, davranışsal perspektiften bakanlar davranışa vurgu yapmaktadır. Zaman zaman bu iki bakış açısı birbiriyle çelişse de çoğunlukla bu iki kamp farklı dergilerde yayın yapmakta ve pek iletişim kurmamaktadır. Bu durum, bu davranışlara ilişkin anlayışımızın kutuplaşmasına yol açabilir.
- 2 Sigara ve alkol ölçümlerinin çoğu kişinin kendi beyanına dayanmaktadır. İnsanlar olduklarından daha sağlıklı görünmek için davranışlarını eksik bildirebildiklerinden bu durum sorunlu olabilir. Kotinin seviyeleri gibi bazı daha objektif ölçümler mevcuttur. Ancak bunlar hem araştırmacının hem de denegın daha fazla özveride bulunmasını gerektirmektedir. Ayrıca, herhangi bir ölçüm şekli insanların davranışlarının daha fazla farkında olmalarını sağlayabileceğinden, bu davranışların ölçülmesi onları değiştirebilir.
- 3 Sigara ve alkol kullanımını açıklayan faktörler çok sayıda ve karmaşıktır. Bu nedenle bunları açıklayan teoriler de karmaşıktır ve çoğu zaman operasyonel hale getirilmesi zordur. Daha basit teorilerin işlerlik kazanması daha kolaydır ancak bu davranışları öngören değişkenlerin birçoğunu gözden kaçırabilirler.

Bu nedenle kapsamlılık ve kullanılabilirlik arasında her zaman bir denge kurulması gerekir.

Madde kullanımının aşamaları

Bağımlılık yapan davranışlarla ilgili araştırmalar madde kullanımının dört aşamasını tanımlamıştır: (1) başlama; (2) sürdürme; (3) bırakma; ve (4) nüksetme. Bu dört aşama şimdi sigara ve alkol kullanımı için ayrıntılı olarak incelenecek ve Şekil 5.6'da gösterilecektir.



Şekil 5.6 Madde kullanımının aşamaları

grubu
baskısı

Aşama 1 ve 2: bağımlılık yapan bir davranışın başlatılması ve sürdürülmesi

Sigaraya başlama ve sürdürme

1954 yılında Doll ve Hill, sigara içmenin akciğer kanserinin habercisi olduğunu belirtmiştir. Elli yıl sonra, yetişkin nüfusun yaklaşık yüzde 30'u, çoğu ilgili sağlık risklerinin farkında olmasına rağmen hala sigara içmektedir. Aslında, sigara içenlerin sigaranın risklerini cinayet ve trafik kazası riskleriyle karşılaştırarak değerlendirip değerlendirmediklerini inceleyen bir araştırma, sigara içenlerin sigaranın risklerini doğru algıladıklarını ve hem eski içicilerle hem de hiç sigara içmemiş olanlarla benzer risk derecelendirmeleri yaptıklarını göstermiştir (Sutton 1998b). İlk sağlığı geliştirme kampanyaları esas olarak yetişkin erkeklerde sigara içmenin belirleyicilerine odaklanmıştır, ancak son yıllarda çocuklarda sigara içmeye yönelik artan bir ilgi vardır. Çocukların/gençlerin çoğu bir nefes sigara içmeyi denemektedir. Bu nedenle sigara içme davranışının fiilen başlatılması ve sürdürülmesi arasında ayırım yapmak zordur. Dolayısıyla bu aşamalar birlikte ele alınacaktır.

Çocuklarda sigara kullanımı

Doll ve Peto (1981) sigaraya çocukluk çağında başlayan kişilerin akciğer kanserine yakalanma olasılığının, yaşımlarının ilerleyen dönemlerinde başlayanlara kıyasla daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu durum, yetişkin sigara içicilerinin çoğunun bu alışkanlığa çocuklukta başladığı ve çok az kişinin 19 ya da 20 yaşından sonra düzenli olarak sigara içmeye başladığı göz önüne alındığında özellikle önemlidir (Charlton 1992). Lader ve Matheson (1991) 1982 ve 1990 yılları arasında yapılan ulusal araştırmalardan elde edilen verileri gözden geçirmiş ve 11-15 yaş arası okul çağındaki erkek çocuklarda sigara içme davranışının - sigarayı yeni denemiş olanlar da dahil olmak üzere - yüzde 55'ten yüzde 44'e düştüğünü ve benzer yaştaki kız çocuklarda sigara içme oranının yüzde 51'den yüzde 42'ye düştüğünü belirtmiştir. Bu bir azalma gösterse de, yetişkinlerin sigara içmesinde görülen azalmadan daha azdır ve veriler 1990 yılında okul çocuklarının neredeyse yarısının en az bir sigara denemiş olduğunu göstermektedir. Aslında birçok çocuk ilk sigarasını ilkokuldayken denemektedir (Murray ve ark. 1984; Swan ve ark. 1991).

Sigaraya başlamanın psikolojik belirleyicileri

Araştırmacılar, sigaraya başlama ve sürdürmeyi anlama çabasıyla, sigara içme davranışını teşvik edebilecek psikolojik ve sosyal süreçleri araştırmışlardır. Sağlık inancı modeli, koruma motivasyonu teorisi, tekrarlanan eylem teorisi ve sağlık eylem süreci yaklaşımı (bkz. Bölüm 2) gibi sağlık davranışı modelleri, sigaraya başlamaya katkıda bulunan bilişsel faktörleri incelemek için kullanılmıştır (örn. Sherman ve ark. 1982; Sutton 1982). Sigara içme davranışını öngören ek bilişler arasında sigara içmeyi eğlence ve zevkle ilişkilendirme, sınırları yatıştırma aracı olarak sigara içme ve sigara içmeyi sosyalleşme ve güven oluşturma olarak görme yer almaktadır ve bunların hepsi genç sigara içicileri tarafından bildirilmiştir (Charlton 1984; Charlton ve Blair 1989; ayrıca sigara içme ve stres azaltma tartışması için Bölüm 11'e bakınız). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada Conner, Sandberg ve arkadaşları (2006) 11-12 yaş arası ergenlerde sigaraya başlamayı öngörmede planlı davranış teorisi değişkenlerinin (bkz. Bölüm 2) yanı sıra beklenen pişmanlık ve niyet istikrarının rolünü araştırmıştır: 675 sigara içmeyen ergen başlangıçta ölçümleri tamamlamış ve ardından dokuz ay sonra karbon monoksit nefes monitörü kullanılarak değerlendirilen sigara içmeyi deneyip denemediklerini görmek için takip edilmiştir. Sonuçlar, sigaraya başlamanın başlangıçtaki niyetler tarafından öngörüldüğünü göstermiştir. Ancak, niyetler ve davranışlar arasındaki bu ilişki yalnızca başlangıçta sigaraya başlama konusunda pişmanlık ifade etmeyen ve istikrarlı niyetler gösteren kişilerde mevcuttu.

Sigaraya başlama ve sürdürmenin sosyal belirleyicileri

Çoğu araştırma bireye odaklanır ve bireyi sosyal bağlamından çıkarır. Bireysel bilişler sigara içme davranışını öngörebilir ancak bunlar bireyin sosyalleşmesinin bir ürünüdür. Bireyin sosyal dünyasındaki etkileşimler, çocuğun inanç ve davranışlarının oluşmasına ve gelişmesine yardımcı olur. İngiltere'de, çocuğun sosyal dünyasının sigara içme davranışını yordayan unsurlarını belirleyen beş boylamsal çalışma yapılmıştır (Murray ve ark. 1984; McNeil ve ark. 1988; Charlton ve Blair 1989; Gillies ve Galt 1990; Goddard 1990). Sigara içmeyi öngören ana faktör ebeveynlerin sigara içmesidir; ebeveynleri sigara içen çocukların sigara içme olasılığının iki kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Lader ve Matheson 1991). Buna ek olarak, ebeveynlerin sigaraya karşı tutumları da çocuklarının davranışlarını etkilemektedir. Örneğin, bir çocuk ebeveynlerinin sigara içmeye şiddetle karşı olduğunu algılıyorsa, sigara içici olma olasılığı yedi kata kadar daha azdır (Murray ve ark. 1984). Sigara içme üzerindeki bir sonraki en önemli etki akran grubu baskısıdır. ABD'de yapılan çalışmalarda akran grubu kimliği ile tütün kullanımı arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuçlar, kendileri ve başkaları tarafından problem eğilimli, okulda başarısız, okul sporlarına nadiren katılan, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi risk alma davranışları yüksek ve düşük özsaygıya sahip olarak tanımlanan bireylerin sigara içme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Mosbach ve Leventhal 1988; Sussman ve ark. 1990). Öte yandan araştırmalar, akademik ve sosyal faaliyetlerde lider olarak görülen, yüksek özsaygıya sahip ve akranları tarafından popüler olarak kabul edilen çocuklarda da yüksek sigara içme oranlarına rastlanabileceğini ortaya koymuştur (Mosbach ve Leventhal 1988). Çocukların sigara içip içmemesini etkileyen bir diğer faktör de okullarının sigara içme davranışına karşı tutumudur. Bir Kanser Araştırma Kampanyası çalışması (1991), 'sigara içilmez' politikası olan okullarda, özellikle de bu politika öğrencilerin yanı sıra personeli de kapsıyorsa, sigara içme yaygınlığının daha düşük olduğunu bulmuştur. Özetle, ebeveynlerin, akranların ve okulların davranış ve inançları gibi sosyal faktörler çocukların inanç ve davranışlarını etkilemektedir. Tamamen farklı bir metodoloji kullanan Graham, sigara içme davranışını sürdürebilecek bağlamsal faktörleri araştırmak için okul öncesi çocukları olan düşük gelirli kadınlarla görüşmeler yapmıştır. Graham, sigara içmenin araştırmacılar tarafından sağlıksız ve vazgeçilmesi gereken bir şey olarak görülmesine rağmen, çalışmadaki kadınların sigarayı 'duygusal ve fiziksel enerji rezervlerinin ciddi şekilde tükenmiş olabileceği durumlarda sağlığı koruma ve ev idaresini uzlaştırma' çabalarının merkezinde gördüklerini ileri sürmüştür (Graham 1987: 55). Graham, sigara içmenin bu kadınların refah duygusunu desteklediğini ve bakımla başa çıkmalarına yardımcı olduğunu belirtmiştir. Sigara içmenin 'sadece kendileri için yaptıkları tek faaliyet' olarak görülebileceğini bildirmektedir. Dolayısıyla sigara içmek sadece inançların değil, aynı zamanda bireyin sosyal dünyasının da bir ürünüdür.

Alkole başlama ve sürdürme

Çoğu insan hayatının bir döneminde alkolü dener. Ancak yapılan bir anket, ankete katılanların (kadın ve erkek) yaklaşık dörtte birinin kendilerini ömür boyu alkolden uzak duranlar olarak tanımladığını göstermiştir (*Genel Hane Halkı Anketi* 1994). Hiç alkol içmemenin en yaygın nedenleri din ve alkolden hoşlanmamaktır. Bu nedenle, bu bölümde 'hiç' veya 'ara sıra' içki içmenin belirleyicilerini incelemek yerine, hangi faktörlerin içki içme sorunu geliştirmeyi öngördüğü incelenmektedir.

Alkole başlama ve sürdürmenin psikolojik belirleyicileri

Gerginliği azaltma hipotezi (Cappell ve Greeley 1987), alkolün gerginliği ve kaygıyı azaltması nedeniyle bireylerin bir içki sorunu geliştirebileceğini öne sürmektedir. Gerginlik yüksek bir uyarılma durumu yaratır ve alkol bu durumu azaltır, bu da daha fazla içme davranışını

sürdürür. Bununla birlikte, alkol kullanımını teşvik eden şeyin alkol kullanımının gerçek etkileri olmadığı öne sürülmüştür.

içmek değil, beklenen etkilerdir (George ve Marlatt 1983). Dolayısıyla, az miktarda alkolün olumlu etkileri olabileceğinden, insanlar bu olumlu etkilerin artan kullanımla devam edeceğini varsaymaktadır. Bu bakış açısı, bağımlılık davranışlarının sosyal öğrenme modeliyle uyumludur ve pekiştirme ile bilişlerin rolünü vurgular.

Alkole başlama ve sürdürmenin sosyal belirleyicileri

Sigara içme davranışı ile ilgili sosyal faktörlerin birçoğu alkol tüketimi için de belirleyicidir. Örneğin, ebeveynlerin içki içmesi çocuklarda sorunlu içki tüketimini öngörmektedir. Bağımlılıkların hastalık modeline göre, bunun bağımlılık yapıcı bir davranış geliştirmek için genetik ön eğilimi yansıttığı iddia edilebilir. Ancak, ebeveynlerin içki içmesi, çocukların içki içme davranışına maruz kalması ve bu davranışı ebeveynlerinden öğrenmesi ile 'sosyal kalıtsal faktörler' yoluyla etkili olabilir (Orford ve Velleman 1991). Buna ek olarak, akran grubunun alkol kullanımı ve suistimali de içki içme davranışını öngörmekte, sansasyon arayan biri olmak, saldırganlık eğilimi ve otoriteyle başını belaya sokma geçmişine sahip olmak da içki içme davranışını etkilemektedir. Johnston ve White (2003) planlı davranış teorisini (bkz. Bölüm 2) kullanarak öğrencilerde aşırı içki içme davranışını tahmin etmiştir. Ancak, aşırı içiciliğin sosyal doğası göz önüne alındığında, normların rolüne odaklanmışlardır. Boylamsal bir tasarım kullanarak, 289 lisans öğrencisi inançları ile ilgili bir anket doldurmuş ve rapor edilen aşırı içki içme ile ilgili takip toplanmıştır. Sonuçlar, özellikle normlar öğrencinin güçlü bir şekilde özdeşleştiği davranışsal olarak ilgili bir referans grubuna aitse, normlar için önemli bir rol olduğunu göstermiştir.

3. Aşama: Bağımlılık yapan bir davranışın bırakılması

Hem sigara hem de alkol tüketiminin potansiyel sağlık sonuçları nedeniyle, araştırmalar sigara içenlerin ve içenlerin davranışlarını bırakmalarına yardımcı olacak farklı yöntemleri incelemiştir. Bağımlılık yapan bir davranışın bırakılması, bırakmaya dahil olan *süreçler* ve bireyleri davranışlarını bırakmaya motive etmek için tasarlanan *müdahaleler* açısından incelenebilir.

Bırakma süreci

Bugüne kadar yapılan araştırmaların çoğu bırakmayı yavaş bir bilişsel değişim sürecinin sonucu olarak kavramsallaştırmıştır. Buna karşın son araştırmalar bırakmaya yönelik daha plansız bir yaklaşımı vurgulamaktadır. Şimdi bu iki yaklaşım ele alınacaktır.

Yavaş bir süreç olarak bırakma

Birçok araştırma, bırakma ve davranışsal niyetlerin veya planların geliştirilmesi ve uygulanmasına yönelik 'damla, damla' yaklaşımını vurgulamaktadır. Örneğin, TPB (Ajzen ve Madden 1986), davranışsal niyetleri davranış değişikliği için bir ön koşul olarak kavramsallaştırmakta, uygulama niyeti araştırması planların geliştirilmesini vurgulamakta (Gollwitzer 1993) ve değişim aşamaları modeli bir dizi aşama boyunca kademeli ilerlemeye odaklanmaktadır (Prochaska ve DiClemente 1982). Özellikle Prochaska ve DiClemente (1984; bkz. Bölüm 2) değişim aşamaları modelini bağımlılık yapan davranışların bırakılmasını incelemek üzere uyarlamıştır. Bu model, sigara içen bir kişiden içmeyen bir kişiye ve içki içen bir kişiden içmeyen bir kişiye geçişte yer alan süreçleri vurgulamıştır. Bırakmanın beş temel aşama boyunca bir değişimi içerdiğini ileri sürmüşlerdir:

- 1 *ön-tefekkür*: bırakmayı ciddi olarak düşünmemek olarak tanımlanır
- 2 *tefekkür*: bırakma konusunda bazı düşüncelere sahip olmak

- 3 *hazırlık*: ciddi olarak bırakmayı düşünüyorum
- 4 *eylem*: ilk davranış değişikliği
- 5 *sürdürme*: davranış değişikliğini belirli bir süre boyunca devam ettirme.

Prochaska ve DiClemente, bireylerin bu aşamalarda basit ve doğrusal bir şekilde ilerlemediğini, ancak ileri ve geri geçiş yapabileceğini (örneğin, tefekkür öncesinden tefekküre ve tekrar tefekkür öncesine) savunmaktadır. Bunu 'döner kapı' şeması olarak adlandırmakta ve bırakmanın dinamik doğasını vurgulamaktadırlar. Bu değişim modeli, sigara içenler ve ayakta tedavi gören alkolikler için farklı aşamalara ilişkin kanıt sağlamak üzere test edilmiştir (DiClemente ve Prochaska 1982, 1985; DiClemente ve Hughes 1990) ve sigarayı bırakma için değişim aşaması ile öz yeterlilik arasındaki ilişki için test edilmiştir (DiClemente 1986). Buna ek olarak, DiClemente ve arkadaşları (1991) bir ve altı aylık takiplerde değişim aşaması ile sigarayı bırakma girişimleri ve fiili bırakma arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yazarlar sigara içenleri bırakmayı düşünenler ve düşünmeyenler olarak kategorize etmiş ve takip sırasında sigara içme davranışlarını incelemiştir. Ayrıca sigara içmeyi düşünenleri de düşünenler (sigara içen ve önümüzdeki altı ay içinde bırakmayı ciddi olarak düşünen ancak önümüzdeki 30 gün içinde bırakmayı düşünmeyenler) veya hazırlık aşamasında olanlar (önümüzdeki 30 gün içinde sigarayı bırakmayı ciddi olarak düşünenler) olarak sınıflandırmışlardır. Sonuçlar, değişimin hazırlık aşamasında olanların hem birinci hem de altıncı ayda bırakma girişiminde bulunma olasılıklarının daha yüksek olduğunu, daha fazla bırakma girişiminde bulunduklarını ve takiplerde sigara içmiyor olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu çalışma **Focus on research 5.1**'de (s. 111) ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

Araştırmalar aynı zamanda Bölüm 2'de özetlenen sağlık inançları ve yapılandırılmış modelleri de kullanmıştır.

Hem sigarayı bırakma niyetinin hem de başarılı bir şekilde sigarayı bırakmanın belirleyicilerini incelemek. Örneğin, duyarlılık algıları, geçmiş bırakma girişimleri ve algılanan davranışsal kontrol gibi bireysel bilişlerin sigara içme davranışındaki azalmalarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Giannetti ve ark. 1985; Cummings ve ark. 1988; Godin ve ark. 1992). Buna ek olarak, planlı davranış teorisi (TPB), bir işyeri yaşamını takip edenler (Borland ve ark. 1991), hamile kadınlar ve genel nüfus (Godin ve ark. 1992) dahil olmak üzere bir dizi popülasyonda sigarayı bırakmayı araştırmak için bir çerçeve olarak kullanılmıştır.

Bu doğrultuda, bir çalışmada birinci basamakta sağlığı geliştirme kliniklerine katılan bir grup sigara içicisinde sigarayı bırakma niyetini ve bırakma girişiminde bulunmayı tahmin etmede TPB'nin kullanılabilirliği incelenmiştir (Norman ve ark. 1999). Sonuçlar, bırakma niyetinin en iyi belirleyicilerinin algılanan davranışsal kontrol (yani "Önümüzdeki altı ay boyunca sigara içmeme konusunda ne kadar kontrol sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz?") ve algılanan duyarlılık (yani "Sigara içmeye devam ederseniz gelecekte aşağıdaki sorunlardan herhangi birini geliştirme olasılığınızın ne kadar olduğunu düşünüyorsunuz?") olduğunu göstermiştir. Takipte, bırakma girişiminde bulunmanın en iyi belirleyicileri başlangıçtaki niyetler (yani "Önümüzdeki altı ay boyunca sigara içmeme ihtimaliniz ne kadar?") ve önceki bırakma girişimlerinin sayısı olmuştur. Bu nedenle sigarayı bırakma süreci, değişim aşamaları perspektifi, bireysel bilişler veya TPB gibi yapılandırılmış modeller kullanılarak araştırılabilir.

Planlanmamış olarak bırakma

Bırakmaya yönelik bu 'damla, damla' yaklaşımının aksine West (2006; West ve Sohal 2006) bağımlılık yapan bir davranışı bırakmanın bazen plansız olabileceğini savunmuştur. En az bir bırakma girişiminde bulunmuş sigara içicileri ($n = 918$) ve eski sigara içicileri ($n = 996$) kapsayan geniş ölçekli kesitsel bir araştırmada katılımcılardan ciddi bir bırakma girişiminde

bulunup bulunmadıklarını tanımlamaları istenmiştir ('Ciddi bir girişimden kastım bir daha asla bırakmamaya karar vermenizdir.

bir sigara daha içtim'). Daha sonra deneyenlerden girişimlerinin ne ölçüde planlı olduğunu tanımlamaları istenmiştir ('Bırakma girişimini önceden planlamadım' ile 'Bırakma girişimini birkaç ay önceden planladım' arasında değişmektedir) (West ve Sohal 2006). Sonuçlar, girişimlerin neredeyse yarısının (yüzde 48,6) planlanmadan yapıldığını göstermiştir. Ayrıca sonuçlar plansız girişimlerin planlı girişimlere (yüzde 42,3) kıyasla en az altı ay sürme olasılığının daha yüksek olduğunu (yüzde 65,4) göstermiştir. Bu sonuçlar yaş, cinsiyet ve sosyal sınıf kontrol edildiğinde dahi değişmemiştir. Bu bulgular, planların ve aşamaların rolünü vurgulayan ve daha önce açıklanan araştırmaların çoğuyla tezat oluşturmaktadır.

Bir teorinin test edilmesi - sigarayı bırakma aşamaları

Sigarayı bırakmayı tahmin etmede değişim aşamalarını inceleyen bir çalışma (DiClemente ve ark. 1991). Geleneksel olarak bağımlılık yapıcı davranışlar 'ya/ya da' davranışları olarak görülmüştür. Bu nedenle sigara içenler ya sigara içiyor, ya eski içici ya da sigara içmiyor olarak değerlendirilmiştir. Ancak, DiClemente ve Prochaska (1982) bağımlılık davranışlarındaki değişim aşamalarını incelemek için teoriler ötesi değişim modelini geliştirmiştir. Bu çalışma, değişim aşamaları modelinin geçerliliğini inceleyen ve değişim aşamaları ile sigarayı bırakma arasındaki ilişkiyi değerlendiren klasik bir çalışmadır.

Arka plan

Orijinal değişim aşamaları modeli aşağıdaki aşamaları tanımlamaktadır:

- *Ön tefekkür:* Önümüzdeki altı ay içinde bırakmayı ciddi olarak düşünmemek.
- *Düşünme:* Önümüzdeki altı ay içinde bırakmayı düşünme.
- *Eylem:* davranış değişiklikleri yapmak.
- *Bakım:* bu değişikliklerin sürdürülmesi.

Model doğrusal değil dinamik olarak tanımlanmaktadır ve bireyler aşamalar arasında ileri ve geri hareket etmektedir. Bu çalışmada yazarlar tefekkür aşamasında olanları tefekkür edenler (önümüzdeki 30 gün içinde bırakmayı düşünmeyenler) ve hazırlık aşamasında olanlar (önümüzdeki 30 gün içinde bırakmayı planlayanlar) olarak kategorize etmiştir.

Metodoloji

Konular

Teksas ve Rhode Island'dan toplam 1466 denek minimum müdahaleli bir sigara bırakma programı için işe alınmıştır. Deneklerin çoğunluğu beyaz, kadın, sigaraya yaklaşık 16 yaşında başlamış ve günde ortalama 29 sigara içmiştir.

Tasarım

Denekler başlangıçta bir dizi ölçüm doldurmuş ve bir ve altı ay sonra takip edilmiştir.

Önlemler

Denekler aşağıdaki ölçüm setini tamamlamıştır:

- *Sigarayı bırakma öz yeterliliği* (DiClemente ve ark. 1985), sigara içenlerin 20 zorlu durumda sigara içmeyeceklerine dair güvenlerini ölçer.



- *Algılanan stres ölçeği* (Cohen ve ark. 1985), bireyin son bir ay içinde ne kadar algılanan stres yaşadığını ölçer.
- Nikotine karşı fiziksel toleransı ölçen *Fagerstrom Tolerans Anketi*.
- *Sigara içme karar dengesi ölçeği* (Velicer ve ark. 1985), sigara içmenin algılanan artılarını ve eksilerini ölçer.
- *Sigara içme değişim süreçleri ölçeği* (DiClemente ve Prochaska 1985), bireyin değişim aşamasını ölçmektedir. Bu ölçeğe göre, denekler ön düşünenler ($n = 166$), düşünenler ($n = 794$) ve hazırlık aşamasında olanlar ($n = 506$) olarak tanımlanmıştır.
- Yaş, cinsiyet, eğitim ve sigara içme geçmişi dahil olmak üzere *demografik veriler*.

Sonuçlar

Sonuçlar ilk olarak üç denek grubu arasındaki temel farklılıkları incelemek üzere analiz edilmiştir. Hazırlık aşamasındakilerin diğer iki gruba kıyasla daha az sigara içtiği, daha az bağımlı olduğu, daha yüksek öz yeterliliğe sahip olduğu, sigara içmenin artılarını daha az ve maliyetlerini daha fazla olarak değerlendirdiği ve daha önce daha fazla bırakma girişiminde bulunduğu görülmüştür. Sonuçlar daha sonra değişim aşaması ile sigarayı bırakma arasındaki ilişkiyi incelemek üzere analiz edilmiştir. Hem birinci hem de altıncı ayda, hazırlık aşamasındaki denekler daha fazla bırakma girişiminde bulunmuş ve sigara içmeme olasılıkları daha yüksek olmuştur.

Sonuç

Sonuçlar, sigarayı bırakmanın değişim aşamaları modelini desteklemekte ve herhangi bir sigara bırakma müdahalesinin başarılı sonucunu tahmin etmek için yararlı bir araç olduğunu göstermektedir.

Bırakmayı teşvik eden müdahaleler

Bırakmayı teşvik eden müdahaleler şu şekilde tanımlanabilir: (1) bireyi hedef alan klinik müdahaleler; (2) kendi kendine yardım hareketleri; veya (3) popülasyonları hedef alan halk sağlığı müdahaleleri.

Klinik müdahaleler: bireysel değişimin desteklenmesi

Klinik müdahaleler genellikle hastanelerde veya üniversitelerde 6 veya 12 haftalık bir süre boyunca düzenli katılım gerektiren grup veya bireysel tedavi programları şeklindedir. Bu müdahaleler, bağımlılığın farklı hastalık ve sosyal öğrenme teorisi modellerini yansıtan yaklaşımların bir kombinasyonunu kullanır ve yardım isteyen bireyler için sağlanır.

Bırakma konusunda hastalık perspektifleri

Bağımlılığın en son hastalık modellerinde, nikotin ve alkol bağımlılık yapıcı olarak görülmekte ve bağımlı olan birey maddeye karşı tolerans ve bağımlılık kazanmış olarak görülmektedir. Buna göre, bırakma programları bireyin bu bağımlılığı azaltması için yollar sunar. Örneğin, *nikotin azaltma* prosedürleri, sigara içenleri kademeli olarak düşük nikotinli sigara markalarına geçmeye ve kademeli olarak daha az sigara içmeye teşvik eder. Sigara içen kişi tamamen bırakmaya hazır olduğunda, nikotine olan bağımlılığının yeterince az olacağına inanılmaktadır.

yoksunluk belirtilerini en aza indirir. Nikotin azaltmanın tek başına etkinliğini destekleyen bir kanıt olmamasına rağmen, nüks önleme gibi diğer yöntemlerle birlikte yararlı olduğu gösterilmiştir (örneğin, Brown ve ark. 1984).

Nikotin replasman prosedürleri de bireyin nikotine olan bağımlılığını ve bağımlılığını vurgular. Örneğin, nikotin sakızı reçetesiz olarak temin edilebilir ve ani bırakma sonrasında yaşanan yoksunluk belirtilerini azaltmanın bir yolu olarak kullanılır. Sakızın, özellikle kısa süreli nüksü önlemede diğer davranışsal yöntemlere faydalı bir ek olduğu gösterilmiştir (Killen ve ark. 1990). Ancak tadı hoş değildir ve kan dolaşımına karışması zaman alır. Son zamanlarda, kan dolaşımına düzenli bir nikotin kaynağı sağlamak için günde yalnızca bir kez uygulanması gereken nikotin bantları kullanıma sunulmuştur. Sakız çiğnemenin sigaranın oral bileşenini karşıladığı iddia edilebilse de, bunların tadına bakılması gerekmez. Ancak nikotin replasman yöntemlerinin gerçekten fizyolojik bir bağımlılığı telafi edip etmediği ya da sigaraya ihtiyaç duymamayı bekleyerek plasebo etkisi sağlayıp sağlamadığı belirsizdir. Aşırı alkol tüketimini hastalık perspektifinden tedavi etmek, alkolün yerine geçebilecek uygun bir alternatif olmadığı için tamamen yoksunluğu hedeflemeyi içerir.

Bırakma üzerine sosyal öğrenme perspektifleri

Sosyal öğrenme teorisi, edimsel koşullanma (ödülleri ve cezalar), klasik koşullanma (iç/dış ipuçlarıyla ilişkilendirme), gözlemsel öğrenme ve bilişler gibi süreçler yoluyla bağımlılık yapıcı bir davranışın öğrenilmesini vurgulamaktadır. Bu nedenle bırakma prosedürleri, sigara içenlerin ve aşırı alkol tüketenlerin davranışlarını bırakmalarına yardımcı olma girişimlerinde bu süreçleri vurgular. Bu bırakma prosedürleri şunları içerir: kaçınma terapileri, koşullu sözleşme, ipucu teşhiri, öz yönetim teknikleri ve çok perspektifli bırakma klinikleri:

- 1 Kaçınma terapileri** sigara ve içkiyi ödüllendirmek yerine cezalandırmayı amaçlamaktadır. İlk metodolojilerde elektrik şoku gibi kaba teknikler kullanılmış, birey her bir nefes sigara içtiğinde ya da alkol aldığı anda hafif bir elektrik şoku verilmiştir. Ancak bu yaklaşımın hem sigara hem de alkol kullanımı için etkisiz olduğu görülmüştür (örn. Wilson 1978), bunun temel nedeni laboratuvar ortamında öğrenilen davranışların gerçek dünyaya aktarılmasının zor olmasıdır. Bu yaklaşımı gerçek dünyaya aktarmak amacıyla alkoliklere bazen Antabuse adı verilen ve alkol tüketildiğinde kusmaya neden olan bir ilaç verilmektedir. Böylece alkolik, içki içmeyi hasta olmakla ilişkilendirmeye teşvik edilir. Bunun elektrik şoklarından daha etkili olduğu gösterilmiştir (Lang ve Marlatt 1982) ancak bireyin ilacı almasını gerektirmekte ve ayrıca içki sorunlarının ardındaki çok sayıda nedeni göz ardı etmektedir. Hayali kaçınma teknikleri sigara içenler için kullanılmakta ve sigara içen kişiyi hasta olmak gibi sigara içmenin olumsuz sonuçlarını hayal etmeye teşvik etmektedir (bunları gerçekten yaşamak yerine). Ancak, imgesel teknikler diğer davranışsal tedavilere hiçbir şey katmıyor gibi görünmektedir (Lichtenstein ve Brown 1983). Hızlı sigara içme, kaçınma terapisinin daha başarılı bir şeklidir (Danaher 1977) ve gerçek sigara içme sürecini tatsız hale getirmeyi amaçlamaktadır. Sigara içenlerin kapalı bir odada oturmaları ve artık sigara içemeyecekleri kadar rahatsız edici hale gelene kadar her altı saniyede bir nefes almaları gerekmektedir. Bir sigara bırakma tekniği olarak hızlı sigara içmeyi destekleyen bazı kanıtlar olmasına rağmen, kandaki karbon monoksit seviyelerinin ve kalp atış hızının artması gibi belirgin yan etkileri vardır. Diğer kaçınma teknikleri arasında, sigara içenlerin sigaranın tüm olumsuz deneyimlerine odaklanmalarını içeren odaklanmış sigara içme ve sigara içenlerin dumanı içlerinde tutmalarını içeren duman tutma yer almaktadır.

Bir süre ağızlarını kapatırlar ve yine hoş olmayan hisleri düşünürler. Sigarayı bırakmayı teşvik etmede sigaraya odaklanmadan daha başarılı olduğu ve hızlı sigara içmenin yan etkilerine sahip olmadığı gösterilmiştir (Walker ve Franzini 1985).

- 2 ***Durumsallık sözleşmesi*** prosedürleri de sigara ve içkiyi cezalandırmayı ve yoksunluğu ödüllendirmeyi amaçlamaktadır. Sigara ve içki içenlerden bir terapist, bir arkadaş ya da partner ile sözleşme yapmaları ve sigarayı/içkiyi bırakmalarına bağlı olarak bir dizi ödül/ceza belirlemeleri istenir. Örneğin, para terapistte yatırılabilir ve ancak belirli bir süre boyunca sigara/içki içmeyi bıraktıklarında iade edilebilir. Bu nedenle yoksunluğu ödüllendirmektedirler. Schwartz (1987) 1967'den 1985'e kadar sigarayı bırakmaya yönelik bir dizi koşullu sözleşme çalışmasını analiz etmiş ve bu yöntemin başlangıçta bırakmayı teşvik etmede başarılı olduğu, ancak sözleşme sona erdiğinde veya para iade edildiğinde nüks oranının yüksek olduğu sonucuna varmıştır. Alkolikler üzerinde yapılan bir çalışmada, sarhoşluktan tutuklanan 20 ağır alkoliğe, ayık kalmaları halinde iş, sağlık hizmeti, danışmanlık, yiyecek ve giyecek teklif edilmiştir (Miller 1975). Sonuçlar, sözleşmeleri olanların daha az tutuklandığını, daha fazla istihdam edildiğini ve habersiz kan alkolü kontrollerine göre bu 'ödülleri' şarta bağlı olmayanlara göre daha sık ayık olduklarını göstermiştir. Ancak, davranışlardaki bu tür değişikliklerin zaman içinde devam edip etmeyeceği belirsizdir. Buna ek olarak, bu bakış açısı bağımlılıklara ilişkin daha cezalandırıcı bir ahlaki modeli anımsatmaktadır.
- 3 ***İşarete maruz kalma prosedürleri***, sigara ve içki ile ilişkili hale gelen çevresel faktörlere odaklanır. Örneğin, bir birey alkol aldığı anda her zaman sigara içiyorsa, alkol sigara içmek için güçlü bir dış ipucu haline gelecektir ve bunun tersi de geçerlidir. İpucuna maruz bırakma teknikleri, bireyi kademeli olarak farklı ipuçlarına maruz bırakır ve bunlarla başa çıkmak için başa çıkma stratejileri geliştirmeye teşvik eder. Bu prosedür, ipuçlarına verilen tepkiyi zaman içinde söndürmeyi amaçlar ve bireyleri sigara veya içki içme dürtüsü hissedecekleri yerlere gitmemeye teşvik eden ipuçlarından kaçınma prosedürlerinin tersidir. İşarete maruz kalma, alkoliklerin sistemlerindeki alkolü azaltana kadar uzun bir süre hastanede tutuldukları yatarak detoksifikasyon yaklaşımlarındaki bazı sorunları vurgulamaktadır. Böyle bir yaklaşım, alkolik kişiyi yoksunluk semptomları sırasında alkolden uzak tutarak alkole olan fizyolojik ihtiyacını azaltmayı amaçlamaktadır. Ancak hastanede kalmak alkolik kişiye içki içmek için gelen ipuçlarıyla nasıl başa çıkacağını öğretmez. Bu, bu ipuçlarına maruz kalmak yerine onlardan kaçındıkları anlamına gelir.
- 4 ***Öz yönetim prosedürleri***, bireylerde sigara ve içkiyi bırakmayı teşvik etmek için çeşitli davranışsal teknikler kullanır ve profesyonel rehberlik altında yürütülebilir. Bu tür prosedürler kendi kendini izlemeyi (kendi sigara/içki içme davranışının kaydını tutmak), sigara/içki içme nedenlerinin farkına varmayı (Beni sigara içmeye iten nedir? Nerede sigara içiyorum? Nerede içiyorum?) ve sigara/içki içmenin sonuçlarının farkına varmayı (Beni daha iyi hissettiriyor mu? Sigara/içki içmekten ne bekliyorum?) içerir. Bununla birlikte, kendi başlarına kullanıldıklarında, öz yönetim teknikleri diğer müdahalelerden daha başarılı görünmemektedir (Hall ve ark. 1990).
- 5 ***Çok perspektifli bırakma klinikleri***, sigara ve içkiyi bırakmaya yönelik yukarıdaki tüm klinik yaklaşımların bir entegrasyonunu temsil eder ve kaçınma terapileri, beklenmedik durum sözleşmesi, ipucuna maruz kalma ve öz yönetimin bir kombinasyonunu kullanır. Buna ek olarak, sigaranın bırakılması için bu çok perspektifli yaklaşım genellikle nikotin replasmanı gibi hastalık modeli temelli müdahaleleri de içermektedir. Lando (1977), sonraki klinikler için bir model görevi gören entegre bir sigara bırakma modeli geliştirmiştir. Lando'nun yaklaşımı aşağıdaki prosedürleri içermektedir:

- bir hafta boyunca 25 dakika boyunca altı seans hızlı sigara içme
- Bir hafta boyunca klinik dışında günlük sigara içme oranının iki katına çıkması
- sigarayı bırakma başlangıcı
- sigarayı bırakmaya çalışırken karşılaşılan sorunların tanımlanması
- bu sorunlarla başa çıkmak için yollar geliştirmek
- bırakma başarısı için kendi kendini ödüllendirme sözleşmeleri (örn. yeni bir şey satın alma)
- Sigara içmek için kendini cezalandırma sözleşmeleri (örn. bir arkadaşına/terapisteye para vermek).

Lando'nun modeli değerlendirilmiş ve araştırmalar 6 ayda yüzde 76 (Lando 1977) ve 12 ayda yüzde 46 (Lando ve McGovern 1982) yoksunluk oranı ortaya koymuştur ki bu oran kontrol grubunun yoksunluk oranlarından daha yüksektir. Killen ve arkadaşları (1984) Lando'nun yaklaşımını geliştirmiş ancak hızlı sigara içme yerine sigara tutma yöntemini kullanmış ve programa nikotin sakızı eklemiştir. Elde ettikleri sonuçlar Lando'nun çalışmasına benzer şekilde yüksek yoksunluk oranları göstermiştir.

Alkol kullanımının tedavisi için çok perspektifli yaklaşımlar da geliştirilmiştir. Bunlar, yukarıda bahsedilen yaklaşımların entegrasyonunu ve ayrıca bir başa çıkma stratejisi olarak içmeye vurgu yapılmasını içerir. Dolayısıyla içki içmek sadece bırakılması gereken istenmeyen bir davranış olarak değil, alkolik kişinin hayatında bir işleve hizmet eden bir davranış olarak görülmektedir. Bu tür yaklaşımlar aşağıdakileri içerir:

- İçki içme davranışının hem sorunun derecesi (örn. içki içme sıklığı ve miktarı) hem de içki içmeyi belirleyen faktörler açısından değerlendirilmesi (örn. içki içme hangi işleve hizmet ediyor? İçme dürtüsü ne zaman artar/azalır? Değişmek için motivasyon nedir? Bireyin ailesi/arkadaşları değişme arzusunu destekliyor mu?)
- Kendini izleme (örn. Ne zaman içiyorum?).
- Yeni başa çıkma stratejileri geliştirmek (örn. rahatlama, stres yönetimi).
- İşarete maruz kalma (örn. yüksek riskli durumlarla başa çıkmayı öğrenme).

Çok perspektifli yaklaşımlar, bireyleri davranışlarını değiştirmek için gereken ilgili becerileri geliştirmeye teşvik ettikleri için genellikle beceri eğitimi yaklaşımları olarak kabul edilir.

Kendi kendine yardım hareketleri

Son birkaç on yılda klinik ve halk sağlığı müdahaleleri çoğalmış olsa da, eski sigara içicilerinin yüzde 90'ı herhangi bir resmi yardım almadan bıraktıklarını bildirmiştir (Fiore ve ark. 1990). Lichtenstein ve Glasgow (1992) kendi kendine yardımla bırakma konusundaki literatürü gözden geçirmiş ve başarı oranlarının bir yıllık takipte yaklaşık yüzde 10-20 ve sürekli bırakma için yüzde 3-5 olduğunu bildirmiştir. Literatür, hafif sigara içicilerinin ağır sigara içicilerine göre kendi kendine bırakmada daha başarılı olduğunu ve takip telefonları gibi minimal müdahalelerin bu başarıyı artırabileceğini göstermektedir. Araştırmalar ayrıca sigara içenlerin eşlerinden destek almaları ve eşlerinin de sigarayı bırakması halinde bırakma olasılıklarının daha yüksek olduğunu (Cohen ve Lichtenstein 1990) ve eş desteğinin özellikle hamilelik sırasında sigarayı bırakmaya çalışan kadınlar için önemli olduğunu göstermektedir (örn. Appleton ve Pharoah 1998). Bununla birlikte, birçok eski sigara içicisi "kendi başıma yaptım" dese de, televizyon, radyo veya broşürler aracılığıyla alınan çok sayıda sağlık eğitimi mesajına maruz kaldıklarını göz ardı etmemek önemlidir.

Halk sağlığı müdahaleleri: toplumlarda bırakmayı teşvik etmek Halk sağlığı müdahaleleri toplumlarda davranış değişikliğini teşvik etmeyi amaçlamaktadır ve son yıllarda giderek daha popüler hale gelmiştir. Bu tür müdahaleler sadece yardım isteyenleri değil, tüm bireyleri hedeflemektedir. Sigarayı bırakma konusunda, doktor tavsiyesi, işyeri danışmanlığı müdahaleler, toplum çapında yaklaşımlar ve hükümet müdahaleleri. İçki içme davranışı için, halk sağlığı müdahalelerinin çoğu hükümet müdahaleleri şeklindedir.

1 Doktor tavsiyesi. Sigara içenlerin yaklaşık yüzde 70'i her yıl bir kez doktora gitmektedir. Araştırmalar, güvenilir bir bilgi kaynağı olarak kabul edilen bir doktorun tavsiyesinin sigarayı bırakmayı teşvik etmede oldukça başarılı olabileceğini göstermektedir. Londra'da beş genel muayenehanede yürütülen klasik bir çalışmada (Russell ve ark. 1979), dört haftalık bir süre boyunca aile hekimlerini ziyaret eden sigara tiryakileri dört gruptan birine ayrılmıştır: (1) sadece takip; (2) sigara içme davranışları hakkında anket ve takip; (3) doktorun sigarayı bırakma tavsiyesi, sigara içme davranışları hakkında anket ve takip; ve (4) sigarayı bırakmak için doktor tavsiyesi, nasıl bırakılacağına dair ipuçları veren broşür ve takip. Tüm denekler 1. ve 12. aylarda takip edilmiştir. Sonuçlar bir yıllık takipte, sadece sigarayı bırakmaları söylenenlerin yüzde 3,3'ünün hala bırakmadığını ve bırakmaları söylenen ve broşür alanların yüzde 5,1'inin başarılı bir şekilde bıraktığını göstermiştir. Bu oran, sadece takip alan grupta yüzde 0,3, anket ve takip alan grupta ise yüzde 1,6'dır. Bu değişiklikler oldukça küçük olmakla birlikte, tüm pratisyen hekimlerin sigara içenlere sigarayı bırakmalarını tavsiye etmeleri halinde, Birleşik Krallık'ta bir yıl içinde yarım milyon eski sigara içicisi ortaya çıkacaktır. Araştırmalar ayrıca doktorların hasta merkezli danışmanlık teknikleri konusunda eğitilmeleri halinde tavsiyelerinin etkinliğinin artabileceğini göstermektedir (Wilson ve ark. 1988). Sağlık çalışanlarının sigarayı bırakmaya yönelik asgari müdahaleleri, Bölüm 9'da açıklanan OXCHECK ve Aile Kalp Çalışması sonuçlarıyla da gösterilmiştir (Muir ve ark. 1994; Wood ve ark. 1994).

2 İşyeri müdahaleleri. Son on yılda işyeri temelli sigara bırakma müdahaleleri geliştirmeye yönelik ilgi artmıştır. Bunlar, bir şirketin sigara içmeme politikası benimsemesi ve/veya iş temelli sağlık teşvik programları oluşturması şeklinde gerçekleşmektedir. İşyeri müdahaleleri, bir hastaneye veya üniversite temelli bir kliniğe gitmeyi düşünmeyen birçok kişiye ulaşma avantajına sahiptir. Buna ek olarak, çok sayıda kişinin dahil olması grup motivasyonu ve sosyal destek için fırsat sunmaktadır. Ayrıca, koroner kalp hastalığı için bir risk faktörü olabilecek iş yerinde pasif sigara içiciliğini azaltmaya yönelik etkileri olabilir (He ve ark. 1994). Sigara içmeme politikalarının etkinliğine ilişkin araştırmalar çelişkili sonuçlar vermiştir; bazı çalışmalar 12 aya kadar içilen sigara sayısında genel bir azalma olduğunu bildirirken (örn. Biener ve ark. 1989), diğerleri çalışma saatleri dışında sigara içmenin işyerinde içilen sigara sayısındaki azalmayı telafi ettiğini öne sürmektedir (örn. Gomel ve ark. 1993) (bkz. **Araştırma Odağı 5.2**, s. 118). Avustralya'da yapılan iki çalışmada, 44 devlet dairesindeki sigara yasağının ardından kamu hizmeti çalışanlarına yasaktan hemen sonra ve altı ay sonra yasağa karşı tutumları sorulmuştur. Sonuçlar, yasaktan hemen sonra birçok sigara içicisinin rahatsızlık hissetmesine rağmen, bu tutumların altı ay sonra hem sigara içenlerin hem de içmeyenlerin yasağın faydalarını fark etmesiyle iyileştiğini göstermiştir. Ancak bu süre zarfında sadece yüzde 2'si sigarayı bırakmıştır (Borland ve ark. 1990). İşyeri müdahaleleri birçok sigara içicisine ulaşmak için başarılı bir araç olsa da, bu potansiyel henüz tam olarak gerçekleşmiş görünmemektedir.

3 Toplum temelli programlar. Toplum temelli büyük programlar, geniş birey grupları içinde sigarayı bırakmayı teşvik etmenin bir yolu olarak kurulmuştur. Bu tür programlar kliniklere gelmeyen kişilere ulaşmayı ve grup motivasyonunu ve sosyal desteği işyeri müdahalelerine benzer bir şekilde kullanmayı amaçlamaktadır. İlk toplum temelli programlar koroner kalp hastalığını azaltma çabalarının bir parçasıydı. Stanford Beş Şehir Projesi'nde deney grupları sigarayı nasıl bırakacakları konusunda yoğun yüz yüze eğitim almış ve buna ek olarak sigara bırakma konusunda medya bilgilerine maruz bırakılmıştır. Sonuçlar, kontrol grubuna kıyasla sigara içme oranlarında yüzde 13'lük bir azalma olduğunu göstermiştir (Farquhar ve ark. 1990). Kuzey Karelia Projesinde, hedef toplumdaki bireyler yoğun bir eğitim kampanyası almış ve kampanyaya maruz kalmayan komşu toplumdaki bireylerle karşılaştırılmıştır. Bu programdan elde edilen sonuçlar, kontrol bölgesindeki erkeklere kıyasla Kuzey Karelia'daki erkeklerde sigara içme oranında yüzde 10'luk bir azalma olduğunu göstermiştir. Ayrıca sonuçlar kardiyovasküler ölümlerde de yüzde 24'lük bir düşüş olduğunu göstermiştir ki bu oran ülkenin geri kalanının iki katıdır (Puska ve ark. 1985). Diğer toplum temelli programlar arasında üç yıl içinde sigara kullanımında yüzde 15 azalma sağlayan Avustralya Kuzey Sahili Çalışması ve üç yıl içinde yüzde 8 azalma sağlayan İsviçre Ulusal Araştırma Programı bulunmaktadır (Egger ve ark. 1983; Autorengroupe Nationales Forschungsprogramm 1984).

4 Hükümet müdahaleleri. Hem sigarayı bırakmayı hem de sağlıklı içmeyi teşvik etmek için ek bir yol da hükümetlerin müdahalede bulunmasını teşvik etmektir. Bu tür müdahaleler çeşitli şekillerde olabilir:

- **Reklamların kısıtlanması/yasaklanması.** Sosyal öğrenme teorisine göre, sigara ve içki içmeyi 'Rahatlamama yardımcı olur', 'Beni sofistike gösterir', 'Beni seksi gösterir', 'Risklidir' gibi çekici özelliklerle ilişkilendirerek öğreniriz. Reklamlar, sigara ve içkiyi teşvik etmek için bu inançlara erişmeyi ve bunları desteklemeyi amaçlamaktadır. Reklamlara bir yasak/kısıtlama getirilmesi bu inanç kaynağını ortadan kaldıracaktır. Birleşik Krallık'ta sigara reklamları 2003 yılında yasaklanmıştır.
- **Maliyeti arttırmak.** Araştırmalar sigara ve alkolün maliyeti ile tüketimi arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Sigara ve alkol fiyatlarının artırılması, sigara ve alkolün bırakılmasını teşvik edebilir ve özellikle çocuklar arasında bu davranışların başlatılmasını caydırabilir. Sağlık inançları modellerine göre, bu durum davranışların algılanan maliyetlerine ve davranış değişikliğinin algılanan faydalarına katkıda bulunacaktır.
- **Halka açık yerlerde sigara içilmesinin yasaklanması.** Birçok ülkede sigara içmek zaten belirli yerlerle sınırlandırılmıştır (örneğin Birleşik Krallık'ta toplu taşıma araçlarının çoğunda sigara içilmez). Daha geniş kapsamlı bir sigara yasağı sigarayı bırakmayı teşvik edebilir. Sosyal öğrenme teorisine göre, bu durum sigara içmeye yönelik ipuçlarının (örneğin restoranlar, barlar) sigara içmekle ilişkisinin kesilmesine yol açacaktır. Ancak bunun, işyerlerinde sigara içilmemesi politikalarına ilişkin bazı araştırmalarda görüldüğü gibi, başka yerlerde telafi edici sigara içilmesine yol açması da mümkündür. Bugüne kadar İrlanda, İskoçya, ABD'nin bazı eyaletleri ve İtalya'nın büyük bölümünde kamuya açık yerlerde sigara içilmesi yasaklanmıştır ve Temmuz 2007'den itibaren İngiltere'de de yasaklanacaktır.
- **Sigara ve alkol kullanımının yasaklanması.** Hükümetler sigara ve alkolü tamamen yasaklamayı tercih edebilirler (her ne kadar şu anda reklam ve satışlardan elde ettikleri büyük gelirlerden vazgeçecek olsalar da). Böyle bir hareket bu davranışlarda bir azalmaya neden olabilir. Aslında İrlanda'da ve ABD'nin bazı eyaletlerinde uygulanan sigara yasakları, sigara kullanımının azalması ve hatta kalp krizi nedeniyle hastaneye

başvuran hastaların sayısında düşüş gibi bir dizi olumlu sonuç doğurmuştur.



Teoriyi pratiğe dökmek - iş yerinde sigara içme yasağı

İşyerinde sigara içme yasağının sigara içme, aşırma, stres ve diğer davranışlar üzerindeki etkilerini inceleyen bir pilot çalışma (Gomel ve ark. 1993).

Geçtiğimiz birkaç yıl içinde birçok kuruluş işyeri yasakları getirmiştir. Bunlar, politikanın davranış değişikliği üzerindeki etkilerini incelemek ve sigarayı bırakmayı teşvik etmede halk sağlığı müdahalelerinin etkinliğini değerlendirmek için bir fırsat sunmaktadır.

Arka plan

İşyeri yasakları, sigarayı bırakmayı teşvik etmek için grup motivasyonunu ve grup sosyal desteğini kullanma fırsatı sunmaktadır. Ayrıca, hastanelerde veya üniversitelerde bulunan kliniklere katılmaya istekli olmayan bireylere de erişebilirler. Bu çalışma, işyeri yasağının sigara içme davranışı (hem işyerinde hem de dışarıda) üzerindeki etkisini ve ayrıca sigara içme ile diğer davranışlar arasındaki karşılıklı ilişkiyi incelemiştir. Yasak 1 Ağustos 1989 tarihinde Avustralya'daki New South Wales Ambulans Servisi'nde uygulanmıştır. Bu çalışma ilginçtir çünkü herhangi bir telafi edici sigara içimini belirlemek için sigara içmenin fizyolojik ölçümlerini içermiştir.

Metodoloji

Konular

Bir tarama sorusu, çalışanların yüzde 60'ının halen sigara içtiğini göstermiştir ($n = 47$). Yirmi dört denek (15 erkek ve 9 kadın) tüm ölçümleri tamamlamıştır. Deneklerin yaş ortalaması 34'tür, ortalama 11 yıldır sigara içmektedirler ve günde ortalama 26 sigara içmektedirler.

Tasarım

Denekler yasaktan bir hafta önce (zaman 1), bir hafta sonra (zaman 2) ve altı hafta sonra (zaman 3) bir dizi ölçümü tamamlamıştır.

Önlemler

Denekler 1, 2 ve 3. zamanlarda sigara ve alkol tüketimi, demografik bilgiler (örn. yaş), ekshale karbon monoksit ve kan kotinin açısından değerlendirilmiştir. Denekler ayrıca beş iş günü ve iki iş dışı gün için sigara, alkol tüketimi, atıştırmalık alımı ve öznel rahatsızlık derecelendirmelerini içeren günlük kayıt kartlarını doldurmuşlardır.

Sonuçlar

Sonuçlar, bir iş günü boyunca içilen sigara sayısı ve mesai saatleri içinde içilen sigara sayısı açısından sigara içme öz raporlarında hem bir haftalık hem de altı haftalık takiplerde başlangıça kıyasla bir azalma olduğunu göstermiştir; bu da sigara içenlerin yasağın ardından daha az sigara içtiklerini göstermektedir. Bununla birlikte, kotinin seviyeleri, birinci haftada başlangıçta bir düşüş olmasına rağmen, altı hafta sonra kan kotininin neredeyse başlangıç seviyelerine geri döndüğünü ve sigara içenlerin iş dışında daha fazla sigara içerek yasağı telafi etmiş olabileceğini düşündürmüştür. Sonuçlar ayrıca yasağı takiben aşırma ve strese artış olduğunu göstermiştir; bu düşük stres seviyeleri korunmuş, aşırma ise kademeli olarak başlangıç seviyesine dönmüştür (telafi edici sigara içimini desteklemektedir). Sonuçlar atıştırmalık alımında veya alkol tüketiminde herhangi bir artış göstermemiştir.

Sonuç

Çalışmadan elde edilen öz bildirim verileri, işyeri yasaklarının sigara içme davranışını azaltmak için etkili bir halk sağlığı müdahalesi biçimi olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, fizyolojik veriler, sigara içenler telafi edici sigara içme davranışı gösterebileceğinden, sadece sigara içilmez politikasının uygulanmasının yeterli olmayabileceğini düşündürmektedir.

Klinik ve halk sağlığı müdahalelerinin değerlendirilmesinde metodolojik sorunlar

Araştırmacılar ve sağlık eğitimcileri sigarayı bırakmayı ve sağlıklı içmeyi teşvik etmenin en iyi yollarını bulmak için motive olsalar da, herhangi bir müdahalenin etkinliğini değerlendirmek metodolojik sorunlarla doludur. Sigarayı bırakma konusunda bu sorunlar aşağıdakileri içermektedir:

- *Kim sigara içmeyen biri oldu?* Son bir ay/hafta/gün içinde sigara içmemiş olan biri mi? Kendisini sigara içmeyen biri olarak gören biri? (Sigara içenler sigara içtiklerini eksik bildirmekle ünlüdürler.) Bir nefes sigara içmiş sayılır mı? Puro sigara içmek sayılır mı? Başarı oranlarını değerlendirmek için bu soruların yanıtlanması gerekir.
- *Kim hala sigara içiyor sayılır?* Tüm klinik seanslarına katılan ve hala sigara içen biri mi? Seansları yarıda bırakan ve o zamandan beri görülmeyen biri mi? Gelmesi istendiği halde hiç gelmeyen biri mi? Başarı oranına ilişkin temel bir sayı elde etmek için bu soruların yanıtlanması gerekmektedir.
- *Sigara içmeyenler sigara içmediklerini söylediklerinde onlara inanılmalı mıdır?* Nefesteki karbon monoksit ve tükürükteki kotinin gibi sigara içme davranışını değerlendirmek için öz bildirimden başka yöntemler de mevcuttur. Bunlar daha doğrudur, ancak zaman alıcı ve pahalıdır.
- *Sigara içenler farklı müdahalelere nasıl atanmalıdır?* Başarı oranlarının hesaplanabilmesi için, farklı müdahale türleri arasında karşılaştırmalar yapılması gerekir (örneğin, aver- sion terapisine karşı işarete maruz kalma). Bu gruplar açıkça yaş, cinsiyet, etnik köken ve sigara içme davranışı açısından eşleştirilmelidir. Değişim aşaması ne olacak (tefekküre karşı ön tefekküre karşı hazırlık)? Öz yeterlilik, sigaranın maliyetleri ve faydaları gibi diğer sağlık inançları ne olacak? Liste sonsuz olabilir.

İçki içme davranışını değiştirmeyi amaçlayan müdahaleler için bu sorunlar aşağıdakileri içerir:

- *Herhangi bir müdahalenin istenen sonucu nedir?* Tamamen yoksun olmak (son ay/hafta için)? Normal miktarda içmek mi? (Normal nedir?) Hayatla başa çıkmak mı? (Kabul edilebilir başa çıkmayı ne oluşturur?) İşe zarar vermeyecek şekilde içmek? (İş öncelikli olmalı mı?) Artık aile yaşamına zarar vermeyen içicilik? (Aile hayatı öncelikli olmalı mı?) John Healy (1991) otobiyografisinde Londra'daki 'Grass Arena'da yaşayan bir alkolikten satranç bağımlısı olmaya geçişini anlatıyor. Bu başarı mıdır? Uzmanlar kendi başarı görüşlerini bir içiciye empoze etmeli midir, yoksa başarı onlar tarafından mı belirlenmelidir?
- *İçki içme davranışı nasıl ölçülmelidir?* Kan alma gibi müdahaleci ölçümler kullanılmalı mıdır? Öz raporlara güvenilmeli mi?

4. Aşama: sigara ve içkide nüks

Birçok kişi başlangıçta sigarayı bırakma ve içme davranışlarını değiştirme konusunda başarılı olsa da, nüks oranları yüksektir. Örneğin, sigarayı bırakma girişiminde bulunanların neredeyse yarısı bir yıl içinde sigaraya geri dönmektedir (Ulusal İstatistikler 2005). İlginç bir şekilde, nüks etme örüntüsü bir dizi farklı bağımlılık davranışında tutarlıdır ve yüksek oranlar bir yıl içinde başlangıçta azalmaktadır. Bu nüks örüntüsü Şekil 5.7'de gösterilmektedir.

Marlatt ve Gordon (1985), özellikle başarılı ve başarısız bırakma girişimlerinde yer alan süreçleri inceleyen bir bağımlılık nüks önleme modeli geliştirmiştir. Nüks önleme modeli aşağıdaki bağımlılık davranışları kavramına dayanmaktadır:

- Bağımlılık yapıcı davranışlar öğrenilir ve bu nedenle unutulabilir; tersine çevrilebilirler.
- Bağımlılıklar 'ya hep ya hiç' değildir, bir süreklilik arz eder.
- Yoksunluktan kaçışlar olası ve kabul edilebilirdir.
- 'Bir içki - bir sarhoş' inancı kendi kendini gerçekleştiren bir kehanettir.

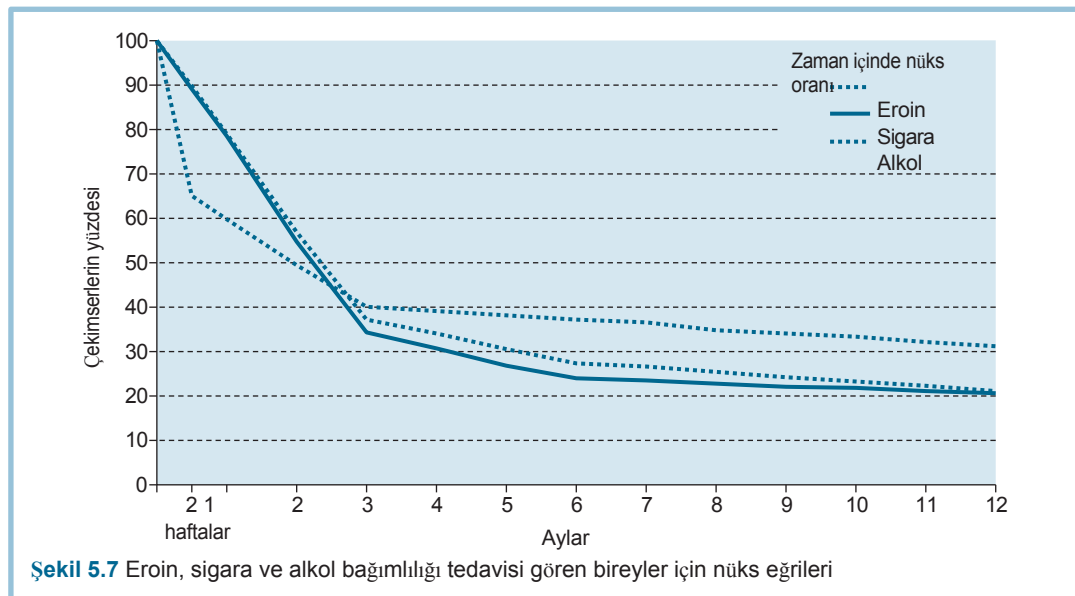
Küçük bir kaymayı (örn. bir sigara, birkaç içki) içeren atlama ile eski davranışa dönüşü (örn. 20 sigara içmek, sarhoş olmak) içeren nüks etme arasında ayırım yapmışlardır. Marlatt ve Gordon, yoksunluktan nükse ilerlemede yer alan süreçleri incelemiş ve özellikle ataktan nükse geçişi açıklayabilecek mekanizmaları değerlendirmiştir (bkz. Şekil 5.8). Bu süreçler aşağıda açıklanmaktadır.

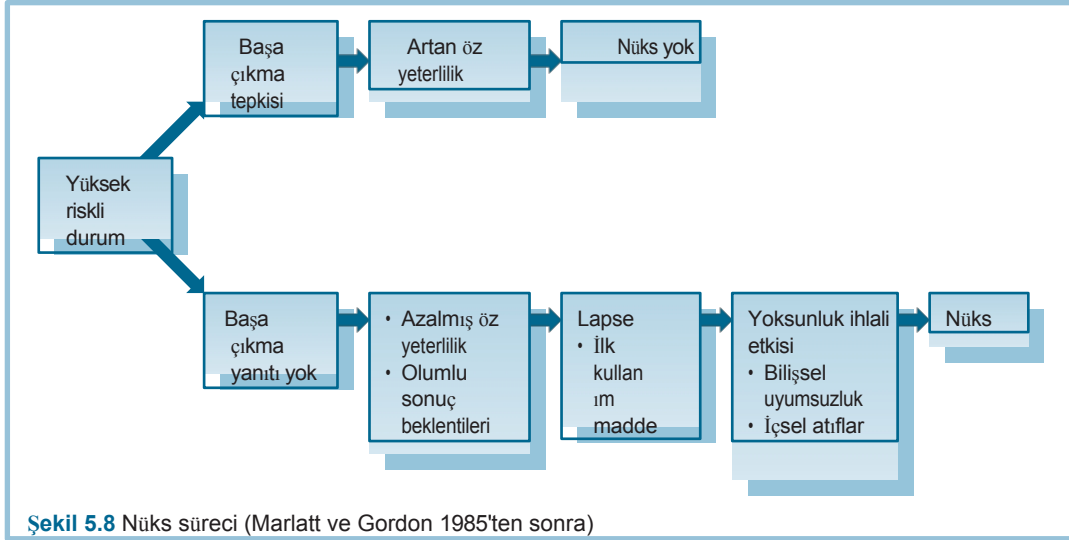
Temel durum

Yoksunluk. Eğer bir birey tamamen yoksunluğu hedef olarak belirlerse, bu aşama hedef davranışı temsil eder ve davranışsal kontrol durumunu gösterir.

Atlama öncesi durum

Yüksek riskli durum. Yüksek riskli durum, bireyi davranışı gerçekleştirmeye motive edebilecek herhangi bir durumdur. Bu tür durumlar, başka biri gibi harici ipuçları olabilir





sigara veya alkolün mevcudiyeti veya anksiyete gibi içsel ipuçları. Araştırmalar, en sık bildirilen yüksek riskli durumların olumsuz duygular, kişiler arası çatışma ve sosyal baskı olduğunu göstermektedir. Bu durum, içsel ipuçlarının dışsal ipuçlarından daha sorunlu olduğunu öngören sosyal öğrenme teorileriyle uyumludur.

Başa çıkma davranışı. Yüksek riskli bir duruma maruz kalındığında birey başa çıkma stratejilerini devreye sokar. Bu stratejiler, durumdan kaçınmak veya ikame bir davranış (örneğin yemek yemek) kullanmak gibi davranışsal veya neden uzak durmaya çalıştıklarını hatırlamak gibi bilişsel olabilir.

Olumlu sonuç beklentileri. Önceki deneyimlere göre birey, davranışın gerçekleştirilmesi halinde ya olumlu sonuç beklentilerine (örneğin sigara içmek beni daha az endişeli hissettirecek) ya da olumsuz sonuç beklentilerine (örneğin sarhoş olmak beni hasta hissettirecek) sahip olacaktır.

Atlama yok mu, atlama mı?

Marlatt ve Gordon (1985), yüksek riskli bir duruma maruz kalındığında, bireyin iyi başa çıkma mekanizmaları kullanması ve aynı zamanda olumsuz sonuç beklentileri geliştirmesi halinde, hataya düşme olasılığının azalacağını ve bireyin öz yeterliliğinin artacağını savunmaktadır. Bununla birlikte, birey zayıf başa çıkma stratejileri uygular ve olumlu sonuç beklentilerine sahip olursa, hataya düşme olasılığı yüksek olacak ve bireyin öz yeterliliği azalacaktır.

- **Atlama yok:** iyi başa çıkma stratejileri ve olumsuz sonuç beklentileri öz yeterliliği artıracak ve yoksunluk döneminin sürdürülmesine neden olacaktır.
- **Nüksetme:** Başa çıkma stratejilerinin ve olumlu sonuç beklentilerinin zayıf olması veya hiç olmaması öz yeterliliği düşürerek maddenin (sigara, içki) ilk kullanımına neden olur. Bu atlama ya izole bir olay olarak kalacak ve birey yoksunluğa geri dönecek ya da tam gelişmiş bir nüksetme haline gelecektir. Marlatt ve Gordon bu geçişi yoksunluk ihlali etkisi (AVE) olarak tanımlamaktadır.

Yoksunluk ihlali etkisi

İlk ataktan tam gelişmiş nükse geçiş, uyumsuzluk çatışması ve kendine atfetme ile belirlenir. Uyumsuzluk, artık sigara/içki içmeyen biri olarak benlik imajı ile mevcut davranış (örneğin

sigara/içki içme) arasındaki çatışma tarafından yaratılır. Bu çatışma

'Ya hep ya hiç'i vurgulayan bağımlılık hastalık modeliyle daha da kötüleşir ve hata olasılığını kabul eden sosyal öğrenme modeliyle en aza indirilir.

Başarısızlığa uğrayan birey, başarısızlığın nedenini anlamak için motive olur. Eğer bu hata kişinin kendisine atfedilirse (örneğin 'ben işe yaramazım, bu benim hatam'), bu durum suçluluk ve kendini suçlama yaratabilir. Bu içsel atıf, öz yeterliliği düşürebilir ve böylece tam gelişmiş bir nüksetme olasılığını artırabilir. Ancak, hata dış dünyaya atfedilirse (örneğin durum, başkalarının varlığı), suçluluk ve kendini suçlama azalacak ve hatanın bir hata olarak kalma şansı artacaktır.

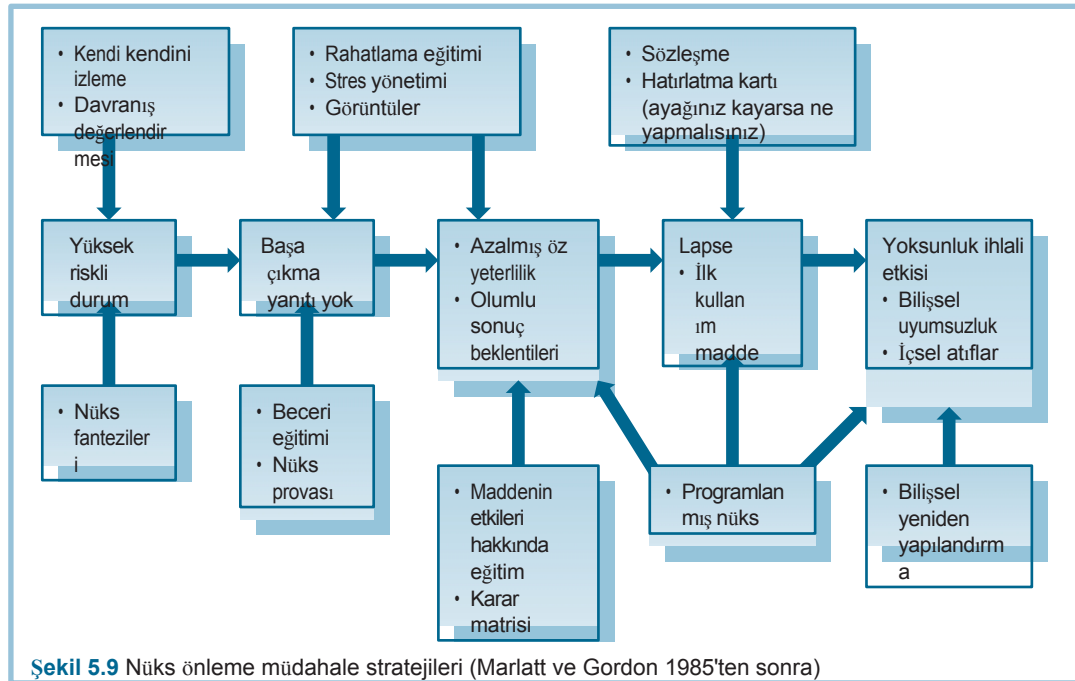
Marlatt ve Gordon bilişsel davranış tekniklerine dayalı bir nüksetme önleme programı geliştirerek nüksetmelerin tam gelişmiş nüksetmelere dönüşmesini engellemeye yardımcı olmuştur. Bu program aşağıdaki prosedürleri içeriyordu:

- kendini izleme (yüksek riskli durumlarda ne yaparım?)
- nüksetme fantezileri (nüksetmek nasıl bir şey olurdu?)
- gevşeme eğitimi/stres yönetimi
- beceri eğitimi
- beklenmedik durum sözleşmeleri
- bilişsel yeniden yapılandırma (hatalar için içsel atıflar yapmamayı öğrenme). Bu

prosedürlerin nüksün farklı aşamalarıyla nasıl ilişkili olduğu Şekil 5.9'da gösterilmektedir.

Bağımlılık yapıcı davranışlar arası bir bakış açısı

Bağımlılığın hastalık modellerine göre, her davranış ayrı ayrı incelenir. Bu nedenle sigara bağımlılığı alkol bağımlılığından ayrı ve farklı olarak görülür. Ancak,



Sosyal öğrenme perspektifinden bakıldığında, davranışlar arasındaki benzerlikleri incelemek ve benzer süreçleri egzersiz, seks, kumar ve yemek yeme gibi davranışların başlatılması, sürdürülmesi, bırakılması ve nüksetmesine uygulamak mümkündür (örn. Orford 1985). Araştırmalar bu davranışları birbirlerinden bağımsız olarak incelemiş ve buna ek olarak aralarındaki ilişkileri de değerlendirmiştir. Özellikle, son araştırmalar sigara içme ve yeme davranışı arasındaki karşılıklı ilişkiyi incelemiştir.

Sigara içme ve yeme davranışı

Sigara içme ve yeme arasındaki karşılıklı ilişkiye dair araştırmalar şunları incelemiştir: (1) sigara içmede cinsiyet farklılıkları; (2) sigarayı bırakma ve gıda alımındaki değişiklikler; ve (3) maddeler arasında ikame.

Sigara kullanımında cinsiyet farklılıkları

Araştırmalar, tütün kullanımındaki cinsiyet farklılıklarını vurgulamıştır (Grunberg ve ark. 1991). Buna göre, ABD ve Birleşik Krallık'ta son 20 yılda erkeklerin sigara kullanımı sabit kalırken, hatta azalırken, kadınların sigara kullanımı artmıştır. Bu artış, kanserde cinsiyet farklılıkları raporlarına da yansımış olup, akciğer kanseri şu anda Amerikalı kadınlarda önde gelen ölüm nedenidir. Kadınların sigara içmesindeki artışı açıklamak için, araştırmalar sigaranın algılanan faydalarına odaklanmış ve her iki cinsiyetten sigara içenlerin kilo alma korkusuyla sigara içmeye devam ettiklerini öne sürmüştür. Sonuç olarak, kadınlarda zayıflıkla ilgili mevcut kültürel takıntı, kadınların sigara içmesindeki artışı açıklayabilir. Sigara içenler genellikle benzer yaşta sigara içmeyenlerden yaklaşık 7 lb daha hafiftir ve sigara içmeyenler yaklaşık 6 lb kilo artışı gösterme eğilimindedir (ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı 1990). Sonuç olarak, araştırmalar diyet yapan kadınların sigara içmeyi bir kilo verme/bakım stratejisi olarak kullanabileceğini göstermektedir (Klesges ve Klesges 1988; Ogden ve Fox 1994). Örneğin, yakın zamanda yapılan bir çalışmada diyet yapanlar, kilo kontrolü için sigaraya başlama ve sigarayı sürdürme, önceki sigaraya başlama deneyimlerinde kilo alımının rolü, kilo kaybını takiben bırakma niyeti ve beş yıl içinde bırakma niyeti ile ilgili ifadelerle daha fazla katılım göstermiştir (Ogden ve Fox 1994).

Sigara içmek ve gıda alımında değişiklikler

Sigaranın kiloyu nasıl etkilediği belirsizdir; farklı olası mekanizmalar gıda alımında bir değişikliğe neden olmakta ya da olmamaktadır. Örneğin, kilo alımının yoksunluk veya yorgunluk nedeniyle azalan enerji kullanımının bir sonucu olabileceği veya nikotinin metabolik hızı artırabileceği öne sürülmüştür; her iki mekanizma da bırakma sonrası yeme davranışında herhangi bir değişiklik olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, Grunberg (1986) nikotinin kan şekeri seviyelerini artırabileceğini ve bırakma sonrası kilo alımının tatlı gıda tüketimindeki artışla açıklanabileceğini öne sürmektedir ki bu hem hayvan hem de insan araştırmaları tarafından desteklenmektedir. Diğer araştırmalar sigarayı bırakmanın kalori tüketiminde artışa, sakaroz, yağ ve karbonhidrat alımında artışa neden olabileceğini göstermektedir (genel bir bakış için Ogden 1994'e bakınız). Sigarayı bırakmayı takiben gıda alımındaki değişiklikleri açıklamaya yönelik teoriler, nikotin yoksunluğunu takiben beyin serotonin salınımı gibi fizyolojik faktörlere odaklanmıştır (Benwell ve ark. 1988) ve bu durum karbonhidratlarla telafi edilebilir. Bununla birlikte, ilişkinin alternatif bir açıklaması, bir madde için öznel aşerme deneyimine odaklanmaktadır.

Öznel özlem deneyimi

Yemek yeme arzusu ve gıda yoksunluğuna verilen tepki, 'boşluk', 'gerginlik', 'tedirginlik', 'baş dönmesi' gibi daha spesifik duyguların yanı sıra

'guruldayan mide'. Sigara içmeyenler de sigara içme arzularını benzer şekillerde tanımlamakta ve yine 'boşluk', 'tedirginlik' ve 'sersemlik' gibi ifadeler kullanmaktadır. Sigara içme ve yeme arasındaki etkileşimin olası bir açıklaması, yoksunluk hislerinin birbirinin yerine geçebilir olmasıdır. Alkol araştırmaları, alkol arzusunun, alkolik kişinin içsel durumları alkol arzusu olarak etiketlemesiyle, içsel durumların bir tür yanlış yorumlanması olabileceğini öne sürmektedir (Ludwig ve Stark 1974; Marlatt 1978). Yemek yeme ve sigara içme ile ilgili olarak, sigara içme arzusu açlık olarak etiketlenebilir ve bu nedenle gıda alımı ile doyurulabilir. Deneysel bir çalışmada, sigara içen kişilerden 24 saat boyunca sigaradan uzak durmaları ya da her zamanki gibi sigara içmeye devam etmeleri istenmiş ve bu kişilerin yiyecek ve sigara arzusu ile yiyecek alımları birbirleriyle ve sigara içmeyen bir grupta karşılaştırılmıştır (Ogden 1994). Sonuçlar, sigaradan uzak durmanın yiyecek arzusunda artışa ve yiyecek alımında artışa neden olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak, sonuçlar sigara arzusunun artmasının gıda alımının artmasıyla sonuçlandığını göstermiştir. Ayrıca, sonuçlar sigara ve yiyecek arzusu arasındaki bu ilişkinin kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğunu ve özellikle diyet yapan kadınlarda daha belirgin olduğunu göstermiştir.

Bu çalışmalar, bağımlılıkların davranışlar arası perspektifini desteklemekte ve farklı davranışlar arasında karşılıklı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Diyet yapan kadınların sigarayı yeme alışkanlıklarını azaltmak için bir araç olarak kullanmaları nedeniyle bu davranışlar arasında bir ilişki geliştirmeleri mümkündür. Bağımlılık yapan davranışlar arasındaki ikamenin alkol ve sigara (sigarayı bırakmak içmeyi artırır) veya kumar ve yemek (kumarı bırakmak yemeyi artırır) gibi diğer davranışlar arasında da olması mümkündür. 2001 yılında yapılan bir çalışmada sigara içme ve egzersiz arasındaki ilişkiyi araştırmak için deneysel bir tasarım kullanılmıştır (Ussher ve ark. 2001). Yetmiş sekiz sigara içicisi yaklaşık 12 saat boyunca sigaradan uzak durmuş ve ardından ya bir egzersiz bisikletinde 10 dakika boyunca egzersiz yapmış ya da bekleme veya video izlemeyi içeren bir kontrol koşulunda yer almıştır. Sonuçlar, 10 dakikalık egzersizin sigara içme isteğini ve yoksunluk belirtilerini önemli ölçüde azalttığını göstermiştir.

Sonuç olarak

Sigara ve alkol tüketiminin her ikisi de sağlık üzerinde olumsuz etkilere sahiptir ve yine de yaygın davranışlardır. İnsanların neden sigara ya da alkol kullandıklarını ve sağlıklı davranışlar benimsemeye nasıl teşvik edilebileceklerini açıklayan birçok farklı teori bulunmaktadır. Bu bölümde ahlaki model, hastalık modelleri ve sosyal öğrenme bakış açısı da dahil olmak üzere farklı bağımlılık modelleri incelenmiştir. Daha sonra madde kullanımının başlama ve sürdürmeden (inançlar ve beklentiler gibi psikolojik faktörler ile ebeveyn ve akran grubu davranışları gibi sosyal faktörleri içeren) bırakma (klinik perspektifler, kendi kendine yardım yöntemleri ve halk sağlığı müdahalelerini içeren) veya nüksetmeye kadar olan aşamaları incelenmiştir. Son olarak, bu bölümde davranışlar arası bir perspektifin geçerliliğini incelemek için farklı davranışlar, özellikle de sigara içme ve yemek yeme arasındaki karşılıklı ilişki incelenmiştir.



Sorular

- 1 Herhangi bir şeye bağımlı olabilir miyiz?
- 2 Bağımlılık yapıcı bir davranışın başlatılması ve sürdürülmesinde öğrenmenin rolünü tartışınız.
- 3 Sigara içmek nikotin bağımlılığıdır. Tartışın.
- 4 Sigara içme davranışının başlatılmasında sağlık inançlarının rolünü tartışınız.
- 5 Sigarayı bırakmak hükümetin sorumluluğundadır. Tartışın.
- 6 Sigaradan kaynaklanan akciğer kanseri kendi kendini yaralayan bir hastalıktır. Tartışalım.
- 7 Bağımlılıklar ne ölçüde benzer süreçler tarafından yönetilmektedir?
- 8 Sigaranın akciğer kanserine yol açtığını yarım yüzyıldır biliyoruz. İnsanlar neden hala sigara içmeye devam ediyor?
- 9 Sigara içmek cinsiyete göre değişir. Erkeklerin ve kadınların neden farklı şekillerde sigara içtiklerini değerlendirmek üzere tasarlanmış bir araştırma projesinin ana hatlarını çiziniz.

Tartışma için

Hiç bir nefes sigara içmeyi denediniz mi? Eğer denediyseniz, sigara tiryakisi olmanızın veya olmamanızın nedenlerini düşünün. Eğer sigarayı hiç denemediyseniz, bunun olası nedenlerini tartışın.

Sağlık psikolojisinde varsayımlar

Sigara ve alkol üzerine yapılan araştırma, sağlık psikolojisindeki bazı varsayımların altını çizmektedir:

- 1 **Zihin-beden düalizmi.** Bağımlılık teorileri ve bağımlılık davranışları ya psikolojik ya da fizyolojik süreçleri vurgulamaktadır. Bu ayırım, hastalık modelleri ile sosyal öğrenme perspektifleri arasındaki farklara da yansımaktadır. Bu nedenle, bazı tedavi perspektifleri hem zihni (örn. işarete maruz kalma) hem de bedeni (örn. nikotin replasmanı) vurgulasa da, bunlar hala bireyin farklı bileşenleri olarak görülmektedir.
- 2 **Teorideki değişiklikler gelişmeyi temsil eder.** Genellikle en yeni teorik perspektifin önceki teoriler üzerinde bir gelişme olduğu varsayılır. Bağımlılık davranışları açısından, ahlaki model, sosyal öğrenme teorisi perspektifinden daha naif olan hastalık modelinden daha naif olarak görülmektedir. Bununla birlikte, belki de bu farklı modeller, davranışı açıklamanın ve bireyi tanımlamanın farklı (ve mutlaka daha iyi olmayan) yollarını da göstermektedir. Dolayısıyla, çok fazla içki içen bir bireyi suçlu ve davranışlarından sorumlu olarak görmek (ahlaki model), fizyolojik bir yatkınlığı (ikinci hastalık modeli) veya davranışı pekiştirme yoluyla öğrenmeyi tanımlayan bir açıklamadan farklı bir birey modelini yansıtmaktadır.

Daha fazla okuma

Heather, N. ve Robertson, D. (1989) *Problem Drinking*. Oxford: Oxford Üniversitesi Yayınları.

Bu kitap, bağımlılık davranışlarına ilişkin farklı teorileri incelemekte ve özellikle sosyal öğrenme teorisinin katkısını ana hatlarıyla ortaya koymaktadır.

Marlatt, G.A. ve Gordon, J.R. (1985) *Relaps Önleme*. New York: Guilford Press.

Bu kitap, nüksetmenin önlenmesine ilişkin ayrıntılı bir analiz ve arka plan sunmakta ve bu yaklaşımı çeşitli bağımlılık davranışlarına uygulamaktadır. Bölüm 1 özellikle faydalı bir genel bakış niteliğindedir.

Orford, J. (2002) *Aşırı İştah: Bağımlılıklara Psikolojik Bir Bakış* (2nd edn). Chichester: John Wiley.

Bu kitap, farklı bağımlılık davranışlarının hem başlatılmasında hem de sürdürülmesinde ortak değişkenleri ne ölçüde paylaştığını göstermekte ve fizyolojik ve psikolojik faktörler arasındaki karşılıklı ilişkiyi tartışmaktadır.

West, R. (2005) Değişim zamanı: transtheoretical (değişim aşamaları) modeline son vermek, *Addiction*, 100, 1036-9.

Bu makale SOC modelinin bir eleştirisini sunmakta ve bağımlılık davranışlarını anlamanın daha iyi yolları olduğunu öne sürmektedir. Bu makaleye, SOC yazarları tarafından verilen bir yanıt da dahil olmak üzere tartışmaya katılan bir dizi makale eşlik etmektedir.

West, R. (2006) *Bağımlılık Teorisi*. Oxford: Blackwell.

Bu kitap, mevcut bağımlılık teorilerini açıklayan ve bir dizi psikolojik süreci birleştiren yeni bir sentetik bağımlılık modeli sunan ilginç ve kapsamlı bir kitaptır.

West, R. ve Shiffman, S. (2003) *Sigara Bırakma*. Oxford: Health Press.

Bu kitap, sigara içmenin fizyolojik ve psikososyal nedenlerini açıklayan ve sigara bırakma stratejilerini mükemmel bir şekilde anlatan çok açık bir şekilde yazılmış, erişilebilir bir kitaptır.

Yeme davranışı

Bölüme genel bakış

Bu bölümde ilk olarak sağlıklı beslenmenin ne olduğu, beslenme ve sağlık arasındaki bağlantılar ve kimlerin sağlıklı beslenip beslenmediği incelenmektedir. Daha sonra gıda alımını incelemek için kullanılan üç ana psikolojik perspektif açıklanmaktadır. İlk olarak, bu bölümde maruz kalma, sosyal öğrenme ve çağrışımsal öğrenmeye odaklanan yeme davranışının gelişimsel modelleri açıklanmaktadır. İkinci olarak, motivasyon ve sosyal biliş modellerine vurgu yapan bilişsel teoriler incelenmektedir. Üçüncü olarak, kilo kaygısına yapılan vurgu ile beden memnuniyetsizliği ve kısıtlı yemenin rolü incelenmektedir.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- Sağlıklı beslenme nedir?
- Diyet sağlığı nasıl etkiler?
- Kim sağlıklı besleniyor?
- Yeme davranışının gelişimsel modelleri
- Yeme davranışının bilişsel modelleri
- Kilo endişesi ve vücut memnuniyetsizliği ile diyetin rolü

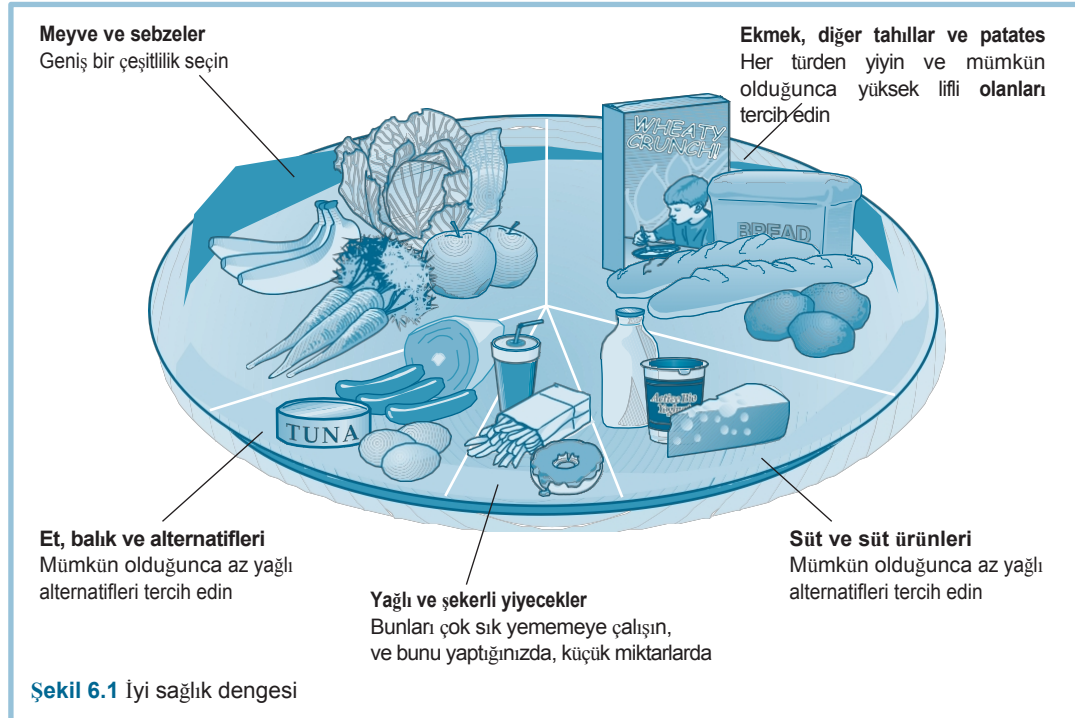
Sağlıklı beslenme nedir?

İyi bir diyetin niteliği yıllar içinde önemli ölçüde değişmiştir. 1824 yılında İngiltere'de yayınlanan *The Family Oracle of Good Health* adlı kitap genç hanımlara kahvaltıda şunları yemelerini tavsiye ediyordu: 'sade bisküvi (ekmek değil), az yağda pişirilmiş dana biftek veya koyun pirzolası ve yarım litre şişe bira, hakiki İskoç birası en iyisidir' ya da bu çok sert gelirse 'bir küçük kahvaltı fincanı ... iyi demli çay veya kahve - zayıf çay veya kahve cilde olduğu kadar sinirlere de her zaman zararlıdır'. Daha sonra akşam yemeği de kahvaltıya benzer şekilde tarif edilmiş ve 'sebze, haşlanmış et, meyve, tatlı ya da hamur işi gibi şeylere izin verilmemelidir ... biftek ve pirzola her zaman yemeğinizin ana parçası olmalıdır' denmiştir. Benzer şekilde 1840'larda Dr. Kitchener diyet kitabında 'biraz kızarmış kümes hayvanı, bir fincan iyi dana çayı, haşlanmış yumurta ... bir sandviç - bayat ekmek - ve yarım bardak iyi ev yapımı bira' içeren bir öğle yemeği tavsiye etmiştir (Burnett 1989: 69'da alıntılanmıştır). Ancak günümüzde, bu konuda bir fikir birliği vardır

Beslenme uzmanları arasında sağlıklı bir diyetin ne olduğu konusunda görüş ayrılıkları bulunmaktadır (DoH 1991a). Yiyecekler temel bileşenleri açısından ele alınabilir: karbonhidrat, protein ve yağ. Sağlıklı beslenme tanımları, gıdaları daha geniş gıda grupları açısından tanımlama ve bu grupların her birinin göreceli tüketimine ilişkin tavsiyelerde bulunma eğilimindedir. Mevcut öneriler aşağıdaki gibidir ve Şekil 6.1'de gösterilmiştir.

- *Meyve ve sebzeler:* Çok çeşitli meyve ve sebze yenmeli ve tercihen günde beş veya daha fazla porsiyon yenmelidir.
- *Ekmek, makarna, diğer tahıllar ve patates:* Bol miktarda kompleks karbonhidratlı gıda, tercihen lif oranı yüksek olanlar yenmelidir.
- *Et, balık ve alternatifleri:* Orta miktarda et, balık ve alternatifleri yenmeli ve az yağlı çeşitlerin seçilmesi tavsiye edilmektedir.
- *Süt ve süt ürünleri:* Bunlar ölçülü tüketilmeli ve mümkünse az yağlı alternatifleri tercih edilmelidir.
- *Yağlı ve şekerli yiyecekler:* Cipsler, tatlılar ve şekerli içecekler gibi yiyecekler az miktarda ve sık sık tüketilmelidir.

Sağlıklı beslenmeye ilişkin diğer tavsiyeler arasında orta düzeyde alkol alımı (erkekler için günde en fazla 3-4 birim, kadınlar için günde 2-3 birim), mümkünse florlanmış su tüketimi, günde 6 g ile sınırlı tuz alımı, tereyağı ve margarinden elde edilen doymuş yağlar yerine zeytinyağı ve yağlı balıklardan elde edilen doymamış yağların tüketilmesi ve basit karbonhidratlar (örneğin şeker) yerine kompleks karbonhidratların (örneğin ekmek ve makarna) tüketilmesi yer almaktadır. Ayrıca, 19-59 yaş arası erkeklerin günde 2550 kaloriye, benzer yaştaki kadınların ise günde 1920 kaloriye ihtiyacı olduğu, ancak bunun vücut büyüklüğüne ve fiziksel aktivite derecesine bağlı olduğu tavsiye edilmektedir (DoH 1995).



Diyet sağlığı nasıl etkiler?

Diyet sağlıkla iki şekilde bağlantılıdır: hastalığın başlangıcını etkileyerek ve hastalık teşhis edildikten sonra tedavi ve yönetimin bir parçası olarak.

Diyet ve hastalık başlangıcı

Diyet, yeme bozuklukları veya obezite gelişimi açısından bireyin kilosu yoluyla sağlığı etkiler. Yeme bozuklukları kalp düzensizlikleri, kalp krizi, büyüme geriliği, osteoporoz ve üreme gibi fiziksel sorunlarla bağlantılıdır. Obezite diyabet, kalp hastalığı ve bazı kanser türleriyle bağlantılıdır (bkz. Bölüm 15). Buna ek olarak, bazı araştırmalar diyet ile kalp hastalığı, kanser ve diyabet gibi hastalıklar arasında doğrudan bir bağlantı olduğunu öne sürmektedir (bkz. Bölüm 14 ve 15). Birçok araştırma diyetin sağlık üzerindeki rolünü ele almıştır ve zaman zaman tartışmalı olsa da çalışmalar meyve ve sebze, yağlı balık ve yulaf lifi gibi gıdaların koruyucu olabileceğini, tuz ve doymuş yağların ise sağlığın kötüleşmesini kolaylaştırabileceğini göstermektedir.

Diyet ve hastalıkların tedavisi

Diyet, teşhis konulduktan sonra hastalığın tedavisinde de önemli bir rol oynar. Obez hastalar çoğunlukla diyetle dayalı müdahalelerle yönetilmektedir (bkz. Bölüm 15). Anjina, kalp hastalığı veya kalp krizi teşhisi konulan hastalara da yaşam tarzlarını değiştirmeleri, özellikle sigarayı bırakmaları, fiziksel aktivitelerini artırmaları ve sağlıklı bir diyet benimsemeleri önerilir (bkz. Bölüm 15). Diyet değişikliği de hem Tip 1 hem de Tip 2 diyabetin yönetiminde merkezi bir öneme sahiptir. Zaman zaman kilo kaybı hedeflenir çünkü kiloda yüzde 10'luk bir azalmanın glikoz metabolizmasında iyileşmeye yol açtığı gösterilmiştir (Blackburn ve Kanders 1987; Wing ve ark. 1987). Diyet müdahaleleri de diyabetin öz yönetimini iyileştirmek için kullanılır ve diyabet hastalarını daha sağlıklı bir diyetle uymaya teşvik etmeyi amaçlar.

Kim sağlıklı besleniyor?

Bu nedenle sağlıklı bir diyet yüksek karbonhidrat ve düşük yağ alımından oluşur ve diyet ile hem hastalıkların başlangıcı hem de etkili yönetimi arasında bağlantılar bulunmuştur. Ancak araştırmalar, dünya genelinde pek çok insanın bu tavsiyelere uygun beslenmediğini göstermektedir. Araştırmalar çocukların, yetişkinlerin ve yaşlıların diyetlerini incelemiştir.

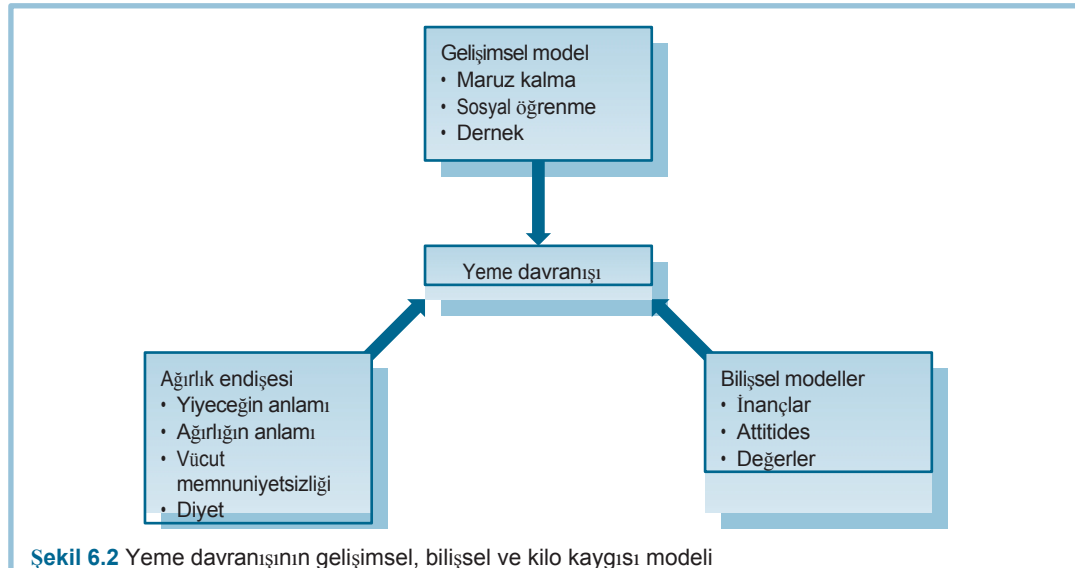
- **Çocuklar:** Batı dünyasında çocukların beslenmesine ilişkin veriler sağlıklı beslenme tavsiyelerine uymamaktadır ve çocukların çok fazla yağ ve çok az meyve ve sebze tükettikleri gösterilmiştir (USDA 1999). Bu nedenle batı dünyasına yönelik beslenme önerileri temel olarak gıda alımının azaltılmasını ve aşırı kilo almaktan kaçınılmasını vurgulamaktadır. Ancak gelişmekte olan dünyanın çoğunluğu için yetersiz beslenme, fiziksel ve bilişsel sorunlara ve hem enerji hem de mikro besin maddelerinin alımının azalması nedeniyle hastalıklara karşı zayıf direnç yol açan bir sorun olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün son verileri, gelişmekte olan dünyada 5 yaşın altındaki 174 milyon çocuğun yetersiz beslendiğini ve yaşına göre düşük kiloya sahip olduğunu ve 230 milyon çocuğun da bodur büyüdüğünü göstermektedir. Ayrıca DSÖ, çocuk ölümlerinin yüzde 54'ünün özellikle protein ve enerji tüketimindeki eksiklikten kaynaklanan yetersiz beslenmeden kaynaklandığını tahmin etmektedir. Bu tür yetersiz beslenmenin en yüksek olduğu bölge, batı yarımküredekinden beş kat daha fazla olduğu tahmin edilen Güney Asya, ardından Afrika ve Latin Amerika'dır.

- **Yetişkinler:** Araştırmalar genç yetişkinlerin diyetlerini de incelemiştir. 1989-90 ve 1991-92 yılları arasında gerçekleştirilen büyük ölçekli bir çalışmada, 21 Avrupa ülkesinden yaşları 18 ila 24 arasında değişen 16.000 erkek ve kız öğrencinin yeme davranışları incelenmiştir (Wardle ve ark. 1997). Sonuçlar, bu oldukça temel sağlıklı beslenme uygulamalarının yaygınlığının bu büyük genç yetişkin örneğinde düşük olduğunu göstermektedir. Cinsiyet farklılıkları açısından sonuçlar, bu örnekteki kadınların erkeklere kıyasla daha fazla sağlıklı beslenme uygulaması bildirdiğini göstermiştir. Sonuçlar aynı zamanda farklı Avrupa ülkelerindeki farklı beslenme uygulamalarına ilişkin bilgiler de sağlamıştır. Genel olarak, ülkeler arasında en fazla değişkenlik lif, kırmızı et, meyve ve tuz tüketimi açısından görülmüştür. Yağ tüketiminin ise en az değişkenlik gösterdiği görülmüştür. İsveç, Norveç, Hollanda ve Danimarka gibi ülkeler en fazla lif tüketirken, İtalya, Macaristan, Polonya ve Belçika en az lif tüketen ülkeler olmuştur. İtalya, Portekiz ve İspanya gibi Akdeniz ülkeleri en fazla meyve tüketirken, İngiltere ve İskoçya en az meyve tüketen ülkeler olmuştur. Ayrıca, Belçika ve Portekiz kırmızı eti sınırlamak için en az girişimde bulunurken, Yunanistan, Avusturya, Norveç ve İzlanda daha fazla girişimde bulunmuştur. Son olarak, tuz tüketimi Polonya ve Portekiz'de en yüksek, İsveç, Finlandiya ve İzlanda'da ise en düşük seviyededir.
- **Yaşlılar:** Yaşlıların diyetlerini inceleyen araştırmalar, bu grubun daha genç ve kurumsallaşmamış üyelerinin çoğunun tatmin edici diyetlere sahip olmasına rağmen, birçok yaşlı insanın, özellikle de yaşlıların, vitamin açısından yetersiz, enerji açısından çok düşük ve zayıf besin içeriğine sahip diyetler bildirdiğini göstermektedir.

Araştırmalar, birçok insanın mevcut tavsiyelere göre beslenmediğini göstermektedir. Pek çok araştırma, insanların neden yediklerini araştırmıştır. Bu bölümde gelişimsel modeller, bilişsel modeller ve kilo kaygısının yeme davranışını anlamadaki rolü açıklanacaktır (bkz. Şekil 6.2).

Yeme davranışının gelişimsel modelleri

Yeme davranışına gelişimsel bir yaklaşım, öğrenme ve deneyimin önemini vurgulamakta ve çocuklukta gıda tercihlerinin gelişimine odaklanmaktadır. Erken bir öncü



Bu araştırmanın öncüsü, ABD'de bir pediatri koğuşunda birkaç ay boyunca yaşayan bebekler ve küçük çocuklar üzerinde çalışmalar yürüten Davis'tir (1928, 1939). Bu çalışma, mevcut beslenme politikalarının çok kısıtlı bir beslenme rejimini desteklediği ve Davis'in bebeklerin kendi seçtikleri bir diyetle verdikleri tepkileri incelemekle ilgilendiği bir dönemde yürütülmüştür. 'Optimal beslenme sorunuyla başa çıkmanın içgüdüsel bir yolu' olup olmadığını araştırdı (Davis 1928). Çocuklara şeker, tuz ya da baharat kullanılmadan hazırlanmış 10 ila 12 çeşit sağlıklı yiyecek sunulmuş ve istediklerini yemekte özgür bırakılmışlardır. Bu çalışmadan elde ettiği ayrıntılı raporlar, çocukların büyüme ve sağlıkla uyumlu bir diyet seçebildiklerini ve herhangi bir beslenme sorunu yaşamadıklarını göstermiştir. Bu çalışmanın sonuçları, vücudun doğuştan gelen gıda tercihlerini vurgulayan bir 'vücudun bilgeliği' teorisi oluşturdu. Bu doğrultuda Davis, verilerinden çocukların doğuştan gelen bir düzenleyici mekanizmaya sahip oldukları ve sağlıklı bir diyet seçebildikleri sonucuna varmıştır. Ancak bunu sadece sağlıklı yiyecekler mevcut olduğu sürece yapabildiklerini vurgulamış ve çocukların yiyecek tercihlerinin zaman içinde değiştiğini ve deneyimlerle modifiye edildiğini savunmuştur. Yeme davranışının gelişimsel yönlerini kapsamlı bir şekilde incelemiş olan Birch, Davis'in verilerini, doğuştan gelen şeyin 'yemenin sonuçlarını öğrenme [ve] gıda alımını kontrol etmek için gıda ipuçlarını yemenin sonuçlarıyla ilişkilendirmeyi öğrenme yeteneği' olduğunu öne sürecek şekilde yorumlamıştır (Birch 1989). Birch bu nedenle öğrenmenin rolünü vurgulamış ve gelişimsel bir sistem perspektifi tanımlamıştır (örn. Birch 1999). Bu analiz doğrultusunda, gıda tercihlerinin gelişimi maruz kalma, sosyal öğrenme ve ilişkisel öğrenme açısından anlaşılabilir.

Maruz kalma

İnsanoğlu dengeli beslenmek için çeşitli gıdalar tüketmeye ihtiyaç duyarken, neofobi olarak adlandırılan yeni gıda maddelerinden korkma ve kaçınma davranışı gösterir. Bu durum 'omnivor paradoksu' olarak adlandırılmaktadır (Rozin 1976). Bu nedenle küçük çocuklar yiyeceklerle karşı neofobik tepkiler gösterecek, ancak başlangıçta tehdit edici görünen yiyecekleri kabullenip yemeye başlamalıdır. Araştırmalar, sadece yeni gıdalara maruz kalmanın çocukların tercihlerini değiştirebileceğini göstermiştir. Örneğin, Birch ve Marlin (1982) 2 yaşındaki çocuklara altı haftalık bir süre boyunca yeni yiyecekler vermiştir. Yiyeceklerden biri 20 kez, biri 10 kez, biri 5 kez sunulmuş, diğeri ise yeni olarak kalmıştır. Sonuçlar, maruz kalma ile gıda tercihi arasında doğrudan bir ilişki olduğunu göstermiş ve tercihlerin önemli ölçüde değişmeye başlamasından önce en az 8 ila 10 maruz kalmanın gerekli olduğunu belirtmiştir. Neofobinin erkeklerde kadınlardan (hem yetişkinler hem de çocuklar) daha fazla olduğu, ailelerde devam ettiği (Hursti ve Sjoden 1997), katı gıdalara süttten kesilen bebeklerde minimal olduğu ancak küçük çocuklar, okul öncesi çocuklar ve yetişkinlerde daha fazla olduğu gösterilmiştir (Birch ve ark. 1998).

Maruz kalmanın etkisine dair varsayılan açıklamalardan biri 'öğrenilmiş güvenlik' görüşüdür (Kalat ve Rozin 1973); bu görüşe göre yiyecekleri yemek herhangi bir olumsuz sonuca yol açmadığı için tercih artmaktadır. Bu öneri, çocukları ya sadece yiyeceklerin görüntüsüne ya da hem görüntüsüne hem de tadına maruz bırakan çalışmalarla desteklenmiştir. Sonuçlar, yeni gıdalara bakmanın tercihi artırmak için yeterli olmadığını ve tatmanın gerekli olduğunu göstermiştir (Birch ve ark. 1987). Bununla birlikte, çocuklara yeni bir yiyeceğin 'sizin için iyi' olduğunu söylemenin neofobi üzerinde hiçbir etkisi yokken, tadının güzel olacağını söylemenin etkisi olduğundan, bu olumsuz kon- sekansların yiyeceği tattıktan sonra kısa bir süre içinde gerçekleşmesi gerektiği görülmektedir (Pliner ve Loewen 1997). Maruz kalma hipotezi, neofobinin yaşla birlikte azaldığını gösteren kanıtlarla da desteklenmektedir (Birch 1989).

Sosyal öğrenme

Sosyal öğrenme, başkalarının davranışlarını gözlemlemenin kişinin kendi davranışları üzerindeki etkisini tanımlar ve bazen 'modelleme' veya 'gözlemsel öğrenme' olarak adlandırılır.

'Sosyal telkinin' çocukların yeme davranışları üzerindeki etkisini araştıran ilk çalışmalardan birinde, çocukların kendilerinininkinden farklı yeme davranışları sergileyen bir dizi rol modeli gözlemlmeleri sağlanmıştır (Duncker 1938). Seçilen modeller diğer çocuklar, bilinmeyen bir yetişkin ve hayali bir kahramandı. Sonuçlar, modelin daha büyük bir çocuk, bir arkadaş veya kurgusal kahraman olması durumunda çocuğun yemek tercihinde daha büyük bir değişiklik olduğunu göstermiştir. Bilinmeyen yetişkinin gıda **t e r c i h l e r i** üzerinde hiçbir etkisi olmamıştır. Bir başka çalışmada çocukların sebze tercihini değiştirmek için akran modellemesi

kullanılmıştır (Birch 1980). Hedef çocuklar dört gün üst üste öğle yemeğinde kendilerinden farklı bir sebzeyi (bezelyeye karşı havuç) tercih eden diğer çocukların yanına yerleştirilmiştir.

Çalışmanın sonunda çocuklar sebze tercihlerinde bir değişim göstermiş ve bu değişim birkaç hafta sonra yapılan takip değerlendirmesinde de devam etmiştir. Sosyal öğrenmenin etkisi, video temelli akran eğitimi kullanılarak çocukların yeme davranışlarını değiştirmek için tasarlanan bir müdahale çalışmasında da gösterilmiştir (Lowe ve ark. 1998). Bu çalışma serisinde, yemek reddetme geçmişi olan çocuklara gösterilen ve reddedilen yiyecekleri hevesle tüketen daha büyük çocuklar olan 'yemek dostlarının' video materyalleri kullanılmıştır.

Sonuçlar, 'yemek dostlarına' maruz kalmanın çocukların gıda tercihlerini önemli ölçüde değiştirdiğini ve özellikle meyve ve sebze tüketimlerini artırdığını göstermiştir. Dolayısıyla gıda tercihleri başkalarının yemek yemesini izlemek yoluyla değişmektedir (bkz. Şekil 6.3).

Ebeveynlerin gıda ve yeme davranışlarına ilişkin tutumları da sosyal öğrenme sürecinin merkezinde yer almaktadır. Bu doğrultuda Wardle (1995) 'Ebeveyn tutumları kesinlikle



Şekil 6.3 Sosyal yemek yeme

satın alınan ve evde sunulan gıdalar yoluyla çocuklarını dolaylı olarak etkilemekte, ... çocukların maruziyetini ve ... alışkanlıklarını ve tercihlerini etkilemektedir'. Bazı kanıtlar ebeveynlerin çocuklarının yeme davranışlarını etkilediğini göstermektedir. Örneğin, Klesges ve diğerleri (1991) çocukların ebeveynleri tarafından izlendiklerinde, izlenmedikleri zamanlara kıyasla farklı yiyecekler seçtiklerini göstermiştir. Olivera ve arkadaşları (1992) okul öncesi çocuklarda annelerin ve çocukların çoğu besin maddesi alımları arasında bir korelasyon olduğunu bildirmiş ve çocukların diyetlerini iyileştirmeye çalışmak için ebeveynlerin hedef alınmasını önermiştir. Benzer şekilde, Contento ve diğerleri (1993) annelerin sağlık motivasyonu ile çocukların diyetlerinin kalitesi arasında bir ilişki bulmuş ve Brown ve Ogden (2004) ebeveynler ve çocukları arasında rapor edilen atıştırılabilirlik gıda alımı, yeme motivasyonları ve vücut memnuniyetsizliği açısından tutarlı korelasyonlar bildirmiştir. Dolayısıyla ebeveyn davranışları ve tutumları, ebeveynlerin ve çocukların diyetleri arasında olumlu bir ilişki olduğunu vurgulayan araştırmalarla birlikte sosyal öğrenme sürecinin merkezinde yer almaktadır.

Bununla birlikte, anneler ve çocukların her zaman birbirleriyle uyumlu olmadıklarına dair bazı kanıtlar vardır. Örneğin Wardle (1995) annelerin sağlık konusunu çocukları için kendilerinden daha önemli olarak değerlendirdiklerini bildirmiştir. Alderson ve Ogden (1999) de benzer şekilde, annelerin kendileri için kalori, maliyet, zaman ve bulunabilirlik konularına daha fazla önem verirken, çocukları için beslenme ve uzun vadeli sağlığın daha önemli olduğunu düşündüklerini bildirmiştir. Buna ek olarak, anneler gıda seçimlerinde kendileri ve çocukları arasında da ayırım yapabilmektedir. Örneğin Alderson ve Ogden (1999), annelerin çocuklarına daha az sağlıklı olan süt ürünleri, ekmekler, tahıllar ve patateslerden daha fazla yedirdiklerini ve bu gıdaların sağlıklı eşdeğerlerinden daha az yedirdiklerini belirtmiştir. Dahası, bu farklılaşma diyet yapan annelerde daha fazlaydı, bu da kendi gıda alımlarını kısıtlayan annelerin çocuklarını kendilerinden esirgedikleri gıdalardan daha fazla besleyebileceklerini düşündürmektedir. Annenin diyet yapması ile yeme davranışı arasındaki ilişki, Birch ve Fisher (2000) tarafından ergenlik öncesi kız çocukları olan 197 aile üzerinde yapılan bir çalışmayla da desteklenmiştir. Bu çalışma, kızın yeme davranışının en iyi belirleyicilerinin annenin diyet kısıtlama düzeyi ve annenin kızının aşırı kilolu olma riskine ilişkin algıları olduğu sonucuna varmıştır. Özetle, ebeveyn davranışları ve tutumları, sosyal öğrenme mekanizmaları aracılığıyla çocuklarının davranışlarını etkileyebilir. Ancak bu ilişki, ebeveynlerin hem gıda ile ilgili motivasyonlar hem de yeme davranışı açısından kendileri ve çocukları arasında ayırım yapmaları nedeniyle her zaman doğrudan olmayabilir.

Sosyal öğrenmenin rolü, televizyon ve gıda reklamlarının etkisiyle de ortaya çıkmaktadır. Çünkü Örneğin, Eyton'un yüksek lifli bir diyet öneren *The F Plan Diet* adlı kitabının 1982 yılında medya tarafından lanse edilmesinin ardından kepek bazlı tahılların satışları %30, kepekli ekmeğin %10, kepekli makarnanın %70 ve kuru fasulyenin %8 oranında artmıştır. Benzer şekilde, Aralık 1988'de dönemin İngiltere Sağlık Bakanı Edwina Curry televizyonda, 'ne yazık ki bu ülkedeki yumurta üretiminin çoğu salmonella ile enfekte olmuş durumda' demiştir (ITN 1988). Bunun üzerine yumurta satışları yüzde 50 oranında düşmüş ve 1989 yılına gelindiğinde hala önceki seviyelerinin sadece yüzde 75'indeydi (Mintel 1990). Benzer şekilde, Mayıs ve Ağustos 1990 arasında İngiltere'de sığır etinin sağlık riskleri hakkında yapılan yoğun tanıtım sığır eti satışlarında %20'lik bir düşüşe neden olmuştur. Bir çalışma, salmonella, listeria ve BSE gibi 'gıda korkuları' hakkında medyada yer alan haberlere halkın verdiği tepkileri incelemiş ve bu tepkileri gıdaların koroner kalp hastalığı üzerindeki etkisine dair haberlere verdikleri tepkilerle karşılaştırmıştır. Çalışmada mülakatlar, odak grupları ve medya sunumlarının içerik ve stil analizi kullanılmıştır (MacIntyre et al. 1998). Yazarlar, medyanın insanların ne yedikleri ve gıdalar hakkında nasıl düşündükleri üzerinde büyük bir etkisi olduğu sonucuna varmışlardır. Ayrıca medyanın kamuoyu tartışmaları için gündemi belirleyebileceğini savunmuşlardır.

Bununla birlikte yazarlar, halkın medyaya sadece pasif bir şekilde yanıt vermediğini, 'sağlık ve güvenlikle ilgili medya mesajlarını diyetlerine ne kadar dahil edecekleri konusunda muhakeme ve takdir yetkisi kullandıklarını' belirtmişlerdir (MacIntyre

1998: 249). Ayrıca, yeme davranışlarının yaş, cinsiyet, gelir ve aile yapısı gibi kişisel koşullarla sınırlı olduğunu ve insanların hem mikro bağlamda (yakın sosyal ağları gibi) hem de makro sosyal bağlamlarda (gıda üretimi ve bilgi üretim sistemleri gibi) gıda anlayışlarını aktif olarak müzakere ettiklerini ileri sürmüşlerdir. Dolayısıyla medya sosyal öğrenme için önemli bir kaynaktır. Ancak bu çalışma, bireylerin medyadan, sağlanan bilgileri kendi yaşamlarının daha geniş bağlamına yerleştirerek öğrendiklerini öne sürmektedir.

Özetle, sosyal öğrenme faktörleri gıda konusundaki seçimlerin merkezinde yer almaktadır. Bu, yakın çevredeki önemli diğer kişileri, özellikle de yeni bilgiler sunan, rol modelleri sunan ve gözlemlenebilecek ve bireyin kendi davranış repertuarına dahil edilebilecek davranış ve tutumları gösteren ebeveynleri ve medyayı içerir.

İlişkisel öğrenme

İlişkisel öğrenme, şarta bağlı faktörlerin davranış üzerindeki etkisini ifade eder. Bazen bu koşullu faktörler, edimsel koşullanma doğrultusunda pekiştirici olarak kabul edilebilir. Yeme davranışı açısından, araştırmalar gıda ipuçlarını çevrenin unsurlarıyla eşleştirmenin etkisini araştırmıştır. Özellikle, gıda bir ödülle eşleştirilmiş, ödül olarak kullanılmış ve fizyolojik sonuçlarla eşleştirilmiştir. Araştırmalar ayrıca kontrol ve yemek arasındaki ilişkiyi de incelemiştir.

Ödüllendirici yeme davranışı

Bazı araştırmalar, 'sebzelerini yersen senden memnun olurum' gibi yeme davranışını ödüllendirmenin etkisini incelemiştir. Örneğin, Birch ve arkadaşları (1980) çocuklara daha nötr durumlara kıyasla olumlu yetişkin ilgisi ile birlikte yiyecek vermiştir. Bunun gıda tercihini arttırdığı gösterilmiştir. Benzer şekilde, yeme davranışını değiştirmek için videoların kullanıldığı yeni bir müdahale çalışması, sebze tüketimini ödüllendirmenin bu davranışı artırdığını bildirmiştir (Lowe ve ark. 1998). Yeme davranışının ödüllendirilmesi gıda tercihlerini iyileştiriyor gibi görünmektedir.

Ödül olarak yiyecek

Diğer araştırmalar, ödül olarak yiyecek kullanmanın etkisini araştırmıştır. Bu çalışmalarda yiyeceğe erişim, 'uslu durursan bisküvi alabilirsin' gibi başka bir davranışa bağlıdır. Birch ve arkadaşları (1980) çocuklara yiyecekleri ya ödül olarak, ya atıştırılabilirlik olarak ya da sosyal olmayan bir durumda (kontrol) sunmuştur. Sonuçlar, gıdalar ödül olarak sunulduğunda gıda kabulünün arttığını ancak daha nötr koşulların hiçbir etkisi olmadığını göstermiştir. Bu durum, gıdanın ödül olarak kullanılmasının o gıdaya yönelik tercihi artırdığını göstermektedir.

Ancak yiyecek ve ödüller arasındaki ilişki bundan daha karmaşık görünmektedir. Bir çalışmada, çocuklara çekici bir oyun alanında oynamalarına izin verilmesi için tercih ettikleri meyve suyu teklif edilmiştir (Birch ve ark. 1982). Sonuçlar, meyve suyunun ödül almak için bir araç olarak kullanılmasının meyve suyu tercihini azalttığını göstermiştir. Benzer şekilde, Lepper ve arkadaşları (1982) çocuklara 'hupe' ve 'hule' adı verilen hayali yiyecekleri yiyen çocuklarla ilgili hikayeler anlatmış ve hikayedeki çocuğun ancak diğerini bitirdiğinde birini yiyebileceğini belirtmiştir. Sonuçlar, ödül olarak kullanılan yiyeceğin en az tercih edilen yiyecek olduğunu göstermiş ve bu durum benzer çalışmalarla desteklenmiştir (Birch ve ark. 1984; Newman ve Taylor 1992). Bu örnekler, "sebzelerini yersen pudingini yiyebilirsin" demeye benzerdir. Her ne kadar ebeveynler çocuklarını sebze yemeye teşvik etmek için bu yaklaşımı kullansalar da, iki yiyeceğin eşleştirilmesi 'ödül' yiyeceğinin 'erişim' yiyeceğinden daha olumlu görülmesine neden olduğundan, kanıtlar bunun çocuklarının puding tercihini daha da arttırabileceğini göstermektedir. Birch'in de belirttiği gibi, "bu uygulamalar kısa vadede çocukları daha fazla sebze yemeye teşvik edebilse de, araştırmamızdan elde edilen kanıtlar

uzun vadede ebeveyn kontrolü girişimlerinin, çocukların bu gıdalara yönelik tercihlerini azaltarak diyetlerinin kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olabileceğini öne sürmektedir' (1999: 10).

Ancak tüm araştırmacılar bu sonuca katılmamaktadır. Dowey (1996) gıda ve ödülleri inceleyen literatürü gözden geçirmiş ve çelişkili kanıtların çalışmalar arasındaki metodolojik farklılıklarla ilgili olabileceğini ve gıda tercihini değiştirmek için tasarlanan çalışmaların gerçek yaşam koşullarında yapılması, sonuçları sadece bir zaman noktasında değil zaman içinde ölçmesi, çocuklara açık talimatlar içermesi ve sadece çocuğun belirtilen tercihinin değil gerçek gıda alımını ölçmesi gerektiğini savunmuştur. Daha önce açıklanan son müdahale çalışması, bu metodolojik hususları tasarımına dahil etmiş (Lowe ve ark. 1998) ve ödül dağıtımının 'sembolik bağlamı' olumlu olduğu ve 'hedef gıdaları yemenin düşük değerli bir faaliyet olduğunu' göstermediği sürece gıda tüketimi için ödüller sunarak gıda tercihlerinin geliştirilebileceği sonucuna varmıştır (Lowe ve ark. 1998: 78). Çocuk 'sebzelerimi yemem için bana bir ödül teklif ediliyor, bu nedenle sebzeler özünde olumsuz bir şey olmalı' diye düşünmediği sürece ödüller işe yarayabilir.

Gıda ve kontrol

Yiyecek ve ödüller arasındaki ilişkiler, yeme davranışı üzerinde ebeveyn kontrolünün rolünü vurgulamaktadır. Bazı araştırmalar kontrolün etkisini ele almıştır, çünkü çalışmalar ebeveynlerin genellikle gıdaya erişimi kısıtlamanın ve yemek yemeyi yasaklamanın gıda tercihlerini iyileştirmek için iyi stratejiler olduğuna inandıklarını göstermektedir (Casey ve Rozin 1989). Birch (1999) gıda alımı üzerinde herhangi bir şekilde ebeveyn kontrolü uygulamanın etkisine ilişkin kanıtları gözden geçirmiş ve çocukların gıda tercihleri üzerinde olumsuz etkiye sahip olabilecek tek şeyin gıdaların ödül olarak kullanılması değil, aynı zamanda çocuğun gıdalara erişimini sınırlama girişimleri olduğunu savunmuştur. İncelemesinden, 'çocukların atıştırmalık yiyeceklere erişimini kısıtlayan çocuk besleme stratejilerinin aslında kısıtlanan yiyecekleri daha çekici hale getirdiği' sonucuna varmıştır (1999: 11). Örneğin, yiyecekler serbestçe sunulduğunda, çocuklar kısıtlanmış yiyecekleri kısıtlanmamış yiyeceklerden daha fazla seçeceklerdir, özellikle de annenin olmadığı durumlarda (Fisher ve Birch 1999; Fisher ve ark. 2000). Bu açıdan bakıldığında ebeveyn kontrolünün çocuğun yeme davranışı üzerinde zararlı bir etkisi varmış gibi görünmektedir. Buna karşın, bazı çalışmalar ebeveyn kontrolünün aslında kiloyu azaltabileceğini ve yeme davranışını iyileştirebileceğini öne sürmektedir. Örneğin, Wardle ve diğerleri (2002: 453) 'gıda alımının kontrol edilmemesinin [daha yüksek kontrolden ziyade] kilodaki farklılıkların ortaya çıkmasına katkıda bulunabileceğini' öne sürmüştür. Benzer şekilde, Brown ve Ogden (2004) daha fazla ebeveyn kontrolünün daha yüksek sağlıklı atıştırmalık gıda alımıyla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, diğer çalışmalar ebeveyn kontrolünün bazı popülasyonlarda hiçbir etkisi olmayabileceğini göstermektedir (Constanzo ve Woody 1985). Bu çelişkili sonuçlar için birkaç olası açıklama bulunmaktadır. İlk olarak, çalışmalar farklı ülkelerde farklı popülasyonlar kullanarak gerçekleştirilmiştir. İkincisi, çalışmalarda farklı ölçümler kullanılmıştır; Birch ve arkadaşları (2001) kontrolü izleme, kısıtlama ve yeme baskısı açısından değerlendiren çocuk beslenme anketini kullanırken, Wardle ve arkadaşları (2002) kontrolü kısıtlama ve 'çocuğumun kaç atıştırmalık yiyeceğini kontrol ederim' gibi maddeler açısından değerlendiren ebeveyn beslenme tarzı anketini (PFSQ) kullanmıştır. Üçüncü olarak ve yukarıdakilerle bağlantılı olarak, bu çelişkili sonuçlar ebeveyn kontrolünün çelişkili doğasını yansıtabilir; ebeveyn kontrolü mevcut ölçümlerin kabul ettiğinden daha karmaşık bir yapıdır. Ogden, Reynolds ve diğerleri (2006) bu üçüncü olasılığı araştırmış ve çocuk tarafından algılanabilen 'açık kontrol' (örneğin çocuğunuzun ne kadar yemesi gerektiği konusunda katı olmak) ile çocuk tarafından algılanamayan 'gizli kontrol' (örneğin sağlıksız yiyecekleri satın almamak ve eve getirmemek)

arasında ayırım yapmanın etkisini incelemiştir. Sonuçlar, bu farklı kontrol biçimlerinin atıştırmalık gıda alımını farklı şekilde öngördüğünü ve

Daha yüksek gizli kontrol sağlıksız atıştırılabilirliğin alımının azalmasıyla ilişkiliyken, daha yüksek açık kontrol sağlıklı atıştırılabilirliğin alımının artmasını öngörmüştür.

Gıda ve fizyolojik sonuçlar

Çalışmalar ayrıca gıda ipuçları ile gıda alımına verilen fizyolojik tepkiler arasındaki ilişkiyi de araştırmıştır. Olumsuz gastrointestinal sonuçları takiben gıda tiksintisinin kazanıldığını gösteren zengin bir literatür bulunmaktadır (örn. Garcia ve ark. 1974). Örneğin, midye tüketimini takiben yaşanan bir mide rahatsızlığı vakasından sonra kabuklu deniz ürünlerine karşı bir isteksizlik tetiklenebilmektedir. Araştırmalar ayrıca gıda ipuçlarını, tüketimlerini takip eden tokluk hissi ile eşleştirmeyi de araştırmıştır. Bebekler üzerinde yapılan ilk çalışmalardan biri, bebeklerin yaklaşık 40 günlük olduklarında kendilerine verilen içeceğin kalori yoğunluğuna bağlı olarak süt tüketimlerini ayarladıklarını göstermiştir (Formon 1974). Benzer şekilde, belirli tatlar sürekli olarak belirli bir kalori yoğunluğu ile eşleştirilmişse, çocuklar gıda alımlarını gıdaların tadına göre ayarlayabilirler (Birch ve Deysher 1986).

Gelişimsel model ile ilgili sorunlar

Yeme davranışına gelişimsel bir yaklaşım, gıda tercihlerinin çocuklukta nasıl öğrenildiğine dair ayrıntılı kanıtlar sunmaktadır. Bu bakış açısı öğrenmenin rolünü vurgulamakta ve bireyi ipuçları ve pekiştireçler açısından zengin bir çevreye yerleştirmektedir. Böyle bir analiz aynı zamanda öğrenme ve fizyoloji arasında ılımlı bir etkileşime izin verir. Bununla birlikte, bu bakış açısıyla ilgili aşağıdaki gibi bazı sorunlar bulunmaktadır:

- Bu perspektifte yürütülen araştırmaların çoğu, kontrollü bir ortam sağlamak amacıyla laboratuvar ortamında gerçekleştirilmiştir. Bu metodoloji alternatif açıklamaların dışlanmasını sağlasa da, sonuçların daha doğal bir ortama ne ölçüde genellenebileceği belirsizliğini korumaktadır.
- Gelişimsel bir model, gıdanın anlamını ödül olarak gıda, ödül kazanma aracı olarak gıda, statü olarak gıda, hoş olarak gıda ve tiksindirici olarak gıda açısından inceler. Ancak gıdanın bu modele dahil edilmeyen çok daha çeşitli anlamları vardır. Örneğin, gıda güç, cinsellik, din ve kültür anlamına gelebilir. Bu tür karmaşık anlamlar gelişimsel bir perspektife dahil edilmemiştir.
- Yiyecekler bir kez yenildiğinde vücuda dahil olur ve vücut boyutunu değiştirebilir. Bu aynı zamanda çekicilik, kontrol, uyuşukluk ve başarı gibi karmaşık bir dizi anlamla yüklüdür. Gelişimsel bir model beden anlamalarını ele almaz.
- Gelişimsel bir model, ödül ve tiksinti dahil olmak üzere gıdanın bazı anlamlarının davranışı motive ettiği düşünüldüğünden bilişler için bir rol içerir. Ancak bu bilişler örtük kalmakta ve açıkça tanımlanmamaktadır.

Özetle, yeme davranışının gelişimsel modelleri, öğrenme için merkezi bir rolü vurgulamaktadır. Bu perspektiften bakıldığında, yeme davranışı neofobiyi azaltabilen maruz kalma, önemli diğerlerinin gözlemlenmesi yoluyla sosyal öğrenme ve gıda ipuçları çevrenin yönleri ve yemenin fizyolojik sonuçları ile eşleştirilebildiğinden çağrışımsal öğrenmeden etkilenir.

Yeme davranışının bilişsel modelleri

Yeme davranışına yönelik bilişsel yaklaşım, bireyin bilişlerine odaklanmakta ve bilişlerin davranışı ne ölçüde öngördüğünü ve açıkladığını araştırmaktadır. Bazı araştırmalar, sağlık kontrol odağı ile beslenme davranışı arasında zayıf bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur (örn. Bennett ve ark. 1995). Benzer şekilde, Avrupa genelinde diyet uygulamalarına ilişkin geniş çaplı bir çalışmada, belirli diyet uygulamalarının önemine ilişkin inançlar ile bu uygulamaların hayata geçirilmesi arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Wardle ve ark. 1997). Ancak bilişsel yaklaşımı kullanan araştırmaların çoğu sosyal biliş modellerinden yararlanmıştır. Bu modeller yeme davranışına hem yeme davranışını tahmin etme aracı olarak hem de yeme davranışını değiştirmeye yönelik müdahalelerin merkezi olarak uygulanmıştır. Bu bölüm TRA ve TPB'yi kullanan araştırmalara odaklanacaktır çünkü bunlar yeme davranışının yönlerine en yaygın şekilde uygulanmıştır (ayrıntılar için bkz. Bölüm 2).

TRA ve TPB'nin Kullanımı

Yeme davranışına sosyal bilişsel bir yaklaşım kullanan bazı araştırmalar, belirli gıdaları tüketme niyetlerini tahmin etmeye odaklanmıştır. Örneğin, araştırmalar bilişlerin bisküvi ve kepekli ekmek (Sparks et al. 1992), yağsız süt (Raats et al. 1995) ve organik sebze (Sparks and Shepherd 1992) yeme niyetleriyle ne ölçüde ilişkili olduğunu araştırmıştır. Birçok araştırma, davranışsal niyetlerin *kendi* başlarına davranışın özellikle iyi tahmin edicileri olmadığını öne sürmekte ve bu da niyet davranış farkını araştıran çalışmalara yol açmaktadır (Sutton 1998a; Gollwitzer 1993). Bu nedenle çalışmalar TRA ve TPB'yi gerçek davranışın bilişsel öngörücülerini araştırmak için de kullanmıştır. Örneğin, Shepherd ve Stockley (1985) TRA'yı yağ alımını tahmin etmek için kullanmış ve tutumun öznel normlardan daha iyi bir tahmin edici olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, tutumların sofraya tuzu kullanımının (Shepherd ve Farleigh 1986), fast food restoranlarında yemek yemenin (Axelson ve ark. 1983), az yağlı süt tüketme sıklığının (Shepherd 1988) ve yüksek düzeyde lif, meyve ve sebze ile düşük düzeyde yağ olarak kavramsallaştırılan sağlıklı beslenmenin (Povey ve ark. 2000) en iyi yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Araştırmalar ayrıca algılanan davranışsal kontrolün özellikle kilo verme (Schifter ve Ajzen 1985) ve sağlıklı beslenme (Povey ve ark. 2000) ile ilgili davranışları tahmin etmedeki rolüne işaret etmektedir. Bu modellerin sosyal normlar bileşeni yeme davranışının öngörmede sürekli olarak başarısız olmuştur.

Ekstra değişkenler ekleme

Bazı çalışmalar, sosyal biliş modellerinde tanımlanan standart çerçeveye ekstra değişkenler eklemenin etkisini araştırmıştır. Örneğin, Shepherd ve Stockley (1987) yağ alımının belirleyicilerini incelemiş ve bir beslenme bilgisi ölçütü eklemiş ancak bunun ne tutum ölçütleriyle ne de katılımcıların davranışlarıyla ilişkili olmadığını bulmuştur. Povey ve diğerleri (2000) tanımlayıcı normlar (örneğin "Aşağıdaki grupların ne ölçüde sağlıklı beslendiğini düşünüyorsunuz?") ve algılanan sosyal destek (örneğin "Sağlıklı beslenmeye çalıştığınızda aşağıdaki grupların ne ölçüde destek olacağını düşünüyorsunuz?") için ek ölçümler eklemiş ancak bu değişkenlerin TPB'nin temel bilişlerine bir şey katmadığını bulmuştur. Araştırmalar ayrıca, ilgili gıdanın duyuşal özelliklerine ilişkin inançlara odaklanarak bireyin gıdaya yönelik hedonik tepkilerine erişmenin etkisini de incelemiştir. Ancak bu alandaki sonuçlar çelişkilidir. Örneğin, Tuorila-Ollikainen ve diğerleri (1986) katılımcılardan az tuzlu ekmek hakkındaki inançlarını hem ekmek tatmadan önce hem de tattıktan sonra derecelendirmelerini istemiş ve tatma sonrası hedonik derecelendirmelerin yeme davranışını tutum ölçümlerinin üzerinde yordadığını bildirmiştir. Buna karşın, Tuorila (1987) katılımcılardan sütü derecelendirmelerini

istemiştir.

yağ içeriğini hedonik özellikleri açısından değerlendirmiş ve gıdanın duyuşal yönlerine ilişkin bu değerlendirmelerin temel bilişsel modele bir şey katmadığını bildirmiştir. Shepherd (1989) bu çalışmaları gözden geçirmiş ve yiyeceğe verilen hedonik tepkilerin, yiyeceğin yeni olması durumunda tanıdık olmasından daha önemli olabileceğini öne sürmüştür.

Şu ana kadar anlatılan tutumsal araştırmalar, bireyleri belirli bir nesneye yönelik olumlu ya da olumsuz görüşlere sahip olarak kavramsallaştırmaktadır. Yeme davranışı açısından, insanların belirli gıdaları sevdiği ya da sevmediği ve bu değer yüklü tutumun gıda alımını öngördüğü varsayılmaktadır. Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalarda kararsızlığın davranışı tahmin etmedeki rolü de araştırılmış (Thompson ve ark. 1995) ve bu durum yeme davranışına uygulanmıştır (Sparks ve ark. 2001). Kararsızlık çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Örneğin, Breckler (1994) bunu 'rekabet halindeki değerlendirici eğilimlerden kaynaklanan bir çatışma' olarak tanımlarken, Emmons (1996) 'bir yaklaşım - kaçınma çatışması - aynı hedef nesneyi istemek ama aynı zamanda istememek' olarak tanımlamıştır. Kararsızlığın tüm tanımlarının merkezinde, hem olumlu hem de olumsuz değerlerin aynı anda bulunması yer almaktadır ve bu durum, bireylerin gıdalara karşı 'lezzetli', 'sağlıklı', 'şişmanlatıcı' ve 'ödül' gibi çelişkili tutumlara sahip olabilmeleri nedeniyle yeme davranışı için özellikle uygun görünmektedir. Sparks ve arkadaşları (2001) kararsızlık kavramını planlı davranış teorisine dahil etmiş ve et ya da çikolata tüketimini öngörüp öngörmediğini değerlendirmiştir. Katılımcılar, hem olumlu hem de olumsuz değerlendirmelerin ortalaması (örneğin 'çikolata ne kadar olumlu' ve 'çikolata ne kadar olumsuz') açısından değerlendirilen ve daha sonra bu ortalamanın iki değerlendirme arasındaki mutlak farktan (yani 'toplam olumlu eksi toplam olumsuz') çıkarılmasıyla elde edilen bir kararsızlık ölçüsünü içeren bir anket dolduran 325 gönüllüdür. Bu hesaplama olumlu ve olumsuz duygular arasındaki dengeyi yansıtan bir puan vermektedir. Daha önceki TPB çalışmaları ile uyumlu olarak, sonuçlar tutumların hem et hem de çikolata tüketme niyetinin en iyi belirleyicisi olduğunu göstermiştir. Sonuçlar ayrıca tutum ve niyet arasındaki ilişkinin kararsızlığı yüksek olan katılımcılarda daha zayıf olduğunu göstermiştir. Bu durum, bir yiyeceğe karşı hem olumlu hem de olumsuz tutumlara sahip olmanın, genel tutumun onu yeme niyetine dönüşme olasılığını azalttığı anlamına gelmektedir.

Sosyal biliş modellerini kullanan diğer araştırmalarla uyumlu olarak (bkz. Bölüm 2), bu araştırmada alan, diyet davranışlarını tahmin etmek ve değiştirmek için bir araç olarak uygulama niyetlerini de eklemiştir. Örneğin, Armitage (2004) Kuzey İngiltere'deki bir şirketten 264 katılımcıdan, uygulama koşuluna ya da kontrol koşuluna rastgele atanmadan önce az yağlı diyet yapma motivasyonlarını derecelendirmelerini istemiştir. Uygulama koşulundaki katılımcılardan bir sonraki ay için az yağlı diyet yapma planlarını tanımlamaları ve planlarını mümkün olduğunca ayrıntılı bir şekilde formüle etmeleri istenmiştir. Bir ay sonra gıda alımları bir gıda sıklığı anketi kullanılarak ölçülmüştür. Sonuçlar, bu basit müdahalenin yağdan elde edilen enerji oranında, motivasyonlardaki başlangıç farklılıkları ile açıklanamayan önemli bir düşüşe yol açtığını ve uygulama niyetlerinin sonraki davranışları değiştirdiğini göstermiştir.

Bununla birlikte, yeme davranışına yönelik bilişsel yaklaşım, yalnızca bireysel düzeydeki değişkenlere odaklanması ve aynı bilişler dizisinin tüm bireyler için geçerli olduğu varsayımı nedeniyle eleştirilmektedir. Örneğin, Resnicow ve arkadaşları (1997) meyve ve sebze alımını tahmin etmek amacıyla 1398 okul çocuğunu kapsayan geniş çaplı bir çalışma yürütmüştür. Çalışmada öz yeterlilik, sosyal normlar gibi sosyal bilişsel değişkenler ölçülmüş ve tercihler ve sonuç beklentileri gibi ek bilişsel değişkenler eklenmiştir. Sonuçlar, yalnızca tercihlerin ve sonuç beklentilerinin gerçek yeme davranışını öngördüğünü, ancak yeme davranışındaki varyansın yüzde 90'ının hesaba katılmadığını göstermiştir. Yazarlar bu çalışmadan 'SCT'nin (sosyal biliş teorisi) diyet davranışını açıklamak için sağlam bir çerçeve olmayabileceği' sonucuna varmıştır.

(Resnicow vd. 1997: 275) ve benlik saygısı, ebeveyn ve ailenin beslenme alışkanlıkları ve meyve ve sebzelerin bulunabilirliği gibi faktörleri içeren daha geniş bir modelin daha etkili olabileceğini öne sürmüştür.

Yeme davranışının bilişsel modeli ile ilgili sorunlar

Yeme davranışının bilişsel bir modeli, gelişimsel bir perspektif içinde sadece örtük kalan bilişleri açık hale getiren bilişlerin rolünü vurgular. Bu bilişleri incelemek için faydalı bir çerçeve sağlar ve davranış üzerindeki etkilerini vurgular. Bununla birlikte, bu yaklaşımla ilgili aşağıdaki gibi bazı sorunlar bulunmaktadır:

- Bilişsel bir bakış açısıyla yürütülen araştırmaların çoğunda nicel yöntemler kullanılmakta ve mevcut modellere dayalı anketler geliştirilmektedir. Bu yaklaşım, incelenen bilişlerin araştırılan kişi tarafından sunulmak yerine araştırmacı tarafından seçildiği anlamına gelmektedir. Yeme davranışının anlaşılmasında merkezi öneme sahip birçok önemli bilişin gözden kaçırılması mümkündür.
- Bilişlere odaklanılmasına rağmen, modeller tarafından dahil edilenler sınırlıdır ve gıda ve vücut ölçüsü ile ilişkili anlamların zenginliğini göz ardı etmektedir.
- Bilişsel perspektiften yapılan araştırmalar, davranışın rasyonel düşüncenin bir sonucu olduğunu varsayar ve duygulanımın rolünü göz ardı eder. Korku (kilo alma, hastalık), zevk (bir ikramı hak eden bir başarıdan dolayı) ve suçluluk (aşırı yemekle ilgili) gibi duygular yeme davranışına katkıda bulunabilir.
- Bazı bilişsel modeller, başkalarının görüşlerini 'özel norm' yapısı şeklinde dahil etmektedir. Bu, yemek yeme gibi sosyal bir davranışta başkalarının oynadığı merkezi rolü yeterince ele almamaktadır.
- Zaman zaman bilişsel modeller, bağımsız değişkenlerin tahmin etmek için kullanıldıkları bağımlı değişkenlerden kavramsal olarak ayrı görünmemesi nedeniyle totolojik görünmektedir. Örneğin, 'Meyve ve sebze yiyebileceğimden eminim' bilişi 'Meyve ve sebze yemeye niyetliyim' bilişinden gerçekten farklı mıdır?
- Bilişsel modeller davranışa kapsamlı bir şekilde uygulanmış olsa da, gerçek davranış tahmin etme yetenekleri zayıf kalmakta ve tanımlanmamış faktörler tarafından açıklanması gereken büyük miktarda varyans bırakmaktadır.

Özetle, sosyal bilişsel bir perspektiften bakıldığında, yeme davranışı bir bireyin gıda hakkındaki bilişlerinin ölçülmesiyle anlaşılabilir ve tahmin edilebilir. Bu alandaki araştırmalar, bir yiyeceğe yönelik tutumların (örneğin 'Sağlıklı bir yemek yemenin keyifli olduğunu düşünüyorum') ve bireyin davranışsal kontrolüne ilişkin inançlarının (örneğin 'Sağlıklı beslenebileceğinizden ne kadar eminsiniz?') sürekli olarak önemli bir rol oynadığına işaret etmektedir. Kararsızlığın tutum ve niyet arasındaki ilişkiyi hafifletebileceğine ve uygulama niyetinin davranışı değiştirebileceğine dair bazı kanıtlar da bulunmaktadır. Ancak, sosyal normlar ya da diğer varsayılan değişkenler için herhangi bir kanıt bulunmamaktadır. Böyle bir yaklaşım, özellikle gıdanın anlamı ve büyüklüğün anlamı ile ilgili olanlar olmak üzere bir dizi başka bilişin rolünü göz ardı etmekte ve zaman zaman değişkenler arasındaki ilişkiler zayıf kalmakta, yeme davranışındaki varyansın büyük bir kısmı açıklanamamaktadır.

Kutu 6.1 ... yeme araştırması ile ilgili bazı sorunlar

Aşağıda, bu alandaki araştırmalarla ilgili olarak durup düşünmek isteyebileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır.

- 1 Davranışları ölçmek her zaman zordur. Yeme davranışını ölçmek, birçok farklı bileşenden oluştuğu, birçok farklı zamanda ve farklı yerlerde gerçekleştiği için özellikle zordur. Ayrıca, öz bildirim, gözlem veya laboratuvarla ölçmek hem hatalı olabilir hem de insanların yemek yeme biçimlerini değiştirebilir.
- 2 Pek çok araştırma, sağlıklı beslenmeyi öngörmeye veya daha iyi bir beslenmeyi teşvik etmeye çalışarak sağlıklı beslenmeyi sonuç değişkeni olarak kullanmaktadır. Ancak, sağlıklı beslenmenin ne olduğunu ve hangi gıdaların 'iyi' ya da 'kötü' olduğunu tanımlamaya çalışmak oldukça sorunludur.
- 3 Farklı bakış açılarına sahip ve farklı değişkenleri vurgulayan çok farklı yeme davranışı modelleri ve teorileri vardır. Bunların birbirine nasıl uyduğu veya entegre edilebileceği belirsizdir.

Yeme davranışının kilo kaygısı modeli

Gıda ve kilonun anlamı

Bu bölümde şimdiye kadar yeme davranışının gelişimsel ve bilişsel modelleri incelenmiştir. Gelişimsel modeller öğrenme ve ilişkilendirmenin, bilişsel modeller ise tutum ve inançların rolünü vurgulamaktadır. Bununla birlikte, yemek bir ikram, bir kutlama, yasak meyve, bir aile buluşması, iyi bir anne olmak ve iyi bir çocuk olmak gibi birçok anlamla ilişkilendirilir (Ogden 2003). Ayrıca, yemek bir kez yenildiğinde vücudun ağırlığını ve şeklini değiştirebilir ve bu da çekicilik, kontrol ve başarı gibi anlamlarla ilişkilendirilir (Ogden 2003). Bu anlamların bir sonucu olarak, özellikle birçok kadın kilo endişesini beden memnuniyetsizliği şeklinde göstermekte ve bu da genellikle diyet yapmakla sonuçlanmaktadır. Kilo endişesi ve bunun yeme davranışı üzerindeki etkisi şimdi açıklanacaktır.

Vücut memnuniyetsizliği nedir?

Beden memnuniyetsizliği birçok şekilde ortaya çıkmaktadır. Bazı araştırmalar beden memnuniyetsizliğini *çarpıtılmış beden boyutu tahmini* ve bedeninin gerçekte olduğundan daha büyük olduğu algısı olarak kavramsallaştırmıştır. Örneğin, Slade ve Russell (1973) anoreksiklerden karanlık bir odada bir kiriş üzerindeki iki ışık arasındaki mesafeyi, ışıklar vücutlarının kalça, bel ve omuz gibi kısımlarının genişliğini temsil edene kadar ayarlamalarını istemiştir. Sonuçlar, anoreksiklerin kontrol deneklerine kıyasla boyutlarını sürekli olarak olduğundan fazla tahmin ettiklerini göstermiştir. Aynı bakış açısıyla yapılan diğer çalışmalarda deneklerden gerçek boyutlarda bir kağıdın iki ucunu işaretlemeleri (Gleghorn ve ark. 1987), televizyon ya da video görüntüsü üzerindeki yatay boyutları ayarlamaları (Freeman ve ark. 1984; Gardner ve ark. 1987) ya da işkence yapan bir ayna üzerindeki boyutları değiştirmeleri (Brodie ve ark. 1989) istenmiştir. Bu araştırma, klinik olarak tanımlanmış yeme bozukluğu olan bireylerin, klinik olmayan deneklere kıyasla daha fazla algısal çarpıtma gösterdiğini tutarlı bir şekilde ortaya koymuştur. Bununla birlikte araştırma, yeme bozukluğu olsun ya da olmasın kadınların büyük çoğunluğunun gerçekte olduklarından daha kilolu olduklarını düşündüklerini de göstermiştir.

Bazı araştırmalar, araştırmacı tarafından objektif olarak ölçülen bireyin gerçek boyutuyla karşılaştırma yapılmaksızın, *gerçeklik algıları* ile *ideal algılar* arasındaki tutarsızlığı vurgulamıştır. Bu araştırmalarda farklı boyutlarda tüm vücut silüet resimleri kullanılmış ve deneklerden hangisinin şu anda nasıl göründüklerine en yakın olduğunu ve hangisinin nasıl görünmek istediklerini en iyi şekilde gösterdiğini belirtmeleri istenmiştir. Örneğin, Stunkard ve

diğerleri (1983) bu yöntemi kullanmıştır.

Counts ve Adams (1985) bu yaklaşımı bulimikler, diyet yapanlar ve eski obez kadınlarla; Collins (1991) ise ergenlik öncesi çocuklarla kullanmıştır. Kızların ve kadınların çoğunun olduklarından daha zayıf olmak istedikleri ve erkeklerin çoğunun da ya aynı ya da daha iri olmak istedikleri tutarlı bir şekilde gösterilmiştir (bkz. Şekil 6.4).

Beden memnuniyetsizliğinin anlaşıldığı son ve en yaygın yol, basitçe bedene yönelik *olumsuz duygu* ve bilişlerdir. Bu, vücut şekli anketi (Cooper ve ark. 1987), vücut bölgeleri memnuniyet ölçeği (Brown ve ark. 1990) ve yeme bozuklukları envanterinin vücut memnuniyetsizliği alt ölçeği (Garner 1991) gibi anketler kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu anketlerde "Vücudunuzun bazı bölgelerinin çok büyük olmasından endişe ediyor musunuz?", "Oturduğunuzda kalçalarınızın yayılmasından endişe ediyor musunuz?" ve "Zayıf kadınlarla birlikte olmak kilonuz konusunda bilinçli hissetmenize neden oluyor mu?" gibi sorular sorulmaktadır. Araştırma, yeme bozukluğu olan bireylerin olmayanlara göre daha fazla vücut memnuniyetsizliği göstermesine rağmen, diyet yapanların diyet yapmayanlara göre ve genel olarak kadınların erkeklere göre daha fazla vücut memnuniyetsizliği gösterdiğini ortaya koymuştur.

Bu nedenle beden memnuniyetsizliği, bireylerin beden büyüklüklerine ilişkin algıları ile gerçek beden büyüklükleri arasındaki bir uyumsuzluk, gerçek beden büyüklüklerine ilişkin algıları ile ideal beden büyüklükleri arasındaki bir uyumsuzluk ya da basitçe bedenin büyüklüğü ve şeklinden duyulan hoşnutsuzluk olarak kavramsallaştırılabilir. Bununla birlikte, hangi kavramsallaştırma kullanılırsa kullanılsın ve beden memnuniyetsizliğini operasyonel hale getirmek için hangi ölçüm aracı seçilirse seçilsin, bunun yaygın bir fenomen olduğu ve kesinlikle klinik olarak tanımlanmış yeme bozukluğu olan az sayıda bireyle sınırlı olmadığı açıktır. Peki bu soruna ne sebep oluyor?

Beden memnuniyetsizliğinin nedenleri

Birçok araştırma medya, etnik köken, sosyal sınıf ve aile ortamı gibi sosyal faktörlerin beden memnuniyetsizliğine yol açmadaki rolünü incelemiştir. Buna ek olarak, araştırmalar sosyal faktörleri gerçek beden memnuniyetsizliğine dönüştürebilecek psikolojik faktörlerin rolünü de incelemiştir.

Sosyal faktörler

Medyanın rolü

Hem meslekten olmayan hem de akademik çevrelerde en yaygın inanış, muhtemelen beden memnuniyetsizliğinin medyadaki zayıf kadın temsillerine bir tepki olduğudur. Dergiler, gazeteler, televizyon, filmler ve hatta romanlar ağırlıklı olarak zayıf kadın imgeleri kullanmaktadır. Bu kadınlar yiyecek ve kıyafet gibi beden ölçüleriyle ilgili ürünlerin ya da nötr ürünlerin reklamını yapıyor olabilir,



Şekil 6.4 Beden memnuniyetsizliğinin ölçülmesi

elektrikli süpürgeler ve duvar kağıtları gibi, ama her zaman incedirler. Alternatif olarak bir hikayedeki karakterler ya da gerçek dünyayı gösteren yoldan geçenler olabilirler, ancak bu gerçek dünya her zaman zayıflıkla temsil edilir. Roller ne olursa olsun ve nerede var olurlarsa olsunlar, medya tarafından kullanılan kadınlar genellikle zayıftır ve bu nedenle zayıflığın sadece arzu edilen norm değil aynı zamanda gerçek norm olduğuna inanmaya yönlendiriliriz. Daha şişman bir kadının görüldüğü nadir durumlarda, bu kadın genellikle şişman olmakla ilgili bir açıklama yapıyor (şişman komedyenler çikolatalı pasta hakkında şakalar yapıyor ve şişman aktrisler ya kötü ya da mutsuz), normal bir kadın olarak değil. O halde bu temsiller kadınları bedenlerinden memnuniyetsiz mi kılıyor? Bazı araştırmalar durumun böyle olduğunu öne sürmektedir. Örneğin, Ogden ve Munday (1996) kadın ve erkeklerden şişman ya da zayıf erkek ya da kadın resimlerini incelemeyen önce ve sonra beden memnuniyetsizliklerini derecelendirmelerini istemiştir (resimler katılımcıyla cinsiyet açısından eşleştirilmiştir). Sonuçlar, cinsiyetten bağımsız olarak tüm katılımcıların daha şişman resimleri inceledikten sonra daha fazla beden memnuniyeti hissettiklerini ve daha zayıf resimleri inceledikten sonra daha fazla beden memnuniyetsizliği hissettiklerini göstermiştir. Ayrıca bu tepkinin kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu gösterilmiştir. Benzer sonuçlar anoreksikler, bulimikler ve hamile kadınlar için de bulunmuştur (Waller ve ark. 1992; Hamilton ve Waller 1993; Sumner ve ark. 1993). Eğer vücut memnuniyetsizliğinde bu tür değişiklikler bu görüntülere sadece akut maruziyetten sonra ortaya çıkabiliyorsa, o zaman uzun süreli maruziyetin daha ciddi olması mümkündür. Ancak, beden memnuniyetsizliğinin tek açıklaması medya mıdır? Kadınlar (ve bazen erkekler) sadece medyanın kaprislerinin pasif kurbanları mıdır? Belki de beden memnuniyetsizliği bir dizi ek kaynaktan da geliyor.

Etnik köken

Beden memnuniyetsizliği ağırlıklı olarak beyaz kadınların bir sorunu olarak görülse de, beden memnuniyetsizliği ve etnik grup arasındaki ilişkiyi inceleyen literatür çelişkilidir. Örneğin, bulimik davranışlar (Gray ve ark. 1987), genelleştirilmiş düzensiz yeme (Abrams ve ark. 1992; Akan ve Grilo 1995) ve beden memnuniyetsizliği ve yeme endişeleri (Rucker ve Cash 1992; Powell ve Khan 1995) açısından siyah ve/veya Asyalı kadınlarla karşılaştırıldığında beyaz kadınlarda beden memnuniyetsizliği ile ilişkili bir dizi davranışın daha yüksek oranlarda görüldüğü tespit edilmiştir. Ancak, tam tersine, diğer çalışmalar etnik köken ve kilo endişesi arasında ters bir ilişki olduğunu bildirmektedir. Örneğin, Mumford ve arkadaşları (1991) İngiltere'nin kuzeyindeki bir okuldan bulimia nervosa yaygınlığının Asyalı kız öğrenciler arasında beyaz meslektaşlarına göre daha yüksek olduğunu gösteren sonuçlar bildirmiştir. Buna paralel olarak, Striegel-Moore ve arkadaşları (1995) siyahi kızlarda daha yüksek düzeyde zayıflık dürtüsü olduğunu, Hill ve Bhatti (1995) ise 9 yaşındaki Asyalı kızlarda daha yüksek düzeyde diyet kısıtlaması olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, başka çalışmalar etnik kökenlerine bakılmaksızın kadınlarda ve kızlarda eşit derecede yüksek kilo kaygısı düzeylerinin bulunabileceğini öne sürmüştür (Dolan ve ark. 1990; Ahmed ve ark. 1994). Dolayısıyla bazı araştırmalar beyazların Asyalılar ve siyahlardan daha fazla beden memnuniyetsizliği yaşadığını, bazı araştırmalar ise beyazların daha az memnuniyetsizlik yaşadığını ve hatta bazı araştırmalar etnik gruba göre bir fark olmadığını göstermektedir.

Sosyal sınıf

Beden memnuniyetsizliğinin de genellikle üst sınıflar için bir sorun olduğuna inanılmaktadır. Ancak, sosyal sınıfla ilgili literatür de çelişkilidir. Bu alanda yapılan birçok çalışma, beden memnuniyetsizliği, bedenin çarpıtılması ve diyet yapma davranışından yeme bozukluklarına kadar çeşitli faktörlerin üst sınıf bireylerde daha yaygın olduğunu göstermektedir. Örneğin,

Dornbusch ve diğerleri (1984) 7000 Amerikalıdan oluşan temsili bir örneklemede sosyal sınıf ve zayıf olma arzusunu incelemiştir.

ve üst sınıftan kadınların alt sınıftan meslektaşlarına kıyasla daha zayıf olmak istedikleri sonucuna varmıştır. Buna paralel olarak, Drenowski ve arkadaşları (1994) örneklemelerindeki üst sınıf deneklerin kilo vermek için diyet yapma, aşırı yeme ve şiddetli egzersiz yapma yaygınlığının arttığını ve Wardle ve Marsland (1990) üst sınıf okul çocuklarının daha zayıf olmalarına rağmen daha yüksek düzeyde kilo endişesi gösterdiklerini bildirmiştir. Benzer sonuçlar anoreksiya nervoza prevalansı için de bildirilmiştir (Crisp ve ark. 1976).

Ancak araştırmalar, sosyal sınıf ile kilo kaygısı arasındaki ilişkinin doğrudan olmadığını da göstermektedir. Örneğin, yukarıdaki çalışmaların tam tersine, Story ve arkadaşları (1995) 36.320 Amerikalı öğrenciden oluşan bir örneklem sonuçlarını rapor etmiş ve daha yüksek sosyal sınıfın daha fazla kilo memnuniyeti ve kusma gibi patolojik kilo kontrol davranışlarının daha düşük oranlarıyla ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Benzer sonuçlar, anormal yeme tutumlarını inceleyen Eisler ve Szmuk-ler (1985) tarafından da rapor edilmiştir. Ayrıca, başka çalışmalarda da sosyal sınıfın beden memnuniyetsizliği, zayıflık arzusu, kilo verme isteğı ve yeme bozukluklarına işaret eden semptomlar gibi faktörlerle ilişkisiz olduğu bildirilmiştir (Cole ve Edelmann 1988; Whitaker ve ark. 1989). Dolayısıyla, sosyal sınıfın beden memnuniyetsizliğinin bir nedeni olduğuna inanılsa da, sonuçlar belirsizliğini korumaktadır.

Aile

Araştırmalar ayrıca ailenin beden memnuniyetsizliğini öngörmedeki etkisine de odaklanmıştır. Özellikle, annenin rolünü vurgulamış ve kendi bedenlerinden memnun olmayan annelerin bunu kızlarına ilettiklerini ve bunun da kızlarının kendi beden memnuniyetsizliklerine yol açtığını öne sürmüştür. Örneğin, Hall ve Brown (1982) anoreksiyalı kızların annelerinin, anoreksiyalı olmayan kızların annelerine kıyasla daha fazla beden memnuniyetsizliği gösterdiğini bildirmiştir. Benzer şekilde, Steiger ve arkadaşları (1994) annelerin ve kızlarının kilo endişesi düzeyleri arasında doğrudan bir ilişki bulmuş ve Hill ve arkadaşları (1990) annelerin ve kızlarının diyet kısıtlama dereceleri arasında bir bağlantı olduğunu bildirmiştir. Ancak, anneler ve kızları arasındaki uyumu inceleyen araştırmalar her zaman tutarlı sonuçlar vermemiştir. Örneğin, Attie ve Brooks-Gunn (1989) annelerin kompulsif yeme ve beden imajı düzeylerinin kızlarındaki bu faktörleri öngöremediğini bildirmiştir. Benzer şekilde, Ogden ve Elder (1998) hem Asyalı hem de beyaz ailelerde annelerin ve kızların kilo endişeleri arasında uyumsuzluk olduğunu bildirmiştir.

Bu nedenle, sosyal faktörlerin rolünü inceleyen araştırmalar medya, etnik köken, sosyal sınıf ve annenin kendi beden memnuniyetsizliğinin rolünü vurgulamıştır. Ancak literatürle ilgili sorunlar bulunmaktadır. İlk olarak, kanıtların çoğı çelişkilidir ve bu nedenle doğrudan sonuçlar sorunludur. İkincisi, sosyal faktörler ve beden memnuniyetsizliği arasında bir ilişki olsa bile, sadece grup farklılıklarına bakmak (yani beyaz ve Asyalı, alt sınıf ve üst sınıf, anne ve kız) beden memnuniyetsizliğinin nasıl ortaya çıkabileceğini açıklamamaktadır. Bu nedenle araştırmalar psikolojik açıklamalar da aramıştır.

Psikolojik faktörler

Araştırma, beden memnuniyetsizliğinin sınıf, etnik köken ve aile ortamıyla ilişkili olabileceğini, ancak bu ilişkinin tutarlı bir ilişki olmadığını göstermektedir. Belki de sadece grup farklılıklarını aramak diğer psikolojik nedenlerin etkisini gizlemektedir. Bu perspektiften bakıldığında, etnik köken beden memnuniyetsizliği ile ilişkili olabilir, ancak sadece etnik kökene belirli bir dizi inanç da eşlik ettiğinde. Benzer şekilde, önemli olan *kendi başına* sınıf değil, sınıfın bir bireyin düşünme biçimini yansıtır yansıtmadığı olabilir. Dahası, bir annenin beden memnuniyetsizliği yalnızca şu durumlarda önemli olabilir

belirli bir ilişki türü içinde. Peki bu psikolojik faktörler neler olabilir? Araştırmalar inançların rolünü, anne-kız ilişkisini ve kontrolün merkezi rolünü incelemiştir.

İnançlar

Bazı araştırmalar bireylerin kendileri ve aile üyeleri tarafından sahip olunan inançları incelemiştir. Örneğin, etnik kökeni anlamaya çalışırken, çalışmalar rekabetçilik, başarının değeri, maddi başarı ve çocuğun kendi gelecekle ilgili olduğuna dair ebeveyn inancının rolünü vurgulamıştır (Ogden ve Chanana 1998). Ayrıca literatürde kadının toplumdaki rolüne ilişkin inançlar da vurgulanmıştır. Örneğin, Mumford ve diğerleri (1991) Asyalı kız çocuklarındaki yeme bozukluklarının, kadınların geleneksel rolüne inanan bir aile geçmişiyle ilişkili olabileceği sonucuna varmıştır. Bu tür sonuçlar Hill ve Bhatti (1995) tarafından da çıkarılmıştır.

Benzer bir şekilde, sosyal sınıfın rolünü açıklamaya çalışırken, araştırmalar başarıya ilişkin inançların rolünü vurgulamış ve yeme bozukluklarının bu tür baskılara bir yanıt olabileceği öne sürülmüştür (Bruch 1974; Kalucy ve ark. 1977; Selvini 1988). Bunun aksine, alt sınıftan bireyler aile hayatı ve çocuk sahibi olma konusunda daha istekli olabilirler ve bu da kilo endişesine karşı koruyucu olabilir. Cole ve Edelman (1988) bu olasılığı ampirik olarak test etmiş ve başarıma ihtiyacı ile yeme davranışı arasındaki ilişkiyi değerlendirmiştir. Ancak, başarıma ihtiyacı sınıfla ilişkili olmasına rağmen, kilo kaygısının belirleyicisi olmamıştır. Sınıfın, fiziksel görünüme daha fazla değer verilmesi ve obeziteye yönelik tutumlarla ilişkili olabileceği de öne sürülmüştür (Wardle ve ark. 1995). Ayrıca, Dornbusch ve arkadaşları (1984) 'yüksek sosyal sınıflarda zayıflık için daha yüksek standartlar olduğu' yorumunu yapmış ve bunun da daha yüksek kilo endişesi seviyelerine katkıda bulunabileceğini belirtmiştir. Buna ek olarak, Striegel-Moore ve diğerleri (1986) yüksek sınıftan kadınların güzellik ve moda trendlerini belirleyenlere öykünme olasılığının daha yüksek olduğunu ve bunun da onları görünüşlerinden memnuniyetsizlik duymaya yatkın hale getirdiğini ileri sürmüştür.

Bu nedenle rekabetçilik, başarı, maddi başarı, kadının rolü, güzellik kalıpları ve çocuk-ebeveyn ilişkisine dair inançlar, beden memnuniyetsizliğini öngörebilecek inanç türleri olarak vurgulanmıştır. Ogden ve Chanana (1998) Asyalı ve beyaz genç kızlarda bu inançların rolünü araştırmış, Ogden ve Thomas (1999) ise alt ve üst sınıftan bireylere odaklanmış, her iki çalışmada da sınıf ve etnik köken gibi sosyal faktörlerin beden memnuniyetsizliği ile ilişkili olabileceği, ancak bunların etkisinin hem bedeninden memnun olmayan birey hem de aile üyeleri tarafından sahip olunan bu tür inançların rolü aracılığıyla aracılık ettiği sonucuna varılmıştır.

Anne-kız ilişkisi

Bazı araştırmalar da anne-kız ilişkisinin doğasını incelemiştir. Örneğin, Crisp ve arkadaşları (1980) aile içinde tanımlanmamış sınırların ve anne ile kız arasında iç içe geçmiş bir ilişkinin varlığının önemli faktörler olabileceğini ileri sürmüştür. Benzer şekilde, Smith ve arkadaşları (1995) anne ve kız arasındaki yakın ilişkinin, ergenlik döneminde iç içe geçmiş bir ilişkiye ve ayrılık sorunlarına yol açabileceğini öne sürmüştür. Ayrıca, Minuchin ve arkadaşları (1978), optimum özerkliğin anne ve kız arasındaki tüm bağların kopması anlamına gelmemesine rağmen, her iki taraf için de zayıf özerkliğe izin veren anne-kız ilişkilerinin gelecekteki psikopatolojinin habercisi olabileceğini savunmuştur. Ayrıca, Bruch (1974) anoreksiyanın, kızın özerkliğini sınırlayan bir anne-kız dinamiği içinde çocuğun kendi öz kimliğini geliştirme mücadelesinin bir sonucu olabileceğini savunmuştur. Bazı yazarlar da özerklik, iç içe geçme ve yakınlık arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Örneğin, Smith ve ark.

(1995), anne-kız ilişkisinde özerkliğin daha fazla tanınmasının, iç içe geçmenin azalmasına ve bunun sonucunda yakınlığın artmasına karşılık geldiğini ileri sürmüştür. Ayrıca, bu tür bir yakınlığın çatışmada ve ardından gelen psikolojik sorunlarda azalma olarak yansıyabileceği öne sürülmektedir (Smith ve ark. 1995). Bir çalışma doğrudan anne-kız ilişkisinin 'modelleme hipotezi' (yani anne bedensel olarak tatminsizdir ve dolayısıyla kızı da öyledir) veya 'etkileşimli hipotez' (yani önemli olan anne ile kızı arasındaki ilişkinin kendisidir) açısından önemli olup olmadığını araştırmıştır. Bu nedenle hem annelerin hem de kızların kendi beden memnuniyetsizliği düzeyleri ve anne ile kız arasındaki ilişkinin doğası incelenmiştir (Ogden ve Steward 2000). Sonuçlar modelleme hipotezini desteklememiş, ancak annelerin ne kendilerinin ne de kızlarının özerkliğine inanmadığı ve yansıtmayı önemli olarak değerlendirdiği bir ilişkinin, bedenlerinden memnun olmayan kızlarla sonuçlanma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Görünüşe göre beden memnuniyetsizliği medyadan kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca, etnik köken, sosyal sınıf ve annenin kendi beden memnuniyetsizliği gibi sosyal faktörlerle de ilişkili olabilir. Buna ek olarak, bu tür sosyal faktörlerin etkisine inançlar ve ilişkilerin doğası gibi psikolojik faktörlerin aracılık etmesi de mümkündür. Araştırmalar, tüm bu faktörlerin kontrol ihtiyacı için merkezi bir rol oynadığını göstermektedir.

Kontrolün rolü

Materyalizm, rekabetçilik, başarı, özerklik, kadının rolü ve anne-kız arasında öngörülen ilişki ile ilgili inançların hepsinin ortak bir noktası vardır. Bu inançların nesnesinin (yani kız çocuğunun) kendi kaderi üzerinde kontrol sahibi olduğu varsayımına dayanmaktadır. Kızın başarabileceği, rekabet edebileceği ve aklına koyduğu takdirde başkalarının arzularını yerine getirebileceği varsayılmaktadır; doğru çaba gösterildiği takdirde her şey başarılabilir. Bu, herhangi biri için oldukça büyük bir baskıdır. Özellikle de dünyanın hala erkekler için tasarlandığını düşünen bir kadın için büyük bir baskıdır. Ve dünyanın yetişkinler için tasarlandığını düşünen genç bir kadın için bu daha da büyük bir baskıdır. Bu tür beklentiler kontrolden çıkma hissine yol açabilir: "tüm bunları nasıl başarabilirim?", "ne yapmalıyım?", "herkesin taleplerini asla karşılayamam", "dünyam değişime o kadar da açık değil", "işler o kadar da kontrol edilebilir değil". Ancak, değiştirilebileceğine inandırıldığımız tek şey bedenimizdir. Ailenin inançları, bir dizi faktörü kontrol etmek ve değiştirmek istememize neden olabilir. Ancak kontrol edilebilir gibi görünen tek faktör basitçe görünüşümüz olabilir. Aslında medya bize sürekli olarak bunun böyle olduğunu söyler. Bu nedenle kontrol dışı olma duygularının ifade edilmesi gerekir. Beden memnuniyetsizliği bu kontrol eksikliğinin bir ifadesi olabilir (Orbach 1978; Ogden 1999).

Diyet

Beden memnuniyetsizliği sürekli olarak diyet yapma ve daha az yemeye çalışma ile ilişkilidir. Kısıtlama teorisi (örn. Herman ve Mack 1975; Herman ve Polivy 1984) diyet yapmanın (kısıtlı yeme olarak adlandırılır) nedenlerini ve sonuçlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir ve diyet yapanların hem az yeme hem de aşırı yeme belirtileri gösterdiğini öne sürer.

Diyet yapma ve az yeme

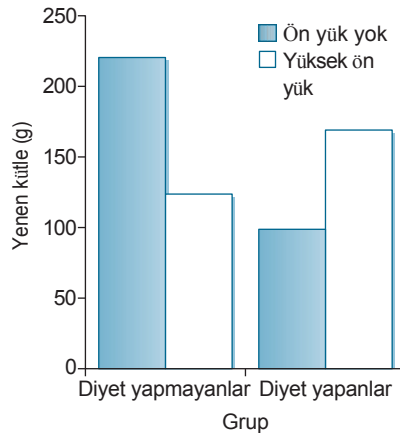
Kısıtlı yeme, gıda alımını azaltmayı amaçlar ve çeşitli çalışmalar bu amacın zaman zaman başarılı olduğunu ortaya koymuştur. Thompson ve arkadaşları (1988) ön yükleme/tat testi metodolojisini kullanarak

kısıtlı yiyeenlerin yeme davranışı. Bu deneysel yöntem, deneklere ya yüksek kalorili bir ön yükleme (örneğin yüksek kalorili bir milk shake, bir çikolata) ya da düşük kalorili bir ön yükleme (örneğin bir kraker) verilmesini içerir. Ön yüklemeyi yedikten/içtikten sonra deneklerden bir tat testine katılmaları istenir. Bu testte deneklerden bir dizi farklı yiyeceği (örneğin bisküvi, atıştırmalık, dondurma) tuzluluk, tercih ve tatlılık gibi çeşitli nitelikler açısından değerlendirmeleri istenir. Denekler yiyecekleri değerlendirmeleri için belirli bir süre yalnız bırakılır ve daha sonra yedikleri miktar tartılır (denekler bunun olacağını bilmemektedir). Ön yükleme/tat testi yönteminin amacı, gıda alımını kontrollü bir ortamda (laboratuvar) ölçmek ve ön yüklemenin yeme davranışları üzerindeki etkisini incelemektir. Thompson ve meslektaşları, bu deneysel durumda kısıtlı yiyeenlerin hem düşük hem de yüksek ön yüklemelerden sonra kısıtlanmamış yiyeenlere göre daha az kalori tükettiğini bildirmiştir. Bu da daha az yeme girişimlerinin başarılı olduğunu göstermektedir. Kirkley ve arkadaşları (1988) 50 kadının yeme tarzını dört günlük diyet öz izleme formları kullanarak değerlendirmiş ve kısıtlı yiyeenlerin kısıtlamasız yiyeenlerden daha az kalori tükettiğini bildirmiştir. Laessle ve arkadaşları (1989) da yemek günlükleri kullanmış ve ölçülü yiyeenlerin ölçsüz yiyeenlerden yaklaşık 400 kalori daha az tükettiğini, ölçülü yiyeenlerin özellikle yüksek karbonhidrat ve yağ içerikli gıdalardan kaçındığını bulmuştur. Dolayısıyla ölçülü yiyeenler daha az yemeyi hedeflemekte ve bazen başarılı olmaktadır.

Diyet ve aşırı yeme

Bu bulguların aksine, bazı çalışmalar daha yüksek düzeyde kısıtlı yemenin artan gıda alımıyla ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Örneğin, Ruderman ve Wilson (1979) bir ön yükleme/tat testi prosedürü kullanmış ve kısıtlı yiyeenlerin, ön yükleme boyutuna bakılmaksızın, kısıtlanmamış yiyeenlerden önemli ölçüde daha fazla yiyecek tükettiğini bildirmiştir. Özellikle kısıtlama teorisi, kısıtlanmış yiyeicilerde aşırı yemenin karakteristiği olarak kısıtlamanın engellenmesini tanımlamıştır (Herman ve Mack 1975; Spencer ve Fremouw 1979; Herman ve ark. 1987). Disinhibisyonu gösteren orijinal çalışmada (Herman ve Mack 1975) ön yükleme/tat testi paradigması kullanılmış ve diyet yapan ve yapmayan gruplara ya yüksek kalorili ön yükleme ya da düşük kalorili ön yükleme yapılmıştır.

Sonuçlar Şekil 6.5'te gösterilmektedir ve diyet yapmayanların telafi edici düzenleyici davranışlar gösterdiğini ve yüksek kalorili ön yüklemeden sonra tat testinde daha az yediklerini göstermektedir,



Şekil 6.5 Laboratuvar da diyet yapanlarda aşırı yeme (Herman ve Mack 1975'ten sonra)

Diyet yapanlar, düşük kalorili ön yüklemeye kıyasla yüksek kalorili ön yüklemeye sahip olduklarında tat testinde daha fazla tüketmişlerdir.

Bu tür bir disinhibisyon ya da 'ne oluyoruz' etkisi, yüksek kalorili bir ön yüklemeye yanıt olarak aşırı yemeyi göstermektedir. Genel olarak disinhibisyon, 'duygusal sıkıntı, sarhoşluk veya ön yüklemeye yanıt olarak kısıtlamaların gevşetilmesi sonucunda daha fazla yemek yeme' olarak tanımlanmıştır (Herman ve Polivy 1989: 342) ve tanımı, aşırı yeme davranışını tahmin etmede kısıtlamanın rolünü inceleyen zengin bir araştırmanın yolunu açmıştır.

Aşırı yemek yemenin nedenleri

Araştırmalar, kısıtlanmış yiyciler tarafından gösterilen aşırı yeme için olası mekanizmaları araştırmıştır. Bunlar aşağıda açıklanmıştır ve aşırı yemenin nedensel modeli, aşırı yemenin sınır modeli, bilişsel değişimler, ruh hali değişikliği, inkar, kaçış teorisi, nüksetme olarak aşırı yeme ve kontrolün merkezi rolünü içerir.

Aşırı yemek yemenin nedensel analizi

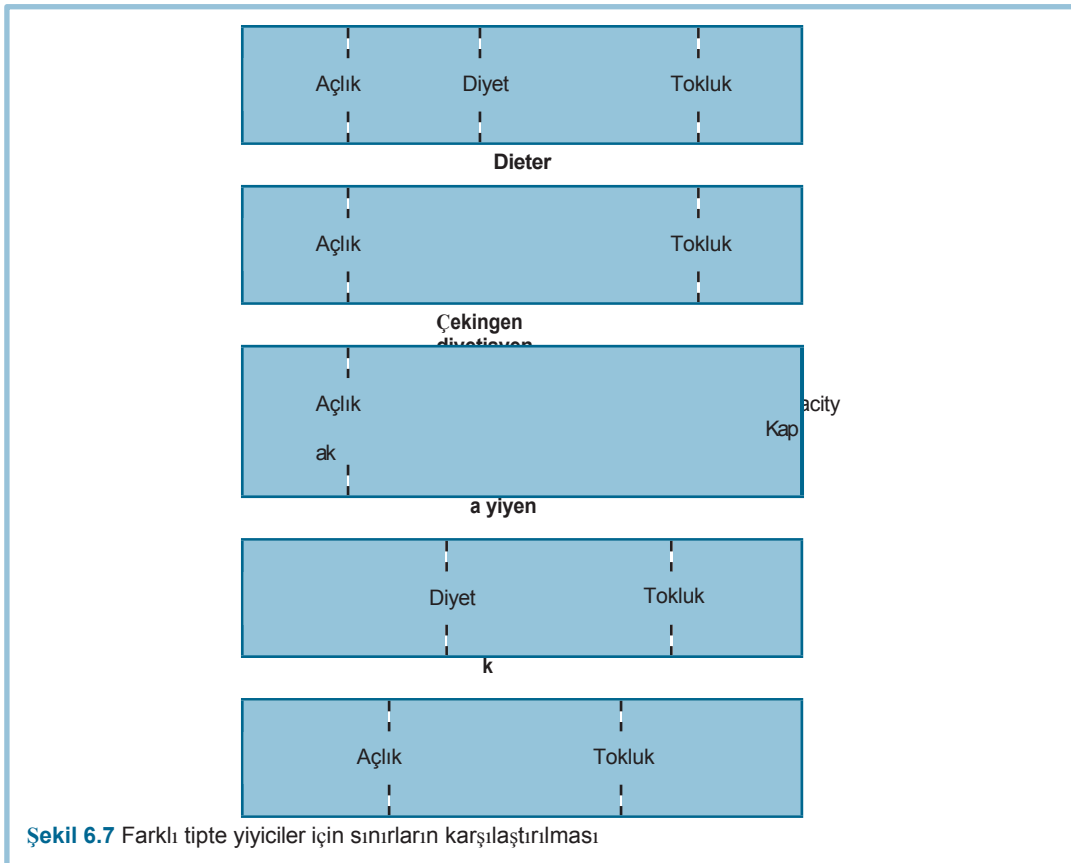
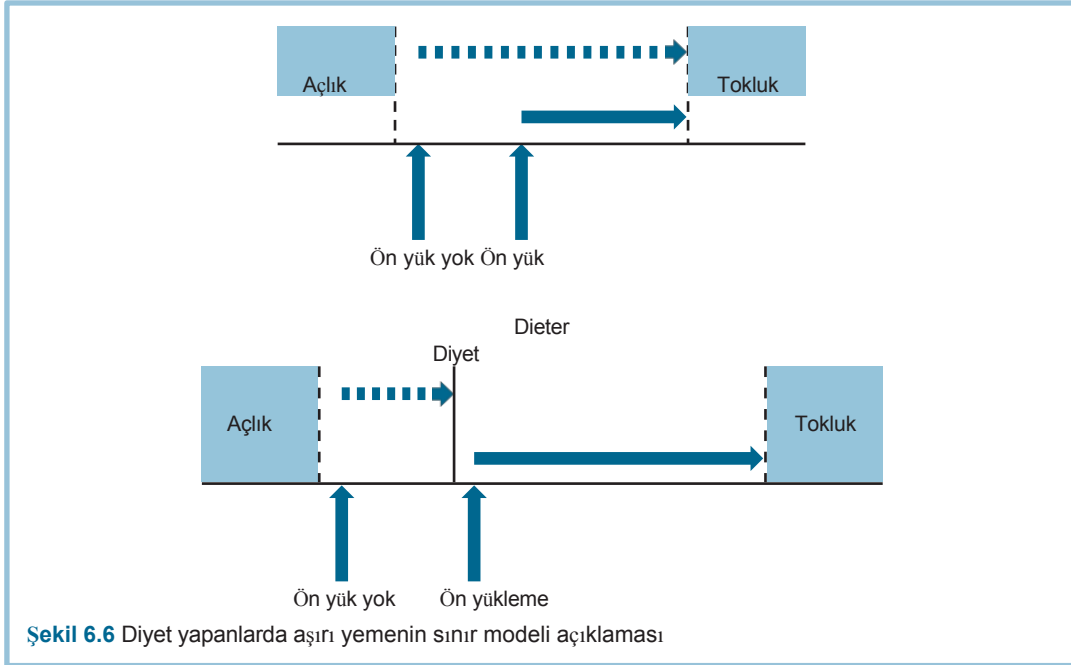
Yeme davranışının nedensel analizi ilk olarak Herman ve Polivy tarafından tanımlanmıştır (Herman ve Mack 1975; Herman ve Polivy 1980, 1988; Polivy ve Herman 1983, 1985). Diyet yapma ve tıkinmanın nedensel olarak bağlantılı olduğunu ve 'kısıtlamanın yalnızca aşırı yemekten önce gelmediğini, aynı zamanda nedensel olarak buna katkıda bulunduğunu' öne sürmüşlerdir (Polivy ve Herman 1983). Bu durum, yememeye çalışmanın paradoksal olarak aşırı yeme olasılığını artırdığını göstermektedir - diyet yapanların kaçınmaya çalıştığı spesifik davranış. Kısıtlamanın nedensel analizi yeme davranışına yeni bir yaklaşımı temsil ediyordu ve kısıtlamanın aslında aşırı yemeye neden olduğu öngörüsü durumun ilginç bir değerlendirmesiydi. Wardle (1980) bu analizi daha da geliştirmiş ve Wardle ve Beales (1988) aşırı yemenin nedensel analizini deneysel olarak test etmiştir. Yedi hafta boyunca 27 obez kadını rastgele bir diyet grubuna, bir egzersiz grubuna ya da tedavi uygulanmayan bir kontrol grubuna atamışlardır. Dördüncü ve altıncı haftalarda tüm denekler gıda alımlarını değerlendirmek üzere tasarlanmış bir laboratuvar oturumuna katılmışlardır. Sonuçlar, diyet koşulundaki deneklerin hem egzersiz hem de kontrol grubundan daha fazla yediğini ve diyet ile aşırı yeme arasında nedensel bir bağlantı olduğunu desteklediğini göstermiştir. Bu analize göre, diyet yapanlar tarafından gösterilen aşırı yeme aslında diyet yapma girişimlerinden kaynaklanmaktadır.

Aşırı yemenin sınır modeli

Herman ve Polivy (1984), diyet yapmanın nasıl aşırı yemeye neden olduğunu açıklamak amacıyla, gıda alımına ilişkin fizyolojik ve bilişsel bakış açılarının bir entegrasyonunu temsil eden 'sınır modeli'ni geliştirmiştir. Sınır modeli Şekil 6.6'da gösterilmektedir.

Modele göre, gıda alımı fizyolojik olarak belirlenmiş bir açlık sınırı tarafından motive edilir ve fizyolojik olarak belirlenmiş bir tokluk sınırı tarafından caydırılır. Buna ek olarak, sınır modeli, kısıtlı yiyenlerin gıda alımının bilişsel olarak belirlenen bir 'diyet sınırı' tarafından düzenlendiğini öne sürmektedir. Bu model, diyet yapanların fizyolojik kontrolün yerine 'diyet yapan kişinin belirli bir durumda tüketim için seçtiği kotayı' temsil eden bilişsel kontrolü koymaya çalıştığını göstermektedir (Herman ve Polivy 1984: 149). Herman ve Polivy (1984), düşük kalorili bir ön yüklemeden sonra, gıda alımı 'diyet sınırı' tarafından belirlenen sınırlar içinde kaldığından, diyet yapan kişinin yakın gelecekte diyet hedefini nasıl koruyabileceğini tanımlamıştır. Ancak, diyet yapan kişi diyet sınırını aştıktan sonra (yani 'izin verilmeyen' bir şey yedikten sonra), tokluk sınırının baskıları harekete geçene kadar ad lib yiyecek tüketecektir. Sınır modeli, gıda alımının ya diyet sınırı ya da tokluk sınırı ile sınırlandırıldığı bir tür ikili düzenleme önermektedir. Sınır modeli ayrıca diyet yapanlar, tıkinırcasına yiyenler,

anoreksikler ve normal yiyenler arasındaki farklılıkları incelemek için de kullanılmıştır. Bu karşılaştırma Şekil 6.7'de gösterilmektedir.



Bilişsel değişimler

Diyet yapanlarda görülen aşırı yeme, bireyin bilişsel yapısındaki değişimler açısından da anlaşılmıştır. Öncelikle bu durum, diyet yapan kişinin kendini kontrol etmesinde 'motivasyonel bir çöküşü' yansıtan bir bozulma ve aşırı yeme dürtüsüne teslim olma durumu olarak tanımlanmıştır (Polivy ve Herman 1983). Ogden ve Wardle (1991) engellenmiş diyet yapan kişinin bilişsel setini analiz etmiş ve öz kontroldeki bu tür bir çöküşün pasif bir aşırı yeme modelini yansıttığını ve Herman ve Polivy (1984) tarafından tanımlanan 'ne olacak ki' etkisinin 'pes etme', 'boyun eğme' ve 'pasiflik' gibi faktörler açısından pasiflik unsurları içerdiğini öne sürmüştür. Özellikle, kısıtlanmış ve kısıtlanmamış yiyicilerle yapılan görüşmeler, birçok kısıtlanmış yiyicinin yüksek kalorili bir ön yüklemeden sonra, 'Sahip olduğum herhangi bir dürtüye teslim olacağım' ve 'Zahmet edemem, yemeyi durdurmak çok fazla çaba' gibi düşünceler de dahil olmak üzere pasif bilişler bildirdiğini ortaya koymuştur (Ogden ve Wardle 1991). Bu aşırı yeme modeli doğrultusunda, Glynn ve Ruderman (1986) aşırı yeme eğiliminin bir ölçüsü olarak yeme öz yeterlilik anketini geliştirmiştir. Bu aynı zamanda motivasyonel çöküşü vurgulamış ve aşırı yemenin bu öz kontrolün başarısızlığının bir sonucu olduğunu öne sürmüştür.

Alternatif bir aşırı yeme modeli, aşırı yemenin aktif bir aşırı yeme kararını yansıttığını iddia etmiş ve Ogden ve Wardle (1991) 'ne oluyoruz' etkisinin altında diyetle karşı aktif bir tepki olduğunu savunmuştur. Bu hipotez bir ön yükleme/tat testi para- digması kullanılarak test edilmiş ve bilişler derecelendirme ölçekleri, görüşmeler ve seçici dikkatin bilişsel bir testi olan Stroop görevi kullanılarak değerlendirilmiştir. İki çalışmanın sonuçları, diyet yapanların yüksek kalorili yiyeceklerle 'asi', 'meydan okuyan' ve 'meydan okuyan' gibi kavramlarla ve 'şimdi umurumda değil, sadece karnımı doyuracağım' gibi düşüncelerle karakterize edilen aktif bir zihin durumunda artışla yanıt verdiklerini göstermiştir (Ogden ve Wardle 1991; Ogden ve Greville 1993; bkz. **Araştırma Odağı 6.1**, s. 153). Diğer modellerin öne sürdüğü gibi aşırı yeme arzusuna pasif bir şekilde boyun eğmek yerine, aşırı yiyen kişinin kendi koyduğu gıda kısıtlamalarına karşı bir isyan biçimi olarak aktif bir şekilde aşırı yemeye karar verebileceği öne sürülmüştür. Bu asi ruh hali, tıknımayı 'kızgınlığı açığa çıkarmanın bir yolu' olarak bildiren obez tıknırcasına yiyenler tarafından da tanımlanmıştır (Loro ve Orleans 1981). Aktif bir karar olarak yemek yemek zaman zaman sigara gibi diğer maddelerin yoksunluğuna (Ogden 1994) ve duygusal desteğin yoksunluğuna (Bruch 1974) karşı bir isyana da işaret edebilir.

Ruh hali değişikliği

Diyet yapanlar düşük ruh haline tepki olarak aşırı yemek yerler ve araştırmacılar, engelleyici davranışın bireyin olumsuz ruh halini yemek yemenin neden olduğu geçici yüksek ruh hali ile maskeleymesini sağladığını ileri sürmüşlerdir. Buna 'maskeleyme hipotezi' adı verilmiş ve ampirik çalışmalarla test edilmiştir. Örneğin, Polivy ve Herman (1999) kadın deneklere bilişsel bir görevi geçtiklerini ya da geçemediklerini söylemiş ve ardından onlara *ad libitum* ya da küçük kontrollü miktarlarda yiyecek vermiştir. Sonuçlar kısmen maskeleyme hipotezini desteklemiştir, çünkü *ad libitum* yemek yiyen diyet yapanlar yaşadıkları sıkıntıyı görevdeki başarısızlıktan çok yeme davranışlarına bağlamışlardır. Yazarlar, diyet yapanların olumsuz ruh hallerinin sorumluluğunu hayatlarının kontrol edilemeyen yönlerinden yeme davranışlarına kaydırmanın bir yolu olarak aşırı yemek yiyebileceklerini ileri sürmüştür. Aşırı yemenin bu ruh hali modifikasyonu teorisi, diyet yapanların endişeli olduklarında yemeğin lezzetinden bağımsız olarak diyet yapmayanlara göre daha fazla yediklerini gösteren araştırmalarla da desteklenmiştir (Polivy ve ark. 1994). Bu nedenle aşırı yeme diyet yapanlar için işlevseldir çünkü disforiyi maskeler ve bu işlev yemenin duyuşsal yönlerinden etkilenmez.

İnkârın rolü

Bilişsel araştırmalar, düşünce bastırma ve düşünce kontrolünün, bireyin bastırmaya çalıştığı düşünceleri daha belirgin hale getirmek gibi para- doksal bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir (Wenzlaff ve Wegner 2000). Buna 'zihinsel kontrolün ironik süreçleri teorisi' adı verilmiştir (Wegner 1994). Örneğin, erken bir çalışmada katılımcılardan beyaz bir ayı düşünmemeye çalışmaları, ancak düşündüklerinde bir zil çalmaları istenmiştir (Wegner ve ark. 1987). Sonuçlar, ayıyı düşünmemeye çalışanların, düşünmeleri söylenenlere kıyasla ayıyı daha sık düşündüklerini göstermiştir. Benzer sonuçlar seks hakkında düşünme (Wegner ve ark. 1999), ruh hali hakkında düşünme (Wegner ve ark. 1993) ve bir damga hakkında düşünme (Smart ve Wegner 1999) için de bulunmuştur. Belirli yiyecekleri yememe veya daha az yeme kararı, diyet yapan kişinin bilişsel setinin merkezinde yer alır. Bu da benzer bir inkar ve düşünce bastırma girişimiyle sonuçlanır ve diyet yapanların yiyecekleri 'yasak' olarak gördükleri (örn. King ve ark. 1987) ve kendilerini inkar etmeye çalıştıkları yiyeceklerle meşgul oldukları gösterilmiştir (Grilo ve ark. 1989; Ogden 1995a). Bu nedenle, yiyecek reddedilir reddedilmez aynı anda yasak hale gelir ve bu da kilo verme girişimlerini baltalayan yemeye dönüşür. Boon ve arkadaşları (2002) ironik düşünce kontrol süreçleri teorisini doğrudan diyet ve aşırı yemeye uygulamıştır. Faktöriyel bir tasarım ve standart bir ön yükleme tat testi paradigması kullanmışlardır. Kısıtlanmış ve kısıtlanmamış yiyeçilere, yüksek ya da düşük kalorili olduğu söylenen bir ön yükleme yapılmış ve ardından dikkatleri dağıtılmış ya da dağıtılmamıştır. Daha sonra yiyecek alımları bir tat testinde ölçülmüştür. Sonuçlar, kısıtlanmış yiyeçilerin, dikkatleri dağıldığında yüksek kalorili koşulda kısıtlanmamış yiyeçilerden özellikle daha fazla yediklerini göstermiştir. Yazarlar bu durumun ironik süreçler teorisine destek verdiğini, zira kısıtlı yiyenlerin sınırlı bir bilişsel kapasiteye sahip olduğunu ve bu kapasitenin dikkat dağıtıcı bir unsur tarafından 'doldurulduğunda' yemekle meşguliyetlerinin yemeye dönüşebileceğini ileri sürmüştür. Benzer bir şekilde Soetens ve arkadaşları (2006) yemekle ilgili düşünceleri bastırmaya çalışmanın yemekle ilgili sonraki düşünceler üzerindeki etkisini araştırmak için deneysel bir tasarım kullanmıştır. Örneklem kısıtlanmış ve kısıtlanmamış yiyeçiler olarak ikiye ayrılmıştır; kısıtlanmış yiyeçiler daha sonra disinhibisyonu yüksek ya da düşük olanlar olarak ikiye ayrılmıştır. Sonuçlar, kısıtlanmış yiyeçilerin (yani daha az yemeye çalışan ancak sıklıkla aşırı yiyenler) diğer gruplara göre daha fazla düşünce desteği kullandığını göstermiştir. Sonuçlar ayrıca bu grubun düşünce bastırma görevinin ardından bir toparlanma etkisi gösterdiğini de ortaya koymuştur. Bu, aşırı yeme eğiliminde olan kısıtlı yiyeçilerin yemekle ilgili düşünceleri daha sık bastırmaya çalıştıkları, ancak bunu yaparlarsa daha sonra yemek hakkında daha sık düşündükleri anlamına gelir.

Kaçış teorisi

Araştırmacılar aşırı yemeyi açıklamak için kaçış teorisini de kullanmışlardır (Heatherton ve Baumeister 1991; Heatherton ve ark. 1991, 1993). Bu bakış açısı hem diyet yapanların aşırı yeme karakteristiğine hem de bulimiklerde görülen tıknırcasına yemenin daha aşırı biçimine uygulanmıştır ve aşırı yemeyi 'düşük öz farkındalık düzeylerine motivasyonlu bir geçişin' sonucu olarak tanımlamaktadır (Heatherton ve Baumeister 1991). Aşırı yemeye eğilimli bireylerin 'yüksek standartlar ve zorlu idealler' ile karşılaştırmalar yaptığı (Heatherton ve Baumeister 1991: 89) ve bunun düşük benlik saygısı, kendinden hoşlanmama ve düşük ruh hali ile sonuçlandığı savunulmaktadır. Ayrıca, bireyin belirli davranışlara atfedilen anlamların farkında olduğu yüksek farkındalık düzeylerinde engellemelerin var olduğu ileri sürülmektedir. Aşırı yemek yiyen kişi açısından, yüksek öz farkındalık durumu, özeleştir ve düşük ruh hali ile sonuçlandığı için rahatsız edici olabilir. Bununla birlikte, böyle bir duruma engellemelerin varlığı eşlik eder. Bu nedenle birey, eşlik eden tatsızlıktan kaçınmak için öz farkındalıktan kaçmaya motive olur, ancak öz farkındalıktaki bu tür bir değişim özeleştiriden kurtulmayı

sağlasa da, engellemelerde bir azalmaya neden olur

böylece aşırı yemeye neden olur. Bu analiz kapsamında, engelleyici aşırı yeme, yüksek öz farkındalıktan düşük öz farkındalığa geçişin ve ardından engellemelerde bir azalmanın göstergesidir.

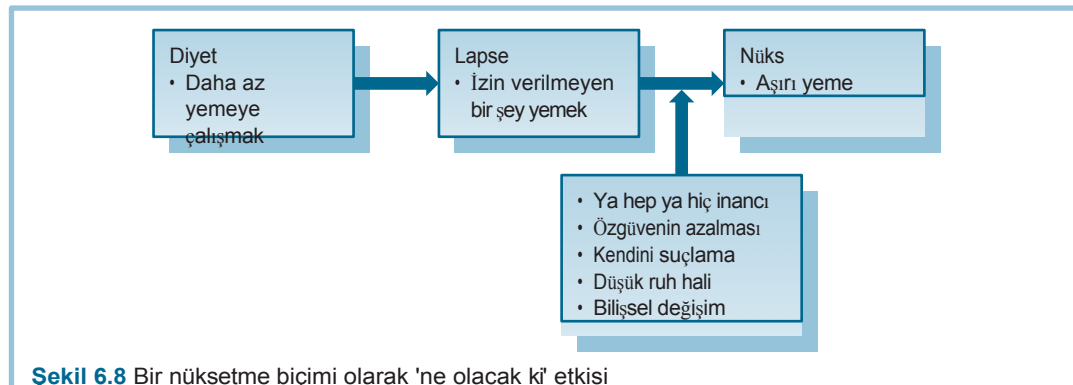
Nüks olarak aşırı yeme

Ölçülü yiyen kişinin yemeden içmeden kesilmesi ve aşırı yemesi ile nükseden sigara içicisi veya alkoliklerin davranışları arasında paralellikler bulunmaktadır. Bağımlılık davranışlarına yönelik geleneksel biyomedikal bakış açısı, bağımlılıkları geri döndürülemez ve bireyin kontrolü dışında olarak görmektedir (bkz. Bölüm 5). Bu bakış açısının davranışın 'ya hep ya hiç' olduğu inancını teşvik ettiği ve bu inancın hem alkolikler hem de sigara içenler tarafından gösterilen yüksek nüks oranından sorumlu olduğu ileri sürülmüştür (Marlatt ve Gordon 1985). Dolayısıyla, alkolden uzak duran alkolik ya tamamen uzak duracağına ya da nüksedeceğine inanır ki bu da nükseden tam nükselmeye doğru ilerlemeyi teşvik edebilir. Ölçülü yiyenler söz konusu olduğunda, onların da yüksek kalorili bir ataktan disinhibisyonla karakterize edilen 'ne olacaksa olsun' atağına geçişi teşvik eden 'ya hep ya hiç' aşırılık teorisine inanmaları mümkündür. Atlamadan nükselmeye geçiş ve buna bağlı olarak ruh hali ve bilişlerdeki değişiklikler Şekil 6.8'de gösterilmektedir.

Bu paralellikler, hem aşırı yeme hem de alkol kullanımının yüksek riskli durumlar ve düşük ruh hali tarafından tetiklenebileceğini öne süren araştırmalarla desteklenmiştir (Brownell ve ark. 1986b; Grilo ve ark. 1989). Buna ek olarak, hem alkol hem de yeme davranışında nükseden nükselmeye geçişin, orijinal nükselmeye yönelik içsel atıflarla (örn. 'Suçlu benim') ilişkili olduğu bulunmuştur (örn. Ogden ve Wardle 1990). Özellikle, bağımlılık davranışlarındaki nüksleri araştıran araştırmacılar, bir ataktan (bir içki) nükse (sarhoş olma) geçişi tanımlayan 'yoksunluk ihlali etkisini' bilişsel uyumsuzluk (örn. 'İçmemeye çalışıyorum ama az önce bir içki içtim'), içsel atıflar (örn. 'Bu benim hatam') ve suçluluk (örn. 'Ben işe yaramaz bir insanım') olarak tanımlamaktadır (Marlatt ve Gordon 1985). Bu faktörler diyet yapanlar tarafından gösterilen aşırı yeme davranışında yansımaları bulmaktadır (Ogden ve Wardle 1990).

Kontrolün rolü

Kilo vermeye çalışan 25 kadın üzerinde yapılan bir çalışmadan elde edilen görüşme verileri, aşırı yemenin ardında yatan mekanizmalar hakkında daha fazla bilgi vermektedir (Ogden 1992). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, kadınların diyet davranışlarını aile yaşamları üzerindeki etki, gıda ve kilo ile meşguliyet ve ruh halindeki değişiklikler açısından tanımladıklarını göstermiştir. Ancak, öz kontrol kavramı bu temaların ötesine geçmiştir. Örneğin, bir kadın ailesi için nasıl yemek hazırladığını anlatırken şöyle demiştir: 'Pes etmek istemedim ama herkes için üç çeşit yemek hazırladıktan sonra en azından çabalarımın tadını çıkarabileceğimi hissettim'.



Pes etmeme duygusu, yemek yeme üzerinde kontrol kurma çabasına işaret etmektedir. Yemekle meşgul olma konusunda bir kadın "Neden kendimi güzel yemeklerden mahrum bırakayım ki?" derken bir diğeri "Madem bunu yedim, o zaman tüm yeme dürtülerime boyun eğebilirim" demiştir. Bu tür ifadeler yine bir öz kontrol duygusunu ve yemek yemenin bu kontrolde bir bozulmayı yansıttığı hissini göstermektedir. Ruh hali açısından, bir kadın 'yemek yemek gibi basit bir şeyin kontrol edilememesinden dolayı depresyonda olduğunu' söylemiştir. Benzer şekilde, özdenetimin bu rolü kadınların kendilerine ilişkin olumsuz tanımlamalarında da kendini göstermiştir; bir kadın 'tamamen umutsuz ve zayıfım ve şişman olmaktan nefret etsem de bu konuda bir şey yapacak iradem yok' demiştir.

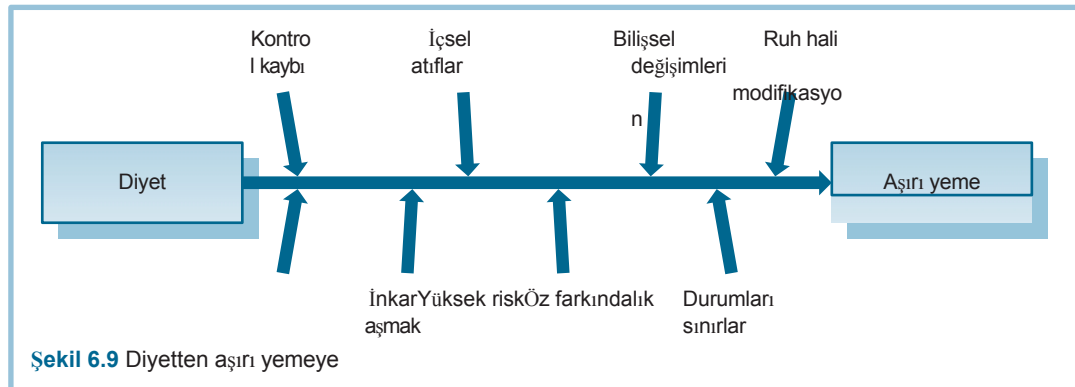
Özetle, kısıtlama teorisi diyet yapmanın aşırı yeme ile bağlantılı olduğunu göstermektedir ve bu perspektiften ilham alan araştırmalar bu davranışın tetiklenmesinde rol oynayan süreçleri araştırmıştır. Çalışmalar deneysel ve tanımlayıcı tasarımlar kullanmış ve fizyolojik sınırlar, bilişsel değişimler, ruh hali değişikliği, inkar, öz farkındalık ve kontrolde bir değişim için bir rol önermektedir. Bunlar Şekil 6.9'da gösterilmektedir.

Diyet ve kilo verme

Bu nedenle diyet yapmak, aşırı yeme dönemleriyle ilişkilendirilir. Araştırmalar, bu durumun bazı zamanlarda kilo dalgalanmalarına dönüştüğünü göstermektedir. Diyet yapanlar gıda alımlarını kısıtlamaya çalışarak kilo vermeyi hedeflese de, bu amaca yalnızca bazen ulaşılabilir. Heatherton ve arkadaşları (1991) kısıtlı yiyenlerin hem az hem de aşırı yeme davranışları gösterdiğini ve bu davranışın kilo dalgalanmalarına yol açtığını ancak gerçek kilo kaybına neden olmadığını bildirmiştir. Dolayısıyla, gerçek kilo kaybı telafi edici aşırı yeme ile sınırlıdır. Heatherton ve diğerleri (1988: 20) 'sadece ölçülü yiyenlerin ... genel olarak ölçülü yiyenleri temsil etmediğini, oysa ara sıra savurganlık yapan ölçülü yiyenlerin temsil ettiğini' savunmuştur. Ogden (1993) çeşitli ölçümlerle değerlendirilen kısıtlama kavramını incelemiş ve kısıtlama ölçümlerinde yüksek puan alanların hem başarılı hem de başarısız kısıtlama ile karakterize edildiğini bulmuş, kısıtlı yemenin en iyi şekilde sadece ara sıra gerçekleşen bir niyet olarak tanımlandığını öne sürmüştür. Dolayısıyla 'diyet yapmak' muhtemelen en iyi 'kilo vermeye çalışmak ama bunu başaramamak' ve 'daha az yemeye çalışmak ama bunun sonucunda daha çok yemek' olarak anlaşılabilir.

Diyet yapmanın ruh hali ve bilişsel değişimlerdeki rolü

Keys ve arkadaşları (1950) tarafından yapılan klasik bir çalışma, aşırı yemenin gıda alımını kısıtlamanın tek olası sonucu olmadığını öne sürmüştür. Çalışmaya Kore Savaşı'nda vicdani retçi olan ve diyet yapmayan 36 sağlıklı erkek katılmıştır. Bu kişilere dikkatle kontrol edilen günlük gıda



Bir teorinin test edilmesi - bir isyan olarak aşırı yemek yeme

Öz bildirim ve Stroop görevi kullanılarak ön yüklemdeki bilişsel değişiklikleri inceleyen bir çalışma (Ogden ve Greville 1993).

Bu çalışmanın amacı, diyet yapan ve yapmayan kişilerde 'yasak yiyecek' tüketimini takiben bilişsel durumdaki değişiklikleri incelemektir. Çalışmada bu değişiklikleri incelemek için hem öz bildirim ölçümleri hem de Stroop görevi kullanılmıştır. Öz bildirim ölçümleri bireyin zihinsel durumuna ilişkin bazı bilgiler sağlar, ancak inkar ve beklenti etkileri gibi faktörlere açıktır. Bununla birlikte, Stroop görevi de bireyin bilişlerine bu sorunlar olmaksızın erişmeyi amaçlamaktadır. Stroop görevi, yemek yeme dışındaki bir dizi davranış ve inancı incelemek için uygulanabilecek faydalı bir bilişsel araçtır.

Arka plan

Diyet yapanların yüksek kalorili bir ön yüklemenin ardından aşırı yemek yedikleri gösterilmiştir. Bu davranış disinhibisyon ya da 'ne olacaksa olsun' etkisi olarak adlandırılmıştır. Aşırı yemenin sınır modeli, ön yüklemenin diyet yapanları diyet sınırlarını aşmaya ve sonuç olarak aşırı yemeye zorladığını öne sürmektedir. Bu aşırı yemenin, düşük ruh hali (ön yüklemenin bir sonucu olarak ya da bağımsız olarak) ve/veya bilişsel durumlarındaki değişikliklerle ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Bu çalışma, öz bildirim ölçümlerini ve Stroop görevini kullanarak 'yasak yiyecek' tüketimini takiben bilişsel durumdaki değişimleri incelemeyi amaçlamıştır.

Metodoloji

Konular

Londra'daki bir üniversiteden toplam 56 kadın denek çalışmaya katılmış ve Hollanda yeme davranışı anketinin (DEBQ) kısıtlı yeme bölümünden aldıkları puanlara göre kısıtlı yiyenler ya da kısıtlı yemeyenler olarak kategorize edilmiştir (van Strien ve ark. 1986). Yaşları 19 ila 25 arasında değişmekte olup ortalama kilodadırlar.

Tasarım

Denekler rastgele iki koşuldan birine (düşük kalorili ön yüklemeye karşı yüksek kalorili ön yükleme) tahsis edilmiş ve ön yüklemeden önce ve sonra bir dizi derecelendirme ölçeği ve Stroop görevlerini tamamlamışlardır.

Prosedür

Derecelendirme ölçeklerini ve Stroop görevlerini tamamladıktan sonra deneklere ya yüksek kalorili bir ön yükleme (bir çikolata) ya da düşük kalorili bir ön yükleme (bir kremalı kraker) verilmiştir. Denekler daha sonra derecelendirme ölçeklerini ve Stroop görevlerini tekrar tamamladılar.

Önlemler

Aşağıdaki ölçümler ön yüklemmeden önce ve sonra tamamlanmıştır:

- 1 *Stroop görevleri.* Orijinal Stroop görevi (Stroop 1935), bir kart üzerine farklı renk mürekkeplerle (örn. yeşil, kırmızı, mavi, siyah) yazılmış bir dizi renk adının (örn. 'yeşil', 'kırmızı', 'mavi', 'siyah') tekrarlanmasını içermektedir. Deneklerden mürekkebin rengini söylemeleri istenmiştir (kelimenin kendisini değil). Örneğin, 'yeşil' kelimesi mavi mürekkeple yazılmışsa, denek 'mavi' demelidir. Görevi tamamlama süresi kaydedilmiş ve daha uzun sürenin kelimenin anlamının daha fazla karıştığına işaret ettiği ileri sürülmüştür.



Araştırmalar Stroop'u kullanmıştır

Anksiyete, fobiler ve travma sonrası stres bozukluğunu incelemek için renk isimleri yerine 'korku', 'kaygı' ve 'panik' gibi kelimeler kullanılmıştır. Deneklerden hala mürekkebin rengini söylemeleri istenmektedir ve daha uzun sürelerin, kelimelerin bireyin endişeleriyle daha ilgili olduğu sonucunu çıkardığı öne sürülmüştür. Örneğin, kaygılı bir deneğin kaygıyla ilgili kelimeleri renklendirmesi kaygılı olmayan bir deneğe göre daha uzun sürecektir. Bu çalışmada, (1) 'yiyecek' kelimeleri; (2) 'vücut şekli' kelimeleri ve bireyle ilgili kelimeler; ve (3) bilişsel durum, ön yüklemenin deneklerin bu kelimeleri işlemesi üzerindeki etkisini değerlendirmek için Stroop görevinin bir uyarlaması kullanılmıştır.

- Yiyecek Stroop: Deneklerden yiyeceklerle ilgili bir dizi kelimeyi (örn. akşam yemeği, kek, şeker) renklendirmeleri istenmiş ve bu kelimeler, kelime uzunluğu ve sıklığı açısından eşleşen bir dizi nötr kelimeyle (örn. plak, pudra, çizme) karşılaştırılmıştır.
- Vücut şekli Stroop: Denekler vücut şekli sözcüklerini (örn. göğüs, yağ, uyluk) ve eşleşen nötr sözcükleri (örn. kalabalık, çimen, pas) renklendirir.
- Bilişsel durum: aşırı yemeyi tetiklediği varsayılan iki tür bilişsel durumu incelemek için maddeler dahil edilmiştir. Bunlar, "aşırı yeme dürtüsüne teslim olmayı" temsil eden "pasif bilişsel durum" (örn. boyun eğme, bırakma, terk etme) ve aşırı yemeyi kendi kendine dayatılan kısıtlamaya karşı isyan etmek için aktif bir karar olarak temsil eden "aktif bilişsel durum" (örn. asi, meydan okuyan, meydan okuma) idi.

2 Değerlendirme ölçekleri. Denekler ayrıca aşağıdaki değerlendirme ölçeklerini de doldurmuşlardır:

- Motivasyon durumu: denekler görsel analog ölçekler kullanarak açlık ve tokluk derecelendirmelerini tamamladılar ('hiç aç değilim/dolu değilim' ile 'hiç olmadığım kadar açım/doluyum').
- Ruh hali: anksiyete ve depresyon, ruh hali kontrol listesi profili kullanılarak ölçülmüştür (McNair ve ark. 1971).
- Bilişsel durum: aktif ve pasif bilişsel durumlar, ilgili maddelerden oluşan bir kontrol listesi kullanılarak ölçülmüştür.

Sonuçlar

Stroop görevleri için sonuçlar, saf reaksiyon süresi (deneysel kelimeler - eşleştirilmiş kontrol kelimeleri) oluşturularak ve ardından koşulun (düşük ön yüklemeye karşı yüksek ön yükleme) ön yüklemeye önce ve sonra reaksiyon süresindeki değişim üzerindeki etkisi değerlendirilerek analiz edilmiştir. Sonuçlar, diyet yapanların yüksek kalorili ön yüklemeye, aktif bilişsel durum Stroop ile ölçülen 'isyankarlık', vücut şekli ile ön meşguliyette artış ve diyet yapmayanlara kıyasla bu görevlerdeki gecikmiş reaksiyon sürelerinin gösterdiği gibi gıda ile ön meşguliyette artış ve diyet yapanların düşük kalorili ön yüklemeye verdikleri yanıtlarla y a n ı t verdiklerini göstermiştir. Sonuçlar ayrıca diyet yapanların derecelendirme ölçekleri ile ölçüldüğü üzere asilikte artış gösterdiğini ortaya koymuştur.

Sonuç

Sonuçlar, ön yüklemeye yanıt olarak diyet yapanlarda aşırı yemenin, artan isyankarlık duyguları ('ne olacak, ne istersem yiyeceğim'), vücut şekli ile ilgili artan endişe ve gıda ile artan meşguliyet ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu sonuçlar, normal kilolu diyet yapanlar, kilo azaltma programlarındaki obezler ve bulimikler tarafından gösterilen diyet bozma davranışının, aşırı yemeye yönelik aktif bir kararla ilişkili olabileceğini ve belki de kendi kendine konulan sınırların ('daha az yiyeceğim') bu sınırlara karşı isyan etme arzusunun harekete geçirebileceğini göstermektedir.

normal alımlarının yaklaşık yarısını 12 haftalık bir süre boyunca almış ve sonuç olarak orijinal vücut ağırlıklarının yüzde 25'ini kaybetmişlerdir. Keys, yiyeceklerle ilgili bir takıntı geliştirdiklerini, bunun da genellikle yiyecekleri istifleme veya çalmakla sonuçlandığını belirtmiştir. Konsantre olamama ve depresyon ve ilgisizliğin yaygın olduğu ruh hali değişiklikleri göstermişlerdir. Diyet döneminin sonunda, erkeklerin serbestçe yemek yemelerine izin verilmiştir. Genellikle sürekli yemek yemişler ve yeme davranışları üzerinde kontrol kaybı yaşadıklarını, bunun da bazen tıknırcasına yeme ile sonuçlandığını bildirmişlerdir. Yazarlar, bu etkilerin muhtemelen diyetlerinin kısıtlanmasından kaynaklandığı sonucuna varmışlardır. Warren ve Cooper (1988) aşırı kilo kaybı olmadan diyet yapmanın etkilerini incelemek için iki haftalık kontrollü bir çalışma yürütmüş ve gıda kısıtlamasının gıda ile meşguliyetin artmasına neden olduğunu bulmuştur. Bir başka çalışmada Ogden (1995a) altı haftalık bir süre boyunca kendi kendine uygulanan diyetin etkilerini izlemiş ve depresyon ve gıda ile meşguliyetin arttığını rapor etmiştir. Bu sonuçlar, diyet yapmanın çeşitli olumsuz sonuçları olabileceğini ve bu değişikliklerin muhtemelen aşırı yemeye neden olduğunu göstermektedir.

Bu nedenle kısıtlama teorisi şunu önermektedir:

- Diyet yapanlar kilo vermek ve vücut şekillerini değiştirmek için daha az yemeyi hedeflerler. Zaman zaman bu amaçlarına ulaşırlar ve gıda alımlarını kısıtlamayı başarırlar. Bu nedenle diyet yapanlar bazen az yeme davranışı gösterirler. Bazen de diyet yapmayanlarla aynı şekilde yemek yerler.
- Bununla birlikte, diyet yapanlar da özellikle yüksek kalorili ön yüklemeler, anksiyete veya sigara yoksunluğu gibi tetikleyicilere yanıt olarak aşırı yeme atakları gösterirler.
- Bu aşırı yeme, sınırların aşılması, bilişsel setteki değişimler, ruh halinin değiştirilmesi, inkara bir yanıt, farkındalıktan kaçış, bir atlama veya öz kontroldeki değişiklikler açısından anlaşılabilir. Diyetin artırılması veya teşvik edilmesi, yemekle meşguliyetin artmasına, depresyonun artmasına ve paradoksal olarak yeme davranışının artmasına neden olabilir.

Diyet yapan kişinin daha az yeme ve dolayısıyla kilo verme hedefine nadiren ulaşılır ve bu başarısızlık, yeme davranışına bilişsel bir yapı dayatılmasına doğrudan bir yanıt olarak ortaya çıkan değişikliklerin bir ürünü olabilir. Diyet yapmak aynı zamanda kilo değişkenliği, yeme bozukluklarının gelişimi ve obezitenin başlaması ve ilerlemesi açısından kilodaki değişikliklerle de ilişkilidir.

Yeme davranışının kilo kaygısı modeli ile ilgili sorunlar

Yeme ve kısıtlama teorisinin kilo kaygısı modeli çok sayıda araştırma üretmiş ve aşırı yeme davranışına dair bir içgörü sağlamış olsa da, bu teoriyle ilgili çeşitli sorunlar vardır:

- Sınır modelinin merkezinde zihin ve beden arasındaki geleneksel düalist ayrım yer almaktadır. Ayrı biyolojik ve psikolojik sınırlar kavramı, fiziksel ve psikolojik olanın etkileşim halinde olan ayrı varlıklar olduğunu öne sürer.
- Kısıtlama teorisi, gıda kısıtlaması ile aşırı yeme arasındaki ilişkiye dair bir inanca dayanır. Ancak diyet yapanlar, bulimikler ve tıknan anoreksikler aşırı yeme atakları bildirmelerine rağmen, kısıtlayan anoreksikler kısıtlama teorisi ile açıklanamaz. Eğer yememeye çalışmak aşırı yeme ile sonuçlanıyorsa, anoreksikler kendilerini aç bırakmayı nasıl başarmaktadır?
- Eğer bir şeyi yememeye çalışmak onu yemekle sonuçlanıyorsa, vejetaryenler et yememeyi nasıl başarıyorlar?

Sonuç olarak

Sağlıklı beslenmenin ne olduğuna dair kavramlar zaman içinde değişmiş olsa da, günümüzde genel kabul sağlıklı beslenmenin yüksek karbonhidrat ve düşük yağ oranına sahip olması gerektiği yönündedir. Diyet, sağlığın desteklenmesi ve hastalıkların yönetilmesi açısından sağlıklı ilişkilidir. Bu bölümde, yeme davranışını anlamak için kullanılan üç temel yaklaşım incelenmiştir. Gelişimsel modeller çağrışım ve ödül yoluyla öğrenmenin önemini vurgularken, bilişsel modeller inanç ve tutumların rolünü vurgulamakta, kilo kaygısı araştırmaları ise beden memnuniyetsizliği ve diyet yapmanın gıda alımı üzerindeki etkisini öne çıkarmaktadır.



Sorular

- 1 Ebeveynler çocuklarının yeme davranışlarını nasıl etkileyebilir?
- 2 Gıda hakkındaki inançlarımız ne yediğimizi nasıl etkiliyor?
- 3 Yeme davranışının gelişimsel ve bilişsel modelleriyle ilgili sorunlar nelerdir?
- 4 Diyet yapmak aşırı yemeye neden olur. Tartışın.
- 5 Bir ebeveyn, bu gıdaları 'yasak meyve' haline getirmeden çocuklarının sağlıklı gıda alımını nasıl sınırlayabilir?
- 6 Gıda alımımız ne ölçüde tat tarafından yönetiliyor?

Tartışma için

Yeme davranışını başarılı bir şekilde değiştiren (örneğin vejetaryen olan, daha az yiyen, çikolatayı kesen) tanıdığınız birini düşünün. Başarılarına katkıda bulunan faktörler nelerdi?

Daha fazla okuma

Connor, M. ve Armitage, C. (2003) *The Social Psychology of Eating*. Maidenhead: Açık Üniversite Yayınları.

Bu kitap, yediklerimizi neden yediğimize dair daha sosyal perspektifler hakkında iyi bir genel bakış sunmaktadır. Ogden, J. (2003) *The Psychology of Eating: Sağlıklı Davranıştan Düzensiz Davranışa*. Oxford: Blackwell.

Bu kitap, yeme davranışı, obezite ve yeme ile ilgili araştırmaların ayrıntılı bir haritasını sunmaktadır. "Neden bu kadar çok insan sağlıklı beslenmiyor?", "Kadınlar neden vücut şekillerinden memnun değil?", "Obezitenin nedenleri nelerdir?", "İnsanlar neden yeme bozuklukları geliştiriyor?" gibi soruları ele almaktadır. Bu ders kitabına benzer bir tarzda yazılmıştır.

Szmukler, G., Dare, C. ve Treasure, J. (eds) (1995) *Handbook of Eating Disorders: Teori Araştırma ve Tedavi*. Londra: Wiley.

Yeme bozuklukları genellikle sağlık psikolojisi kapsamında ele alınmaz. İlgilenenler için bu kitap, mevcut teori ve araştırmaların ayrıntılı bir açıklamasını sunmaktadır.

Bölüme genel bakış

Son birkaç on yılda, egzersizin sağlığın geliştirilmesindeki rolüne olan ilgi giderek artmaktadır. Bu bölüm, egzersize yönelik çağdaş ilginin gelişimini incelemekte ve egzersiz ve zindelik tanımlarını açıklamaktadır. Bölüm daha sonra egzersizin fiziksel ve psikolojik faydalarını incelemekte, egzersiz alımını artırmak için tasarlanmış programları tanımlamakta ve egzersiz davranışının sosyal/politik ve bireysel belirleyicilerini değerlendirmektedir.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- Egzersiz nedir?
- Neden egzersiz?
- Hangi faktörler egzersizi öngörür?
- Egzersiz nüksü

Egzersiz davranışı ile ilgili çağdaş kaygıların geliştirilmesi

1960'lara kadar egzersiz genç ve yetenekli kişiler tarafından yapıldı ve mükemmelliğe vurgu yapıldı. Olimpiyatlar, Wimbledon tenis ve futbol ligleri, oyunlarında en iyi olan ve kazanmak için çabalayan bireyler içindi. Bu dönemde, elit kesim için yüksek düzeyde fiziksel uygunluğa odaklanılıyordu. Ancak 1960'ların başında bakış açısında bir değişiklik oldu. Avrupa Konseyi tarafından geliştirilen 'Herkes için Spor' girişimi, bir Spor Bakanı'nın oluşturulması ve Spor Konseyi'nin faaliyete geçmesi, herkes için egzersize doğru bir değişim önerdi. Yerel meclisler yüzme havuzları, spor merkezleri ve golf sahaları inşa etmeye teşvik edildi. Ancak, bu girişimler herkesi kapsamasına rağmen, vurgu hala yüksek fitness seviyeleri üzerindeydi ve önerilen egzersiz seviyeleri yordu. 'Acı yoksa kazanç da yok' felsefesi yaygındı. Ancak son zamanlarda ek bir değişim daha yaşandı. Egzersiz artık seçkinler için değil, yoğun ve çoğu zaman imkansız seviyelerde olması da gerekmiyor. 'Look After Yourself', 'Feeling Great' ve 'Fun Runs' gibi hükümet girişimleri, herkesi yönetilebilir bir seviyede dahil olmaya teşvik etmektedir. Buna ek olarak, vurgu artık zindelik üzerinde değil, hem fiziksel hem de psikolojik sağlık üzerindedir. Egzersizle ilgili çağdaş mesajlar herkesin orta düzeyde egzersiz yapmasını teşvik etmektedir.

genel (fiziksel ve psikolojik) refahı artırır. Buna ek olarak, kişinin günlük yaşamına dahil edilebilen egzersizin sağlık açısından maksimum fayda sağlamanın yolu olabileceği de giderek daha fazla kabul görmektedir. Nüfusun en hareketsiz üyelerinin, sıkı egzersiz programlarının gerektirdiği daha dramatik değişikliklerden ziyade yürüyüş, bisiklete binme ve merdiven kullanımı gibi yaşam tarzında daha küçük değişiklikler yapma ve sürdürme olasılığı daha yüksektir. Bakış açısındaki bu değişim, egzersizin faydaları üzerine yapılan güncel araştırmalarla da gösterilmektedir.

Egzersiz nedir?

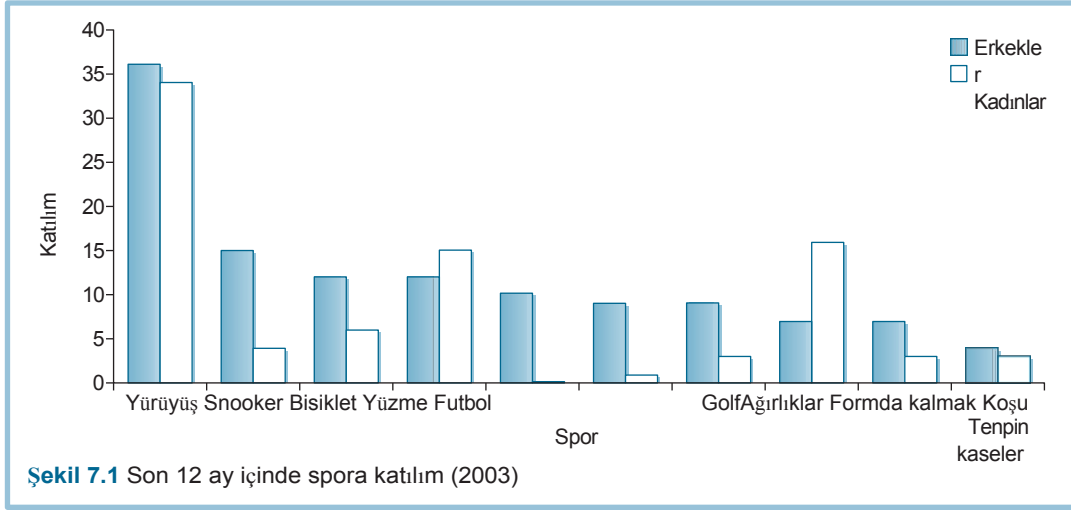
Egzersizin unsurları niyet, sonuç ve konuma göre farklı şekillerde tanımlanmıştır.

- 1 **Niyet.** Bazı araştırmacılar, bireyin niyetleri açısından farklı davranış türleri arasında ayrım yapmıştır. Örneğin, Caspersen ve diğerleri (1985) fiziksel aktivite ve egzersiz arasında ayrım yapmıştır. *Fiziksel aktivite* 'iskelet kasları tarafından üretilen ve enerji harcamasıyla sonuçlanan herhangi bir bedensel hareket' olarak tanımlanmıştır. Bu bakış açısı, hem otomatik olarak hem de niyetle gerçekleşen fiziksel ve biyolojik değişiklikleri vurgulamaktadır. *Egzersiz*, 'fiziksel uygunluğun bir veya daha fazla bileşenini geliştirmek veya sürdürmek için yapılan planlı, yapılandırılmış ve tekrarlayan bedensel hareket' olarak tanımlanmıştır. Bu bakış açısı, kasıtlı hareketler sonucunda meydana gelen fiziksel ve biyolojik değişiklikleri vurgular.
- 2 **Sonuç.** Davranışın sonucu açısından da ayrımlar yapılmıştır. Örneğin, Blair ve diğerleri (1992) zindeliği geliştiren fiziksel egzersiz ile sağlığı geliştiren fiziksel egzersiz arasında ayrım yapmıştır. Bu ayrım, kardiyovasküler zindellikle sonuçlanan yoğun egzersizden sağlık durumunda hafif değişikliklerle sonuçlanan ılımlı egzersize doğru bir vurgu kaymasını göstermektedir. Ayrıca, hem biyolojik hem de psikolojik değişiklikleri içeren bir sağlık tanımının kullanılmasına doğru bir kaymayı da göstermektedir.
- 3 **Konum.** Konum açısından da ayrımlar yapılmıştır. Örneğin, Paffenbarger ve Hale (1975) bireyin günlük işinin bir parçası olarak gerçekleştirilen *mesleki faaliyet* ile bireyin boş zamanlarında gerçekleştirilen boş zaman faaliyeti arasında ayrım yapmıştır.

Bu tanımlar birbirini dışlamamakta ve egzersizin farklı şekillerde kavramsallaştırıldığını göstermektedir.

Kim egzersiz yapıyor?

ABD'deki Sağlıklı İnsanlar 2000 programları, yetişkinlerin sadece yüzde 23'ünün haftada beş kez hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğunu ve tüm sanayileşmiş ülkelerde üçte birinin tamamen hareketsiz kaldığını göstermektedir (Allied Dunbar National Fitness Survey 1992; United States National Center for Health Statistics 1996). İngiltere'de 2003 yılında kadın ve erkeklere son 12 aydaki egzersiz davranışlarının sorulduğu bir anketin sonuçları Şekil 7.1'de gösterilmektedir. Buna göre en yaygın beş egzersiz biçimi yürüyüş (%46), yüzme (%35), formda kalma/yoga (%22), bisiklet (%19) ve bilardo/havuz/bilardo (%17) şeklindedir. Genel olarak, yetişkinlerin yüzde 75'i son 12 ay içinde bir spor/oyun/fiziksel aktiviteye katılmıştır ancak erkeklerin bunu yapma olasılığı kadınlardan daha yüksektir ve aktivite genellikle yaşla birlikte azalmaktadır.



Kutu 7.1 ... egzersiz araştırması ile ilgili bazı sorunlar

Aşağıda, bu alandaki araştırmalarla ilgili olarak göz önünde bulundurmak isteyebileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır.

- 1 Egzersiz davranışını ölçmek zordur çünkü bazı egzersizler spor gibi yapılandırılmış organize faaliyetler şeklindeyken, bazıları yürüyüş ve merdiven çıkma gibi kişinin günlük hayatına entegre olan davranışlar şeklindedir. Öz bildirim ölçümleri hatalı olabilir ve daha objektif ölçümler (örn. monitörler) aslında davranışı değiştirebilir.
- 2 Egzersiz hem psikolojik (örn. iyi olma hali) hem de fizyolojik (örn. kalp atış hızı) değişiklikleri teşvik edebilir. Bu değişikliklerin nasıl etkileşime girdiğini bulmak karmaşıktır. Ayrıca, bazı çalışmalar psikolojik sonuçlara odaklanırken diğerleri fizyolojik sonuçlara dayandığından araştırmaların birleştirilmesi zorlaşmaktadır.
- 3 Egzersiz çoğunlukla bireyin kontrolü altında olan bir davranış olarak incelenmektedir, yani bir kişinin inançlarının, duygularının veya motivasyonlarının egzersiz yapip yapmamasını belirleyip belirlemediğini araştırıyoruz. Ancak, aynı zamanda kontrol edilemeyen çevre tarafından da belirlenen bir davranıştır. Örneğin, güvenli yollar, sokak aydınlatması, spor merkezlerine ücretsiz erişim ve şehir planlaması gibi yapısal faktörlerin aktivite seviyeleri üzerinde muazzam bir etkisi olabilir. Araştırmaların bu tür faktörleri kullanılan modellere dahil etmesi gerekmektedir.

Neden egzersiz?

Araştırmalar, egzersizin olası fiziksel ve psikolojik faydalarını incelemiştir.

Egzersizin fiziksel faydaları

Uzun Ömür

Paffenbarger ve arkadaşları (1986), yaşları 35 ila 70 arasında değişen 16.936 Harvard mezunundan oluşan bir grup için haftalık enerji harcaması ile uzun ömür arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Boylamsal bir çalışmanın sonuçlarına göre, yürüme, merdiven çıkma ve spor olarak bildirilen egzersizlerde haftalık enerji harcaması 2000 kcal'den fazla olan bireyler, bu faaliyetlerde haftada 500 kcal'den az enerji harcayanlara göre ortalama 2,5 yıl daha uzun yaşamıştır.

Egzersiz uzun ömürlülük üzerindeki etkilerinin olası nedenleri aşağıdaki gibidir:

- 1 *Kan basıncında azalma:* Fiziksel aktivitenin hem diyastolik hem de sistolik kan basıncı ile ters bir ilişkisi vardır. Bu nedenle artan egzersiz kan basıncını düşürür. Bu etki özellikle hafif veya orta derecede yüksek tansiyonu olanlarda belirgindir.
- 2 *Kilo ve obezitenin azaltılması:* aşırı kilo ve obezite bazı kanserler, hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı ile ilişkilidir. Egzersiz kilo kaybını/bakımını desteklemeye yardımcı olabilir (egzersiz ve obezite ile ilgili ayrıntılar için Bölüm 15'e bakınız).
- 3 *Diyabette azalma:* Egzersiz, glikoz kontrolünün iyileştirilmesiyle ilişkili olabilir ve bu da diyabetin olası etkilerinin azalmasına neden olur.
- 4 *Osteoporoz ve kemik incelmesine karşı koruma:* Egzersiz, yaşlı kadınlar arasında yaygın olan osteo-poroza karşı koruyucu olabilir.
- 5 *Koroner kalp hastalığında azalma:* Egzersizin ana etkisi, koroner kalp hastalığının ortaya çıkması ve kalp krizi sonrası rehabilitasyon üzerinedir.

Koroner kalp hastalığı

Egzersiz koroner kalp hastalığı üzerindeki etkileri, hem mesleki faaliyetlerin hem de boş zaman faaliyetlerinin sonuçları değerlendirilerek incelenmiştir. *Mesleki faaliyetle* ilgili olarak, Paffenbarger ve Hale (1975) 3975 uzun yol işçisini 22 yıl boyunca takip etmiştir. Uzun yol işçileri, çeşitli enerji harcamalarını içeren mesleklere sahiptir. Sonuçlar, bu sürenin sonunda yüzde 11'inin koroner kalp hastalığından öldüğünü ve haftada 8500 kcal'den fazla enerji harcayan uzun yol işçilerinin koroner kalp hastalığı riskinin, daha az enerji gerektiren işlerde çalışanlara göre önemli ölçüde daha düşük olduğunu göstermiştir. Bu fark, sigara ve kan basıncı gibi diğer risk faktörleri kontrol edildiğinde de devam etmiştir. Mesleki aktivite ve koroner kalp hastalığı arasındaki bu ilişki hem erkek hem de kadın örneklerinde de gösterilmiştir (Salonen ve ark. 1982).

Araştırmalar *boş zaman aktivitesi* ile koroner kalp hastalığı arasındaki ilişkiyi de değerlendirmiştir. Morris ve arkadaşları (1980) orta yaşlı sedanter ofis çalışanlarından oluşan bir grubu

8.5 yıl boyunca spor yapanlar ile boş zaman aktivitesi olmadığını bildirenler karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, formda kalmaya çalışanların diğer deneklere kıyasla takip sırasında koroner kalp hastalığı riskinin yarıdan daha az olduğunu göstermiştir. Bu ilişki ABD'deki öğrencilerde de rapor edilmiştir (Paffenbarger ve ark. 1978, 1983, 1986).

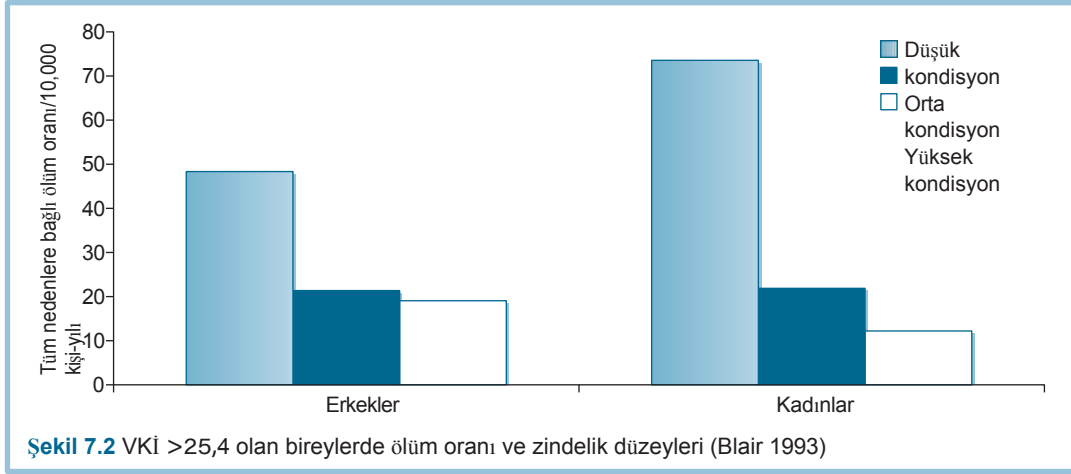
Faaliyetin yeri ne olursa olsun, araştırmalar fiziksel uygunluk ile sağlık durumu arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Blair (1993) bu alanda çok sayıda araştırma yapmış ve zindelik ve fiziksel aktivite artışının hastalık ve ölüm riskinde önemli azalmalar sağlayabileceğini savunmuştur (ayrıca bkz. Blair ve ark. 1989, 1995, 1996). Örneğin, Blair ve arkadaşları (1989) sekiz yıl boyunca 10.224 erkek ve 3120 kadında genelleştirilmiş fiziksel uygunluk ve sağlık durumunun rolünü incelemiş ve fiziksel uygunluğun hem ölüm oranlarında (tüm nedenler) hem de koroner kalp hastalığında azalmayla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Blair ayrıca şişmanlık ve zindelik arasındaki ilişkiyi de araştırmıştır. Bir çalışmadan elde edilen veriler Şekil 7.2'de gösterilmektedir.

Bu çalışma, düşük zindelik puanları gösteren aşırı kilolu erkek ve kadınların tüm nedenlere bağlı ölüm riskinin yüksek olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, orta ya da yüksek zindelik skorları gösteren aşırı kilolu bireyler bu riskte önemli bir azalma göstermiştir. Dolayısıyla zindelik, şişmanlığın etkilerine karşı koruyucudur.

Egzersiz koroner kalp hastalığını aşağıdaki şekillerde etkileyebilir:

- 1 Artan kas aktivitesi, kalbi destekleyen kasları uyarak kardiyovasküler sistemi

koruyabilir.



- 2 Artan egzersiz kalbin elektriksel aktivitesini artırabilir.
- 3 Artan egzersiz, bireyin ventriküler fibrilasyona karşı direncini artırabilir.
- 4 Egzersiz, koroner kalp hastalığı için diğer risk faktörlerine (örn. obezite, hipertansiyon) karşı koruyucu olabilir.

Egzersizin fiziksel faydaları Smith ve Jacobson (1989) tarafından şu şekilde özetlenmiştir: (1) gelişmiş kardiyovasküler fonksiyon; (2) duruşu korumak, eklem dengesizliğini önlemek ve sırt ağrısını azaltmak için artan kas boyutu ve gücü ve bağ gücü; (3) gelişmiş iş eforu; ve (4) değişen vücut kompozisyonu.

Egzersizin psikolojik faydaları

Araştırmalar ayrıca egzersizin psikolojik refahı artırabileceğini göstermektedir. Bu etkiler aşağıda özetlenmiştir.

Depresyon

Korelasyonel tasarımlar kullanan araştırmalar, bir bireyin gerçekleştirdiği egzersiz miktarı ile depresyon düzeyi arasında bir ilişki olduğunu öne sürmektedir. Bu ilişki üzerine yapılan incelemelerin birçoğu, araştırmanın korelasyonel doğasını ve nedenselliği saptamadaki doğal sorunları vurgulamıştır (örn. Morgan ve O'Connor 1988). Ancak McDonald ve Hodgdon (1991) depresyon ve egzersiz arasındaki ilişkiye dair hem korelasyonel hem de deneysel araştırmaların bir meta-analizini gerçekleştirmiştir. Aerobik egzersizin depresyonda azalmayla ilişkili olduğu ve bu etkinin başlangıçtaki depresif semptom düzeyi yüksek olanlarda en yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Nedensellik sorununa açıklık getirmek amacıyla McCann ve Holmes (1984), egzersiz düzeylerini değiştirmenin depresyon üzerindeki etkisini değerlendirmek için deneysel bir çalışma yürütmüştür. Beck depresyon envanterinde (BDI) kesme noktasının üzerinde puan alan 43 kız öğrenci rastgele üç gruptan birine ayrılmıştır: (1) aerobik egzersiz grubu (on hafta boyunca haftada iki kez bir saat egzersiz); (2) plasebo grubu (rahatlama); (3) tedavi yok. Beş hafta sonra, sonuçlar egzersiz grubunda depresif semptomatolojide diğer iki denek grubuna kıyasla anlamlı bir azalma olduğunu göstermiş, egzersiz ve depresyon arasındaki ilişkiyi desteklemiş ve bu iki değişken arasında nedensel bir bağlantı olduğunu, yani artan egzersizin depresyonda azalmaya yol açtığını düşündürmüştür. Bununla birlikte, yazarlar sonraki egzersizin başka bir etkisi olmadığını bildirmiştir. Hall ve diğerleri (2002)

Ayrıca, 30 gönüllünün koşu bandında koşarken her dakika duygusal durumlarını değerlendirmesiyle egzersiz ve duygulanım arasındaki ilişkiyi araştırmak için deneysel bir tasarım kullanmıştır. Sonuçlar, egzersizin faydalı olduğunu öne süren önceki araştırmaları destekleyen, başlangıçtan takip aşamasına kadar duygulanımda iyileşmeler olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, sonuçlar egzersizin ortasında ruh halinde kısa süreli bir bozulma olduğunu da göstermiştir. Yazarlar, uzun süreli egzersiz ruh halini iyileştirebilse de, ruh halindeki bu düşüşün insanların neden egzersiz programlarına bağlı kalmadıklarını açıklayabileceğini öne sürmektedir.

Anksiyete

Araştırmalar ayrıca egzersizin kaygıda azalma ile bağlantılı olabileceğini göstermiştir. Yine, bu ilişkide nedenselliğin yönünü belirlemede sorunlar vardır, ancak egzersizin bireyin dikkatini kaygı kaynağından uzaklaştırarak kaygıyı azaltabileceği öne sürülmüştür.

Strese karşı tepki

Egzersiz, stres tepkisi için aracı bir faktör olarak sunulmuştur (bkz. Bölüm 10 ve 11). Egzersiz, bireyin potansiyel olarak stresli bir olaya ilişkin değerlendirmesini dikkat dağıtma veya saptırma yoluyla değiştirerek stresi etkileyebilir (örneğin, 'Bu durum stresli olabilir ama egzersiz yaparsam bunu düşünmek zorunda kalmayacağım') veya bir olay stresli olarak değerlendirildikten sonra etkinleştirilecek potansiyel bir başa çıkma stratejisi olarak hareket edebilir (örneğin, 'Durum stresli olsa da, şimdi aklımı dağıtmak için egzersiz yapacağım').

Özsaygı ve özgüven

Egzersizin özsaygı ve özgüveni geliştirerek bireyin psikolojik refahını artırabileceği de öne sürülmüştür. King ve arkadaşları (1992) egzersizin psikolojik etkilerinin gelişmiş vücut memnuniyeti ile ilişkili olabileceğini ve bunun da genel öz saygı ve güven ile ilişkili olabileceğini bildirmiştir. Buna ek olarak, egzersiz başarı ve öz yeterlilik duygusunun gelişmesine yol açabilir.

Egzersiz ve sigara bırakma

Birçok kişi sigarayı birkaç saatliğine bile bıraktığında ajitasyon, aşırma ve sigara içme isteği, sinirlilik ve huzursuzluk gibi yoksunluk belirtileri yaşar. Bazı araştırmalar, sigarayı bıraktıktan sonra yoksunluk belirtilerini azaltmada egzersizin etkinliğini araştırmıştır. Örneğin, Ussher ve arkadaşları (2001) 10 dakikalık orta yoğunlukta bir egzersizin bir gecelik sigarayı bırakma döneminin neden olduğu yoksunluk belirtileri üzerindeki etkisini araştırmıştır. Sonuçlar, egzersiz yapanların egzersiz sonrası 15 dakikaya kadar süren egzersiz sırasında yoksunluk belirtilerinde önemli bir azalma bildirdiklerini göstermiştir. Benzer bir şekilde Daniel ve arkadaşları (2004) hafif ya da orta şiddette egzersizin etkisini incelemiş ve sadece orta şiddette egzersizin yoksunluk belirtilerini azalttığını bildirmiştir. Daniel ve arkadaşları (2006) egzersizin neden bu etkiye sahip olabileceğini araştırmak için egzersizi bilişsel bir dikkat dağıtma göreviyle karşılaştırarak egzersizin faydalarının *bizzat* egzersizden mi yoksa kişinin aklını sigaradan uzaklaştırmak için bir şeyler yapma sürecinden mi kaynaklandığını görmüştür. Sonuçlar, egzersizin dikkat dağıtma görevine kıyasla hala daha etkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, bu etki sadece egzersizin ruh hali üzerindeki etkisinden kaynaklanmıyordu.

Egzersiz psikolojik iyi olma halini nasıl etkiler?

Egzersiz ve psikolojik durum arasındaki bağlantıya aracılık eden faktörleri açıklamak için birçok teori geliştirilmiştir. Bunlar hem *fizyolojik* hem de *psikolojik* yaklaşımları yansıtmaktadır.

egzersiz çalışmaları. Örneğin, egzersizin beynin doğal opioidleri olan endorfinlerin salınımına (Steinberg ve Sykes 1985) ve beyin norepinefrin seviyelerinde artışa neden olduğu ve bunların azalmasının depresyona yol açabileceği ileri sürülmüştür. Ayrıca, psikolojik durumdaki iyileşmenin, genellikle egzersizle ilişkilendirilen sosyal aktivite ve bunun sonucunda artan özgüven ve özsaygı ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Depresyon seviyelerindeki herhangi bir azalma, daha fazla sosyal temas, gelişmiş sosyal destek ve artan öz yeterlilik ile ilgili olabilir.

Bir teorinin test edilmesi - egzersiz ve ruh hali

Egzersizin ruh hali üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışma (Steptoe ve ark. 1993).

Bu çalışma egzersiz ve ruh hali arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Deneysel tasarım nedeniyle, sonuçlar nedenselliğin yönü hakkında bazı sonuçlara varılmasına izin vermektedir.

Arka plan

Egzersizin sağlıklı bir yaşam için önemli olduğuna inanılmaktadır. Bununla birlikte, sağlıklı ilgili birçok davranışta olduğu gibi, sağlığı geliştirme önerilerine bağlılık, uzun vadedeki potansiyel değişikliklerden (örneğin daha uzun yaşamak) ziyade kısa vadeli anlık etkilerle (örneğin iyi hissetmek) daha fazla motive olabilir. Bu nedenle, egzersizin ruh hali üzerindeki anlık etkilerini anlamanın, bireyleri düzenli egzersiz yapmaya teşvik etmek için belirgin etkileri vardır. Steptoe ve arkadaşları (1993) maksimal, orta ve minimal egzersizi takiben sporcularda ve aktif olmayan erkeklerde ruh hali, zihinsel canlılık ve neşe değişikliklerini incelemiştir.

Metodoloji

Konular

Denekler, düzenli olarak çeşitli sporlarla uğraşan ve haftada en az üç kez 30 dakikadan fazla egzersiz yapan 36 erkek amatör sporcu ile haftada 30 dakikadan az egzersiz yapan 36 aktif olmayan erkekti.

Tasarım

Tüm denekler iki egzersiz seansına katılmış ve her egzersiz seansından önce ve sonra ruh hali ölçümünü tamamlamıştır. Dolayısıyla bu çalışma deneysel bir tasarıma sahiptir ve tekrarlanan ölçümleri içermektedir.

Prosedür

Oturum 1'de, tüm denekler bir dizi profil anketi (arka plan fiziksel ve psikolojik ölçümler) doldurmuş ve bir bisiklet ergonometresinde maksimal egzersiz seansına katılmıştır. Maksimal egzersiz oksijen alımı ile belirlenmiştir. Oturum 2'de, denekler rastgele 20 dakikalık maksimal, orta veya minimal egzersize ayrılmıştır. Tüm denekler egzersizden önce, egzersizden 2 dakika sonra ve 30 dakikalık toparlanmanın ardından ruh hali değerlendirmelerini tamamlamıştır.

Önlemler

Denekler her egzersiz seansından önce ve sonra gerginlik/endişe, zihinsel dinçlik, depresyon/reddetme, ekshalasyon ve algılanan efor ile ilgili maddeleri değerlendirmiştir. Buna ek olarak, tüm denekler (1) kişilik ve (2) sürekli kaygı ölçümünü yalnızca ilk seansın başında bir kez doldurmuştur.



Sonuçlar

Sonuçlar, farklı egzersiz derecelerinin sporcu ve aktif olmayan erkeklerde ruh halindeki değişiklikler üzerindeki etkisini incelemek için analiz edilmiştir. Sonuçlar sadece sporcuların maksimal egzersizden sonra gerginlik/endişede azalma bildirdiklerini göstermiştir. Bununla birlikte, *tüm* denekler hem maksimal hem de orta dereceli egzersizden iki dakika sonra minimal duruma kıyasla artan neşe ve artan zihinsel canlılık bildirmiş ve ek olarak, neşe ve canlılıktaki artış 30 dakikalık toparlanma sonrasında da devam etmiştir.

Sonuç

Yazarlar, hem maksimal hem de orta düzeyde egzersizin hem sporcularda hem de aktif olmayan erkeklerde hem zihinsel canlılık hem de neşe açısından faydalı değişikliklere yol açtığı sonucuna varmış ve 'egzersizin fiziksel efor sarf etmeye alışkın olmayan kişilerde bile olumlu ruh hali değişikliklerine yol açtığını' öne sürmüştür. Ayrıca, egzersizin anlık etkilerine daha fazla dikkat edilmesinin egzersiz programlarına bağlılığı artırabileceğini öne sürmektedirler.

Hangi faktörler egzersizi öngörür?

Egzersizin potansiyel faydaları nedeniyle, araştırmalar hangi faktörlerin egzersiz davranışıyla ilişkili olduğunu değerlendirmiştir. Egzersizin belirleyicileri sosyal/politik ya da bireysel olarak kategorize edilebilir.

Egzersizin sosyal/politik belirleyicileri

Teknolojiye olan bağımlılığın artması ve ücretli ve ev işlerinde günlük aktivitenin azalması, nispeten hareketsiz yaşam tarzına sahip insanların sayısında bir artışa neden olmuş olabilir. Buna ek olarak, egzersizin bireyin refahı için iyi olduğu ve herkes için geçerli olduğu inancına doğru bir kayma, egzersizin vurgulanması açısından sosyal ve politik değişikliklere zemin hazırlamıştır. Bu nedenle, 1960'ların sonlarından bu yana birçok hükümet girişimi spor ve egzersizi teşvik etmeyi amaçlamıştır. Tesislerin mevcudiyeti ve egzersize yönelik kültürel tutumlar gibi faktörler bireysel katılımı ilişkili olabilir. Sonuç olarak Spor Konseyi 1972 yılında egzersiz davranışını arttırmak için uygun bir ortam yaratmak amacıyla resmi bir kampanya başlatmıştır. 'Herkes için Spor', 'Eğlence Koşulları' gibi girişimler ve yüzme havuzları ve spor merkezleri gibi belediye tesislerine yönelik hedefler bu girişimin bir parçasıydı. McIntosh ve Charlton (1985), Spor Konseyi ile işbirliği içinde, belediye hizmetlerinin Spor Konseyi'nin hedeflerini yüzde 100 oranında aştığını rapor etmiştir. Bu değerlendirme şu sonuca varmıştır:

- merkezi hükümetin spora sağladığı fonlar ve yerel yönetimlere ayrılan özel ödenekler spora katılıma yardımcı olmuştur
- küçük gelişmelere rağmen Herkes için Spor hedefi gerçekleşmekten uzaktır ve eşitsizlikler devam etmektedir
- spor tesislerinin sağlanmasındaki eşitsizlikler azalmıştır - özellikle kapalı alan sporları için
- Spor Konseyi'nin daha önce elit sporlara verdiği önemin farkına varılması yavaş olmuştur ve Konsey fonlarının orantısız bir şekilde büyük bir kısmı hala elit sporlara harcanmaktadır.

Egzersiz alımını artırmaya yönelik yeni bir yaklaşım, GP'lerin hedeflenen hastaları egzersiz için yönlendirdiği egzersiz reçetesi programıdır. Dolayısıyla, aşırı kilolu veya depresif bir hastanın bir danışmana yönlendirilmesi veya cilt kanseri şüphesi olan bir hastanın bir hastane uzmanına yönlendirilmesi gibi, bir GP de artık bir hastayı egzersiz için yönlendirebilir. Bu, yerel boş zaman merkezine ücretsiz erişim için kuponlar, boş zaman merkezinde bir sağlık ve fitness danışmanı ile bir egzersiz rutini veya sağlık ve fitness danışmanının yürüyüş gibi ev tabanlı bir egzersiz programını takip etme önerileri şeklinde olabilir.

Alternatif ve daha basit bir yaklaşım, yürüyen merdiven veya asansör kullanımı yerine merdiven kullanımının teşvik edilmesidir. Merdiven kullanımını teşvik eden müdahaleler ucuzdur ve geniş bir nüfusu hedefleyebilir. Buna ek olarak, daha yapılandırılmış egzersiz biçimlerini benimseme olasılığı en düşük olan nüfusun en hareketsiz üyelerini hedefleyebilirler. Bu, günlük yaşama dahil edilebilecek egzersiz davranışlarındaki değişiklikleri teşvik etme çağrılarıyla uyumludur (Dunn ve ark. 1998). Araştırmalar ayrıca merdiven çıkmanın kilo kaybına, zindeliğin ve enerji harcamasının artmasına ve kadınlarda osteoporoz riskinin azalmasına yol açabileceğini göstermektedir (örneğin Brownell ve ark. 1980; Boreham ve ark. 2000). Bu nedenle bazı araştırmalar merdiven kullanımını artırmaya çalışmıştır. Örneğin, bazı araştırmalar merdivenler ile yürüyen merdivenler veya asansörler arasındaki motivasyon posterlerinin etkisini araştırmış ve bu tür basit bir müdahalenin merdiven yürüyüşünü artırabileceğini göstermiştir (örn. Andersen vd. 1998; Russell vd. 1999; Kerr vd. 2001). Daha detaylı bir çalışmada, Kerr ve arkadaşları (2001) poster yönlendirmelerinin hangi özelliklerinin en etkili olduğunu araştırmış ve bunun mesaja, cinsiyete ve ortama göre değişip değişmediğini incelemiştir. Sonuçlar, daha büyük posterlerin merdiven kullanımını teşvik etmede daha etkili olduğunu, etkinliğin genel olarak mesajın zaman ve sağlığı mı (yani 'sağlıklı kalın, zamandan tasarruf edin, merdivenleri kullanın') yoksa sadece sağlığı mı (yani 'sağlıklı kalın, merdivenleri kullanın') vurguladığıyla ilgili olmadığını, ancak zamanı içeren mesajın tren istasyonunda kadınlar için daha etkili olurken, bir alışveriş merkezinde sunulduğunda erkekler için daha etkili olduğunu göstermiştir.

Dolayısıyla bu girişimler, egzersizi teşvik etmek için uygun bir iklim geliştirmeyi amaçlamıştır. Buna ek olarak, hükümetin egzersize verdiği önemin bir sonucu olarak, katılımı teşvik etmenin en iyi yollarını değerlendirmek amacıyla belirli egzersiz programları oluşturulmuştur. Özellikle bireysel ve gözetimli egzersiz programları arasında ayırım yapmak mümkündür.

Bireysel ve gözetimli egzersiz programları

King ve arkadaşları (1991) ABD'de bireysel ve gözetimli egzersiz programlarının göreceli değerini incelemek için bir çalışma yürütmüştür. Rastgele telefon numaraları kullanarak, nispeten hareketsiz yaşam tarzına sahip 50-65 yaş arası 357 yetişkini tespit etmişlerdir. Bu denekler daha sonra rastgele dört gruptan birine dağıtılmıştır:

- Grup 1: Denekler haftada en az üç kez yerel bir toplum merkezinde bir saatlik güçlü bir egzersiz seansına katılmaya teşvik edilmiştir.
- Grup 2: Deneklere kendi başlarına yoğun egzersiz yapmaları söylenmiş ve periyodik telefon görüşmeleriyle teşvik edilip izlenmişlerdir.
- Grup 3: Deneklere kendi başlarına daha düşük yoğunlukta egzersiz yapmaları talimatı verildi.
- Grup 4: Kontrol grubundaki deneklere herhangi bir egzersiz yapmaları söylenmemiştir.

Sonuçlar, gözetimsiz ev tabanlı programlarda gözetimli programa göre daha fazla bağlılık olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, bir miktar egzersiz yapma talimatı verilen tüm denekler, kontrol grubuna kıyasla kardiyovasküler uygunlukta artış göstermiştir. Yazarlar, bu çalışmadan elde edilen sonuçların, başarılı egzersiz programlarının geliştirilmesine yönelik içgörü sağladığını öne sürmüştür.

Egzersiz davranışını teşvik etmek için minimal ve ucuz bir müdahaleyi içeren ulusal kampanyalar ve denetimsiz bireysel egzersize vurgu yapılması gerektiğini savunmuştur.

Başarılı egzersiz programlarının geliştirilmesinde rol oynayan diğer faktörler, bireyin belirli bir süre boyunca bir programa katılmayı kabul ederek bir eğitmenle sözleşme imzaladığı davranışsal sözleşmelerin kullanılması (örn. Oldridge ve Jones 1983) ve eğitmenin övgü ve geri bildirimini kullanılması ve kişinin esnek hedef belirlemesidir (örn. Martin ve ark. 1984). Bu faktörler denetimli egzersizi içermekte ve bireyselleştirilmiş egzersiz programlarının tek müdahale şekli olmayabileceğini düşündürmektedir.

Dolayısıyla sosyal/politik iklimin, egzersizin öngörülmesi ve teşvik edilmesi üzerinde etkileri vardır. Bununla birlikte, belediyeler tesisleri sağlasa ve hükümet programları oluşturulsa bile, bireyler katılıp katılmama konusunda karar vermek zorundadır. Bu nedenle araştırmalar egzersiz davranışının bireysel belirleyicilerini de incelemiştir.

Egzersizin bireysel belirleyicileri

Dishman ve meslektaşları (Dishman 1982; Dishman ve Gettman 1980) egzersizin en iyi bireysel belirleyicilerini incelemek için bir dizi çalışma yürütmüş ve bu faktörlerin değiştirilemez ya da değiştirilebilir olarak tanımlanabileceğini öne sürmüşlerdir.

Egzersizin değiştirilemeyen belirleyicileri

Dishman (1982) yaş, eğitim, sigara kullanımı, tesislere erişim kolaylığı, vücut yağı/kilosu ve kişisel motivasyon gibi değiştirilemeyen faktörlerin egzersizin iyi belirleyicileri olduğunu bildirmiştir. İleriye dönük bir çalışmanın sonuçları, egzersiz davranışının en iyi belirleyicilerinin düşük vücut yağı, düşük kilo ve yüksek öz motivasyon olduğunu göstermiştir (Dishman ve Gettman 1980). Ancak, tesislere erişim ve öz motivasyon gibi faktörlerin değiştirilemez olarak kabul edilip edilmeyeceği sorundur. King ve arkadaşları (1992) boş zamanlarda aktif olmayı öngören faktörleri değerlendiren bir çalışmanın sonuçlarını rapor etmiştir. Aktif birey profilini daha genç, daha iyi eğitilmiş, daha varlıklı ve erkek olma olasılığı daha yüksek olarak tanımlamışlardır. Ancak, diğer bireylerin (daha az varlıklı/daha az eğitilmiş) iş yerinde daha aktif olması mümkündür. Araştırmalar ayrıca egzersiz davranışını tahmin etmede etnik farklılıkları da incelemiştir. Birçok çalışma siyahların beyazlardan daha az aktif olduğunu, siyah kadınların özellikle daha az aktif olduğunu ve bu farklılıkların gelir ve eğitim kontrol edildiğinde bile devam ettiğini göstermektedir (örn. Shea ve ark. 1992).

Egzersizin değiştirilebilir belirleyicileri

Dishman ve diğerleri (1985) aşağıdaki değişkenleri değiştirilebilir öngörücüler olarak özetlemiştir:

- *Çocuklukta egzersiz:* Çocukken *egzersiz* yapan bireylerin yetişkinlikte egzersiz yapma olasılığı daha yüksektir.
- *Olumlu benlik imajı:* Araştırmalar ayrıca olumlu bir benlik imajının ve kişinin yeteneğine olan güveninin gelecekteki aktivite seviyelerini etkilediğini göstermektedir.
- *Bilginin rolü yok:* İlginç bir şekilde araştırma, egzersizin faydaları hakkında iyi bilgi sahibi olmanın egzersiz davranışını öngörmediğini ortaya koymaktadır.

Tutum ve inançların rolü

Araştırmalar, egzersizin öngörülmesinde tutum ve inançların rolünü incelemiştir. İnançlarla ilgili araştırmalar ya kesitsel ya da ileriye dönük bir tasarım kullanmıştır. Kesitsel araştırmalar birlikte ortaya çıkan değişkenler arasındaki ilişkileri incelerken, ileriye dönük araştırmalar gelecekteki davranışları tahmin etmeye çalışır.

Kesitsel araştırma

Bu tür bir araştırma, aşağıdaki inanç ve tutumların rolüne işaret etmektedir:

- *Egzersizin algılanan sosyal faydaları.* Egzersiz davranışının belirleyicilerini inceleyen araştırmalar sürekli olarak egzersizi motive eden ana faktörlerin egzersizin eğlenceli olduğuna ve sosyal temas sağladığına dair inançlar olduğunu göstermektedir. Koşu yapanlar ve yapmayanlar arasındaki tutum farklılıklarını inceleyen kesitsel bir çalışmada, koşu yapmayanlar egzersizin çok fazla disiplin ve zaman gerektirdiğine inandıklarını, koşu yapmanın olumlu etkilerine inanmadıklarını ve yakınlarının düzenli koşuya değer verdiğine daha az inandıklarını bildirmişlerdir (Riddle 1980).
- *Sağlığa verilen değer.* Her ne kadar pek çok kişi sağlık dışındaki nedenlerle egzersiz yapıyor olsa da, 1984 yılında MORI tarafından yapılan bir anket, egzersiz yapmanın ikinci ana bağıntısının sağlık ve zindeliğin önemli olduğuna dair inanç olduğunu ortaya koymuştur (MORI 1984). Bunu destekler şekilde, Riddle (1980) tarafından yapılan çalışmada da koşucu olmayanlar, koşuculara kıyasla sağlığa daha az değer verdiklerini belirtmişlerdir.
- *Egzersizin faydaları.* Egzersiz yapanların egzersiz yapmayanlara göre egzersizin faydalarına ilişkin inançlarının da farklı olduğu gösterilmiştir. Örneğin, yaşlı kadınlar (60-89 yaş arası) üzerinde yapılan bir çalışmada, egzersiz yapanların egzersizin sağlık değeri konusunda daha yüksek bir değerlendirme yaptıkları, egzersizden daha fazla keyif aldıkları, egzersizden duydukları rahatsızlığı daha düşük olarak değerlendirdikleri ve egzersiz programlarının egzersiz yapmayanlara göre daha kolay ulaşılabilir olduğunu düşündükleri görülmüştür (Paxton ve ark. 1997).
- *Egzersizin önündeki engeller.* Hausenblas ve arkadaşları (2001), egzersizi teşvik eden şeyin yalnızca egzersizin faydaları değil, aynı zamanda egzersiz alımını engelleyen egzersiz engelleri olduğunu savunmuştur. İki tür engeli ölçen 'Egzersiz Yapmama Cazibesi Ölçeği' başlıklı bir anket geliştirmişlerdir: 'etki' ve 'rekabet eden talepler'. Deneklerden "Lütfen aşağıdaki durumlarda egzersiz yapmamanın sizi ne kadar cezbedtiğini belirtiniz." ifadesinin ardından bir dizi cevabı derecelendirmeleri istenmiştir. . . Cevaplar arasında 'duygulanımı' yansıtmak üzere 'kızgın olduğumda' ve 'memnun olduğumda' ve 'tembel hissettiğimde' ve 'meşgul olduğumda' cevapları yer almaktadır. Yazarlar, bu tür ayartmaların egzersize katılımı anlamada merkezi bir öneme sahip olduğunu ve değişim aşamaları modeliyle birlikte kullanılması gerektiğini savunmaktadır.

İleriye dönük araştırma

Bu çalışmalar, hangi faktörlerin egzersiz alımını öngördüğünü incelemiştir. Genellikle egzersiz programlarının geliştirilmesi ve bu programlara bağlılık çalışmaları bağlamında gerçekleştirilmiştir. Sallis ve arkadaşları (1986) hangi faktörlerin şiddetli/orta şiddette egzersize başlanmasını ve bir yıl boyunca sürdürülmesini öngördüğünü incelemiştir. Sonuçlar egzersiz öz yeterliliğinin, egzersize yönelik tutumların ve sağlık bilgisinin en iyi belirleyiciler olduğunu göstermiştir. Bir başka çalışmada Jonas ve arkadaşları (1993) 100 kadın ve erkeği takip etmiş ve egzersiz programlarına katılma niyetinin ve fiili katılımın en iyi belirleyicilerinin sürekli katılıma yönelik tutumlar, algılanan sosyal normlar ve algılanan davranışsal kontrol olduğunu bildirmiştir. Jones ve arkadaşları (1998) da katılım ve bağlılığın belirleyicilerini incelemiş ve bir egzersiz reçetesi programının parçası olarak egzersize yönlendirilen bireylerin kişisel yapılarını keşfetmek için repertuar ızgaraları kullanmıştır. Gerçekçi amaçlara sahip olmanın ve kısa bir egzersiz programının olası sonuçlarını anlamının programa bağlılığı öngördüğü sonucuna varmışlardır.

Egzersize bağlılığın belirleyicilerini daha iyi anlamak için sosyal biliş modelleri kullanılmıştır. Riddle (1980), gerekçeli eylem teorisini (Fishbein ve Ajzen 1975; bkz. Bölüm 2)

kullanarak egzersizin belirleyicilerini incelemiş ve egzersize yönelik tutumların ve

Modelin normatif bileşenleri egzersiz yapma niyetini öngörmüş ve bu niyetlerin öz davranış raporlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Planlı davranış teorisi (TPB) de egzersiz davranışını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Valois ve arkadaşları (1988) geçmiş egzersiz davranışının (TPB'de merkezi bir değişken) bir ölçüsünü dahil etmiş ve tutumların, niyetlerin ve geçmiş davranışların egzersizin en iyi belirleyicileri olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, Hagger ve arkadaşları (2001) çocuklarda egzersizi tahmin etmek için TPB'yi kullanmış ve TPB'nin çoğu değişkeninin davranışsal niyetlerin ve takipteki gerçek davranışın iyi tahmin edicileri olduğu sonucuna varmıştır ve Norman ve Smith (1995), TPB değişkenlerinin çoğunun egzersizle ilgili olmasına rağmen, gelecekteki davranışın en iyi tahmin edicisinin geçmiş davranış olduğunu bulmuştur. TPB'nin egzersizi tahmin etmek için kullanımı **Araştırma Odağı 7.2**'de (s. 169) daha ayrıntılı olarak ele alınmaktadır. Araştırmalar ayrıca sağlık inanç modelini (Sonstroem 1988) ve egzersiz öz yeterliliğini vurgulayan modelleri (örneğin Schwarzer 1992), görev öz yeterliliğini ve programlama öz yeterliliğini (Rodgers ve ark. 2002) kullanmıştır.

Araştırmalar, değişim aşamaları modelini egzersiz davranışına da uygulamıştır (bkz. Bölüm 2 ve 5). Bu model, davranış değişikliğini beş aşamada tanımlamaktadır: düşünme öncesi, düşünme, hazırlık, eylem ve sürdürme (örn. DiClemente ve Prochaska 1982) ve değişiklikler arasındaki geçişlerin bir maliyet-fayda analizi ve farklı bilişler tarafından kolaylaştırıldığını öne sürmektedir. Marcus ve arkadaşları (1992) 778 erkek ve kadında egzersizin artıları ve eksileri ile değişim aşaması arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Egzersizin artıları ve eksileri ve karar dengesi (artılar ve eksiler) egzersizin benimsenmesiyle ilişkiliydi ve davranışın sürdürme aşamasına daha yakın olan bireylerde daha yüksek artılar bulundu. Bu, bireyleri egzersizin artılarına odaklanmaya teşvik etmenin, egzersiz yapmayı düşünmekten gerçekten yapmaya geçişi artırabileceğini göstermektedir. Benzer bir şekilde Couney ve arkadaşları (2001), hangi bilişlerin egzersiz davranışının farklı aşamaları arasındaki geçişleri öngördüğünü değerlendirmek için TPB ile birlikte değişim aşamaları modelini kullanmıştır. Çalışma, başlangıçta telefonla ölçümleri tamamlayan ve bir yıl sonra posta yoluyla egzersiz aşamalarını kaydeden geniş bir yetişkin örneklemini içermektedir. Sonuçlar, başlangıçtaki tutum, niyet ve öznel normun düşünce öncesinden düşünceye geçişi, düşünceden hazırlığa geçişin niyet, algılanan davranışsal kontrol, tutumlar ve sosyal destek tarafından, hazırlıktan eyleme geçişin niyet ve tutum tarafından ve eylemden sürdürmeye geçişin niyet, tutum ve sosyal destek tarafından y o r d a n d ı ğ ı n ı göstermiştir. Cropley ve diğerleri (2003) değişim aşamaları modeli çerçevesinde insanların egzersizin maliyetleri ve faydaları hakkındaki inançlarını araştırmıştır. Egzersizin artıları ve eksileri hakkındaki inançları değerlendirmek için bir muhakeme görevi kullanmışlar ve insanlardan 'egzersize katılmanın şu kadar avantajı/dezavantajı' olduğunu listelemelerini istemişlerdir. Daha sonra, bu inançların ne kadar erişilebilir olduğunu, insanların ilk artı veya eksilerini düşünmelerinin ne kadar sürdüğünü zamanlayarak araştırmışlar ve ardından 60 saniye içinde kaç artı ve eksi üretilebileceğini değerlendirmişlerdir. Katılımcılar daha sonra ön-tefekkürücü veya sürdürücü olmalarına göre ayrılmıştır. Sonuçlar, ön düşünenlerin artılardan daha fazla eksi düşünebildiğini ve sürdürenlerin eksilerden daha fazla artı düşünebildiğini göstermiştir. Buna ek olarak, ön-uygulayıcılar ilk olumlu nedeni daha hızlı düşünebilmişlerdir. Yazarlar, devam ettiriciler egzersizin pek çok faydasını düşünebilirken, ön-uygulayıcıların egzersiz yapmak için herhangi bir neden düşünemedikleri için egzersiz yapmayabilecekleri sonucuna varmışlardır.

Bir teorinin test edilmesi - egzersizin tahmin edilmesi

Egzersiz tahmin etmek için planlı davranış teorisini kullanan bir çalışma (Armitage 2005).

Bu çalışmada, TPB değişkenlerinin 12 haftalık bir süre boyunca fiziksel aktiviteye fiili katılımı öngörmadaki rolünü araştırmak için ileriye dönük bir tasarım kullanılmıştır. Bu çalışma, zaman içinde davranış değişikliğini izlemesi ve sonuç değişkeni olarak gerçek davranışın nesnel bir ölçüsünü kullanması nedeniyle ilginç bir çalışmadır.

Arka plan

Araştırmalar, egzersizin psikolojik ve fiziksel sağlığın iyileştirilmesiyle bağlantılı olmasına rağmen, birçok insanın hareketsiz kaldığını göstermektedir. Ayrıca, bazı kişiler bir egzersiz rutinine başlasa da, bu rutinin sürdürülmesi zayıf kalmaktadır. Bu çalışma, 12 haftalık bir süre boyunca egzersiz alışkanlıklarının geliştirilmesine odaklanmış ve TPB değişkenlerinin davranışsal niyetleri ve gerçek davranışları önceden tahmin edip etmediğini araştırmış ve ayrıca alışkanlıkların ne zaman yerleştiğini ve nüks oranlarının ne zaman azalmaya başladığını değerlendirmiştir.

Metodoloji

Tasarım

Çalışma, başlangıçta ve 12 hafta sonra alınan ölçümlerle ileriye dönük bir tasarım kullanmıştır. Davranışlarımız çalışma boyunca objektif olarak ölçülmüştür.

Örnek

Doksan dört katılımcı İngiltere'nin güneyindeki özel bir spor salonu aracılığıyla işe alınmıştır. Katılımcıların yaşları 16 ile 65 arasında değişmekte, kadın ve erkek olarak ikiye ayrılmakta ve çalışma başlamadan önce bu spor salonuna hiç gitmemişlerdir.

Önlemler

Başlangıçta tüm katılımcılar şu değişkenlere ilişkin ölçümleri tamamlamıştır: tutumlar, öznel norm, algılanan davranışsal kontrol, davranışsal niyetler. Bunların hepsi 7'li Likert ölçekleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Kendi kendine bildirilen davranış, "Son üç ay içinde ne sıklıkla düzenli fiziksel aktiviteye katıldınız?" sorusu kullanılarak ölçülmüştür. Spor salonuna fiili katılım, üyelik kartlarının bilgisayar kayıtları kullanılarak haftalık olarak izlenmiştir.

Veri analizi

Veriler aşağıdaki şekillerde analiz edilmiştir:

- *TPB değişkeninin davranışın öngörülmesindeki rolü.* Verilerin tekrarlanan ölçümler niteliği nedeniyle (yani başlangıç ve takip ve fiili davranışın araya giren tüm değerlendirmeleri), veriler tekrarlanabilir olaylar hayatta kalma analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Bu sayede sonuçlar, TPB değişkenlerinin egzersiz davranışındaki düşüşleri öngörmadaki rolünü değerlendirmek üzere analiz edilebilmiştir.
- *Alışkanlıkların gelişimi.* Sonuçlar, alışkanlıkların gelişimini değerlendirmek amacıyla geçmiş davranışların gelecekteki davranışlar üzerindeki etkisini araştırmak için de analiz edilmiştir. Bu analiz Helmert kontrastları ve tekrarlanan ölçümler analizi kullanılarak yapılmıştır. Bu, aşağıdaki ilişkiyi mümkün kılmıştır



Geçmiş davranışlar ile mevcut davranışlar arasındaki ilişkinin belirlenmesini ve geçmiş davranışların gelecekteki davranışları etkilemeyi ne zaman bıraktığının değerlendirilmesini sağlamıştır. Bu ikinci analiz şekli, alışkanlıkların oluşumunun, alışkanlığın ne zaman yaratıldığı ve ne zaman bırakıldığı açısından değerlendirilebilmesi için yapılmıştır.

Sonuçlar

Sonuçlar, algılanan davranışsal kontrolün başlangıç seviyelerinin hem davranışsal niyetleri hem de gerçek davranışları öngördüğünü göstermiştir. Sonuçlar ayrıca istikrarlı egzersiz alışkanlıklarının çalışmanın ilk beş haftasında geliştiğini göstermiştir. Bu, bu alışkanlıkları geliştirmemiş olanların bu zaman noktasında egzersizi bırakma eğiliminde olduğu anlamına gelirken, bu alışkanlıkları geliştirmiş olanların 12 haftalık dönemin sonunda egzersizi bırakma ihtimalinin çok düşük olduğu anlamına geliyordu. Ayrıca sonuçlar, geçmişteki başarılı egzersiz davranışlarının katılımcıların davranışsal kontrol algılarını geliştirdiğini göstermiştir.

Sonuçlar

Yazar, TPB'nin algılanan davranışsal kontrol bileşeninin uzun vadede egzersiz davranışını öngördüğü sonucuna varmaktadır. Ayrıca sonuçlar, egzersiz alışkanlıkları bir kez oluşturulduktan sonra (yani geçmiş davranışlar mevcut davranışları güvenilir bir şekilde öngörür), bunların ortadan kalkma olasılığının daha düşük olduğunu ve alışkanlıkların oluşturulmasının davranış üzerindeki kontrol algılarını artırdığını göstermektedir.

Egzersiz nüksü

Araştırmalar ayrıca hangi değişkenlerin nüks ve egzersiz programlarından ayrılma oranlarını öngördüğünü de incelemiştir. Dishman ve arkadaşları (1985) nüks oranlarını öngören faktörleri incelemiş ve nüks oranının mavi yakalı işçilerde, sigara içenlerde, egzersizin bir çaba olduğuna inananlarda en yüksek; geçmişte katılım öyküsü olanlarda, yüksek öz motivasyona sahip olanlarda, bir eşin desteğine sahip olanlarda, uygun zamanı olduğunu bildirenlerde, egzersiz tesislerine erişimi olanlarda ve sağlığın değerine inandığını bildirenlerde ise en düşük olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, Ingledew ve arkadaşları (1998) değişim aşamaları yaklaşımını kullanarak, benimsemenin ilk aşamaları ile davranış sürdürmenin sonraki aşamaları arasındaki geçiş için hangi faktörlerin önemli olduğunu araştırmış ve egzersize devam etmenin içsel güdüler, özellikle de keyif alma tarafından öngörüldüğü sonucuna varmıştır. Bu faktörler, egzersiz davranışının hem başlatılması hem de sürdürülmesiyle ilgili olanlara çok benzemektedir ve hem değiştirilemeyen hem de değiştirilebilen faktörlerin rolünü yansıtmaktadır.

Sonuç olarak

Egzersiz, hem fiziksel hem de psiko-mantıksal refah açısından sağlığın geliştirilmesinde merkezi bir öneme sahip olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle araştırmalar, egzersiz davranışıyla ilişkili olan ve egzersiz davranışını öngören faktörleri incelemiştir. Bu faktörler arasında sosyal ve siyasi iklim ile bireyin inançları yer almaktadır. Egzersizi teşvik etmeyi amaçlayan müdahaleler sağlık yararları nedeniyle yapılsa da, bu yararlar duyulan ilgi, egzersiz davranışının başlatılması veya sürdürülmesinin en iyi belirleyicisi gibi görünmemektedir. Bunun farkına varılması, güçlü ve yoğun egzersiz kampanyaları yoluyla egzersizde büyük artışlar yerine yaşam tarzında küçük değişikliklerin teşvik edilmesini vurgulayan son egzersiz tavsiyelerine de yansımıştır.



Sorular

- 1 Egzersizin hem psikolojik hem de fiziksel faydaları vardır. Tartışın.
- 2 Egzersiz davranışını ne ölçüde tahmin edebiliriz?
- 3 Egzersiz araştırması zihin-beden sorununu anlamamıza nasıl katkıda bulunuyor?
- 4 Psikolojik modeller egzersiz davranışını teşvik etmek için nasıl kullanılabilir?
- 5 İnsanları daha aktif hale getirmek, onlara egzersiz yaptırmaktan daha kolaydır. Tartışın.
- 6 Egzersiz davranışı, insanların yaşamlarının entegre bir parçası olmalıdır. Tartışın.
- 7 Bir egzersiz sınıfına katılımı tahmin etmek için tasarlanmış olası bir araştırma projesini açıklayınız.

Tartışma için

Kendi egzersiz davranışınızı düşünün ve sağlık inançlarınızın ne ölçüde katkıda bulunan faktörler olduğunu tartışın.

Sağlık psikolojisinde varsayımlar

Egzersiz literatürü, sağlık psikolojisinin merkezinde yer alan bazı varsayımları göstermektedir:

- 1 *Zihin-beden sorunu.* Egzersizle ilgili araştırmalar zihin-beden ayrımını sürdürmektedir. Bu durum, egzersizin faydaları (fiziksel ve psikolojik) ve egzersiz yapma nedenleri (örneğin sağlık ve zindeliğe karşı keyif) tartışmalarında görülmektedir.
- 2 *Veriler kullanılan metodolojiden bağımsız olarak mevcuttur.* Farklı modellere göre farklı biliş kümeleri ölçülüyorsa, bu inançlar özneye sorulmadan önce de var mıdır (örneğin, "Sağlığın önemli olduğunu düşünüyor musunuz?" sorusu özneyi sağlığın bir değeri olduğunu düşünmeye hazırlar)? Metodoloji nesnel olarak görülür ve 'veri' ile etkileşime girmez.

Daha fazla okuma

American College of Sports Medicine (2000) *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*, 6th edn. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.

Bu kitap, egzersizin nasıl ölçüleceği, test edileceği ve reçete edileceği konusunda 'altın standart' olarak kabul edilmektedir.

Biddle, S.J.H., Fox, K.R. ve Boutcher, S.H. (eds) (2000) *Physical Activity and Psychological Well-being*. Londra: Routledge.

Bu kitap, egzersiz ile duygu, ruh hali, benlik saygısı, benlik algısı, depresyon, stres ve bilişsel performans gibi ruh sağlığı unsurları arasındaki bağlantıları inceleyen araştırmaların bir tanımını sunmaktadır.

Dishman, R.K. (1982) Compliance/adherence in health-related exercise, *Health Psychology*, 1: 237-67.

Bu, egzersiz davranışını öngören faktörlere ilişkin literatürü inceleyen erken dönem klasik bir makaledir. Faulkner, G.E.J. ve Taylor, A.H. (eds) (2005) *Exercise, Health and Mental Health*.

Londra: Rout-

çıkıntı.

Bu kitap, egzersizin kanser, kalp yetmezliği, HIV ve şizofreni gibi bir dizi fiziksel sağlık sorunu üzerindeki etkisini ele alan bölümlerden oluşan kapsamlı bir derlemedir. Mevcut araştırmaların iyi bir özetini sunmakta ve sonunda faydalı bir özet bölümü sağlamaktadır.

Marcus, B.H., Rakowski, W. ve Rossi, J.S. (1992) Assessing motivational readiness and decision-making for exercise, *Health Psychology*, 22: 3-16.

Bu makale, teoriler ötesi yaklaşımı egzersiz davranışına uygulamakta ve araştırmanın davranış değiştirmek için ne ölçüde kullanılabileceğini göstermektedir.

Bölüme genel bakış

Bu bölüm ilk olarak üreme ve cinsel zevkle ilgili ilk tartışmalar da dahil olmak üzere seksle ilgili literatürü incelemektedir. Daha sonra, cinsel davranışın risklerini başlangıçta hamilelikten kaçınma bağlamında ve daha sonra cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH)/HIV ve AIDS ışığında inceleyen daha yakın tarihli literatüre odaklanmaktadır. Bu literatür, bireysel bilişlerin rolünü vurgulayan sosyal biliş modellerinin kullanımından, ilişki bağlamı açısından bireyler arasındaki etkileşime yapılan vurguya kadar çeşitli psikolojik perspektifleri içermektedir. Son olarak bu bölüm, eğitimsel etkiler, eşcinsel toplumu, cinsiyete dayalı güç ilişkileri ve seks, HIV ve hastalıkla ilgili teoriler açısından daha geniş sosyal bağlamı inceleyen literatürü özetlemektedir.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- Cinsiyete ilişkin çağdaş bakış açılarının geliştirilmesi
- Bir risk olarak seks ve hamilelikten kaçınma
- CYBH/HIV ve AIDS bağlamında bir risk olarak seks
- Bireyler arası bir etkileşim olarak seks - ilişki bağlamının eklenmesi
- Daha geniş sosyal bağlam

Cinsiyet üzerine çağdaş araştırma perspektiflerinin geliştirilmesi

Biyolojik olarak cinsiyet, üreme için

On dokuzuncu yüzyıldan önce cinsel davranışlar dini ya da ruhani bir mesele olarak görülmekteydi. Ancak 1800'lerin başından itibaren cinsellik ve cinsel davranışlar bilimsel çalışmaların odağı haline gelmiştir. Doktorlar ve bilim insanları cinsellik hakkında eğitim verme sorumluluğunu üstlenmiş ve bu konu daha sonra tıp ve biyolojik bilimler kapsamında incelenmiştir. Seks, yeme ve içmenin yanı sıra biyolojik bir işlev olarak görülmeye başlandı.

On dokuzuncu yüzyıl boyunca cinsel davranışlar hakkında çok şey yazıldı. Cinsel normallik ve anormallığı tanımlamak için kriterler geliştirilmeye çalışıldı. Genel olarak üreme ile bağlantılı davranışlar normal, mastürbasyon ve eşcinsellik gibi davranışlar ise anormal olarak görülmüştür. Bu durum, Viktorya dönemindeki cinsel ahlak kaygısı, hareketler

cinsel püritanizmi ve fuhuşu kontrol etme girişimlerini ilan etti. Seks, ifade edilmesi gereken biyolojik bir dürtü olarak görülüyordu ancak bu dürtü, işlevinin sınırları dahilinde ifade edilmeliydi: üreme.

Biyolojik olarak seks, zevk için

Yirminci yüzyılın başından itibaren bakış açısında bir değişim olmuştur. Seks hala biyolojik olarak görülse de, artık sonuçtan (üreme) ziyade cinsel davranışa vurgu yapılıyordu. Bu, cinsel arzu, cinsel zevk ve orgazm üzerine bir çalışmayı içeriyordu. Bunun sonucunda seks terapisi ve iyi bir cinsel yaşamın nasıl geliştirileceğine dair kılavuzlar üzerine bir literatür oluşmuştur. Bu vurgu, 1940 ve 1950'lerde Kinsey tarafından yürütülen klasik anket, 1960'larda Masters ve Johnson tarafından geliştirilen araştırma programları ve 1970 ve 1980'lerde cinsellik üzerine Hite raporları ile gösterilmiştir.

Kinsey Raporu

Kinsey 12.000 beyaz Amerikalıyla görüşmüş ve bu kişilerden elde edilen verileri analiz etmiştir. Kinsey'in sapkınlıkla ilgili bazı çağdaş kaygılara meydan okuma girişimleri "cinsel histeri dalgasına" neden olmakla suçlanmıştır (örn. Kinsey vd. 1948). Cinsel davranış analizini biyolojik indirgemecilik modelleri içinde geliştirdi ve seksin doğal ve dolayısıyla sağlıklı olduğunu savundu. Kinsey, cinsel dürtünün biyolojik bir güç olduğunu ve bu dürtünün hazzla ulaşmak için ifade edilmesinin sadece kabul edilebilir değil aynı zamanda arzu edilir olduğunu savunmuştur. Evlilik öncesi seksle ilgili bazı çağdaş kaygılara meydan okumuş ve hayvanlar evlenmediği için evlilik ve evlilik öncesi seks arasında bir fark olamayacağını savunmuştur. Erkeklerin ve kadınların cinsel davranışları arasındaki benzerlikleri vurgulamış ve bilimsel çalışmaların sağlıklı cinsel yaşamları teşvik edebilmesi halinde bunun evliliklerin kalitesini artırabileceğini ve boşanma oranlarını azaltabileceğini savunmuştur. Araştırmaları, çeşitli cinsel çıkışların kabul edilebilir olduğunu öne sürmüş ve hem erkekler hem de kadınlar için cinsel ilişki ve mastürbasyonu içeren cinsel hazzın rolünü vurgulamıştır.

Masters ve Johnson

Seks aktivitesine yapılan bu vurgu Masters ve Johnson'ın 1960'lardaki çalışmalarında da görülmektedir. Masters ve Johnson, 694 beyaz orta sınıf heteroseksüelde 10.000'den fazla erkek ve kadın orgazmını incelemek için çeşitli deneysel laboratuvar teknikleri kullanmıştır (örn. Masters ve Johnson 1966). Bedensel kasılmaları, salgıları, nabız hızlarını ve doku rengi değişikliklerini kaydetmişler ve cinsel tepki döngüsünü şu aşamalar açısından tanımlamışlardır: (1) heyecanlanma; (2) plato; (3) orgazm; ve (4) çözülme. Erkekler ve kadınlar arasındaki benzerlikleri vurgulamışlar (her ne kadar verilerinin kabul ettiklerinden daha fazla farklılığa işaret ettiği ileri sürülmüş olsa da; Segal 1994) ve istikrarlı evliliklerin tatmin edici sekse bağlı olduğunu vurgulamışlardır. Masters ve Johnson'a göre cinsel zevk eğitim ve seks terapisi ile geliştirilebilir ve yine araştırmaları mastürbasyonun cinselliğin temel bir bileşeni olduğunu öne sürmüştür - seks üreme için değil zevk içindir.

Hite Raporları

Shere Hite (1976, 1981, 1987) 20 yıllık araştırmasının sonuçlarını kadın ve erkek cinselliği üzerine hazırladığı raporlarda yayınlamıştır. Araştırması aynı zamanda seksin sonucundan bir aktivite olarak sekse geçişi de göstermektedir. Hite'in ana iddiası "kadınların çoğunun (yüzde 70) cinsel birleşme sonucunda orgazm olmadıklarıdır" ancak cinsel zevklerini artırmak için cinsel birleşme sırasında klitoral uyarımı artırmayı öğrenebileceklerini öne sürmektedir. Verilerini kadınların penetratif seksten hoşlanmamaları açısından tanımlamaktadır ('Belki de birçok kadının cinsel ilişkiye karşı oldukça kayıtsız olduğu söylenebilir.

tabii ki belirli bir erkeğe yönelik duygular olmasaydı') ve seksi üreme değil zevk bağlamında tartışmaktadır. Segal (1994) Hite'in verileri yorumlamasını eleştirmiş ve Hite'in çalışmalarındaki kadınların penetrasyondan (orgazm olsun ya da olmasın) zevk alıyor gördüklerini savunmuştur. Bu durum Hite'in kendi vardığı sonuçla çelişse de, vurgu hala bir aktivite olarak seks üzerindedir.

Özet olarak

Bu nedenle yirminci yüzyılın başından itibaren seks artık bir amaca (üreme) giden biyolojik bir araç olarak değil, başlı başına bir faaliyet olarak tanımlandı. 'İyi seks', orgazm ve cinsel haz tartışmaları, seksi bir eylem olarak vurgulamıştır; ancak, bir etkinlik olarak bile seks, baskın olarak biyolojik kalmıştır. Kinsey seksi doğal ve sağlıklı bir dürtü olarak görmüş, Masters ve Johnson fizyo-mantıksal değişiklikleri inceleyerek cinsel deneyimi ölçmek ve iyileştirmek için araçlar geliştirmiş, Hite ise zevki fiziksel uyarım tanımlarıyla açıklamıştır.

Sağlık için bir risk olarak seks

Son zamanlarda seksle ilgili literatürde ek bir değişim olmuştur. Araştırmalar hala seksi bir aktivite olarak vurgulasa da, bu aktivite giderek daha riskli ve tehlikeli olarak görülmektedir. Sonuç olarak seks, sağlığın geliştirilmesi, sağlık eğitimi ve kendini koruma açısından tartışılmaktadır. Bu değişim, hem gebelikten kaçınma hem de CYBH/HIV önleyici davranış bağlamında bir risk olarak seks üzerine psikolojik bir literatürün ortaya çıkmasına neden olmuştur. Ancak, cinsel davranışı incelemek, psikologlar için bir sorun teşkil ettiğinden, psikolojik bir bakış açısıyla kolay değildir - bir etkileşim sorunu.

Etkileşim olarak seks

Sosyal psikologlar onlarca yıldır davranışın içinde gerçekleştiği bağlamı vurgulamışlardır. Bu, çoğunluk ve azınlık etkisine uyum, grup davranışı ve karar verme ve otoriteye itaat gibi alanlara ilişkin kapsamlı literatürde yansıtılmaktadır. Böyle bir bakış açısı, bireyin davranışının hem diğer bireylerle hem de daha geniş sosyal bağlamla bir etkileşim olarak ortaya çıktığını vurgular. Seks, doğası gereği etkileşimli bir davranış olduğu için bu etkileşimi vurgular. Bununla birlikte, sağlık psikolojisi, bireyleri kendi başlarına inceleme eğiliminde olan diğer birçok psikoloji alanından (örneğin fizyolojik, bilişsel, davranışsal) yararlanır. Buna ek olarak, anketler ve mülakatlar gibi psikolojik metodolojiler bireyin deneyimini içerir (örneğin, hissettim, inanıyorum, düşünüyorum, yaptım). Bireyler diğer bireylerle etkileşimlerini tartışmalar bile (örneğin hissettik, inandık, düşündük, yaptık) veya deneyimlerini diğerlerinin bağlamına yerleştirseler bile (örneğin mutlu hissettim çünkü o beni rahatlattı), mevcut psikolojik araçlar kullanılarak yalnızca kendi bireysel deneyimlerine erişilir. Bu nedenle seks, psikologlar için ilginç bir sorun teşkil etmektedir. Seks özünde bireyler arasında bir etkileşimdir, ancak psikolojinin birçok alanı geleneksel olarak bireyleri kendi başlarına inceler. Dahası, son zamanlarda sağlığa yönelik bir risk olarak sekse yapılan vurgu ve bunun sonucunda bireylerin kendilerini tehlikeden koruma yeterliliklerini inceleme girişimleri, daha bireysel bir davranış modeliyle sonuçlanmış olabilir. Bu etkileşim sorunu, mevcut psiko-mantıksal yöntemlerle daha da kötüleşmektedir (araştırmacı sadece seks yapan iki kişiyi gözlemlemediği sürece!). Hem gebelikten kaçınma hem de STD/HIV önleyici davranış bağlamında aşağıdaki cinsel davranış teorileri, psikologların etkileşim sorunuyla başa çıkmaya çalıştıkları farklı yolları göstermektedir. Bu teoriler, hem ilişki bağlamını (örneğin bireyler arasındaki etkileşim) hem de daha geniş sosyal bağlamı ekleme sorununu vurgulamaktadır.

bağlamı (örneğin sosyal anlamlar, sosyal normlar) bireye (örneğin inançları ve bilgi birikimi) aktarmaktadır. Ayrıca şu soruyu da gündeme getirmektedirler: Psikologlar bireysel davranışların bağlamıyla ne kadar ilgilenebilirler ve ilgilenmelidirler?

Bir risk olarak seks ve hamilelikten kaçınma

Zevk için sekse odaklanılması ve seksin bir risk olarak vurgulanması, gebelik önleme kullanımı ve gebelikten kaçınma üzerine bir literatür oluşmasına neden olmuştur. Gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin araştırmalar 16. Bölümde anlatılmaktadır. Psikologlar bu davranışı tanımlamak ve tahmin etmek için modeller geliştirmiştir.

Doğum kontrol yöntemi kullanımı nedir?

Araştırmacılar kontraseptif kullanımını tahmin etmek amacıyla kontrasepsiyonun birkaç farklı sınıflandırmasını kullanmışlardır. Örneğin, doğum kontrolü şu şekilde karakterize edilmiştir:

- koitustan bağımsız (hap) veya koitusa bağımlı (prezervatif)
- güvenilir (doğum kontrol hapi, prezervatif) veya güvenilmez (ritim yöntemi)
- kadın kontrollü (doğum kontrol hapi, RİA) veya erkek kontrollü (prezervatif)
- Reçeteye dayalı (hap, RİA) veya reçeteden bağımsız (prezervatif).

Buna ek olarak, gebelik önleme kullanımını tahmin ederken farklı gerçek davranış ölçütleri kullanılmıştır:

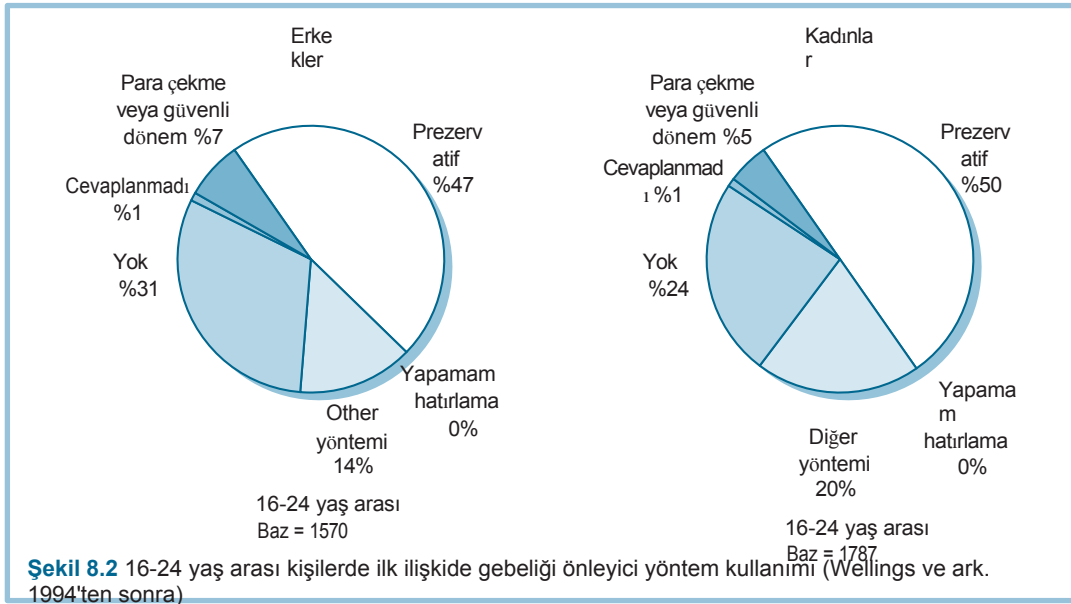
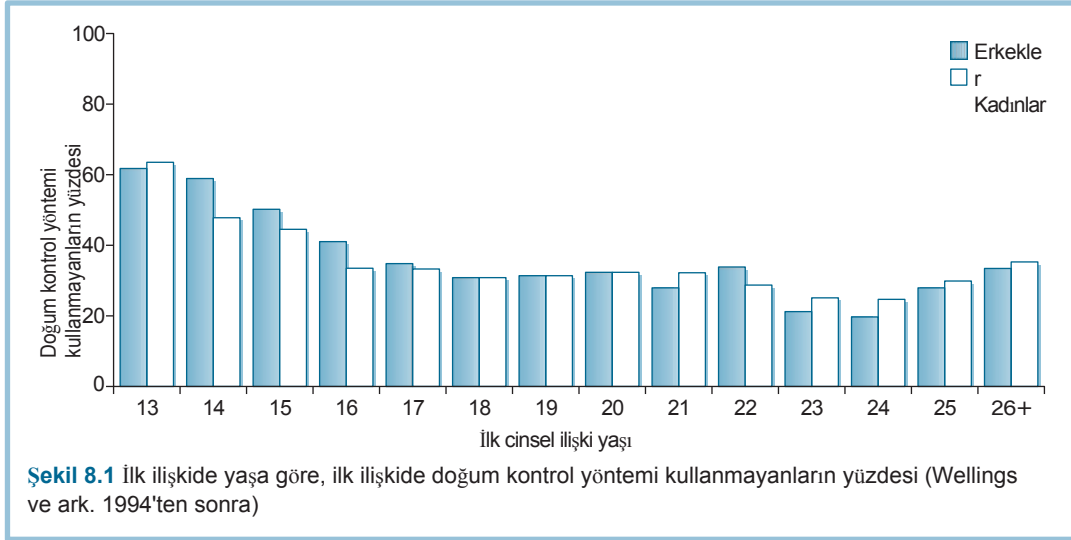
- ilk ilişkide
- en son ilişkide
- sonunda ciddi bir ilişki
- Sonunda sıradan bir ilişki.

Doğum kontrol yöntemini kim kullanır?

Ulusal Cinsel Tutumlar ve Yaşam Tarzları Araştırması (Wellings ve ark. 1994) Britanya genelinde yaklaşık 20.000 erkek ve kadının cinsel davranışlarını incelemiştir. Bu sayede ilk cinsel ilişki yaşı, eşcinsellik, cinsel davranışlara yönelik tutumlar ve doğum kontrolü kullanımı gibi faktörler hakkında zengin veriler elde edilmiştir. Örneğin, Şekil 8.1 ilk ilişkide doğum kontrol yöntemi kullanmayan katılımcıların oranını göstermektedir. Bu sonuçlar, bir kişi ilk kez cinsel ilişkiye girdiğinde (erkek veya kadın) ne kadar gençse, doğum kontrol yöntemi kullanma olasılığının o kadar düşük olduğunu göstermektedir.

Bu anketten elde edilen sonuçlar aynı zamanda insanların ilk ilişkide ne tür doğum kontrol yöntemleri kullandıklarını da göstermektedir. Şekil 8.2'de 16-24 yaş arası kadın ve erkeklere ait veriler gösterilmektedir ve kondomun en popüler doğum kontrol yöntemi olduğunu göstermektedir; ancak bu yaş grubundaki birçok katılımcı hiçbir doğum kontrol yöntemi kullanmadığını veya geri çekme veya güvenli dönem gibi güvenilir olmayan yöntemler kullandığını bildirmiştir.

Gebeliği önleyici yöntem kullanımına ilişkin farklı ölçümlerin, gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin bulguların yorumlanmasında etkileri vardır. Sheeran ve diğerleri (1991) bu sorunları tartışmış ve 13-25 yaş arası 'hiç evlenmemiş' bireylerde gebeliği önleyici yöntem kullanımına ilişkin literatürü analiz etmiş ve gebeliği önleyici yöntem kullanımını incelemek için kullanılan modellerin ya *zihinsel gelişim* modelleri ya da *karar verme modelleri* olarak tanımlanabileceğini öne sürmüştür. Riskli olarak cinselliğe odaklanılması, risk alma davranışının altının çizilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Gelişimsel modeller daha açıklayıcıdır, karar verme modelleri ise bu davranışın belirleyicilerini ve öncüllerini inceler.



Gelişimsel modeller

Gelişimsel modeller, doğum kontrolü kullanımının bir dizi aşamayı içerdiğini vurgulamaktadır. Bu aşamalardeki ilerlemenin cinsel deneyimle ve bireyin benlik kavramında cinselliğin artan rolüyle ilişkili olduğunu öne sürmektedirler. Bu nedenle farklı aşamalar arasındaki geçişi tanımlarlar ancak bu geçişi teşvik edebilecek bilişleri analiz etmeye çalışmazlar.

Lindemann'ın üç aşamalı teorisi

Lindemann (1977), bir bireyin doğum kontrol yöntemini kullanma olasılığının üç aşamada ilerledikçe arttığını öne süren üç aşamalı doğum kontrol yöntemi kullanımı teorisini geliştirmiştir:

- 1 **Doğal aşama:** Bu aşamada cinsel ilişki nispeten plansızdır ve birey kendini cinsel olarak görmez. Bu nedenle doğum kontrolü kullanımı olası değildir.

- 2 *Akran reçetesi aşaması:* Bu aşamada birey arkadaşlarından kontraseptif tavsiye alır, cinsel ilişki daha sıktır ve çoğu kontrasepsiyon daha az etkili yöntemleri içerir.
- 3 *Uzman aşaması:* Bu aşamada, birey cinselliği kendi benlik kavramına dahil etmiştir ve profesyonel tavsiye arayacak ve kontraseptif kullanımını planlayacaktır.

Rains'in modeli

Bu model Rains (1971) tarafından geliştirilmiştir ve yine doğum kontrolü kullanımını cinsellik ve benlik kavramı bağlamına yerleştirmektedir. Bireyin cinsel aktivitenin 'kendisi için doğru' olduğuna inandığı bir aşamada doğum kontrolü kullanımının daha olası olduğunu öne sürmektedir. Bu süreç aşağıdaki dört aşamayı içerir:

- 1 Aşık olmak: Bu, seks için bir gerekçe sağlar.
- 2 Özel, uzun süreli bir ilişkiye sahip olmak.
- 3 Cinsel ilişki kabul edilebilir bir davranış haline gelir.
- 4 Bireyler kendilerini cinsel olarak kabul eder ve gelecek için cinselliği

planlar. Bu modele göre, 4. aşamaya ulaşmak güvenilir doğum kontrolü kullanımını öngörmektedir.

Karar verme modelleri

Karar verme modelleri, doğum kontrolü kullanımını öngören ve buna öncülük eden psikolojik faktörleri incelemektedir. Birkaç farklı karar verme modeli vardır ve bu modeller bireysel bilişlere (örn. gebelik önleme kullanımının maliyetleri ve faydaları) yaptıkları vurgu ve bu bilişleri ilişkinin özel bağlamına (örn. etkileşim, ilişkinin ciddiyeti, ilişkideki cinsel ilişki sıklığı) ve daha geniş sosyal bağlama (örn. akran normları, sosyal tutumlar) ne ölçüde yerleştirdikleri bakımından farklılık göstermektedir.

Sübjektif beklenen fayda teorisi

Davranışa ilişkin karar verme modellerinin çoğu öznel beklenen fayda teorisine (SEU) dayanmaktadır (Edwards 1954). SEU, bireylerin herhangi bir davranışın olası maliyet ve faydalarına ilişkin öznel tahminlerde bulunduklarını ve bu değerlendirmeye dayanarak hangi davranışın en az maliyet ve en çok fayda (maddi, sosyal ve psikolojik) ile sonuçlanacağına karar verdiklerini öngörmektedir. Bu nedenle davranışı rasyonel olarak nitelendirir. Luker (1975) gebeliği önleyici yöntem kullanımı bağlamında SEU'yu incelemiş ve bireylerin gebeliğin maliyet ve faydaları ile gebeliği önlemenin maliyet ve faydalarını tarttıklarını ileri sürmüştür. Sheeran ve diğerleri (1991) bu yaklaşımın, doğum kontrolünün kadınlar için hiçbir maliyeti olmadığı ve hamileliğin hiçbir faydası olmadığı inancını zayıflatması açısından önemli olduğunu savunmuştur. SEU ağırlıklı olarak bireycidir ve hem ilişkilerin hem de sosyal bağlamların rolü asgari düzeydedir.

Beş bileşenli model

Bu model Reiss ve diğerleri (1975) tarafından geliştirilmiştir ve kontraseptif kullanımını hala durumun rasyonel bir değerlendirmesinin sonucu olarak görmesine rağmen, daha genel tutumların ölçümünü içermektedir. Modelin bileşenleri şunlardır: (1) cinsel seçimlerin onaylanması (örneğin izin vericilik, dindarlık); (2) kendine güven; (3) seks ve doğum kontrolü hakkında erken bilgi; ve (4) evlilik öncesi cinsel standartlar ile davranış ve bağlılık arasındaki uyum. Reiss ve arkadaşları modeli test etmiş ve değişkenlerin ilk üçünün kontrasepsiyon kullanımını öngördüğünü desteklediğini bildirmiştir. Bu model hala ağırlıklı olarak bireysel bilişlerle ilgilidir.

Sağlık inanç modeli

Bu model Rosenstock ve Becker tarafından geliştirilmiştir (örn. Rosenstock 1966; Becker ve Rosenstock 1987) ve Bölüm 2'de ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Orijinal HBM bireysel bilişlere vurgu yapmakta ve etkileşim sorununu göz ardı etmektedir. Lowe ve Radius (1982) HBM'yi özellikle doğum kontrolünü öngörmek için geliştirmiş ve bireysel bilişleri hem ilişki bağlamında hem de daha geniş sosyal normlar çerçevesinde incelemeyi amaçlamıştır. Aşağıdaki değişkenleri eklemişlerdir:

- özsaygı
- kişilerarası beceriler
- seks ve doğum kontrolü hakkında bilgi
- seks ve doğum kontrolüne yönelik tutumlar
- önceki cinsel, kontraseptif ve gebelik deneyimleri
- akran normları
- ilişki durumu
- seks öncesi madde kullanımı.

Bu nedenle, bu model hala bilişleri incelese de, bireylerin sosyal dünyaları hakkındaki bilişlerinin ölçümünü içerir.

Gerekçeli eylem teorisi

Bu teori Fishbein ve Ajzen (1975) tarafından geliştirilmiştir ve Bölüm 2'de ayrıntılı olarak açıklanmıştır. TRA, öznel normlar şeklinde bireylerin sosyal dünyaları hakkındaki bilişlerinin ölçümünü içeren ilk biliş modelidir. Bu nedenle, bireysel bilişsel değişkenlere sosyal bağlamı ekleme girişimini temsil eder ve sonuç olarak etkileşim sorununu ele alır. TRA kontraseptif kullanımını tahmin etmek için kullanılmış ve araştırmalar modelin bileşenleri ile oral kontraseptif kullanma niyeti arasında bir korelasyon olduğunu göstermiştir (Cohen ve ark. 1978). Buna ek olarak, Werner ve Middlestadt (1979) tarafından yapılan araştırma, doğum kontrolüne yönelik tutumlar ve öznel normlar ile oral kontrasepsiyonun fiili kullanımı arasında korelasyonlar olduğunu bildirmiştir.

Cinsel davranış dizisi modeli

Bu model Byrne ve arkadaşları (1977) tarafından geliştirilmiştir ve TRA'da yer alan faktörlere cinsel uyarılma ve cinselliğe verilen duygusal tepkileri de eklemektedir. Cinsel uyarılma, bireyin doğum kontrolü hakkında karar verdiği sırada ne kadar uyarılmış olduğunu ifade eder. Sekse verilen duygusal tepkiler ise Byrne ve arkadaşlarının erotofili (cinsel ipuçlarını zevkli bulma) ya da erotofobi (cinsel ipuçlarını tiksindirici bulma) olarak tanımladığı bir kişilik özelliğini tanımlamaktadır. Cinsel davranış dizisi modeline göre, doğum kontrolü ile ilgili kararlar hem rasyonel bilgi işleme hem de duygular bağlamında alınır. Bu model, bireyin bilişlerine bir dereceye kadar duyguları ve sosyal normları (TRA'dan) eklemeye çalışır.

Herold ve McNamee'nin (1982) modeli

Bu model şu değişkenlerden oluşmaktadır: (1) evlilik öncesi cinsel ilişkinin kabulüne ilişkin ebeveyn ve akran grubu normları; (2) yaşam boyu cinsel partner sayısı; (3) cinsel ilişki konusunda suçluluk ve doğum kontrolüne ilişkin tutumlar; (4) mevcut partnerle ilişki; (5) partnerin doğum kontrolü kullanma konusundaki etkisi; ve (6) cinsel ilişki sıklığı. Bu model, ilişkinin detaylarını da içerdiği için diğer gebelik önleme kullanım modellerinden farklıdır. Gebelikten korunma kullanımını hem genel sosyal normlar bağlamına hem de ilişki bağlamına yerleştirmektedir.

Özet olarak

Bu karar verme modelleri, gebeliği önleyici yöntem kullanımını ilgili değişkenlerin analizinin bir sonucu olarak görmektedir. Ancak, bireyin bilişsel durumunu hem ilişkinin hem de sosyal dünyanın daha geniş bir bağlamına yerleştirmeye çalışma derecelerine göre farklılık gösterirler.

Doğum kontrol yöntemlerinin kullanımına yönelik gelişimsel ve karar verme yaklaşımlarının bütünleştirilmesi

Gelişimsel modeller davranışa vurgu yapar ve güvenilir kontrasepsiyon kullanımını bir dizi aşamadan geçen bir geçişin son ürünü olarak tanımlar. Bu modeller, bu geçişi hızlandırabilecek veya geciktirebilecek psikolojik faktörleri incelememektedir. Buna karşın, karar verme modelleri bireyin bilişlerini vurgular ve değişen derecelerde bu bilişleri ilişki ve sosyal normlar bağlamına yerleştirir. Belki de bu bilişler, gelişimsel modeller tarafından tanımlanan davranışsal aşamaları açıklamak için kullanılabilir. Sheeran ve diğerleri (1991) bu perspektiflerin birleştirilebileceğini ve gebeliği önleyici yöntem kullanımını incelemenin en iyi yolunun (1) arka plan, (2) içsel, (3) kişilerarası ve (4) durumsal faktörlerin bir ürünü olduğunu savunmuştur. Bu faktörleri aşağıdaki gibi tanımlamışlardır.

Arka plan faktörleri

- 1 *Yaş*: Kanıtlar genç kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanımının yaşla birlikte arttığını göstermektedir (örn. Herold 1981).
- 2 *Cinsiyet*: kadınların doğum kontrol yöntemlerini kullanma olasılığı erkeklerden daha yüksek görünmektedir (örn. Whitley ve Schofield 1986).
- 3 *Etnik köken*: Bazı kanıtlar beyazların doğum kontrol yöntemlerini kullanma olasılığının siyahlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (örn. Whitley ve Schofield 1986).
- 4 *Sosyo-ekonomik durum*: Sosyo-ekonomik durum (SES) ile gebeliği önleyici yöntem kullanımı arasındaki ilişkiye dair çelişkili kanıtlar bulunmaktadır; bazı araştırmalar bir ilişki olduğunu (örn. Hornick ve ark. 1979), bazıları ise bir ilişki olmadığını (örn. Herold 1981) göstermektedir.
- 5 *Eğitim*: kanıtlar, daha yüksek okul performansı ve daha yüksek eğitim beklentilerinin doğum kontrolü kullanımı ile bağlantılı olabileceğini göstermektedir (örn. Herold ve Samson 1980; Fursten- burg ve ark. 1983).

Bu arka plan faktörleri kontraseptif kullanımını etkileyebilse de, bu etkinin doğrudan mı yoksa bilgi ve tutumlar gibi diğer faktörlerin etkisi yoluyla mı olduğu belirsizdir.

İçsel faktörler

- 1 *Bilgi*: Whitley ve Schofield (1986) gebeliği önleyici yöntem kullanımıyla ilgili 25 çalışmanın sonuçlarını analiz etmiş ve hem erkeklerde hem de kadınlarda nesnel bilgi ile gebeliği önleyici yöntem kullanımı arasında 0,17'lik bir korelasyon olduğunu bildirmiştir. Gebelik önleme konusundaki ihmal de çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Örneğin, Cvetkovich ve Grote (1981) örneklemelerinin yüzde 10'unun ilk kez cinsel ilişkiye girdiklerinde hamile kalabileceklerine inanmadıklarını ve erkeklerin yüzde 52'sinin ve kadınların yüzde 37'sinin adet döngüsündeki en yüksek riskli dönemleri tanımlayamadıklarını bildirmiştir. Buna ek olarak, Lowe ve Radius (1982) örneklemelerinin yüzde 40'ının spermin ne kadar süre canlı kaldığını bilmediğini bildirmiştir.

- 2 *Tutumlar:* Fisher (1984) doğum kontrol yöntemlerine yönelik olumlu tutumların fiili kullanımla paralel olduğunu bildirmiştir. Olumsuz tutumlar arasında 'spontanlığı öldürdüğü', 'kullanmanın çok zahmetli olduğu' ve olası yan etkileri olduğu yönündeki inançlar yer almaktadır. Buna ek olarak, doğum kontrol hapı taşımanın genellikle rastgele ilişkiye girmekle ilişkilendirildiği düşünülmektedir (örn. Lowe ve Radius 1982).
- 3 *Kişilik:* Birçok farklı kişilik tipi kontraseptif kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Bu araştırma, bireylerin belirli yönlerinin zaman içinde tutarlı olduğunu varsayar ve araştırmalar aşağıdaki kişilik tipleri arasında ilişkiler olduğunu bildirmiştir:
 - *Muhafazakarlık ve cinsiyet rolünün* gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir (örn. Geis ve Gerrard 1984; McCormick ve ark. 1985).
 - *İçsel kontrol odağı, doğum kontrol yöntemlerinin* kullanımı ile ilişkili görünmektedir ancak doğum kontrol yöntemi seçimi ile ilişkili değildir (Morrison 1985).
 - *Cinsel suçluluk ve cinsel kaygı, doğum kontrol yöntemlerinin* kullanımı ve kullanım tutarlılığı ile olumlu yönde ilişkilidir (Herold ve McNamee 1982).
 - *Kişilik genellikle büyük beş faktör kullanılarak ölçülür* (Goldberg 1999). Bunlar *uyumluluk, vicdanlılık, duygusal istikrar, dışadönüklük ve zekadır*. Ingledew ve Ferguson (2006) riskli cinsel davranışı öngörmede kişiliğin rolünü araştırmıştır. Sonuçlar, uyumluluk ve vicdanlılığın riskli davranışları azalttığını göstermiştir. Sonuçlar ayrıca bu etkinin farklı motivasyon biçimleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir.

Kişilerarası faktörler

Araştırmalar, aşağıdaki önemli diğer kişilerin özelliklerinin rolünü vurgulamaktadır:

- 1 *Partner:* ilişkinin süresi, yakınlık, ilişki türü (örn. geçici ve sürekli), münhasırlık ve doğum kontrolü hakkında açık tartışmalar yapabilme becerisi dahil olmak üzere ilişkinin yönleri doğum kontrolü kullanımını etkileyebilir (örn. DeLamater ve MacCorquodale 1978, 1979).
- 2 *Ebeveynler:* Ebeveynlerin izin vericiliğinin artmasının ve anneler ile kızları arasında doğum kontrolü hakkında açık iletişimin doğum kontrolü kullanımıyla ilişkili olduğunu gösteren bazı kanıtlar vardır (örn. Herold ve McNamee 1982).
- 3 *Akranlar:* artan kontraseptif kullanımı akranların izin vericiliği ve akranların kendi kontraseptif davranışlarıyla ilişkilidir (örn. Herold 1981).

Durumsal faktörler

Sheeran ve diğerleri (1991) de durumsal faktörlerin kontraseptif kullanımına katkıda bulunduğunu ileri sürmüşlerdir:

- 1 *Cinselliğin kendiliğindenliği:* *Kendiliğindenlik* genellikle doğum kontrol yöntemi kullanmamanın bir nedeni olarak gösterilmektedir (örn. Holland ve ark. 1990b).
- 2 *Cinsel ilişkiden önce madde kullanımı:* Cinsel ilişkiden önce uyuşturucu veya alkol gibi maddelerin alınması riskli cinsel ilişkiye ilişkili olabilir.
- 3 *Doğum kontrol yöntemlerinin erişilebilirliği:* Araştırmalar ayrıca hem genel olarak (örneğin barlarda prezervatif makinelerinin bulunması) hem de cinsel ilişkiye girmeyi düşündükleri sırada doğum kontrol yöntemlerine kolay erişimin doğum kontrol yöntemlerinin kullanımını öngörüp öngörmediğini de incelemiştir (örneğin Gold ve ark. 1991).

Sheeran ve diğerleri (1991) bu farklı değişkenlerin doğum kontrol yöntemlerinin kullanımını öngörmek için etkileşim içinde olduğunu savunmuştur. Kişilerarası ve durumsal faktörleri, bireyin gebelikten korunma

ilişki ve daha geniş sosyal dünya bağlamında bilişler. Bu değişkenler ayrı ayrı uygulanabilir veya alternatif olarak modellere dahil edilebilir. Özellikle sosyal biliş modelleri, bireyin sosyal dünyası hakkındaki bilişlerini, özellikle de normatif inançlarını vurgular. Ancak, bir bireye ilişki hakkında soru sormanın iki kişi arasındaki etkileşime gerçekten erişip erişmediği tartışmalıdır. Örneğin, 'hap kullanmaya karar verdim çünkü bunu partnerimle konuşmuştum' inancı iki birey arasındaki etkileşimi tanımlayan bir ifade midir, yoksa bir bireyin bu etkileşim hakkındaki bilişleri midir?

HIV/AIDS salgınının başlangıcından bu yana, bir risk olarak seks yeni bir boyut kazanmıştır - kronik hastalık ve ölüm boyutu. HIV ve AIDS'i önleyici davranışlar üzerine yapılan araştırmalar, seksin bir etkileşim olarak ele alınmasının farklı yollarını da göstermektedir. Bazen göz ardı edilse de, bu araştırma cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklarla da ilgilidir.

Kutu 8.1 ... cinsiyet araştırmaları ile ilgili bazı sorunlar

Aşağıda, bu alandaki araştırmalarla ilgili göz önünde bulundurmak isteyebileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır.

- 1 Cinsel davranış iki kişiyi içerir ve bu nedenle iki inanç, duygu ve davranış kümesi arasındaki etkileşimden kaynaklanır. Nihayetinde tüm davranışlar sosyal bağlamında yer alsa da, cinsel davranış bunu açıkça göstermektedir ve bu nedenle bir kişinin seks yapıp yapmamasıyla ve riskli davranışlarda bulunup bulunmamasıyla ilgili faktörlerin anlaşılması ve ölçülmesi açısından belirli sorunlara yol açmaktadır.
- 2 Cinsel davranışlar utanç yaratabilir ve hassas ve kişisel bir araştırma alanı olarak kabul edilir. Bu durum etik onay alma ve insanları açık ve dürüst bir şekilde konuşmaya teşvik etme konusunda sorunlara yol açabilir.
- 3 Cinsel davranış araştırmalarının çoğu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV gibi seksle ilişkili sorunlara odaklanmaktadır. Bugüne kadar sağlık psikolojisi alanında yapılan çok az araştırma, seksi sağlıklı ve zevkli bir aktivite olarak vurgulamıştır. Bunun nedeni kısmen utanç meseleleri, kısmen de fon sağlayıcıların sağlık sorunlarına vurgu yapmasıdır.
- 4 Cinsel davranış araştırmaları, insanların yoksunluğun ileriye giden yol olduğuna inanıp inanmadıkları, eşcinsel davranışları yargılayıp yargılamadıkları, tek eşliliğe inanıp inanmadıkları ve 'karışıklığa' eleştirel yaklaşıp yaklaşmadıkları açısından ideolojik bakış açılarıyla yüklü olabilir. Dolayısıyla araştırma, seçilen araştırma alanları, toplanan ve finanse edilen veriler ve araştırmanın yorumlanma ve sunulma biçimleri açısından taraflı olabilir.

CYBH/HIV ve AIDS bağlamında bir risk olarak seks

HIV virüsü 1982 yılında tanımlanmıştır (HIV ve AIDS tartışması için Bölüm 14'e bakınız). O zamandan bu yana sağlık eğitimi programlarının virüsün yayılmasını önlemeye yönelik yaklaşımları değişmiştir. Örneğin, ilk kampanyalarda tek eşlilik ya da en azından cinsel partner sayısının azaltılması vurgulanıyordu. Kampanyalar aynı zamanda penetratif olmayan cinsel ilişkiyi teşvik ediyor ve cinsel ilişkiden zevk almanın alternatif yollarını öneriyordu. Ancak, daha yeni kampanyalar güvenli seks ve prezervatif kullanımını vurgulamaktadır. Aslında, Reiss ve Leik (1989) HIV'e karşı en iyi yaklaşımın p e r h i z , penetratif olmayan seks ya da partner sayısının azaltılması değil, kondom kullanımının artırılması olduğunu savunmuştur. Sonuç olarak, araştırmalar başarılı sağlığı geliştirme kampanyaları geliştirmek amacıyla güvenli seks ve kondom kullanımının ön koşullarını incelemiştir.

İnsanlar prezervatif kullanıyor mu?

Genç insanlar

Bazı araştırmacılar kitlesel medya kampanyalarının gençlerin cinsel davranışlarını değiştirmede (Sherr 1987) ve hatta ABD'de bu yaş grubunda cinsel yolla bulaşan hastalıklarda (CYBH) artış olduğunu ileri sürmüşlerdir (Boyer ve Kegles 1991). Birleşik Krallık'ta veriler, klamidyada bir artış olduğunu ve yaşlı nüfusta görülen gonorrhoea'daki dramatik azalmanın genç insanlar arasında belirgin olmadığını göstermektedir. Richard ve van der Pligt (1991) bir grup Hollandalı genç arasında kondom kullanımını incelemiş ve birden fazla partneri olanların yüzde 50'sinin sürekli kondom kullandığını bildirmiştir. Amerika'da yapılan bir çalışmada, ergenlik çağındaki kadınların yüzde 30'unun cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından risk altında olduğu ve bunların yüzde 16'sının sürekli olarak kondom kullandığı görülmüştür (Weisman ve ark. 1991). Kadınlar, Risk ve AIDS Projesi (WRAP) (örn. Holland ve ark. 1990b) 16-19 yaş arası heteroseksüel kadınlarla görüşmüş ve anketler uygulamıştır. Bunların yüzde 16'sının tek başına prezervatif kullandığı, yüzde 13'ünün doğum kontrol hapı kullanırken prezervatif kullandığı, yüzde 2'sinin spermisit ile birlikte prezervatif kullandığı ve yüzde 3'ünün diyafram ile birlikte prezervatif kullandığı bildirilmiştir. Genel olarak örneklemin sadece yüzde 30'u daha önce prezervatif kullanmış, yüzde 70'i ise kullanmamıştır. Fife-Schaw ve Breakwell (1992) gençler arasında prezervatif kullanımına ilişkin literatürü gözden geçirmiş ve 16 ila 24 yaş arasındaki gençlerin yüzde 24 ila yüzde 58'inin en son cinsel karşılaşmalarında prezervatif kullandığını tespit etmiştir. Yakın zamanda, Hatherall ve arkadaşları (2006) da gençlerde kondom kullanımını araştırmış ve yüzde 62'sinin en son cinsel deneyimlerinde kondom kullandıklarını söylediğini bildirmiştir. Ancak, bunların yüzde 31'i önceki altı ay içinde en az bir kez penetrasyondan sonra prezervatif taktığını ve yüzde 9'u prezervatif çıkarıldıktan sonra penetrasyon olduğunu bildirmiştir. Bu da kondom kullanıldığında bile her zaman etkili şekilde kullanılmadığını göstermektedir. Ayrıca, Stone ve arkadaşları (2006) oral seks sırasında prezervatif kullanımını araştırmıştır, çünkü bu CYBH bulaşmasının önlenmesi için tavsiye edilmektedir ve sonuçlar oral seks yapanların sadece yüzde 17'sinin hiç prezervatif kullanmadığını ve sadece yüzde 2'sinin sürekli prezervatif kullandığını göstermiştir. Kullanmama nedenleri arasında hazzın azalması ve motivasyon eksikliği yer alırken, kullanma nedenleri arasında hijyen ve 'tükürme/yutma ikileminden' kaçınma yer almaktadır.

Homoseksüeller

Araştırmalar ayrıca homoseksüel olarak aktif erkekler arasında kondom kullanımını da incelemiştir. Weatherburn ve arkadaşları (1991) İngiltere ve Galler'de 930 homoseksüel aktif erkeklerle görüşmüş ve bunlardan 270'inin bir önceki ay içinde anal ilişkiye girdiğini, yüzde 38,9'unun her zaman kondom kullandığını, yüzde 49,6'sının hiçbir zaman kondom kullanmadığını ve yüzde 11,5'inin bazen kondom kullandığını bildirmiştir. Bir önceki ay alıcı anal seks yaptığını bildiren 254 kişinin yüzde 42,5'i her zaman prezervatif kullanmış, yüzde 45,7'si hiçbir zaman prezervatif kullanmamış ve yüzde 11,8'i bazen prezervatif kullanmıştır. Weatherburn ve arkadaşları (1991) kondom kullanımının düzenli cinsel partnerlerle değil gündelik cinsel partnerlerle ilişkili olduğunu ve tek eşli olmayan açık ilişkilerde daha yaygın olduğunu bildirmiştir. Dolayısıyla, bu yüksek risk grubunda kondom kullanımı düşüktür.

Biseksüeller

Bir çalışmada, Boulton ve arkadaşları (1991) 60 biseksüel erkeğe cinsel davranışları ve kondom kullanımları hakkında sorular sormuştur. Önceki 12 ay içinde, yüzde 80'inin erkek partneri, yüzde 73'ünün kadın partneri ve yüzde 60'ının en az bir erkek ve bir kadın partneri olmuştur. Mevcut partnerleriyle kondom kullanımları açısından, yüzde 25'i mevcut erkek partneriyle her zaman kondom kullandığını, yüzde 12'si mevcut kadın partneriyle her zaman

kondom kullandığını, yüzde 27'si erkek partneriyle bazen/hiçbir zaman kondom kullanmadığını ve yüzde 38'i kadın partneriyle bazen/hiçbir zaman kondom kullanmadığını bildirmiştir.

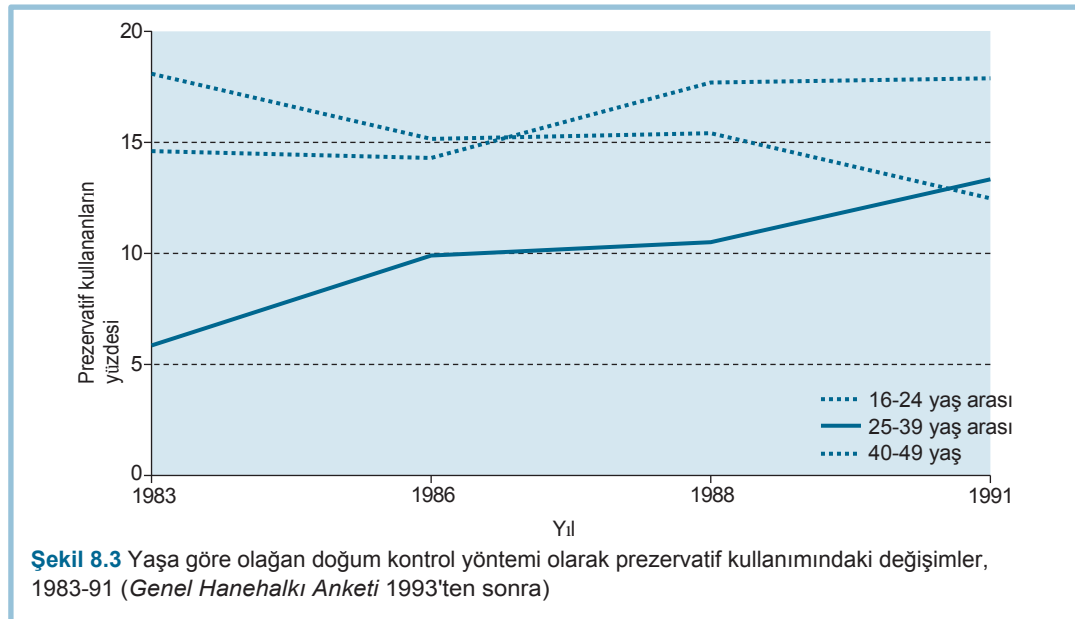
Mevcut olmayan partnerlerine bakıldığında, yüzde 30'unun bir erkekle, yüzde 34'ünün ise bir kadınla korunmasız cinsel ilişkiye girdiği görülmektedir. Biseksüellerin homoseksüel ve heteroseksüel popülasyonlar arasında bir köprü oluşturduğuna inanılmaktadır ve bu veriler kondom kullanım sıklıklarının düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum, bu davranışın olası nedenlerinin belirlenmesi ihtiyacını vurgulamaktadır.

Prezervatif kullanımındaki değişiklikler

Hollanda'daki HIV önleme eğitim kampanyalarının etkilerini incelemek amacıyla Hooykaas ve arkadaşları (1991) 340 heteroseksüel erkek ve kadın ile fahişenin cinsel davranışlarındaki değişiklikleri incelemiştir. Bir yıllık takip süresince, fahişelerle/müşterilerle vajinal ilişki sırasında kondom kullanımının yüksek olduğunu ve yüksek kaldığını, özel partnerlerle kondom kullanımının düşük olduğunu ve düşük kaldığını, ancak hem erkeklerin hem de kadınların cinsel partner sayılarını yüzde 50 oranında azalttıklarını bildirmişlerdir.

Genel Hane Halkı Anketi (1993) sonuçları 1983'ten 1991'e kadar İngiltere'de prezervatif kullanımındaki değişikliklere ilişkin bazı bilgiler sağlamıştır (bkz. Şekil 8.3). Bu veriler, özellikle genç yaş gruplarında belirgin olmak üzere, olağan doğum kontrol yöntemi olarak kondom kullanımında genel bir artış olduğunu göstermektedir. Ancak tüm araştırmalar böyle bir artışa işaret etmemektedir. HIV'in en yüksek homoseksüel vakalarından birine sahip olan San Francisco'dan elde edilen ilk veriler, 1980'lerin sonlarında yeni HIV enfeksiyonu vakalarının dramatik bir şekilde düştüğünü ve 1990'ların sonlarında esasen sabit hale geldiğini göstermiştir (Katz 1997; Schwarcz ve ark. 2001). Ancak o zamandan bu yana rektal gonore vakalarında bir artış olmuş ve klinik deneyimler, kesitsel ve uzunlamasına çalışmalar korunmasız anal seksin artan bir sorun olarak yeniden ortaya çıktığını göstermektedir. Bu durum, ilk AIDS önleme çabalarından sonra kondom kullanımında meydana gelen önemli artışın tersine dönmeye bağlayabileceğini göstermektedir.

HIV virüsünün yayılmasını önlemenin başlıca yolu olarak prezervatif kullanımı önerilmektedir. Bu veriler, her zaman düzenli olarak olmasa da birçok kişinin prezervatif kullandığını bildirdiğini göstermektedir. Buna ek olarak, birçok kişi kondom kullanmadığını belirtmektedir. Dolayısıyla, sağlığı geliştirme mesajları pek çok kişiye ulaşıyor olsa da, pek çok kişi tavsiyelere uymamaktadır.



Prezervatif kullanımını tahmin etme

Kondom kullanımını incelemek için sadece bilgiyi kullanan basit modeller kullanılmıştır. Ancak bu modeller bireyin inançlarını göz ardı etmekte ve sadece HIV hakkındaki bilginin artırılmasının güvenli seksi teşvik edeceğini varsaymaktadır. Bireyin bilişsel durumunu dahil etmek için, HIV ve AIDS bağlamında kondom kullanımına sosyal biliş modelleri uygulanmıştır (bu modellerin tartışması için Bölüm 2'ye bakınız). Bu modeller, gebelikten kaçınmak için kontraseptif kullanımı da dahil olmak üzere sağlıkla ilgili diğer davranışları tahmin etmek için kullanılanlara benzerdir ve ilişki ve daha geniş sosyal bağlam bağlamında bilişleri anlamaya yönelik çeşitli girişimleri göstermektedir.

Sosyal biliş modelleri

Sağlık inanç modeli (HBM)

HBM Rosenstock ve Becker (örn. Rosenstock 1966; Becker ve Rosenstock 1987) tarafından geliştirilmiştir (bkz. Bölüm 2) ve kondom kullanımını tahmin etmek için kullanılmıştır. McCusker ve arkadaşları (1989) HBM'yi 12 aylık bir dönem boyunca homoseksüel erkeklerde kondom kullanımını tahmin etmek için uyarlamıştır. Modelin bileşenlerinin iyi yordayıcılar olmadığını ve yalnızca algılanan duyarlılığın kondom kullanımıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Buna ek olarak, en iyi yordayıcının önceki risk davranışı olduğunu bildirmişlerdir. Bu durum, kondom kullanımının alışkanlık haline gelmiş bir davranış olduğunu ve mevcut kondom kullanımını zaman ve alışkanlıklar bağlamına yerleştirmenin bu davranışı değerlendirmenin bir yolu olabileceğini düşündürmektedir. HBM'nin kondom kullanımını öngörmede başarısız olmasının nedenleri Abraham ve arkadaşları tarafından incelenmiştir. Sheeran (1994). Aşağıdaki açıklamaları önermektedirler:

- *Ciddiyet konusunda fikir birliği:* HIV'in çok ciddi bir hastalık olduğunu herkes bilir. Bu durum, bu değişkene ilişkin derecelendirmelerde sadece küçük farklılıklar olması halinde tavan etkisi sorununu ortaya çıkarmaktadır.
- *Kişisel duyarlılığın kabul edilmemesi:* İnsanlar HIV'i, nedenlerini ve nasıl bulaştığını biliyor gibi görünse de, başışıklık ve düşük duyarlılık ('benim başıma gelmez') duyguları son derece yaygındır. Bu durum, bireysel değişkenliğin az olduğu bir taban etkisi sorununu ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla HBM'nin bu iki temel bileşeninin kondom kullananlar ile kullanmayanlar arasında ayırım yapması pek olası değildir.
- *Daha güvenli seks, davranışın uzun vadede sürdürülmesini gerektirir:* HBM, kısa vadeli davranış değişikliklerinin iyi bir belirleyicisi olabilir (örneğin, kısa vadede bir egzersiz kursuna katılmak, sigarayı bırakmak), ancak daha güvenli seks devam eden bir davranıştır ve kondom kullanımını bir alışkanlık olarak benimsemek için sürekli bir kararlılık gerektirir.
- *Seks duygusaldır ve yüksek düzeyde uyarılma içerir:* bu faktörler HBM'nin rasyonel bilgi işleme yaklaşımını gereksiz kılabilir.
- *Seks etkileşimlidir ve müzakere içerir:* kondom kullanımı iki kişi arasında gerçekleşir, bir müzakere süreci içerir ve bir ilişki bağlamında meydana gelir. Bireysel bilişlerin değerlendirilmesi bu müzakere sürecine erişim sağlamaz. Abraham ve Sheeran (1993), sosyal becerilerin güvenli seksin daha iyi belirleyicileri olabileceğini öne sürmektedir.
- *İnançlardan davranışa:* HBM, inançların (örneğin 'kendimi risk altında hissediyorum') davranışa (örneğin 'prezervatif kullanıyorum') nasıl dönüştüğüne açıklık getirmemektedir.

Gerekçeli eylem teorisi (TRA) ve planlı davranış teorisi (TPB)

HBM ile ilgili bazı sorunları çözmek amacıyla, prezervatif kullanımını tahmin etmek için TRA

ve TPB kullanılmıştır. Bu modeller, inançların nasıl eyleme dönüştüğü sorununu ele almaktadır

'davranışsal niyetler' bileşenini kullanarak. Buna ek olarak, sosyal bilişlere (normatif inançlar bileşeni) vurgu yaparak inançları bir bağlama yerleştirme sorununu ele almaya çalışmaktadırlar. Araştırmalar TRA'nın kondom kullanımını tahmin etmede bir dereceye kadar başarılı olduğunu ve davranışsal niyetlerin bir, üç ve dört aylık kondom kullanımını tahmin ettiğini göstermektedir (Fisher 1984; Boyd ve Wandersman 1991; van der Velde ve ark. 1992). Ayrıca, prezervatife yönelik tutumlar davranışsal niyetleri öngörmekte (Boldero ve ark. 1992) ve algılanan partner desteği (partner normları) kadınlar tarafından prezervatif kullanımının iyi bir öngörücüsü olarak görünmektedir (Weisman ve ark. 1991).

Araştırmalar ayrıca prezervatif kullanma niyetini önceden belirlemede TPB ile karşılaştırıldığında TRA'nın göreceli faydasını da araştırmıştır (Sutton ve ark. 1999). Bu çalışmanın sonuçları TPB'nin TRA'dan daha etkili olmadığını (yazarların tahminlerinin aksine) ve geçmiş davranışların en güçlü yordayıcı olduğunu göstermiştir. Prezervatif kullanımına ilişkin yakın zamanda yapılan bir çalışmada, en iyi yordayıcıların akranlar, arkadaşlar, kardeşler, önceki partnerler, ebeveynler ve genel kamuoyunu içeren normatif inançların bir kombinasyonu olduğu görülmüştür. Bu durum, bilişlerin kondom kullanımını öngörmekte bir rol oynayabilmesine rağmen, esasen etkileşimli olan bu davranışın muhtemelen en iyi hem ilişki hem de daha geniş sosyal dünya bağlamında anlaşılabilirliğini ve normatif inançlar şeklindeki sosyal bilişlerin önemli rolünü vurguladığını göstermektedir. Bu nedenle, TRA ve TPB, HBM ile ilgili bazı sorunları ele alsa da, diğer bazı sorunları hala ele almamaktadır.

Öz yeterliliğin rolü

Öz yeterlilik kavramı (Bandura 1977) birçok davranış modeline dahil edilmiştir. Kondom kullanımı açısından öz yeterlilik, kondom satın alma konusunda güven, kondom kullanma konusunda güven veya kondom kullanılmasını önerme konusunda güven gibi faktörleri ifade edebilir. Araştırmalar, algılanan öz yeterlilik ile bildirilen kondom kullanımı (Richard ve van der Pligt 1991) ve cinsel ilişkiyi düşünürken HIV riskinin reddedilmesi (Abraham ve ark. 1994) arasında bir ilişki olduğunu vurgulamıştır. Schwarzer (1992), öz yeterliliği davranışın öngörülmesinde merkezi bir role yerleştiren sağlık eylem süreci yaklaşımını (HAPA, bkz. Bölüm 2) geliştirmiştir. Ayrıca, bu model zaman ve alışkanlığa vurgu yaptığı için kondom kullanımıyla özellikle ilgili olabilir.

Sosyal biliş modelleriyle ilgili sorunlar

HBM tarafından vurgulanan sorunların birçoğu diğer sosyal biliş modellerinin de karakteristik özelliğidir (ayrıntılı bir tartışma için Bölüm 2'ye bakınız). Bu sorunlar aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- 1 *Tutarsız bulgular.* Kondom kullanımını inceleyen araştırmalar tutarlı sonuçlar ortaya koymamıştır. Örneğin, Fisher (1984) niyetler ile gerçek davranışlar arasında bir ilişki olduğunu bildirirken, Abraham ve diğerleri (1991) böyle bir ilişki bulamamıştır. Joseph ve arkadaşları (1987) kondom kullanımının akran normları tarafından öngörüldüğünü öne sürerken, Catania ve arkadaşları (1989) böyle olmadığını bulmuştur. Ayrıca, Catania ve arkadaşları (1989) kondom kullanımının algılanan ciddiyet ve öz yeterlilikle ilişkili olduğunu, ancak Hingson ve arkadaşları (1990) bu faktörlerle ilişkili olmadığını belirtmiştir. Ancak bu çalışmalarda çok farklı popülasyonlar (homoseksüel, heteroseksüel, ergenler, yetişkinler) kullanılmıştır. Belki de kondom kullanım modelleri farklı popülasyonların bilişsel kümelerine uyacak şekilde oluşturulmalıdır; herkes için tek bir model geliştirme girişimleri, farklı gruplar içindeki farklı bireylerin sahip olduğu çok sayıda farklı bilişi göz ardı edebilir.
- 2 *Bireysel bilişlerin bir sonucu olarak cinsiyet.* Bilişlere ve bilgi işlemeye vurgu yapan

modeller, davranışı özünde bilgi işlemenin bir sonucu olarak görür - davranışa individualist bir yaklaşım. Özellikle, ilk modeller temsillere odaklanma eğilimindeydi.

dış dünya ile etkileşimlerini dikkate almaksızın bireyin risklerini değerlendirmektedir. Dahası, HBM gibi modeller bu süreci rasyonel olarak vurgulamıştır. Ancak, son zamanlardaki sosyal biliş modelleri, bireyin sosyal dünyası hakkındaki bilişlerini (normatif inançlar) vurgulayarak ve duygu unsurlarını dahil ederek (davranış daha az rasyonel hale gelir) bu durumu düzeltmeye çalışmıştır.

- 3 *Duyarlılık algısı.* Buna ek olarak, bu modeller insanların HIV'in son derece ciddi bir hastalık olduğunu ve nasıl bulaştığını bildikleri için kendilerini savunmasız hissedeceklerini öngörmektedir (örneğin, 'HIV korunmasız cinsel ilişki ile bulaşır, ben korunmasız cinsel ilişkiye giriyorum, bu nedenle HIV riski altındayım'). Durum böyle görünmemektedir. Ayrıca, modeller yüksek düzeyde duyarlılığın daha az risk alma davranışı ile ilişkili olacağını öngörmektedir (örneğin, 'Risk altındayım, bu nedenle prezervatif kullanacağım'). Bu ilişki yine sorunludur.
- 4 *Bireyler arasında bir etkileşim olarak seks - ilişki bağlamı.* Prezervatif kullanım modelleri bilişlere odaklanmaktadır. Bu davranışın gerçekleştiği yerin (ilişki) analizini de içerecek şekilde akran normları, partner normları ve partner desteği gibi değişkenler eklenmiştir. Ancak, bu değişkenlere hala bir bireye ilişki hakkındaki inançları sorularak erişilmektedir. Belki de bu hala sadece bir bilişle erişmektir, eylemler arası değil.
- 5 *Sosyal bağlamda seks.* Seks aynı zamanda cinsel uygulamalarla ilgili normları, cinsiyet rollerini ve stereotipleri, hastalığın rolünü ve cinsel davranış teorilerini içeren daha geniş bir sosyal bağlamda gerçekleşir. Bilişsel modeller bu daha geniş bağlamı ele alamaz.

Duyarlılık algıları, bireyler ve daha geniş sosyal bağlam arasındaki bir etkileşim olarak cinsiyet şimdi daha ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

Duyarlılık algıları - risk altında mısınız?

Günümüzde cinsel bir kariyere sahip olmak, riskle daha önce görüldenden farklı bir ilişki kurmayı gerektirmektedir. Bununla birlikte, araştırmalardan çıkan en tutarlı bulgulardan biri, heteroseksüel ve homoseksüel popülasyonlarda kişisel incinmezlik algısıdır. HIV'e karşı bu zarar görmezlik hissi, algılanan duyarlılık ve gerçekçi olmayan iyimserlik derecelendirmelerini inceleyen nicel çalışmalarla gösterilmiştir (bkz. Bölüm 2 ve 13). Örneğin, Abrams ve arkadaşları (1990: 49) 1988 yılında yaptıkları anket çalışmasında gençlerin 'kendilerini soktukları risk üzerinde kontrol sahibi oldukları' algısını içeren güçlü bir AIDS'ten etkilenmezlik duygusuna sahip oldukları' sonucuna varmışlardır. İskoçya'da 1988'den 1989'a kadar genç nüfusun inançları üzerine yapılan bir çalışmada, yazarlar bu süre zarfında kayıtsızlık ve zarar görmezlik duygusunun arttığını bildirmişlerdir.

Buna ek olarak, bireylerin HIV açısından risk altında olduklarını hissedip hissetmediklerini daha fazla incelemek için nitel yöntemler kullanılmıştır. Woodcock ve arkadaşları (1992) 16-25 yaş arası 125 gençle cinsel davranışları hakkında görüşmüş ve bu kişilerin kendi risk faktörlerini nasıl değerlendirdiklerini incelemiştir. Yazarlar, görüşülen kişilerin birçoğunun riskli davranışları onayladığını ve hem kendi risklerini kabul eden hem de kendilerini riske attıklarını reddeden gerekçeler sunduğunu bildirmiştir. Bu riskle başa çıkma yolları aşağıdaki gibidir:

- 1 *Riski kabul etmek.* Bir denek davranışlarının riskli olduğunu kabul ederek şöyle demiştir: 'Ben bir şanssızım ve şanssız olduğumu biliyorum . . . bu AIDS olayında prezervatif kullanmam gerektiğini biliyorum'. Ancak, çoğu denek, bir dereceye kadar riski kabul etseler de, 'şimdiye kadar belli olurdu', 'geçmişte kaldı' veya 'o günlerde AIDS yoktu' (21 yaşında bir görüşmeciden) gibi ifadelerle riski göz ardı etmeyi başarmıştır.

- 2 *Riski inkar etmek.* En yaygın olarak, kişiler kendilerini riske attıklarını inkar etmişlerdir ve cinsel davranışlarının rasyonelize edildiği karmaşık yollar, duyarlılık ve 'risk altında olma' kavramlarının ne kadar karmaşık olduğunu göstermektedir. Woodcock ve diğerleri (1992) riskli davranışı rasyonelleştirmenin birçok yolunu sunmuştur. Bunlar arasında 'orantısız bir şekilde büyütüldüğüne', 'AIDS'in yaşamak için alınan bir risk olduğuna' inanmak yer almaktadır ve yazarlar 'özellikle otobüsler tarafından ezilme temasının' yaygın olduğunu ve 'beni etkilemez' inancının da belirgin olduğunu bildirmektedir. Buna ek olarak, görüşülen kişiler kendi risklerini seks yaptıkları kişilerin türleri bağlamında değerlendirmişlerdir. Örneğin, 'Çok dolaşan insanlarla birlikte olmam', 'Son altı ayda sadece seninle yattığımı söyledim' ve 'Riskli coğrafi bölgelerde seks yapmam' - bir görüşmeci 'Londra başkent: daha fazla AIDS olmalı' dedi.

Rasyonel bilgi işlemeyi vurgulayan çoğu bilişsel model, kondom kullanımının HIV'e karşı duyarlılık ve risk altında olma duygularıyla ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Bununla birlikte, birçok insan kendilerinin risk altında olduğuna inanmıyor gibi görünmektedir, belki de bu yüzden kendini koruyucu davranışlarda bulunmamaktadırlar ve riskle ilgili bazı kabuller yapıldığında bile, bu genellikle göz ardı edilmekte ve davranış değişikliği ile ilgili görünmemektedir.

Bireyler arası bir etkileşim olarak cinsiyet

Seks özünde etkileşimli bir davranış olduğundan, psikologlar kondom kullanımının anlaşılmasına etkileşimli bir bileşen eklemeye çalışmışlardır. Bireyler arasındaki etkileşime erişmek amacıyla Abraham ve Sheeran (1993) sosyal biliş modellerinin, doğum kontrolü kullanımına ilişkin literatürde tanımlanan kişilerarası ve durumsal değişkenleri içerecek şekilde genişletilmesi gerektiğini savunmuştur. Özellikle, süre, yakınlık, iletişim kalitesi, statü (geçici ve sürekli) gibi ilişki faktörlerinin, bilgi ve inançlar gibi içsel faktörlere ve madde kullanımı ve spontanlık gibi durumsal faktörlere eklenmesi gerektiğini savunmuşlardır. Wilkinson ve arkadaşları (2002) da cinsiyeti bir etkileşim olarak vurgulamış ve partner işbirliğinin rolüne dikkat çekmiştir. Evli olmayan 398 öğrenciden hem kendi cinsel davranışlarını hem de partnerlerinin daha güvenli seks yapma konusunda ne kadar işbirlikçi olduğuna dair algılarını değerlendirmelerini istemişlerdir. Sonuçlar, partner işbirliğinin daha güvenli cinsel davranışla bağlantılı olduğunu göstermiştir.

Etkileşim sürecinin daha iyi anlaşılması için bazı araştırmalar niteliksel yöntemler kullanmış ve insanlar arasındaki müzakerelere odaklanmıştır. Kadınların Risk ve AIDS Projesi (WRAP) Londra ve Manchester'dan 150 kadınla cinsel geçmişleri ve cinsel davranışları hakkında görüşmüş ve kondom kullanımının müzakere edilmesiyle ilgili faktörleri tanımlamıştır. Holland ve arkadaşları (1990b: 4) seks sırasında 'kelimelerin değiş tokuş edilmesi en zor şeyler olabileceğini' belirtmiş ve kondom kullanımına ilişkin müzakerenin 'riskle rasyonel bir şekilde başa çıkmaya ilişkin basit, pratik bir sorudan çok daha karmaşık olduğunu, potansiyel olarak eşit olmayan partnerler arasındaki müzakerenin bir sonucu olduğunu' öne sürmüştür. Müzakere sürecinin, bazı sağlık promosyonu kampanyalarında öne sürüldüğü gibi utanç nedeniyle engellenebileceğini, ancak bu 'kondom kullanımına ilişkin utancın sadece kötü zamanlama sorunu olmadığını, çok karmaşık bir müzakere sürecine işaret ettiğini' öne sürmüşlerdir. Bu nedenle kondom kullanımını ilişki bağlamına yerleştirmekte ve bireyler arasındaki etkileşimi kondom kullanım sürecinin yalnızca bir bileşeni olarak görmek yerine bu etkileşimi merkeze almaktadırlar.

WRAP çalışmasından elde edilen sonuçlar, müzakere süreci ve bireyler arasındaki etkileşim hakkında bazı bilgiler sağlamaktadır. Görüşülen kişilerden bazıları güvenli seks talebinde bulunma konusunda herhangi bir zorluk yaşamadıklarını belirtmiş, bir kadın ise 'prezervatif

takmak istemiyorlarsa, o zaman zor, bilirsiniz, gidin ve başka birini bulun' demiştir. Bir başka kadın ise "prezervatif kullanmaktan gerçekten nefret ediyor, ben de

Bir teorinin test edilmesi - durum ve kondom kullanımı

Eşcinsel erkeklerde kondom kullanımı ile ilişkili durumsal faktörleri ve bilişleri inceleyen bir çalışma (Gold ve ark. 1991).

Arka plan

Batı dünyasında HIV açısından en büyük risk altında olanlar homoseksüel erkeklerdir. Bu nedenle, bu grupta daha güvenli seksin anlaşılmasının sağlığın teşviki ve geliştirilmesi açısından belirgin etkileri vardır. Bu çalışmanın amacı, hangi durumsal faktörlerin (örn. fiziksel konum, partner tipi) ve bilişlerin (örn. arzular, uyuşturucu/alkol kullanma niyetleri) ve ruh halinin korunmalı ya da korunmasız seksle ilişkili olduğunu incelemektir. Gold ve arkadaşları (1991) tarafından yapılan bu çalışma, bireysel bilişleri hem ilişki bağlamına hem de daha geniş sosyal bağlama yerleştirme girişimini göstermektedir. Buna ek olarak, ruh hali ölçümleri seksin daha az rasyonel yönlerini inceleme girişimini yansıtmaktadır.

Metodoloji

Konular

Toplam 219 Avustralyalı gey erkek, bir önceki yıl içinde yaşadıkları iki cinsel ilişki hakkında sorular içeren bir anket doldurmuştur. Bu kişiler çeşitli gey mekanlarından (örn. gey bar/disko, mekanda seks mekanı, yerleşik gey grubu, AIDS konseyi binaları, geniş bir gey müşteri kitlesine sahip olduğu bilinen bir tıbbi uygulama) toplanmıştır.

Tasarım

Çalışma, tüm deneklerin kendi kendilerine uyguladıkları bir anketi tamamladıkları kesitsel bir tasarım içermektedir.

Anket

Deneklerden bir önceki yıl içinde biri güvenli seks diğeri güvensiz seks içeren iki cinsel karşılaşmayı düşünmeleri istenmiştir. Bu karşılaşmaların her biri hakkında aşağıdaki derecelendirmeleri/soruları doldurmaları istenmiştir:

- 1 Karşılaşmaların ayrıntıları.** Deneklere karşılaşmaları hakkında sorular sorulmuştur: (i) ne kadar zaman önce gerçekleştiği; (ii) karşılaşma sırasında AIDS hakkında bilgi sahibi olup olmadığı; ve (iii) ne tür bir cinsel aktivite gerçekleştiği (örn. cinsel ilişki, rektuma boşalma). Karşılaşma daha sonra dört geçici aşamaya bölünmüştür: (i) 'akşamın' başlangıcı; (ii) potansiyel partnerle tanışma zamanı; (iii) seksin başlangıcı; ve (iv) seks sırasında. Daha sonra deneklerden hem güvenli hem de güvenli olmayan karşılaşma için karşılaşmanın her aşamasıyla ilgili soruları yanıtlamaları istenmiştir.
- 2 Akşamın başlangıcı.** Deneklerden şunları değerlendirmeleri istenmiştir: (i) akıllarından geçen arzuların türü (örn. cinsel ilişkiye girmeden seks yapmak, prezervatifsiz cinsel ilişkiye girmek, heyecanlı seks yapmak, içki içmek veya hafifçe kafayı bulmak); ve (ii) o andaki ruh hallerini (örn. mutlu, rahat, stres altında) ve ne kadar sarhoş olduklarını değerlendirmeleri.
- 3 Partnerle tanışma.** Deneklere şu sorular sorulmuştur: (i) partnerleriyle nerede tanıştıkları (örneğin benim evimde, onun evinde); (ii) yukarıdaki çeşitli arzulardan hangisinin aklında olduğu; (iii) partnerine cinsel olarak ne kadar çekici geldiği; ve (iv) ne kadar sarhoş olduğu.



- 4 *Seks başlangıcı.* Deneklere şu sorular sorulmuştur: (i) partnerle tanışma ile seksin başlaması arasında ne kadar zaman olduğu; (ii) seksin ayrıntıları (örneğin yer, günün saati); (iii) arzu türleri; (iv) cinsel olarak ne kadar uyarıldığı; (v) ne kadar sarhoş olduğu; ve (iv) partnerinin güvenli seks isteğini iletip ilemediği.
- 5 *Seks sırasında.* Kişiye şu sorular sorulmuştur: (i) ne kadar sarhoş olduğu; ve (ii) partnerinin güvenli seks hakkında iletişim kurup kurmadığı.
- 6 *Güvenli olmayan karşılaşma için ek sorular.* Deneklerden ayrıca güvensiz karşılaşma için bir dizi durumu değerlendirmeleri istenmiştir. Bunlar aşağıdakilerle ilgilidir: (i) deneklerin gerçekten istemeden güvenli olmayan cinsel ilişkiye girmiş olabileceği yollar (örn. fiziksel olarak zorlama, kandırma); ve (ii) prezervatif kullanmamak için kendini haklı çıkarma (örn. 'Kendi kendime şöyle bir şey düşündüm ... prezervatifler çok korkunç şeyler ve bir tane takmak seksin büyüsünü yok ediyor. Burada bulutların üzerindeyiz: nasıl olur da bir parça lastik çıkarıp takmak için her şeyi birdenbire yarıda kesebiliriz', 'Diğer erkekler benden çok daha sık prezervatifsiz sevişiyor. Ben çoğu erkekten daha az risk altındayım').

Sonuçlar

Sonuçlar, hem güvenli hem de güvenli olmayan karşılaşmaların özelliklerini incelemek ve herhangi bir farklılığı değerlendirmek için analiz edilmiştir. Sonuçlar partner tipi, arzular, cinsel çekicilik, ruh hali, prezervatif kullanılabilirliği bilgisi ve güvenli seks hakkındaki iletişimin iki karşılaşma arasında farklılaştığını göstermiştir. Örneğin, partnerin düzenli bir sevgili olması, deneğin prezervatifsiz seks yapmak **i ç i n** daha fazla istek duyması, heyecan verici seks yapmakla daha fazla ilgilenmesi, partnerine daha fazla ilgi duyması, daha iyi bir ruh halinde olması, güvenli seks hakkında daha az iletişime sahip olması ve prezervatifin mevcudiyeti hakkında daha az bilgili olması durumunda güvenli olmayan seksin gerçekleşme olasılığı daha yüksekti. Ancak, sarhoşluk düzeyi sonuçta ortaya çıkan karşılaşmanın türüyle ilişkili değildi. Sonuçlar ayrıca kullanılan kendini haklı çıkarma gerekçelerinin sıklığını incelemek üzere analiz edilmiştir. En yaygın gerekçe, boşalmadan seks yapabileceklerine dair inançtı ('Kıçımıza boşalmadığımız sürece prezervatifsiz sikişmek güvenli olacaktır. Bu yüzden boşalmadan sevişeceğiz'), ardından da sadakatle ilgili inançlar gelmektedir.

Sonuç

Bu çalışma ilginçtir çünkü bilişleri durumsal faktörlerle bütünleştirmektedir. Bu nedenle güvenli ve güvensiz seksi bir bağlama yerleştirmeye çalışmaktadır. Yazarlar, güvenli seksi teşvik etmek için eğitim müdahaleleri geliştirme açısından sonuçları tartışmaktadır. Buna ek olarak yazarlar, cinsel karşılaşmalar sırasında ortaya çıkan düşünce ve inançların belki de günün soğuk ışığında tanımlananlardan daha önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Ona derdim ki, bak, doğru, bak, benim tekrar hamile kalmaya niyetim yok ve senin de baba olmaya niyetin yok, o yüzden bunlardan birini tak'. Ancak, diğer kadınlar partnerlerine güvenli seks önerisinde bulunmanın ne kadar zor olduğunu anlatırken, bunun nedenlerini erkek arkadaşlarının duygularını incitmek istememek, 'her şeyi mahvetmek' istememek ve konuya yaklaşmamak olarak sıralamışlardır. Bir kadın şöyle demiştir: "Hamile kaldığımda kendi kendime "burada prezervatif kullanmıyorum, hiçbir şey kullanmıyorum" diye düşündüm ama söyleyemedim, kendimi "bak biliyorsun" demeye zorlayamadım". Holland ve diğerleri (1990b) güvenli seks kampanyalarının prezervatifleri seks öncesinde kolayca müzakere edilebilecek nötr nesneler olarak sunduğunu ve bunun

Görüşükleri kadınlar için de durum böyle görünmektedir. WRAP çalışmasından elde edilen nitel veriler müzakere sürecine ilişkin bazı içgörüler sağlamakta; ayrıca cinsiyeti bir eylemler arası ilişki olarak vurgulamaktadır. Ayrıca bu veriler, bireysel inançlar ve bilişler için bir ilişki bağlamı sağlamaktadır. WRAP çalışmasına paralel olarak, Debro ve arkadaşları (1994) 393 heteroseksüel üniversite öğrencisinin kondom kullanımını müzakere etmek için kullandıkları stratejileri incelemiş ve ödöl, duygusal zorlama, risk bilgisi, aldatma, baştan çıkarma ve seks yapmama yöntemlerini kullandıkları sonucuna varmıştır. Noar ve arkadaşları (2002) Debro ve arkadaşlarının çalışmasını temel almış ve kondom etki stratejisi anketi (CISQ) adı verilen müzakere stratejilerini ölçmek için bir ölçek geliştirmiş ve onaylamıştır. Müzakereyi altı strateji açısından kavramsallaştırmışlardır: cinsel ilişkiden kaçınma, doğrudan talep, eğitim, ilişki kavramsallaştırma, risk bilgisi ve aldatma ve bu faktörlerin davranışsal niyetler ve gerçek kondom kullanımı gibi bir dizi güvenli seks değişkenindeki varyansı açıkladığını belirtmişlerdir. Stone ve Ingham (2002) da ilk ilişkide doğum kontrol yönteminin kullanımını tahmin etme bağlamında partner iletişimini araştırmıştır. Çalışmada yaşları 16 ila 18 arasında değişen 963 öğrenciyle anket yapılmış ve bir dizi bireysel, bağlamsal ve arka plan faktörünün rolü araştırılmıştır. Sonuçlar, partnerle iletişimin hem erkekler hem de kadınlar için doğum kontrolü kullanımının önemli bir ön belirleyicisi olduğunu göstermiştir. Özellikle, genç erkeklerin doğum kontrol yöntemlerini kullanmaları, doğum kontrol yöntemlerini önceden konuşmaları, ilk kez seks yapmak için samimi bir neden belirtmeleri (örneğin bekaretlerini kaybetmek yerine partnerlerini sevmeleri) ve cinselliği olumlu bir şekilde tasvir eden ebeveynlere sahip olmaları ile öngörölmüştür. Genç kadınlar için doğum kontrolü kullanımı, doğum kontrolünü önceden konuşmak, yaşça büyük olmak, seks yapmayı beklemek, erkeklerle etkileşimde rahatlık ve kolaylık ve seks yapmadan önce bir hizmet sağlayıcıyı ziyaret etmemiş olmakla tahmin edilmiştir (bu son sonuç önceki çalışmaların çoğuyla tezat oluşturmaktadır).

Bu nedenle nitel ve nicel araştırmalar müzakerenin önemini vurgulamıştır. güvenli seks konusunu gündeme getirme sorununu vurgulayan reklamlarla sağlık eğitimi kampanyaları tarafından da benimsenmiş gibi görünmektedir (örneğin, prezervatiften ne zaman bahsedersiniz?). Ancak, görüşmeler etkileşime gerçekten erişiyor mu? Mevcut (ve etik) metodolojiler kullanılarak etkileşime erişilebilir mi? (Etkileşimi gözlemek tabii ki sorunlu olacaktır!) Nitel yöntemler aslında nicel yöntemlerden farklı bir şeye mi erişiyor? Mülakatlar, insanların kavram ve inançları hakkında bilgi edinmenin başka bir yöntemi midir? Metodoloji (nicel ve nitel) ve bir etkileşim olarak davranış sorunu hakkındaki tartışmalar tüm davranış biçimleriyle ilgilidir ancak cinsiyeti tartışırken özellikle belirgindir.

Daha geniş sosyal bağlam

Seks, risk ve kondom kullanımına ilişkin inançlar, tutumlar ve bilişler sadece bireyler arasında ya da iki birey arasındaki etkileşim bağlamında değil, çok daha geniş bir toplumsal bağlam içinde var olurlar. Bu sosyal bağlam, cinsel eğitimin biçimi ve etkisi, medyanın çeşitli biçimleri aracılığıyla geliştirilen ve önceden gönderilen sosyal anlamlar, beklentiler ve sosyal normlar ve bireysel topluluklar ve daha geniş toplumsal cinsiyet ve eşitsizlik dünyası tarafından yaratılan ve sürdürölen birçok biçim alır. Psikolojik teori ağırlıklı olarak bireyi inceler. Ancak, bu daha geniş dünyanın bir miktar kabul edilmesi ve anlaşılması önemlidir. Bu bölümün son kısmı bu bağlamı cinsel eğitim, cinsel sağlık hizmetleri, erkekler ve kadınlar arasındaki güç ilişkileri, eşcinsel topluluğunun sosyal normları ve seks, HIV ve hastalık hakkındaki söylemler açısından inceleyecektir.

Cinsel eğitim

Seks, hamilelik, HIV ve doğum kontrolü hakkındaki eğitim, hükümetin sağlık eğitimi kampanyaları, okulların cinsel eğitim programları ve bireyin sosyal dünyası dahil olmak üzere çeşitli kaynaklardan gelmektedir. Bu üç bilgi kaynağı şimdi daha ayrıntılı olarak incelenecektir.

Cinsel sağlık hizmetleri

Uzman aile planlaması klinikleri, genito-üriner klinikler, pratisyen hekimler, eczaneler ve pratisyen hemşireler, gebelik önleme ve cinsel sağlıkla ilgili bilgi ve tavsiyelere erişim sağlayan cinsel sağlık hizmetleri sunmaktadır. Umumi tuvaletlerdeki kondom makineleri ve gençlik kulüplerindeki ücretsiz kondomlar bile bir tür cinsel sağlık hizmeti olarak işlev görmektedir. Araştırmalar, cinsel sağlık hizmetlerinin etkili olabilmesi için kullanıcı dostu, yargılayıcı olmayan, erişilebilir, yaklaşılabılır ve sırdaş olması gerektiğini göstermektedir (Allen 1991; Scalley ve Hadley 1995; Stone ve Ingham 2000). Örneğin Allen, 1987 yılında gençler için kurulan üç yeni aile planlaması ve hamilelik danışmanlığı projesini değerlendirmiş ve daha sonra 18 aylık bir süre boyunca kullanımlarını izlemiştir (Allen 1991). Bu değerlendirme, doğum kontrol hizmetlerini gençler için az ya da çok kabul edilebilir kılan bir dizi faktör belirlemiştir: uygunsuz açılış saatleri, cinsel sağlık tavsiyesi alırken başkaları tarafından görülmekten utanma, personele karşı rahat hissetmeme, yargılayıcı ya da yardımcı olmayan personel, hizmetlerin gizli olmaması korkusu ve kişisel bilgileri verme zorunluluğu. Benzer bir şekilde, Harden ve Ogden (1999b) 16-19 yaşlarındaki 967 kişiye doğum kontrol hizmetlerine ilişkin inanç ve kullanımlarını sormuş ve en fazla sayıda katılımcının eczane ve prezervatif makinesini kullandığını, erkeklerin prezervatif makinesini, kadınların ise aile hekimi veya aile planlaması kliniğini tercih ettiğini bildirmiştir. İnançlar açısından, prezervatif makinesi kullanımı en kolay ve rahat ancak en az gizli olarak değerlendirilmiş, erkekler kadınlara göre kullanım kolaylığı açısından daha yüksek puanlar bildirmiştir. Birçok araştırma özellikle gençlerin cinsel sağlık hizmetlerini kullanmadıklarını ve doğum kontrol yöntemlerini zor bulduklarını göstermektedir (Stone ve Ingham 2000). Stone ve Ingham (2003), gençleri hedef alan bir cinsel sağlık hizmetinde 747 katılımcıya, hizmeti neden kullandıklarını araştırmak için bir anket vermiştir. Sonuçlar, katılımcıların yüzde 29'unun seks yapmadan önce 'hazırlıklı olmak için' bir hizmetten yararlandığını, geri kalanının ise sadece seks yaptıktan sonra bir hizmetten yararlandığını göstermiştir. Hizmeti kullanmamanın en yaygın nedenleri utanmak veya korkmak, gizlilik konusunda endişe duymak veya hizmetlerin nerede olduğunu bilmemektir.

Devletin sağlık eğitimi kampanyaları

Ingham ve diğerleri (1991) İngiltere'de güvenli seksi teşvik eden kampanyaları incelemiş ve "Partnerinizden tamamen emin değilseniz, her zaman prezervatif kullanın", "Günümüzde bir yabancıyla seks yapmak gerçekten akıllıca mı?" ve "Çok sayıda partnerle, özellikle de tanımadığınız kişilerle seks yapmak tehlikeli olabilir" gibi sloganların partnerinizi tanımaya vurgu yaptığını öne sürmüştür. Güney İngiltere'de bir grup gençle görüşerek 'partnerlerini tanımayı' nasıl yorumladıklarını incelemişlerdir. Sonuçlar, görüşülen kişilerin yüzde 27'sinin çift olduktan sonraki 24 saat içinde seks yaptığını, örneklemin yüzde 10'unun partnerleriyle tanıştıkları ilk olayda seks yaptıklarını ve yüzde 50'den fazlasının bir ilişkiye başladıktan sonraki iki hafta içinde seks yaptıklarını bildirdiğini göstermektedir. 'Partnerlerini tanıma' açısından, erkeklerin yüzde 31'i ve kadınların yüzde 35'i partnerlerinin cinsel geçmişi hakkında hiçbir şey bilmediklerini bildirmiş ve bilme durumu genellikle 'iyi bir aileden geldiği' ve 'onları etrafta gördüğü' şeklinde açıklanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, 'partnerini tanımayı' teşvik etmenin güvenli seksi teşvik etmenin en iyi yolu olmayabileceğini, çünkü bilginin farklı şekillerde yorumlanabileceğini göstermektedir.

çok sayıda farklı yol. Buna ek olarak, güvenli seks kampanyaları kondom kullanımında kişisel sorumluluk ve seçimi vurgulamakta ve kondom HIV virüsünün bulaşmasını önlemenin basit bir yolu olarak sunulmaktadır. Bu sunum, 'Riskleri biliyorsunuz: karar sizin' gibi hükümet sağlık reklam sloganlarıyla özetlenmektedir. Seks ve kondom kullanımına ilişkin bu görüş, insanların HIV riski altında olmadıklarına inandıklarını ve kondom kullanımının karmaşık bir müzakere süreci içerdiğini öne süren araştırmalarla çelişmektedir.

Okul cinsel eğitim programları

Seks hakkındaki bilgiler ayrıca okullardaki cinsel eğitim programlarından da gelmektedir. Holland ve arkadaşları (1990a) genç kadınlarla cinsel eğitim deneyimleri hakkında görüşmüş ve okullardaki cinsel eğitimin kişilikten uzak, mekanik ve biyolojiyle ilgili olduğu sonucuna varmışlardır. Araştırmaya katılan kadınlar "Her Gey kitaptaydı" gibi yorumlar yapmışlardır. Gerçekten kişisel değildi' ve 'Hiç kimse sizinle sorunlar, karışıklıklar ve seks yapmaya başladığınızda bunun bir ilişki için ne anlama geldiği hakkında konuşmuyor' gibi yorumlar yapmıştır. Cinsel eğitime yönelik bu kişisel olmayan ve nesnel yaklaşımın verimsiz olduğu iddia edilmiş (Aggleton 1989) ve çeşitli alternatifler önerilmiştir. Aggleton ve Homans (1988), AIDS eğitimi için, ağızdaki konuların tartışılmasını içeren "sosyal dönüştürücü bir model" savunmuşlardır: (1) seks hakkındaki fikirler; (2) sosyal ilişkiler; (3) ilgili siyasi süreçler; ve (4) kaynak tahsisi sorunu. Bu yaklaşım, vurguyu gerçeklerin ve bilginin didaktik öğretilerinden, ilişkiler ve daha geniş sosyal bağlam içinde cinselliğin tartışılmasına kaydırmaya çalışacaktır. Cinsel eğitim sorununa ek bir çözüm de Abraham ve Sheeran (1993) tarafından önerilen beceri eğitimi yaklaşımıdır. Bireylere kondom satın alma, kondom kullanımı konusunda müzakere etme ve kondom kullanma gibi çeşitli becerilerin öğretilebileceğini savunmuşlardır. Bu beceriler eğitim, rol yapma, geri bildirim, modelleme ve uygulama kullanılarak öğretilir. Bu beceriler bilişleri değiştirmeyi, bireyleri eyleme hazırlamayı ve insanları inançların davranışa dönüştürülmesinde yer alan dizilerin farklı yönlerini uygulamaya teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Ingham (2005) seks ve ilişkiler eğitiminin detaylı bir analizini yapmıştır. Cinsel eğitimin şu anda nasıl değerlendirildiğini araştırmakta ve 'iyi eğitimin' doğası hakkındaki mevcut fikirlerde nelerin eksik olduğunu vurgulamaktadır. Daha sonra, cinsel eğitimin nasıl iyileştirilebileceğine dair bir analiz sunmaktadır. Ingham'ın (2005) argümanının merkezinde, gençlere arzu ve zevkin öğretilmesinin önemi ve bunların hem fiziksel hem de zihinsel sağlık için ne kadar önemli olduğu yer almaktadır. Ingham özellikle gençlerin bedenlerini ve cinsel hazzı nasıl elde edeceklerini öğrenerek daha sağlıklı ve mutlu cinsel ilişkiler kurma konusunda kendilerini daha güçlü hissedebileceklerini öne sürmektedir. Ingham, "gençlerin kendi bedenleri ve bedensel zevkler konusunda daha rahat hissetmeleri sağlanırsa, kendi istekleri dışında veya kendilerini rahat hissetmedikleri şekillerde cinsel faaliyette bulunma baskılarından daha az etkilenebileceklerini" savunmaktadır (2005: 385). Ingham daha sonra, cinsel gelişim ve deneyim açısından benzer aşamalarda olan kişilerden oluşan arkadaşlık grupları etrafında organize edilmiş küçük grup eğitiminin kullanılmasının, cinselliğin hem "olgusal" hem de zevk yönlerinin daha derin ve odaklı bir şekilde tartışılmasını sağlayabileceğini öne sürmektedir. Okul cinsel eğitimiyle ilgili bu sorunlar, cinsel davranışını incelemek için psikolojik modellerin kullanılmasıyla ilgili tartışmaları yansıtmakta ve bireyin inançlarını bireyler arasındaki etkileşim bağlamına yerleştirme ihtiyacını vurgulamaktadır. Buna ek olarak, okullardaki cinsel eğitimle ilgili tartışmalar, seksin gerçekleştiği sosyal bağlamı vurgulamaktadır.

Bir bireyin sosyal dünyası

Cinsellikle ilgili bilgiler aynı zamanda bireyin akranları, ebeveynleri ve kardeşleri gibi sosyal dünyasından da gelmektedir. Holland ve diğerleri (1990a) cinsel eğitimin ve cinsel eğitim

Seks hakkında öğrenme, çok sayıda farklı bilgi kaynağı bağlamında gerçekleşir. 'Cinsel eğitim sorunu' gerçeklerin öğrenilmesinden daha geniş bir konu olarak yeniden tanımlanmışlardır. Ayrıca, ortaya çıkan bilginin sadece bireyin kendi bilgi ve inançlarını etkilemekle kalmayıp aynı zamanda cinselliğini de yarattığını savunmuşlardır. Şu beş kaynağı tanımlanmışlardır: okul, akranlar, ebeveynler, dergiler ve partnerler ve ilişkiler. Holland ve arkadaşları, bu farklı kaynaklar aracılığıyla bireylerin cinsellik ve cinsellikleri hakkında bilgi edindiklerini ileri sürmüş ve 'sunulan yapıların kadınların pasif, erkek cinselliğinin potansiyel kurbanları ya da en iyi ihtimalle yeniden üretici oldukları yönünde olduğunu' belirtmiştir (1990a: 43). Bununla birlikte, kadınların cinselliğin bu versiyonunu pasif bir şekilde kabul etmediklerini, 'başkalarının davranışlarına verdikleri anlamı sürekli müzakere etme ve yeniden müzakere etme süreci' içinde olduklarını da ileri sürmüşlerdir (1990a: 43). Bu nedenle, belki de cinsel davranışa ilişkin herhangi bir anlayış, en geniş anlamda cinsel eğitimin sosyal bağlamına ilişkin bir anlayış içinde yer almalıdır.

Erkekler ve kadınlar arasındaki güç ilişkileri

Seks, erkekler ve kadınlar arasındaki güç ilişkileri bağlamında da incelenmiştir. Holland ve arkadaşları (1990b) kondom kullanımının 'heteroseksüel ilişkilerin çelişkileri ve gerilimleri bağlamında anlaşılması gerektiğini' ve 'tercihleri ve kararları oluşturan ve kısıtlayan cinsiyete dayalı güç ilişkileri' olduğunu savunmuştur. Erkekler ve kadınlar arasındaki güç eşitsizliklerine ve bunun zorlamadan tecavüze kadar kendini ifade edebileceği çeşitli yollara dair örnekler sunmuşlardır. Örneğin, çalışmadaki bir kadın 'Zorlanmadım ama yapmak da istemedim' derken, bir diğeri seks konusundaki kararsızlığını 'kahve ister misin? Tamam, kahveyi içersin, çünkü kahve içmeyi gerçekten sevmiyorsun ama yine de içiyorsun' şeklinde açıklamıştır. Aslında, ampirik araştırmalar erkeklerin prezervatif kullanma niyetlerinin kadınlara kıyasla gerçek davranışla daha fazla ilişkili olabileceğini, belki de kadınların niyetlerinin cinsel bağlam tarafından engellenebileceğini göstermektedir (Abraham ve ark. 1996). Seks aynı zamanda toplumsal cinsiyet ve güç bağlamında da anlaşılmalıdır.

Eşcinsel toplumunun sosyal normları

Seks aynı zamanda aynı cinsiyetten iki birey arasında ve kendi norm ve değerlerine sahip gey toplulukları içinde de gerçekleşir. Flowers ve arkadaşları (1997, 1998) tarafından yapılan bir çalışma, 'kendilerini yeni sosyal dünyalarını yapılandıran, ilişkilerini ve cinsel davranışlarını şekillendiren net değerlerin olduğu belirli bir gey kültürü içinde bulan erkeklerin dönüşümünü' araştırmıştır. Bu nedenle Flowers ve arkadaşları "Gay topluluğunun sosyal normları ve değerleri gey erkeklerin cinsel pratiklerini nasıl etkilemektedir?" sorusunu sormuştur. Kuzey İngiltere'deki küçük bir kasabadan 20 gey erkekle, gey topluluğu içinde gey olma deneyimleri hakkında mülakat yapmışlardır. Sonuçlar, gey kültürünün normlarına ve bu sosyal bağlamın bireyin davranışları üzerindeki etkisine dair bazı ilginç içgörüler sağlamıştır. İlk olarak, çalışma erkeklerin gey topluluğuna nasıl erişim sağladıklarını açıklamaktadır: 'seks ve sosyalleşme yoluyla, bir zamanlar ... sadece izolasyon hissettikleri yerde diğer gey erkeklerin varlığını tanımaya başlarlar'; ikinci olarak, çalışma sadece bir gey kimliğine sahip olmanın onları yeni topluluklarına hazırlamak için yeterli olmadığını ve 'geylere özgü bir bilgi ve gey dili öğrenmeleri gerektiğini' göstermektedir; ve üçüncü olarak, çalışma bu yeni kültürün cinsel davranışlarını nasıl etkilediğini açıklamaktadır. Örneğin, görüşülen kişiler romantizm, güven, sevgi, bağlılık, ilişki içindeki eşitsizlik, deneyim eksikliği ve arzu gibi duyguların, davranışlarının riskli olduğunu bilmelerine rağmen kondom kullanmadan anal seks yapmalarına nasıl yol açtığını anlatmışlardır (Flowers ve ark. 1997, 1998). Dolayısıyla cinsel davranışlar da kendi norm ve değerlerine sahip belirli topluluklar bağlamında ortaya çıkmaktadır.

Seks, HIV ve hastalık hakkındaki söylemler

Seks aynı zamanda seks, HIV ve hastalık hakkındaki teori ve tartışmaların daha geniş bağlamı içinde yer almaktadır. Bu literatür bu kitabın kapsamı dışındadır, ancak yirminci yüzyılın sonlarında cinsellik ve ölümle ilgili endişelerin bir metaforu olarak HIV (Sontag 1988), ahlaki bir panik olarak HIV'e verilen toplumsal tepki (Weeks 1985) ve teori ve pratik yoluyla cinsiyetin toplumsal inşası (Foucault 1979) hakkındaki tartışmaları içerir. Cinsiyet hakkındaki bu tartışmaların çoğu, cinsiyete yönelik geleneksel biyolojik indirgemeci yaklaşıma meydan okumakta ve cinsiyetin toplumsal anlamlar ve söylemler bağlamında anlaşılmasını savunmaktadır.

Sonuç olarak

Yirminci yüzyılın başından bu yana seks, biyolojik sonuçlarından ziyade bir aktivite olarak incelenmiştir. Son zamanlarda seks, sağlık için bir risk olması açısından da incelenmiştir. Psikologlar bu literatüre hem gebelikten kaçınma hem de HIV/AIDS bağlamında cinsel davranışların incelenmesi açısından katkıda bulunmuşlardır. Bu davranışlar ağırlıklı olarak bireysel farklılıkları ve bireysel bilişleri vurgulayan bilişsel modeller kullanılarak anlaşılmıştır. Ancak seks, özünde birden fazla kişiyi içeren etkileşimli bir davranış olduğu için psikologlar için bir sorun teşkil etmektedir. Bu nedenle bilişsel modeller, özellikle ilişki açısından bireyin sosyal dünyası hakkındaki bilişleri vurgulamak amacıyla genişletilmiştir. Seksin karşılıklı bir eylem olarak daha iyi anlaşılması için, müzakere sürecini incelemek üzere nitel yöntemler kullanılmıştır. Ancak, seks aynı zamanda daha geniş bir sosyal bağlamda gerçekleşir. Sosyal biliş modelleri de bireylerin bu dünyaya ilişkin temsillerini - normatif inançlarını - ele almak amacıyla geliştirilmiştir. Bununla birlikte, cinsel davranışın anlaşılması belki de ancak eğitim etkileri, hizmet sunumu, güç ilişkileri, toplum normları ve cinsellikle ilgili teoriler gibi daha geniş bir bağlamda gerçekleşebilir.



Sorular

- 1 Karar verme modelleri kontraseptif kullanımını ne ölçüde öngörmektedir?
- 2 Gebeliği önleyici yöntem kullanımı rasyonel bir süreç midir?
- 3 Sosyal biliş modelleri, doğum kontrol yöntemlerinin kullanımını bir eylemler arası ilişki olarak anlamak için genişletilebilir mi?
- 4 İnsanlar neden prezervatif kullanır?
- 5 Nitel araştırma kondom kullanımının anlaşılmasına nasıl katkıda bulunabilir?
- 6 Psikoloji bir davranışın bağlamını ne ölçüde dahil edebilir?
- 7 Seks literatüründe vurgulanan sorunlar diğer sağlık davranışlarıyla ne ölçüde ilişkilidir?
- 8 Ergenlerde kondom kullanımını öngörmeyi amaçlayan olası bir araştırma çalışmasını tanımlayınız.

Tartışma için

Sağlık eğitimi kampanyalarında güvenli seksi teşvik etmek için sıklıkla reklam panoları ve dergiler kullanılmaktadır. Yakın zamanda yayınlanan bir reklamı düşünün ve bunun sizi kondom kullanmaya teşvik edip etmeyeceğini tartışın.

Sağlık psikolojisinde varsayımlar

Seks ve doğum kontrol yöntemlerinin kullanımına ilişkin araştırmalar, psikolojinin merkezinde yer alan bazı varsayımları şu şekilde vurgulamaktadır:

- 1 *Metodoloji bilgiye erişir, onu yaratmaz.* Anketlerin/mülakatların insanların ne düşündükleri ve neye inandıkları konusunda bize içgörü sağladığına inanılır. Ancak, soru sorma yöntemi sonuçları etkiler mi? Örneğin, risk hakkında soru sorulana kadar insanların risk hakkında inançları var mıdır? İnsanlara belirli bir şekilde davranmaya niyetli olup olmadıkları sorulmadan önce davranışsal niyetleri var mıdır?
- 2 *Bireyler sosyal bağlamlarından ayrı olarak incelenebilir.* Sosyal psikologlar Uyum, grup dinamikleri, otoriteye itaat ve sorumluluğun yayılması gibi süreçler üzerinde çalışılmış olup, bunların tümü bireylerin kendi başlarına olduklarında başkalarının varlığından farklı davrandıklarını ve ayrıca bir bireyin davranışının bağlamı tarafından ne ölçüde belirlendiğini göstermektedir. Bununla birlikte, birçok psikolojik araştırma davranış ve inançları bağlam dışında incelemeye devam etmektedir. Psikolojik araştırmalar bağlamı ne ölçüde dahil edebilir? Çevreyi ne ölçüde dahil etmeye çalışmalıdır?
- 3 *Teoriler verilerden türetilir.* Teorilerin kendileri veri değildir. Varsayımlar ki Eninde sonunda, cinsel davranışı anlamamızı ve tahmin etmemizi sağlayacak, cinsiyeti incelemenin en iyi yolunu geliştireceğiz. Bununla birlikte, belki de cinsiyete yönelik farklı yaklaşımlar bize bireyleri nasıl gördüğümüz hakkında bir şeyler söyleyebilir. Örneğin, bireyler arasındaki etkileşimleri cinsellik anlayışına dahil etmeye çalışmak cinsiyeti anlamının daha iyi bir yolu olabilir ve aynı zamanda bireyleri artık etkileşimli olarak gördüğümüzü de gösterebilir. Buna ek olarak, sosyal bağlamı incelemek de birey modelimizin değiştiğini ve bireyleri sosyal ürünler olarak gördüğümüzü gösterebilir.

Daha fazla okuma

Gallois, C., Terry, D., Timmins, P., Kashima, Y. ve McCamish, M. (1994) Safe sex intentions and behaviour among heterosexuals and homosexual men: testing the theory of reasoned action, *Psychology and Health*, 10: 1-16.

Bu çalışma, kondom kullanımını incelemek için TRA'yı kullanmakta ve özellikle niyetler ile gerçek davranışlar arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır.

Holland, J., Ramazanoglu, C. ve Scott, S. (1990) Managing risk and experiencing danger: tensions between government AIDS health education policy and young women's sexuality, *Gender and Education*, 2: 125-46.

Bu makale WRAP çalışmalarından elde edilen bazı sonuçları sunmakta ve HIV bağlamında genç kadınların cinsellikleri hakkında ne hissettiklerini incelemektedir.

Ingham, R. ve Aggleton, P. (eds) (2005) *Promoting Young People's Sexual Health*. Londra: Routledge.

Bu kitap, gençlerde cinsel sağlığın geliştirilmesinin önündeki pratik ve ideolojik engellere ilişkin mükemmel bir analiz sunmakta ve kültürler arası farklılıklar ile gelişmekte olan ülkelerde karşılaşılan sorunlara ilişkin ayrıntılı bir açıklama getirmektedir.

Lee, E., Clements, S., Ingham, R. ve Stone, N. (2004) *A Matter of Choice? Ergenlikte Kürtaj ve Annelikte Ulusal Farklılıkların Açıklanması*. York: Joseph Rowntree Vakfı.

Bu kitap, gençlerin cinsel davranışlarının ve ebeveyn olma konusundaki kararlarının ayrıntılı bir analizini sunmaktadır.

Bölüm 9

Tarama

Bölüme genel bakış

Bu bölümde tarama tanımları incelenmekte ve hem genel pratisyenlikte hem de hastane tabanlı tıp merkezlerinde popülasyonların taranmasının tarihçesi anlatılmaktadır. Tarama programlarının geliştirilmesine yönelik kılavuz ilkeler özetlenmekte ve taramaya katılımın hasta, sağlık çalışanı ve kurumsal belirleyicileri değerlendirilmektedir. Bölüm daha sonra etik ilkeler, maliyet etkinliği ve olası psikolojik sonuçlar açısından taramanın olumsuz sonuçlarını vurgulayan son araştırmaları incelemektedir.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- Tarama nedir?
- Tarama için kılavuzlar
- Tarama alımının belirleyicileri
- Sorunlu olarak tarama
- Tarama etik midir?
- Tarama maliyet-etkin midir?
- Taramanın psikolojik sonuçları nelerdir?

Tarama nedir?

Bir ulusun sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan üç önleme biçimi vardır:

- 1 *Birincil önleme*, hastalık başlamadan önce risk faktörlerinin (sigara, diyet, alkol alımı gibi) değiştirilmesini ifade eder. Son zamanlarda geliştirilen sağlığı geliştirme kampanyaları birincil önlemenin bir şeklidir.
- 2 *İkincil önleme*, hastalığın asemptomatik bir gelişim aşamasında tespit edilmesini ve böylece ilerlemesinin durdurulmasını veya geciktirilmesini amaçlayan müdahaleleri ifade eder. *Tarama*, ikincil önlemenin bir şeklidir.
- 3 *Üçüncül önleme*, bir hastalık kendini gösterdikten sonra hastaların rehabilitasyonunu veya tedavi müdahalelerini ifade eder.

Tarama programları (ikincil önleme), kilo, tansiyon, boy (özellikle çocuklarda), idrar ölçümü, servikal smear ve mamogram yapılması ve Huntington hastalığı, bazı meme kanseri türleri ve kistik fibrozis gibi hastalıklar için genetik testler sunulması gibi sağlık kontrolleri şeklindedir. Yakın zamana kadar, iki geniş tarama türü tanımlanmıştı: *fırsatçı tarama*, bir hastanın sağlık hizmetleriyle ilgili olduğu zamanın, sağlıklarının yönlerini ölçmek için kullanılmasını içerir. Örneğin, boğaz ağrısı nedeniyle bir hastayı gören pratisyen hekim aynı zamanda hastanın tansiyonunu da ölçmeye karar verebilir ve özellikle sorunları tespit etmeyi amaçlayan hizmetlerin oluşturulmasını içeren *nüfus taraması*. Örneğin, mevcut programlar servikal tarama ve meme taramasını içermektedir. Son zamanlarda *kendi kendine* tarama şeklinde yeni bir tarama şekli ortaya çıkmıştır. Örneğin, insanlar kendi kendilerine meme ve testis muayenesi yapmaya teşvik edilmektedir ve artık tansiyon, kolesterol ve kan şekeri seviyelerini ölçmek için reçetesiz kitler satın almak mümkündür.

Tüm tarama programlarının amacı, bir sorunu asemptomatik aşamada tespit etmektir. Bunun iki sonucu vardır. Birincisi, tarama hastalık riskini ortaya çıkarabilir. Buna birincil tarama denir. Örneğin rahim ağzı taraması, bireyi rahim ağzı kanseri riski altına sokan kanser öncesi hücreleri tespit edebilir; kistik fibrozis için genetik tarama, kişiye kistik fibrozisli çocuk sahibi olma riski hakkında bir tahmin verebilir; ve kolesterol taraması, bir bireyi koroner kalp hastalığı geliştirme riski altında bırakabilir. İkinci olarak, tarama hastalığın kendisini tespit edebilir. Buna ikincil tarama denir. Örneğin, mamografi meme kanserini, genetik test Huntington hastalığının genini ve kan basıncı değerlendirmesi hipertansiyonu ortaya çıkarabilir.

Tarama ethosunun tarihçesi

Erken tarama programları

Tarama, yirminci yüzyıl boyunca biyotibbin giderek daha önemli bir yönü haline gelmiştir. Bir hastalığı, gelişiminin asemptomatik bir aşamasında tespit etme güdüsü (ikincil önleme), batı dünyasında hem ikincil hem de birinci basamak sağlık hizmetlerinde görülebilir. 1900 yılında Gould, ABD'de düzenli sağlık muayenesini tanıtmış ve bu da nüfus taraması kavramına olan ilgiyi artırmıştır. İngiltere'de, savaş arası yıllarda, Londra'nın güneyindeki Peckham'da, toplum için hem sosyal hem de sağlık açısından bir çekirdek oluşturan ve yerel toplumun sağlığının kolaylıkla gözlenip izlenebilmesini sağlayan Pioneer Sağlık Merkezi geliştirilmiştir (Williamson ve Pearse 1938; Pearse ve Crocker 1943). Tarama etiği, 1940'ların sonunda ABD'de popüler hale gelen çok fazlı taramadan ivme kazanmış ve 1951'de Kaiser Permanente kuruluşu tarama yöntemlerini sağlık muayenelerine dahil etmiştir. İsveç, 1969 yılında tamamlanan geniş çaplı bir çok fazlı tarama programı başlatmış ve 1970 yılında eski Batı Almanya ve Japonya'da da benzer programlar oluşturulmuştur. Londra'da 1973 yılında King's Cross Tıp Merkezi, yılda 15.000 kişiyi tarayabilen bilgisayarlı otomatik bir birim kurmuştur. Genel pratisyenlik de Last'ın (1963) 'hastalık buzdağı' olarak adlandırdığı durumu değerlendirmek için tarama kullanımını teşvik etmiştir. 1960 ve 1970'lerde birinci basamak sağlık hizmetleri anemi (Ashworth 1963), diyabet (Redhead 1960), bronşit (Gregg 1966), rahim ağzı kanseri (Freeling 1965) ve meme kanseri (Holleb ve ark. 1960) gibi hastalıklar için tarama programları geliştirmiştir.

Son tarama programları

Tarama konusundaki heves son yıllarda da devam etmiştir. Forrest 1985 yılında Birleşik Krallık'ta bir meme tarama programının geçerliliğini değerlendirmek üzere bir çalışma grubuna başkanlık etmiştir. Rapor (Forrest 1986), taramanın etkinliğine dair kanıtların üç yıllık aralıklarla bir tarama programı oluşturmak için yeterli olduğu sonucuna varmıştır. Ayrıca, 1980'lerin sonlarında Aile Hekimliği Komiteleri servikal tarama için hastaları bilgisayar destekli olarak çağırmaya başlamış ve 1993 yılında İngiliz Diyabet Derneği Profesyonel Danışma Komitesi tarafından hazırlanan bir raporda 40-75 yaş arası bireyler için insüline bağımlı olmayan diyabet için ulusal bir tarama programı uygulanması önerilmiştir (Patterson 1993). Buna ek olarak, pratisyen hekimler için yapılan yeni sözleşmeler 75 yaş üstü hastaların değerlendirilmesi gibi zorunlu görevleri ve aşı, rahim ağzı taraması ve okul öncesi çocuklar için sağlık kontrollerinin belirli seviyelerine ulaşılması için mali teşvikleri içermektedir (Department of Health and Welsh Office 1989). Benzer şekilde, muayenehane hemşireleri obezite ve hipertansiyon taraması için rutin olarak kilo ve kan basıncı ölçümü yapmaktadır. Son zamanlardaki tarama programları da kendi kendine meme ve testis muayenesine ve kan şekeri, kan basıncı ve kan kolesterolünü ölçmek için reçetesiz testlere odaklanmıştır.

Genetik testler

Ultrason teknolojisindeki gelişmeler sayesinde artık hamile anneler Down sendromu, spina bifida, doğumsal kalp kusurları ve anensefali (kafası ciddi şekilde deforme olmuş çocuk), eksik uzuvlar veya az gelişmiş organlar gibi büyük anatomik deformiteler gibi genetik veya gelişimsel sorunlar için tarama yaptırabilmektedir. Ayrıca, kistik fibrozis; Alzheimer hastalığı; Huntington hastalığı; kas distrofisi türleri; meme, yumurtalık veya kolon kanseri; ve yüksek kolesterol için bir yatkınlık olan ve koroner kalp hastalığı ile bağlantılı olan ailesel hiperkolesterolemi gibi genetik bozukluklar için genetik test ve genetik danışmanlık sunulmaktadır. İlgili duruma bağlı olarak farklı genetik test türleri vardır. Taşıyıcı testi, çekinik bir durum için mutasyona sahip olan, kendileri bu durumu geliştirmeyecek ancak diğer ebeveynin de taşıyıcı olması durumunda bu duruma sahip çocukları olabilecek kişileri belirleyen genetik testleri ifade eder. Buna karşılık, öngörücü testler gelecekte hastalığa yakalanma riski olan kişilerin belirlenmesiyle ilgilidir. Birkaç durum öngörücü test ile kesin olarak tahmin edilebilir. Örneğin, Huntington hastalığı testi pozitif çıkan bir kişi gelecekte kesinlikle bu hastalığa yakalanacaktır. Ancak kanser, Alzheimer ve kalp hastalığı gibi çoğu hastalık için pozitif test sadece hastalığın gelişme riskinin yüksek olduğunu gösterir. Ayrıca, insanlar gelecekte hastalığa yakalanabilecek olsalar bile, hastalığın şiddeti büyük değişkenlik gösterebilir. Bunun iyi bir örneği, net bir genetik temeli olan ancak kendini ifade edebilen ve hasta tarafından çok farklı şekillerde deneyimlenen orak hücre anemisidir.

Yararlı bir araç olarak tarama

Tarama programlarının yaygınlaşması ilk başta bir ülke nüfusunun sağlığını iyileştirmek için paha biçilmez ve verimli bir araç olarak karşılandı. Hastalıkları önlemenin yanı sıra çok çeşitli bozukluk ve hastalıkların yaygınlığı ve görülme sıklığı hakkında istatistik sağlamanın maliyet etkin bir yöntemi olarak görülmüştür. Morris, *Uses of Epidemiology* (1964) adlı kitabında, 'erken küçük aşamalara', ardından hastalığın öncüllerine ve daha sonra da yatkınlıklarına kadar nüfuz etmenin önemini vurgulamıştır. 1968 yılında Butterfield, öncelikler üzerine verdiği Rock Carling Konferansında

tıpta, sağlık hizmetlerinin sunumunda taramaya yeni bir vurgu yapılmasını savundu. Bu coşku, Edward VII tarafından sık sık tekrarlanan bir ifadeyle yansıtılmıştır: "Eğer önlenbiliyorsa, neden önlenmesin?"

Tarama için kılavuzlar

Tarama konusundaki hevesin bir sonucu olarak, bir dizi kriter oluşturulmuştur. Wilson (1965) aşağıdaki tarama kriterlerinin ana hatlarını çizmiştir:

- *Hastalık*
 - önemli bir sorun
 - gizli veya erken semptomatik aşamada tanınabilir
 - doğal geçmiş anlaşılmalıdır (latent dönemden semptomatik döneme gelişim dahil)
- *Ekran*
 - uygun test veya muayene (makul duyarlılık ve özgüllüğe sahip)
 - test, taranan popülasyon tarafından kabul edilebilir olmalıdır
 - tarama sürekli bir süreç olmalıdır
- *Takip*
 - değerlendirme ve tedavi için tesisler mevcut olmalıdır
 - etkili tedavinin kabul edilmiş şekli
 - Kime tedavi uygulanacağı konusunda mutabık kalınan politika
- *Ekonomi*
 - maliyet, bir bütün olarak tıbbi bakım için yapılacak olası harcamalarla ilişkili olarak ekonomik açıdan dengelenmelidir.

Daha yakın zamanda kriterler aşağıdaki şekilde geliştirilmiştir:

- Hastalık, erken teşhisi uygun kılacak kadar yaygın ve/veya yeterince ciddi olmalıdır.
- Hastalık, doğru teşhise izin verecek şekilde yeterince iyi tanımlanmış olmalıdır.
- Hastalığın birçok vakada teşhis edilmemiş olma ihtimali (veya olasılığı) olmalıdır (yani hastalık, hızlı teşhisi neredeyse kaçınılmaz kılacak şekilde semptomlarla kendini göstermez).
- Erken teşhisin hastalığın tedavisi veya komplikasyonların önlenmesi açısından faydalı bir sonucu olmalıdır.
- Taranacak popülasyonda iyi bir duyarlılık ve özgüllüğe ve makul bir pozitif prediktif değere sahip bir tarama testi olmalıdır.

Tarama alımının psikolojik belirleyicileri

Farklı tarama programlarına katılan bireylerin sayısı, ülke, taranan hastalık ve tarama programının zamanı gibi faktörlere göre büyük ölçüde değişmektedir. Örneğin, fenilketonüri için yenidoğan taramasına katılım neredeyse yüzde 100'dür. Ancak, İsveç ve Fransa'da hamile kadınların yüzde 99'u HIV testi yaptırırken (Larsson ve ark. 1990; Moatti ve ark. 1990), İngiltere ve Kuzey Amerika'da sadece küçük bir

Kutu 9.1 . . tarama araştırması ile ilgili bazı sorunlar

Aşağıda, bu alandaki araştırmalarla ilgili göz önünde bulundurmak isteyebileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır.

- 1 Tıbbın tarama yeteneği, yeni ve sürekli ilerleyen tıbbi teknolojiyi yansıtmaktadır. Bu nedenle sağlık mesleği tarafından genellikle olumlu bir gelişme olarak görülmektedir. Ancak, bir şeyin yapılabilir olması onun yapılması gerektiği anlamına gelmez. Tarama üzerine yapılan araştırmalar zaman zaman taramayı ve teknoloji kullanımını destekleyenler ile buna temkinli yaklaşanlar arasında kutuplaşmış gibi görünebilir. Bu durum çelişkili bulgulara ya da sadece ilgili tarafların ideomantıksal pozisyonunu destekleyen araştırmalara yol açabilir.
- 2 Taramanın etkisinin değerlendirilmesi hem psikolojik (örn. korku, endişe) hem de tıbbi sonuçların (örn. sağlık durumu, tespit) ölçülmesini içerebilir. Bazen bu sonuçlar zıt yönlerde ortaya çıkar (bir kişiyi endişelendirebilir ancak sağlık durumuna fayda sağlayabilir). Bu çelişkili sonuçları birleştirmek ve ileriye dönük doğru yola karar vermek karmaşık ve zor bir süreç olabilir.
- 3 Tarama, bir hastalığı erken bir aşamada tespit edebilir. Ancak bazı insanlar kendilerinde bir sorun olduğunu bilmek istemeyebilir. Tıp aynı zamanda doğruyu söylemeyi, açıklığı ve hasta özerkliğini vurguladığı için bu durum araştırmacıları ve klinisyenleri bir ikilemle karşı karşıya bırakabilir. Tıbbın farklı etik pozisyonlarını ve bakış açılarını dengelemek zor olabilir.

azınlık testi yaptırmayı tercih etmektedir. Marteau (1993), taramanın benimsenmesini etkileyen üç ana faktör olduğunu öne sürmüştür: hasta faktörleri, sağlık çalışanı faktörleri ve organizasyonel faktörler.

Hasta faktörleri

Hangi faktörlerin taramaya katılımı öngördüğünü incelemek için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bunlar arasında demografik faktörler, inançlar, duygusal faktörler ve bağlamsal faktörler yer almaktadır.

Demografik faktörler

MacLean ve diğerleri (1984) meme taramasına katılan kadınların yüksek sosyo-ekonomik statüye sahip olma ihtimalinin daha yüksek olduğunu, Owens ve diğerleri (1987) ise yaşlı kadınların genç kadınlara kıyasla meme taramasına katılma ihtimalinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, Simpson ve diğerleri (1997) yaşlı kadınların kardiyovasküler hastalıklar için bir işyeri tarama programına katılma olasılığının genç kadınlara veya erkeklere göre daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır. Buna ek olarak, Waller ve arkadaşları (1990) en sağlıklı bireylerin HIV testine katılma olasılığının daha yüksek olduğunu öne sürmüş ve Sutton ve arkadaşları (2000) erkeklerin, ev sahibi olanların, sigara içmeyenlerin, diş hekiminde düzenli kontrol yaptıranların ve öznel sağlık durumu daha iyi olanların kolorektal kanser taraması yapan esnek sigmoidoskopiye katılma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Sağlık inançlar

Sağlık inançları da test yaptırmaya ile ilişkilendirilmiş ve modeller kullanılarak ölçülmüştür (bkz. Bölüm 2). Örneğin, Bish ve arkadaşları (2000) rutin servikal smear testi alımını tahmin etmek için sağlık inanç modelini (HBM) ve planlı davranış teorisini (TPB) kullanmıştır. Sonuçlar, TPB'nin davranışsal niyetlerin daha iyi bir öngörücüsü olduğunu, ancak her iki modelin de takipte gerçek alımı başarılı bir şekilde öngörmediğini göstermiştir. Pakenham ve diğerleri (2000) de mamografi taramasına yeniden katılımı tahmin etmek için HBM'yi bilgi ve sosyodemografik değişkenlerle birlikte kullanmıştır. Sonuçlar, yeniden katılanların daha yaşlı

ve evli olma ihtimalinin daha yüksek olmasına rağmen, mamografinin algılanan faydalarına ilişkin HBM değişkeninin

yeniden katılımın genel olarak sosyodemografik değişkenlerden daha iyi bir belirleyicisidir. Benzer şekilde, Sutton ve arkadaşları (2000) da inanç ölçümlerini dahil etmiş ve daha az engel ve daha fazla fayda algısının sigmoidoskopi taramasına katılımı öngördüğünü bildirmiştir.

Duygusal faktörler

Kaygı, stres, korku, belirsizlik ve uygunsuz hissetme gibi duygusal faktörlerin de tarama programına katılımı ilişkili olduğu gösterilmiştir. Örneğin, Simpson ve arkadaşları (1997) bir işyeri tarama programına katılmayanların sonuçlardan daha fazla korktuklarını ve MacLean ve arkadaşları (1984) meme taramasına katılan kadınların katılım davetinin ardından daha az kaygı yaşadıklarını bildirmiştir. Dolayısıyla olumsuz duygular programa katılmama ile bağlantılı görünmektedir. Buna karşın, Lerman ve diğerleri (1997) meme ve yumurtalık kanseri yatkınlığı için yapılan genetik testlerin sonuçlarını isteyip istememeyi hangi faktörlerin belirlediğini araştırmıştır. Sonuçlar, sosyodemografik faktörler ve nesnel risk kontrol edildikten sonra, daha yüksek düzeyde kansere özgü sıkıntı yaşayanların sonuçları talep etme olasılığının üç kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Shiloh ve diğerleri (1997) dört tarama programına (diş muayenesi, tansiyon ölçümü ve kolesterol testi, servikal smear, mamografi) katılımın belirleyicilerini incelemiş ve hem bir dizi modelden türetilen bilişlerin hem de güvence gibi duygusal faktörlerin katılımı öngördüğünü öne sürmüştür. Bununla birlikte, inançlar ve duygular taramaya katılımı öngörse de, bu inançların ve duyguların doğasının büyük ölçüde ele alınan tarama programına bağlı olduğunu da ileri sürmüşlerdir. Ancak araştırmalar, bir testi reddetmenin yüksek strese neden olabileceğini de göstermektedir. Örneğin, Almqvist ve arkadaşları (2003) Huntington hastalığı için genetik test yaptırmanın ya da yaptırmamanın uzun vadeli sonuçlarını araştırmış ve testi reddedenlerin 12 aylık bir süre boyunca en sıkıntılı kişiler olduğunu bildirmiştir. Bazı araştırmalar da hastaların belirsizliklerini azaltma ve 'bilişsel kapanış' bulma ihtiyaçlarına odaklanmıştır. Örneğin, Eiser ve Cole (2002) değişim aşamaları modeline dayanan nicel bir yöntem kullanmış ve servikal smear yaptırmak için farklı aşamalarındaki bireyler arasındaki farklılıkları 'bilişsel kapanma' ve taramanın önündeki engeller açısından incelemiştir. Sonuçlar, ön düşüncelere sahip olanların en fazla engel bildirdiğini ve en az kapanma ve belirsizliği azaltma ihtiyacı duyduğunu göstermiştir. Nitel bir çalışma, uygunsuz hissetme şeklindeki duygusal faktörlerin rolünü daha da vurgulamıştır. Borrayo ve Jenkins (2001) Meksika kökenli 34 kadınla meme kanseri taraması hakkındaki inançları ve taramaya katılıp katılmama kararları hakkında beş odak grup görüşmesi yapmıştır. Analizler, kadınların temel bir kültürel standardı ihlal ettiği için meme taramasıyla ilgili temel bir sorun bildirdiklerini göstermiştir. Meme taraması, kadınların kendi göğüslerine dokunmalarını ve göğüslerini sağlık profesyonellerine göstermelerini gerektirmektedir. Bu kadınlar için saygın kadın davranışının kültürel normları dahilinde bu durum 'uygunsuz' olarak görülmüştür.

Bağlamsal faktörler

Son olarak, bağlamsal faktörlerin de alımı öngördüğü gösterilmiştir. Örneğin, Smith ve diğerleri (2002) Huntington hastalığı için genetik test önerilen kadınlarla görüşmüştür. Sonuçlar, kadınların hastalık için risk durumları hakkında genellikle karmaşık ve bazen çelişkili inançlar sergilediklerini göstermiştir; bu inançlar ailedeki yaygınlık, aile büyüklüğü, sayıları 'toplama' girişimleri ve bulaşma hakkındaki inançlar gibi faktörlerle ilişkilidir. Sonuçlar ayrıca testin yaptırılmasının sadece bireyin risk algısıyla değil, aynı zamanda aile tartışması veya önemli bir tetikleyici olay gibi bağlamsal faktörlerle de ilişkili olduğunu göstermiştir. Örneğin, bir kadın, Huntington hastalığından ölen babasının sigortasından ödenen yeni merdiven halısının üzerine çıktıkları için kedilere nasıl bağırıldığını anlatmıştır. Bu olay test yaptırma konusunda kararlı olmasını sağlamıştır.

Sağlık profesyonelleri faktörleri

Marteau ve Johnston (1990), sağlık çalışanlarının inanç ve davranışlarının hastalarınla birlikte değerlendirilmesinin önemli olduğunu savunmuştur. Pratisyen hekimlerin tutumları ve tarama davranışları üzerine yapılan bir çalışmada, taramanın etkinliğine olan inanç, taramaya yönelik organize bir yaklaşım ve tarama için harcanan zaman ile ilişkilendirilmiştir (Havelock ve ark. 1988). Bu tür faktörler hasta alımını etkileyebilir. Buna ek olarak, bir testin sunulma şekli de hasta alımını etkileyebilir. Örneğin, doğum öncesi kliniklerinde HIV testi yaptırma oranlarının yüzde 3 ila 82 arasında değiştiği bildirilmiştir (Meadows ve ark. 1990). Bu oranlar, bu testlerin sağlık çalışanı tarafından sunulma şekliyle ilgili olabilir ve bu da sağlık çalışanının test hakkındaki kendi inançlarını yansıtabilir. Bazı araştırmalar, sağlık profesyonellerinin faktörlerini daha fazla analiz etmek için nitel yöntemler kullanmıştır. Örneğin, Michie ve diğerleri (1999) klinik genetikçilerin ve genetik danışmanların genetik konsültasyonun amaçları, içerdiği beceriler ve hasta beklentileri açısından işlevini nasıl gördüklerini araştırmak için yapılandırılmış görüşmeler kullanmıştır. Analizler, görüşülen kişilerin konsültasyonları genellikle çelişkili olan dört ana tema açısından tanımladıklarını göstermiştir. Bunlar, hem objektif hem de eksiksiz ve bireyin ihtiyaçlarına göre uyarlanmış bilgi sağlamak; duyguları hem ortaya çıkararak hem de kontrol altına alarak duygularla başa çıkmak; hem doğrudan hem de doğrudan olmayan bir şekilde iletişim kurmak ve yalnızca minimum eğitim almışken sofistike beceriler sergilemektir. Bu temalar ve aralarındaki çelişkiler, konsültasyonların hastalar ve klinisyenler arasında büyük farklılıklar göstereceğini ortaya koymaktadır. Örneğin, bir klinisyen bir hasta için tam bilgi sunabilirken, aynı klinisyen başka bir hasta için bilgiyi sınırlayabilir. Benzer şekilde, bir klinisyen daha yönlendirici olma eğilimindeyken, bir diğeri daha az yönlendirici olabilir. Sağlık çalışanlarının konsültasyonla ilgili inançlarındaki ve sonraki davranışlarındaki bu tür farklılıklar, hastanın belirli bir testi yaptırıp yaptırmama kararını etkileyebilir (iletişimle ilgili daha fazla ayrıntı için bkz. Bölüm 4).

Organizasyonel faktörler

Birçok kurumsal faktör de taramaya katılımı etkileyebilir. Araştırmalar, davet yönteminin katılım oranı üzerindeki etkilerini incelemiş ve davet şahsen yapılırsa ve bireyin katılmayı değil, katılmamayı tercih etmesi beklenirse, katılım oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Mann ve ark. 1988; Smith ve ark. 1990). Tarama programının yeri de etkili olabilir, daha erişilebilir ortamlar yüksek katılımı teşvik eder. Buna ek olarak, bir tarama programına katılımın gönüllülük yerine zorunlu hale getirilmesinin de bir etkisi olacağı açıktır (Marteau 1993). Katılım, eğitim ve medya kampanyalarından da etkilenebilir. Örneğin Fernbach (2002), kadınların öz yeterliliklerini ve servikal taramaya katılımlarını etkilemek için tasarlanan büyük bir medya kampanyasının etkisini değerlendirmiştir. Medya kampanyası 'Papscreen Victoria' kampanyası olarak adlandırılmış ve Avustralya'da gerçekleştirilmiştir. Kampanya, başlangıçta ve iki takipte 1571 kadınla yapılan yüz yüze görüşmelerle değerlendirilmiştir. Sonuçlar, kadınların servikal tarama konusunda farkındalıklarının arttığını ve bunu kampanya öncesine kıyasla daha büyük bir sağlık önceliği olarak değerlendirdiklerini göstermiştir. Ancak sonuçların hepsi olumlu değildi. Kadınlar ayrıca kampanyadan sonra test sonuçları için telefon etmekte daha fazla zorlanacaklarını ve öz yeterliliklerinin azaldığını belirtmişlerdir.

Bir teorinin test edilmesi - taramanın tahmin edilmesi

Kadınların kanser tarama davranışını tahmin etmede sağlık inanç modeli, sağlık kontrol odağı ve duygusal kontrolün rolünü inceleyen bir çalışma (Murray ve McMillan 1993).

Bu çalışma, üç sosyal psikolojik modelin kendi kendine meme muayenesi ve servikal tarama davranışını öngörmedeki rolünü incelemektedir. Çalışma, teorilerin ampirik olarak nasıl test edilebileceğini ve araştırma sonuçlarının tarama davranışını teşvik etmeye yönelik müdahaleler geliştirmek için nasıl kullanılabileceğini göstermektedir.

Arka plan

Genel olarak hem meme hem de rahim ağzı kanserinin erken teşhis edilmesinin bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri azaltılabileceğine inanılmaktadır. Bu nedenle tarama programları bu hastalıkların mümkün olan en erken aşamada tespit edilmesine yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Ancak, rahim ağzı taramasına katılmaya davet edildiklerinde veya kendi kendine meme muayenesi yapmaya teşvik edildiklerinde bile birçok kadın bu sağlığı koruyucu davranışları yerine getirmemektedir. Kanser tarama davranışını tahmin etmek için sosyal psikoloji modelleri kullanılmıştır. Bu çalışmada HBM ve sağlık kontrol odağı (bkz. Bölüm 2) kanser taraması bağlamında incelenmiştir. Buna ek olarak, yazarlar duygusal kontrol (bazen ifade edilen duygu, bastırma ve savunmacılık olarak tanımlanır) ölçüsünü de dahil etmişlerdir. Yüksek duygusal kontrole sahip bireyler bazen kansere yatkın bir kişiliğe sahip olarak tanımlanmaktadır (bkz. Bölüm 13) ve bu durum kanser başlangıcıyla ilişkilendirilmektedir.

Metodoloji

Konular

Kuzey İrlanda'da rastgele seçilen 1530 adrese bölge sakinlerini bölgesel sağlık anketi hakkında bilgilendiren bir mektup gönderilmiştir. Daha sonra bir anketör her adresi ziyaret etmiş ve hanedeki 16 yaşından büyük herkesin bilgilerini kaydetmek için bir 'sorumlu yetişkin' ile temasa geçmiştir. Daha sonra her haneden bir kişi rastgele seçilmiş ve anket formu bırakılmıştır. Takip mektupları ve hane ziyaretlerinden sonra, uygun örneklemin yüzde 65,1'i soru formunu doldurmuştur. Bu makale, meme ve rahim ağzı tarama davranışına ilişkin soruları tamamlayan 391 kadından elde edilen sonuçları rapor etmektedir.

Tasarım

Çalışma, deneklerin bir kez anket doldurduğu kesitsel bir tasarım içermektedir.

Önlemler

Anket aşağıdaki ölçümlerden oluşmaktadır:

- 1 *Tarama davranışı (bağımlı değişkenler)*. Deneklere meme ve servikal tarama davranışları sorulmuştur.
 - Meme tarama davranışı: Deneklere "Memelerinizi yumrular için muayene ediyorsanız bunu ne sıklıkla yaparsınız?" diye sorulmuştur ("ayda bir "den "altı ayda bir "den daha aza kadar derecelendirilmiştir).
 - Servikal tarama davranışı: deneklere şu sorular sorulmuştur: (i) "Servikal smear testi yaptırdınız mı?" ("bir kez", "birkaç kez", "hiçbir zaman" şeklinde derecelendirilmiştir), (ii) "Smear testi yaptırdınız mı çünkü . . .

(a) siz mi istediniz, (b) doktorunuz mu önerdi, (c) doğum sonrası kontrolde rutin olarak mı yaptırıldı, (d) başka bir nedenden dolayı mı? Bu yanıtlara göre kadınlar teste katılmayanlar, pasif katılanlar (başkasının tavsiyesine uyanlar) veya aktif katılanlar (testi isteyenler) olarak sınıflandırılmıştır.

2 *Sağlık inançları (bağımsız değişkenler)*. Denekler 22 maddeye ne kadar katıldıklarına göre puan vermişlerdir. Bu maddeler HBM'nin boyutlarını aşağıdaki gibi yansıtmaktadır:

- Duyarlılık: denekler 'kansere yakalanma ihtimalim çok yüksek' ve 'fiziksel sağlığım kansere yakalanma ihtimalimi artırıyor' gibi maddeleri değerlendirmiştir.
- Ciddiyet: denekler 'kansere düşüncesi beni korkutuyor' ve 'kanseri düşünmekten bile korkuyorum' gibi maddeleri değerlendirmiştir.
- Faydalar: denekler 'kansere erken teşhis edilirse başarılı bir şekilde tedavi edilebilir' ve 'son on yılda kanser tedavisinde çok ilerleme kaydedilmiştir' gibi maddeleri değerlendirmiştir.
- Engeller: denekler 'Doktorları veya hastaneleri sevmiyorum' ve 'Ameliyat olmam gerekebileceğinden korkarım' gibi maddeleri değerlendirmiştir.
- Maliyetler: denekler 'Doktora veya kliniğe ulaşmak için mesafe veya zaman nedeniyle sorun yaşarım' ve 'Doktorun ofisinde veya klinikte uzun süre beklemek zorunda kalırım' gibi maddeleri değerlendirmiştir.

Ankette ayrıca aşağıdaki sağlık inançlarına ilişkin ölçümler de yer almıştır:

- Sağlık motivasyonu: Deneklere sağlıkla ilgili beş faaliyetten oluşan bir listeye katılıp katılmadıkları sorulmuştur (örn. fiziksel egzersiz yapmak, alkol tüketimini azaltmak).
- Kansere bilgisi: Deneklere meme ve rahim ağzı kanserinin erken uyarı işaretleri hakkındaki bilgileri hakkında açık uçlu sorular sorulmuştur.
- Güven: Deneklerden, öz yeterliliklerinin bir ölçüsü olarak kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki güvenlerini derecelendirmeleri istenmiştir.
- Kansere temas: Deneklere ailelerinden birinin hiç kansere olup olmadığı sorulmuştur.

3 *Sağlık kontrol odağı (bağımsız değişkenler)*. Denekler 18 maddelik çok boyutlu sağlık kontrol odağı ölçeğini (MHLC) doldurmuştur (Wallston ve ark. 1978). Soru formu iç kontrol (örn. 'Hastalanırsam ne kadar sürede iyileşeceğimi kendi davranışlarım belirler'), dış kontrol/güçlü başkaları (örn. 'Kendimi iyi hissetmediğimde doktoruma danışmalıyım') ve dış kontrol/şans (örn. 'İyi bir sağlık büyük ölçüde şans işidir') ölçümü sağlamak için kullanılmıştır.

4 *Duygusal kontrol (bağımsız değişkenler)*. Denekler Watson ve Greer (1983) tarafından geliştirilen 21 maddelik Cour- tauld duygusal kontrol ölçeğini doldurmuşlardır. Bu ölçek, kişinin (i) öfkesini, (ii) depresif ruh halini ve (iii) kaygısını ne ölçüde ifade ettiğini veya kontrol ettiğini ölçen üç alt ölçekten oluşmaktadır.

Demografik özellikler

Ayrıca denekler yaşları, sosyal sınıfları, medeni durumları ve dinleri ile ilgili soruları da doldurmuşlardır.



Sonuçlar

Sonuçlar, farklı sosyal psikolojik modellerin hem meme hem de serviks kanseri için tarama davranışını önceden belirlemedeki rolünü değerlendirmek için analiz edilmiştir. Başlangıçta, bağımlı değişkenler (meme kanseri ve serviks kanseri tarama davranışı) ile deneklerin demografik özellikleri, sağlık inançları, sağlık kontrol odağı ve duygusal kontrolleri arasındaki bireysel korelasyonlar değerlendirilmiştir.

Kendi kendine meme muayenesi

Sonuçlar, kendi kendine meme muayenesinin smear testi için gelenler arasında daha sık olduğunu; yaş ve sosyal sınıf, tedaviye devam etmenin maliyetine dair yüksek inanç ve güçlü başkalarının rolüne dair yüksek inanç ile negatif; medeni durum, tedavinin faydaları, sağlık motivasyonu, meme ve rahim ağzı kanseri bilgisi ile pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir.

Servikal tarama davranışı

Sonuçlar, servikal smear yaptırmaya gitmenin din, medeni durum, tedavinin algılanan faydaları, sağlık motivasyonu, meme ve serviks kanseri bilgisi ile pozitif; sosyal sınıf, algılanan engeller ve maliyetler ve şansın rolüne olan inanç ile negatif ilişkili olduğunu göstermiştir.

Sonuçlar daha sonra çoklu regresyon analizi kullanılarak tarama davranışının genel olarak en iyi tahmin edicilerini değerlendirmek için analiz edilmiştir. Bu tür bir analiz, bağımsız değişkenlerin hangi kombinasyonunun bağımlı değişkeni en iyi tahmin ettiğini görmek için denkleme çok sayıda değişken koymaktadır. Sonuçlar, kendi kendine meme muayenesinin en iyi yordayıcısının muayeneyi gerçekleştirme konusunda güven olduğunu (öz yeterlilik) ve servikal smear için katılmanın en iyi yordayıcısının araştırmanın sonuçlarından daha az korkmak olduğunu (engeller) göstermektedir.

Sonuç

Bu çalışmanın sonuçları, hem rahim ağzı hem de meme kanseri için tarama davranışını öngörmede sağlık inanç modeli ve sağlık kontrol odağının bireysel bileşenleri için bazı destekler sağlamaktadır. Sonuçlar özellikle öz yeterlilik (HBM'nin son versiyonuna eklenmiştir, bkz. Bölüm 2) ve engellerin davranışın en güçlü belirleyicileri olduğunu göstermektedir. Ancak sonuçlar, tarama davranışında duygusal kontrolün rolünü desteklememektedir. Yazarlar, kendi kendine meme muayenesini artırmayı amaçlayan sağlık promosyonunun 'kadınların bunu nasıl uygulayacaklarına dair güvenlerini nasıl artıracaklarını göz önünde bulundurması gerektiği' ve servikal smear taramalarına katılımı artırmayı amaçlayan eğitimin 'birçok kadının araştırmanın olası sonuçları hakkında hissettiği endişeyi azaltması gerektiği' sonucuna varmıştır. Dolayısıyla bu makale, bir teorinin nasıl test edilebileceğini ve böyle bir çalışmadan elde edilen sonuçların nasıl uygulamaya dönüştürülebileceğini göstermektedir.

Sorunlu olarak tarama

Geçtiğimiz on yıl içinde tarama literatüründe yeni bir boyut, yani taramanın olumsuz unsurları ortaya çıkmıştır. Artık taramanın aşağıdaki yönleri hakkında tartışmalar yapılmaktadır:

- (1) dört ana etik ilkenin (yararlılık, zarar vermeme, özerklik ve adalet) *uygunluğu* açısından etik;
- (2) tarama programlarının *maliyet etkinliği*; ve
- (3) taramanın birey üzerindeki olası *psikolojik yan etkileri*. Bu eleştiriler, nüfusun taranmasına karşı bir tepki olarak görülebilir.

Tarama etik midir?

Taramayı çevreleyen etik meseleler hakkındaki tartışmalar geleneksel olarak Sackett ve Holland'ın (1975) 'evangelistler ve salyangozlar' olarak adlandırdığı iki grup arasında kutuplaşmıştır. Bu tartışmalar en iyi şekilde tıpta karar verme ilkelerine ilişkin dört temel etik ilke bağlamında anlaşılabilir: yararlılık, zarar vermeme, özerklik ve adalet.

Yararlılık - hasta için yararlı olarak tarama

Yararlılık, hastaya sağlanacak faydaların herhangi bir külfetten daha ağır basması olasılığını ifade eder. Bu nedenle tarama, tedavi edilebilir bir hastalığın veya anormalliğin tespit edilmesi ve bireyin yaşamının uzatılması veya iyileştirilmesi açısından hastaya fayda sağlamalıdır. Taramanın hastaya fayda sağladığına dair hem lehte hem de aleyhte kanıtlar mevcuttur.

İyilikseverlik için kanıtlar

Hipertansiyon taraması açısından Hart (1987) "muayenehanemizde kayıtlı her yetişkinin kan basıncını her beş yılda en az bir kez kaydetmek gibi yasal olmasa da ahlaki bir yükümlülüğümüz vardır" demiştir. Servikal tarama açısından her 40.000 smear için bir hayat kurtarıldığı tahmin edilmektedir (*Lancet* 1985). Meme kanseri açısından, Sağlık Sigortası Planı Çalışması raporları (Shapiro ve ark. 1972; Shapiro 1977), tarama yoluyla meme kanserinin erken tespitinin, kontrol grubuna kıyasla çalışma grubunda ölüm oranını %30 azalttığını göstermiştir. Takip sonuçları, çalışma grubunun 12 yıl sonra hala fayda gördüğünü göstermiştir (Shapiro ve ark. 1982). İsveç'te yapılan büyük bir rastgele kontrollü çalışmanın ardından meme taramasının faydalarına ilişkin başka sonuçlar da rapor edilmiştir (Lundgren 1981). Hinton (1992: 231) literatürü gözden geçirerek "yıllık mamografik tarama ile hayat kurtarılabileceği" sonucuna varmıştır. Jones (1992) kolorektal kanser taramasının da faydalı olabileceğini savunmuştur. 'Kanıtların ve argümanların ... ikna edici olmaya başladığını' öne sürmüş ve kolorektal kansere bağlı ölüm oranının, mevcut bir tarama programı olan serviks kanserine bağlı ölüm oranının on katı olduğunu belirtmiştir. Buna ek olarak, tarama yoluyla hastalığın olmadığının tespit edilmesi, negatif bir sonucun 'hastaya sağlığını geri vermesi' açısından hastaya da fayda sağlayabilir (Grimes 1988). Dolayısıyla, yararlılık etik ilkesine göre, taramanın taranan bireyler üzerinde bazı olumlu etkileri olabilir.

Faydacılığa karşı kanıtlar

Elektronik fetal izleme, obstetrik sonuçları iyileştirmenin bir yolu olarak tanıtılmıştır. Ancak, iki iyi kontrollü çalışmanın sonuçları, bu tür izlemenin hem doğumdan hemen sonra (MacDonald ve ark. 1985) hem de 4 yaşında (Grant ve Elbourne 1989) bebeklere herhangi bir fayda sağlamadan sezaryen oranını artırabileceğini göstermiştir. Buna ek olarak, elektronik fetal izlemenin 18 aylıkken ölçülen serebral palsi oranını artırdığı görülmüştür (Shy ve ark. 1990). Doğum öncesi tansiyon taramasının preeklampsi (hamilelikte annenin hayatını tehdit eden yüksek tansiyon) insidansı üzerindeki etkilerini inceleyen yakın tarihli bir derlemede yazarlar, doğum öncesi taramanın preeklampsi üzerinde önemli bir etkisi olmadığı sonucuna vararak bu tarama sürecinin bireye fayda sağlamadığını öne sürmüşlerdir. Yakın zamanda yayınlanan makaleler de yenidoğanlarda doğuştan kalça çıkığı (Leck 1986), hipertansiyon, meme kanseri ve rahim ağzı kanseri taramalarının etkinliğini, erken (daha sonra değil) tıbbi müdahalelerin göreceli etkinliği ve sadece ilerleme süresini (tespit ve semptomlar arasındaki süre) artırmanın etkileri açısından sorgulamıştır.

Zararsızlık - tarama zarar vermemelidir

Skrabanek (1988), taramanın herhangi bir deneysel prosedürle aynı titizliğe tabi tutulması, olası risklerin değerlendirilmesi ve 'önce zarar verme' ilkesinin hatırlanması gerektiğini öne sürmüştür. Dolayısıyla, taramanın etik olabilmesi için sadece hastaya fayda sağlaması değil, aynı zamanda ne bireye ne de bir bütün olarak topluma olumsuz sonuçlar doğurmaması gerekir. Taramanın psikolojik ve mali sonuçları daha sonraki başlıklar altında ele alınacaktır. Bununla birlikte, tarama biyolojik kon- sekanslar ve yanlış negatif sonuçlar (sorun gerçekte mevcutken negatif sonuç alınması) veya yanlış pozitif sonuçlar (sorun gerçekte yokken pozitif sonuç alınması) açısından kişisel zarara neden olabilir; ayrıca nüfusların tıbbileştirilmesi ve belirli birey gruplarının mevcut damgalanmasının şiddetlenmesi açısından toplumsal zarara da neden olabilir.

Kişisel zarar

Bireyin sağlığını izlemek için kullanılan bazı teknikler, biyolojik durumu üzerinde zararlı bir etkiye sahip olabilir. Bu durum, meme kanserinin tespiti için sıkça kullanılan mamografi için özellikle endişe vericidir. Meme dokusunun ısınlanmasının zararlı etkilerine ve kanserle olan bağlantılarına dair kanıtlar, radyasyon tedavisi kullanılarak iyi huylu hastalıklar için tedavi edilen kadınlarda (Metler ve ark. 1969; Simon 1977), Hiroşima ve Nagazaki bombardımanlarından sağ kurtulanlarda (Wanebo ve ark. 1968) ve tüberküloz için floroskopi uygulanan kadınlarda (MacKenzie 1965) meme kanseri raporlarında bulunabilir. Radyasyonun tamamen güvenli kabul edilebileceği bir eşik değeri olduğu ve ısınlama ile meme kanseri arasındaki ilişkiye dair yukarıdaki örneklerin alışılmadık derecede yüksek radyasyon seviyelerinden kaynaklandığı ileri sürülmüştür (Perquin ve ark. 1976). Ancak, bu görüşle ilgili bazı anlaşmazlıklar bulunmaktadır. Özellikle, Upton ve arkadaşları (1977) 1 rad'a maruz kalmanın meme kanseri riskini yüzde 1 oranında artıracağını öne sürmüştür. Ayrıca, Strax (1978) 40 milyon kadının 20 yıl boyunca taranması halinde 120 kadının radyasyona bağlı meme kanserinden öleceğini öne sürmüştür. Ancak, bu endişelerin ortaya atılmasından bu yana, mamografide kullanılan radyasyon dozu azaltılmış olsa da, bazı endişeler hala devam etmektedir.

Tüm testler hatalıdır ve hiçbirisi yüzde 100 doğruluk vaat edemez. Bu nedenle her zaman yanlış pozitif ve yanlış negatif olasılığı vardır. Yanlış pozitif bir sonuç, gereksiz tedavi müdahalelerine ve buna bağlı endişe ve belirsizliğe yol açabilir. Yanlış negatif bir sonuç ise bir hastalığın tespit edilmeden kalmasına, tedavi edilmemesine ve sonuç olarak tıbbi müdahale olmaksızın ilerlemesine yol açabilir. Buna ek olarak, yanlış-negatif bir sonuç daha sonraki hastalık belirtilerinin (örn. memede yumru, vajinal akıntı) hasta tarafından göz ardı edilmesine yol açabilir.

Sosyal zarar

Zola (1972) tıbbın bir sosyal kontrol aracı olduğunu ileri sürmüş ve bireylerin uzmanlara çok fazla bağımlı hale gelmesinin bir tehlike olduğunu belirtmiştir. Tarama açısından, nüfusların izlenmesi ve gözetimi, yalnızca bireyleri incelemek için değil, aynı zamanda onları kontrol etmek için de bir forum olarak görülebilir. Bu argüman Illich tarafından da *Medical Nemesis* (1974) adlı kitabında dile getirilmiş ve tıbbın insanların sağlığının sorumluluğunu üstlenerek tıbbi bağımlılardan oluşan bir toplum yarattığını savunmuştur. Tarama, sosyal kontrole doğru bu kaymanın bir örneğidir, çünkü tıp mesleği tarafından sadece hastalar değil, aynı zamanda tüm bireyler artık hastalık açısından 'risk altında' olduğu için sağlıklı olanlar da görülmektedir (Armstrong 1995). Skrabanek (1988: 1155), taramanın ve sağlığın tıbbileştirilmesinin "Devletin insanların özel yaşamlarına müdahalesi ve buna uymayanların damgalanması için bir gerekçe oluşturduğunu" ileri sürmüştür.

Taramanın belirli sosyal gruplara yönelik mevcut damgalamayı şiddetlendirmesi olasılığı,

genetik bozuklukların taranmasıyla özellikle ilgilidir. Halihazırda toplum şu gruplardan oluşmaktadır

Bazıları Down sendromu, kistik fibroz ve orak hücreli anemi gibi genetik bozukluklara sahip olan çeşitli bireyler. Bu bireyler stereotipleştirme ve damgalamaya maruz kalabilseler de, toplum bu bireylere tedavi ve destek sağlamakta ve onları nüfusun geri kalanına entegre etmeye çalışmaktadır. Bununla birlikte, bu tür bozuklukların taranmasının gebeliğin sonlandırılmasına ve bu damgalanmış popülasyonda bir azalmaya yol açması mümkündür. Bu durum, bu bozukluklara sahip daha az sayıda bireye yol açacak olsa da (kimse orak hücreli anemiden muzdarip olmak istemeyeceği için bu olumlu bir sonuç olabilir), bu sorunlarla doğan bireyler, destek ve tedavi için sosyal hükümlerin azaldığı bir dünyada var olan büyük ölçüde azalmış bir azınlığın parçası olacakları için daha fazla damgalanma ile karşı karşıya kalabilirler.

Özerklik - hastanın seçme hakkı vardır

Üçüncü etik ilke ise özerklik ilkesidir. Bu ilke, "akli dengesi yerinde ve olgun bireylerin, sosyal düzeni sağlamak için gerekli kısıtlamalara tabi olarak kendi gelecekleri hakkında karar vermeleri gerektiği" görüşüne dayanmaktadır (Burke 1992). Tarama savunucuları, bireyin sağlık durumu hakkında bilgi edinme hakkına sahip olması nedeniyle taramanın özerkliği teşvik etmenin merkezinde yer aldığını savunmaktadır. Bu tarama modeline göre doktor, hastanın ilgili bilgilere ulaşmasını sağlayan bekçidir. Ancak tarama, bir sosyal kontrol biçimi olarak yorumlanırsa ve doktorlar 'yaşam tarzı polisi' olarak görülürse, bireyin özerkliğini de zayıflatabilir.

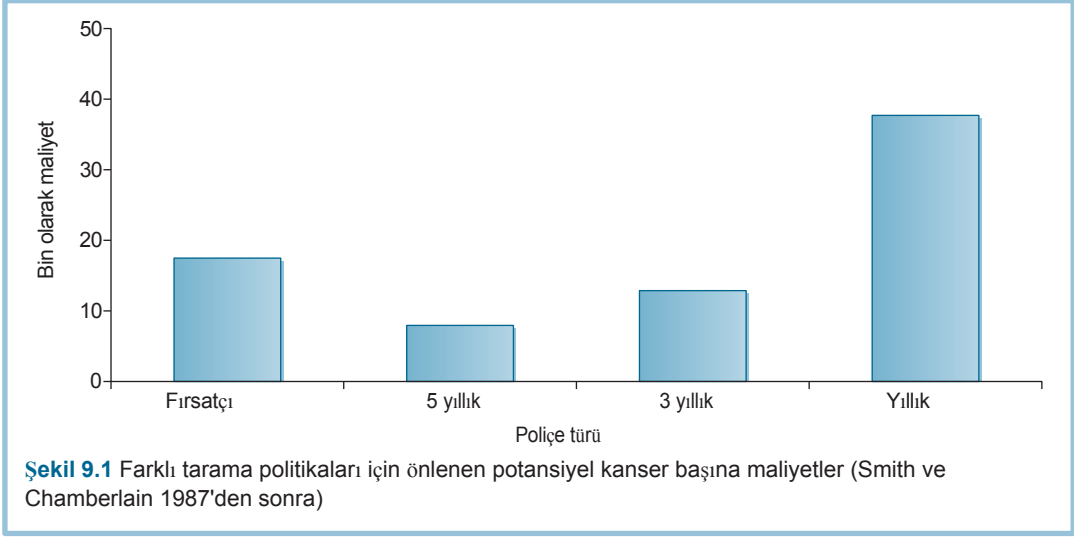
Adalet - kaynakların eşit dağılımı

Dördüncü etik ilke olan adalet, kaynakların eşit bir şekilde dağıtılması ihtiyacını ifade eder. Bu ilke, tarama programlarının maliyetli olması ve fonların diğer hizmetlerden kaydırılmasını gerektirmesi nedeniyle önemlidir. Buna ek olarak, en sık test yaptıranların genellikle en az ihtiyaç duyanlar olduğunu öne süren 'ters bakım yasası' (Hart 1971), taramaya uygulandığında, finansmanın toplumdaki en sağlıklı bireylere kaydırıldığını vurgulamaktadır.

Tarama maliyet-etkin midir?

Tarama ile ilgili ikinci sorun maliyet-etkinliği ile ilgilidir. Maliyet-etkinlik analizi, belirli bir hedefe en az maliyetle nasıl ulaşılabileceğini ya da en iyi çıktıyı elde etmek için sabit bir kaynağın nasıl kullanılacağını değerlendirmeyi içerir. Tarama açısından bu, taramanın hedefleri (tedavi edilebilen asemptomatik hastalığı tespit etmek) ve bu hedeflere ulaşmak için gereken kaynakların derecesi (fırsatçı tartım gibi minimum müdahalelere karşı meme tarama klinikleri gibi pahalı müdahaleler) ile ilgili sorunları gündeme getirmektedir. Taramanın ekonomik değerlendirmeleri, servikal tarama için farklı politikalar için analiz edilmiştir (Smith ve Chamberlain 1987). Farklı politikalar şunları içermektedir: (1) fırsatçı tarama (kişi muayenehaneye başvurduğunda smear testi yapılması); (2) her beş yılda bir smear testi yapılması; (3) her üç yılda bir smear testi yapılması; ve (4) her yıl smear testi yapılması. Bu analizden elde edilen sonuçlar Şekil 9.1'de gösterilmektedir. Bu farklı politikalar, rahim ağzı kanseri taraması sorununa olası çözümler olarak sunulmuştur. Sonuçlar, İngiltere ve Galler'de yıllık taramanın 165 milyon sterline mal olacağını ve potansiyel olarak 4300 kanseri önleyeceğini, beş yılda bir smear testinin ise 34 milyon sterline mal olacağını ve potansiyel olarak 3900 kanseri önleyeceğini göstermektedir.

Maliyet etkinliği sorunu, OXCHECK ve Aile Kalp Çalışması sonuçlarının tartışılmasıyla da vurgulanmaktadır (Muir ve ark. 1994; Wood ve ark. 1994). Her iki çalışma da yoğun tarama, danışmanlık ve sağlık kontrollerinin risk faktörleri üzerinde sadece ılımlı bir etkisi olduğunu göstermiştir ve yazarlar bu sonuçları, doktor temelli müdahaleler yoluyla sağlığın geliştirilmesine yönelik hükümet politikaları açısından sonuçları açısından tartışmaktadır.



Aile Kalp Çalışması

Aile Kalp Çalışması (Wood ve ark. 1994), bir yıllık bir süre boyunca tarama ve yaşam tarzı müdahalelerinin ailelerdeki kardiyovasküler risk faktörleri üzerindeki etkilerini incelemiştir. Çalışma, İngiltere'nin 13 kasabasındaki 26 genel muayenehaneyi kapsamış ve 40-59 yaş arası 12.472 kişiyi çalışmaya dahil etmiştir. Toplam örneklem 7460 erkek ve 5012 kadından oluşmuştur. Her şehirdeki muayenehaneler sosyodemografik özelliklerine göre eşleştirilmiş ve rastgele olarak müdahale ya da karşılaştırma muayenehanesi olarak belirlenmiştir. Müdahale uygulamaları daha sonra rastgele bir şekilde ya başka bir karşılaştırma grubuna ya da bir müdahale grubuna tahsis edilmiştir. Bu, müdahaleyi alan deneklerle hem iç hem de dış karşılaştırma yapılmasını sağlamıştır. Tüm müdahale uygulamaları tarama almıştır, ancak bu uygulamalardan sadece müdahale grubu bir yıllık süre içinde yaşam tarzı danışmanlığı ve takibi almıştır. Tüm uygulamalardaki tüm denekler bir yıl boyunca takip edilmiştir. Tarama süreci, demografik, yaşam tarzı ve tıbbi faktörler hakkında sorular soran ve boy, kilo, karbon monoksit, kan basıncı, kan şekeri ve kan kolesterolünü ölçen eğitimli bir araştırma hemşiresiyle randevuyu içeriyordu. Müdahale grubundaki denekler ayrıca yaşam tarzı danışmanlığı ve tekrarlanan takip aldılar. Danışan merkezli bir aile yaklaşımı kullanılan danışmanlık, hastaların risk durumunun değerlendirilmesini, eğitim girdisini ve deneklerin kişisel olarak müzakere ettikleri yaşam tarzı değişikliklerini belgelemeleri için bir kitapçığı içeriyordu. Daha sonra tüm deneklere risk durumlarına bağlı olarak her 1, 2, 3, 4, 6 veya 12 ayda bir takip önerilmiştir. Sonuçlar, takip sırasında koroner kalp hastalığı için ana risk faktörlerindeki değişiklikler ve serum kolesterol konsantrasyonuna, sistolik kan basıncına ve önceki ve mevcut sigara içme davranışına bağlı olan Dundee risk skoru açısından ölçülmüştür. Sonuçlar müdahale uygulamaları içinde, müdahale uygulamaları ile dahili karşılaştırma uygulamaları arasında ve müdahale uygulamaları ile harici karşılaştırma grubundaki uygulamalar arasında karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, müdahale uygulamalarında bir yılda genel risk puanında %16'lık bir azalma, sigara kullanımında %4'lük bir azalma, sistolik (7 mmHg) ve diyastolik (3 mmHg) kan basıncında küçük bir azalma ve ağırlık (1 kg) ve kolesterol konsantrasyonlarında (0.1 mmol/L) marjinal azalmalar olduğunu göstermiştir. Sonuçlar kan glukoz seviyelerinde herhangi bir değişiklik göstermemiştir. Buna ek olarak, risk durumundaki en büyük değişiklikler en yüksek risk seviyesine sahip kişilerde rapor edilmiştir. Bu yoğun tarama ve müdahale koroner kalp hastalığı riskinde doğru yönde değişikliklere yol açmış olsa da, Wood ve diğerleri (1994: 319)

'bu küçük azalmaların uzun vadede sürdürülüp sürdürülemeyeceğinin bilinmediğini, ancak sürdürülebilirse bile koroner kalp hastalığı vakalarında yalnızca yüzde 12'lik bir azalmaya karşılık geleceğini' belirtmiştir. Yazarlar ayrıca hükümet destekli sağlığı geliştirme kliniklerinin 'muhtemelen çok daha azını başaracağı ve muhtemelen hiç değişiklik olmayacağı' (Wood vd. 1994: 319) ve 'hükümetin tarama politikasının bu sonuçlarla gerekçelendirilemeyeceği' (1994: 313) sonucuna varmışlardır.

OXCHECK çalışması

OXCHECK çalışmasından elde edilen sonuçlar da benzer şekilde karamsar sonuçlar ortaya koymuştur (Muir ve ark. 1994). Bu çalışma Bedfordshire'daki beş kentsel muayenehaneden alınan 6124 hastayı kapsamakta ve kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin azaltılmasında genel pratisyen hemşireler tarafından yapılan sağlık kontrollerinin etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Tüm deneklere ilk sağlık kontrolü yapılmış ve müdahale grubuna bir yıl sonra ek bir takip sağlık kontrolü yapılmıştır (ayrıca denekler için dört yıllık bir süre boyunca başka sonuçlar da toplanmıştır). Sağlık kontrolleri, hemşirenin kişisel ve ailesel kalp hastalığı, inme, hipertansiyon, diyabet ve kanser öyküsü hakkındaki bilgileri kaydetmesini içermiştir. Sigara geçmişi, alkol tüketimi ve beslenme alışkanlıkları, boy, kilo, serum kolesterol konsantrasyonu ve kan basıncı ile ilgili bilgiler de kaydedilmiştir. Hemşirelere ayrıca hastalara risk faktörleri hakkında danışmanlık yapmaları ve risk azaltmaya yönelik öncelik ve hedefleri müzakere etmeleri talimatı verilmiştir. Yeniden yapılan muayene ilk sağlık kontrolünden daha kısa sürmüş ancak aynı profil ve yaşam tarzı faktörlerinin yeniden ölçülmesini içermiştir. Sonuçlar, müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha düşük kolesterol seviyesi (yüzde 2,3 oranında), daha düşük sistemik (yüzde 2,5) ve diyastolik (yüzde 2,4) kan basıncı ve vücut kitle endeksi veya sigara içme yaygınlığı veya bırakma oranlarında herhangi bir fark olmadığını göstermiştir.

Yazarlar, sağlık kontrollerinin sigara kullanımını azaltmak için kullanılmasının etkisiz olabileceği, çünkü sağlık kontrolünün aynı anda çok fazla risk faktörünü değiştirmeye çalışması halinde sağlık bilgilerinin etkinliğinin azalabileceği sonucuna varmışlardır. Kan basıncındaki düşüşün muhtemelen bir uyum etkisinden kaynaklandığını ve sağlık kontrollerinin etkisiz olduğunu öne sürmüşlerdir. Muir ve diğerleri (1994: 312) ayrıca, sağlık kontrollerinin serum kolesterol konsantrasyonunu azalttığı görülse de, 'kolesterol konsantrasyonunun erkeklerde mutlak risk üzerindeki daha büyük etkisi göz önüne alındığında, farkın erkeklerde kadınlardan daha küçük olmasının hayal kırıklığı yarattığı' sonucuna varmış ve Oxfordshire'da daha önce yapılan bir denemenin ışığında konsantrasyondaki bu tür bir değişimin uzun vadede sürdürülüp sürdürülemeyeceğini sorgulamışlardır. Bu nedenle, OXCHECK çalışmasının sonuçları kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinde bir miktar azalma olduğunu gösterse de, yazarlar bu azalmaları sunarken oldukça kötümser davranmışlardır. Yukarıdaki çalışmaların her ikisi de tarama ve asgari müdahalelerin maliyet açısından etkili olmadığını, çünkü olası faydaların, gerekli zaman ve para miktarına değmeyeceğini öne sürmüştür.

programların uygulanması.

Taramanın bireyin psikolojik durumu üzerindeki etkileri

Taramayla ilgili üçüncü sorun, bireyin psikolojik durumu üzerindeki etkisiyle ilgilidir.

Tartışmalar

Taramaya ilişkin ilk değerlendirmeler, tarama sonuçlarının olası olumsuz sonuçlar açısından değil, hastaların tanılarını anlamaları ve hatırlamaları açısından değerlendirilmesini içermekteydi (Sibinga ve Friedman 1971; Reynolds ve ark. 1974). Ancak taramanın etkilerine ilişkin son tartışmalarda olumsuz sonuçlar giderek daha fazla vurgulanmaktadır. McCormick (1989), taramanın sonuçlarına ilişkin bir tartışmada, 'yanlış pozitif yaymaların

sağlıklı kadınlarda hiçbir zaman tam olarak giderilemeyecek sıkıntı ve endişeye neden olmaktadır" (McCormick 1989: 208). Grimes (1988) 'sağlığın teşvik edilmesinin kaçınılmaz olarak hastalık farkındalığıyla sonuçlandığını' belirtmiş ve taramanın iç gözlemle sonuçlandığını öne sürmüştür. Skrabanek (1988: 1156), 'taramanın tehlikeleri tartışmasıdır: gereksiz tetkik ve tedavilere yol açan yanlış pozitifleri ve bunun sonucunda ortaya çıkan hem fiziksel hem de psikolojik iyatrojenik morbiditeyi içerir' şeklindeki ifadesiyle taramanın olumsuz sonuçlarına ilişkin farkındalığı özellikle dile getirmiştir. Marteau (1989), 'herhangi bir tarama testinde pozitif bir sonucun her zaman olumsuz duygularla karşılandığı' yorumunda bulunarak onu desteklemiştir.

Araştırma: taramanın psikolojik etkisi

Taramanın olumsuz sekelleri 'maddi olmayan maliyetler' olarak tanımlanmıştır (Kinlay 1988), ancak araştırmalar bunların gerçekten de ilgili bireyler tarafından deneyimlendiğini göstermektedir. Bu psikolojik sekeller, tarama sürecinin çeşitli farklı aşamalarının bir sonucu olabilir:

- 1 *Bir tarama davetinin alınması.* Araştırmalar, bir tarama programına katılmak için davetiye göndermenin sadece bireyin davranışını değil, aynı zamanda psikolojik durumunu da etkileyebileceğini göstermektedir. Fallowfield ve arkadaşları (1990) meme taraması seansına katılma talebi alan kadınların tepkileri üzerine retrospektif bir çalışma yürütmüştür. Sonuçlar, yüzde 93'ünün memnun olmasına rağmen yüzde 55'inin endişeli hissettiğini göstermiştir. Dean ve arkadaşları (1984) meme taraması bekleyen kadınlara psikolojik morbidite ölçümü göndermiş ve altı ay sonra onları takip etmiştir. Sonuçlar psikolojik morbiditede önemli bir artış olmadığını göstermiştir. Bununla birlikte, geriye dönük olarak sorulduğunda, kadınların %30'u davet mektubunu aldıktan sonra endişelendiklerini söylemiştir. Dolayısıyla bir tarama davetiyesi almak kaygıyı artırabilir. Ancak bazı araştırmalar bunun her zaman böyle olmadığını göstermektedir (Cockburn ve ark. 1994).
- 2 *Negatif bir sonucun alınması.* Negatif bir sonuç almanın (yani test edilen rahatsızlığa sahip olmamanın) bireyin kaygısını azaltacağı varsayılabilir. Çoğu araştırma bunun böyle olduğunu ve olumsuz bir sonucun bir rahatlama hissi yaratabileceğini (Orton ve ark. 1991) veya kaygıda bir değişiklik yaratmayabileceğini (Dean ve ark. 1984; Sutton ve ark. 1995) öne sürmektedir. Ayrıca Sutton (1999), meme kanseri taramasının ardından olumsuz bir sonuç alınmasıyla ilgili literatürü gözden geçirdiği çalışmasında, 'olumsuz bir tarama sonucu alan kadınlar arasında anksiyetenin önemli bir sorun olmadığı' sonucuna varmıştır. Ancak bazı araştırmalar, negatif sonuç ile artan anksiyete seviyesi (Stoate 1989) veya başlangıç seviyesine dönmeyen kalıntı anksiyete seviyeleri (Baillie ve ark. 2000) arasında bir ilişki olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca araştırmalar, negatif sonuçların ardından bile bazı kişilerin klinik olarak tavsiye edilmemesine rağmen daha ileri testlere gittiğini göstermektedir (örn. Lerman ve ark. 2000; Michie ve ark. 2002). Michie ve arkadaşları (2003) negatif genetik sonuçların neden güven vermediğini araştırmak için nitel yöntemler kullanmıştır. Genetik bir durum olan ve bağırsakta tespit edilip ameliyatla alınmadığı takdirde kansere dönüşebilen poliplerle sonuçlanan ailesel adenomatöz polipozis (FAP) için olumsuz sonuç alan dokuz kişiyle görüşmüşlerdir. Araştırmacılar, insanların iki nedenden ötürü negatif bir sonuçla rahatlamayabileceğini ileri sürmüşlerdir. Birincisi, hastalığın nedeni hakkında test edilen nedene doğrudan uymayan bir inanca sahip olabilirler. FAP vakasında, insanlar bunun genetik kaynaklı olduğuna inandıklarını ancak genetiğin değişebileceğini anlatmışlardır. Bu nedenle, test ilgili genlere sahip olmadıklarını göstermiş olsa da, gelecekte durum böyle olmayabilir. İkinci olarak, testin

kendisine karşı bir inanç eksikliği gösterebilirler. FAP için, insanlar bir kan testinin bağırsakta meydana gelen bir hastalık hakkında bilgi verme yeteneği konusunda şüpheliydi. Bazıları

Araştırma ayrıca negatif bir sonucun nasıl sunulduğunu da incelemiştir. Birleşik Krallık'ta 1997 yılında servikal smear sonuçlarına ilişkin politika önerisinde 'negatif sonuç' teriminin kafa karıştırıcı olabileceği, çünkü kadınların bu tür bir 'negatif' sonuca karşı 'pozitif' hissedeceği ve bunun yerine 'normal' smear sonucu teriminin kullanılması gerektiği belirtilmiştir. Marteau ve diğerleri (2006) 'normal' ya da normal olarak sunulan bir sonucun ve bir dizi risk ifadesinin, yani 'önümüzdeki beş yıl içinde serviks kanseri olma ya da geliştirme riskiniz düşüktür' ifadesinin ve bir dizi sayısal risk sunumunun etkisini araştırmıştır. Katılımcılardan daha sonra algılanan risk düzeylerini tanımlamaları istenmiştir. Sonuçlar, herhangi bir risk tanımı olmaksızın sadece smear sonuçlarının 'normal' olduğu söylendiğinde, kadınların 'normal' ve risk tanımı aldıklarına kıyasla kendilerini daha az risk altında hissettiklerini göstermiştir. Marteau ve arkadaşları, negatif bir smear sonucunun hala düşük bir serviks kanseri riski anlamına geldiğini ve 'normal' teriminin insanların bu riski hafife almasına neden olduğunu savunmaktadır.

- 3 *Olumlu bir sonucun alınması.* Beklendiği gibi, olumlu bir sonucun alınması endişeden kaygıya ve şoka kadar çeşitli olumsuz duygularla ilişkilendirilebilir. Haynes ve arkadaşları 1978 yılında hipertansiyon teşhisinin ardından işe devamsızlığın arttığına işaret etmiş ve teşhisin sıkıntıya neden olmuş olabileceğini öne sürmüştür. Ayrıca, anormal bir servikal smear anksiyete, morbidite ve hatta terör yaratabilir (Campion ve ark. 1988; Nathoo 1988; Wilkinson ve ark. 1990). Koroner kalp hastalığı (Stoate 1989), meme kanseri (Fallowfield ve ark. 1990) ve genetik hastalıklar (Marteau ve ark. 1992) için yapılan taramalardan sonra da psikolojik maliyetler bildirilmiştir. Ayrıca, hipertansif olarak etiketlenenlerde depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bloom ve Monterossa 1981). Ancak bazı araştırmalar, bu psikolojik değişikliklerin yalnızca kısa vadede devam edebileceğini (Reelick ve ark. 1984) ve kısa süre içinde başlangıç seviyelerine dönebileceğini göstermektedir (Broadstock ve ark. 2000). Psikolojik sonuçlardaki bu bozulma özellikle fetal anormalliklerin tespit edilmesini takiben gebeliğin sonlandırılması (Black 1989) ve pozitif bir genetik test sonucunun alınmasını takiben (Broadstock ve ark. 2000) gösterilmiştir. Bazı araştırmalar, pozitif bir genetik test sonucu almanın bireylerin durumları hakkındaki inançları ve sonraki davranışları üzerindeki etkisini de incelemiştir. Bu tür bir yaklaşım, öz düzenleyici model ile uyumludur (bkz. Bölüm 3). Örneğin, Marteau ve diğerleri (2004) insanlara ailesel hiperkolesterolemi testlerinin pozitif çıktığını söylemenin, durumlarının doğası hakkındaki inançları ve davranışları üzerindeki etkisini araştırmıştır. Sonuçlar, genetik bir mutasyona sahip oldukları söylenen kişilerin kolesterollerinin diyetle yönetilebileceğine dair inançlarının daha düşük olduğunu göstermiştir. Dolayısıyla, sorunlarına ilişkin tıbbi bir model sunulması, davranışsal bir çözümü destekleme olasılıklarını azaltmıştır. Ancak kontrol algıları, ilaç tedavisine bağlılık veya risk azaltıcı davranışlar üzerinde herhangi bir etki bulunmamıştır. Bu, insanların eşleştirilmiş modellerini inceleyen araştırmalarla uyumludur (eşleştirilmiş modellerle ilgili tartışma için Bölüm 3'e bakınız). Ayrıca, risk bilgilerine verilen tepkileri anlamak için öz-düzenleyici yaklaşımın kullanımı ve mevcut bilişsel temsiller ile yeni risk bilgileri arasındaki 'uyumun' önemi üzerine yakın zamanda yapılan bir analizde de yansımaları bulmuştur (Marteau ve Weinman 2006).

- 4 *Yetersiz bir test sonucunun alınması.* Birçok test pozitif ya da negatif sonuç verse de, bazıları hastalığın varlığını ne doğrulayan ne de doğrulamayan yetersiz sonuçlar verir. Bunun bir örneği, testin irin varlığı veya yeterli sayıda servikal hücrenin bulunmaması nedeniyle 'mahvolabildiği' servikal taramadır. French ve arkadaşları (2004, 2006) yetersiz bir test sonucu ($n = 180$) ya da normal bir test sonucu almanın anlık ve uzun vadeli psikolojik sonuçlarını araştırmıştır

($n = 226$). Sonuçlar, yetersiz sonuç alan kadınların sonuçları hakkında daha fazla endişe ve kaygı duyduklarını, kendilerini daha fazla serviks kanseri riski altında algıladıklarını ve sonucun hemen ardından aldıkları bilgilerden daha az memnun olduklarını göstermiştir. Üç aylık takipte, yetersiz sonuç alan kadınlar artık daha endişeli değildi. Bununla birlikte, test sonuçları hakkında daha fazla endişe duyuyorlardı ve sonraki testlerden normal sonuçlar aldıktan sonra bile aldıkları bilgilerden daha az memnundular.

- 5 *Sonraki müdahalelerin psikolojik etkileri.* Tarama, hastalığı asemptomatik bir gelişim aşamasında tespit etmeyi ve daha sonra gelişimini geciktirmeyi veya önlemeyi amaçlasa da, 'risk altında' olduğu belirlenen tüm bireyler tedavi görmez. Buna ek olarak, 'risk altında' olarak tanımlananların hepsinde hastalık gelişmeyecektir. Serviks kanseri ile ilgili literatür, servikal tarama ile 'risk altında' olduğu tespit edilen bireylerin tedavi edilmesinin etkinliğini tartışmış ve bu tedavinin olası sonuçlarını ele almıştır. Duncan (1992), pozitif servikal smearlerin yönetimine ilişkin NHS kılavuzları hakkında bir rapor hazırlamıştır. Bu rapor, daha ciddi sitolojik anormallikleri olan tüm kadınların kolposkopi için sevk edilmesini, daha hafif anormallikleri olan diğerlerinin ise tekrarlanan servikal smear ile izlenmesini önermektedir. Shafi (1994), sevk ve tedavinin psikolojik etkisinin göz önünde bulundurulmasının önemli olduğunu ve bu etkinin ciddi hastalık riskinden daha büyük olabileceğini öne sürmektedir. Ancak Soutter ve Fletcher (1994) hafif anormalliklerden invazif serviks kanserine doğru bir ilerleme olduğuna dair kanıtlar bulunduğunu ve bu kadınların da doğrudan kolposkopi için sevk edilmeleri gerektiğini öne sürmektedir. Bu öneri, ilk kez hafif veya orta derecede anormalliklerle başvuran 902 kadın üzerinde yapılan prospektif bir çalışmanın sonuçlarıyla da desteklenmiştir (Flannelly ve ark. 1994). 1993'te yapılan bir çalışmada, servikte kanser öncesi değişikliklerin teşhis edilmesinin bir grup kadının psikolojik durumu üzerindeki etkileri incelenmiş ve ayrıca tedavinin ek etkisi değerlendirilmiştir (Palmer ve ark. 1993). Sonuçlar, teşhisin ardından kadınların yüksek düzeyde müdahaleci düşünceler, kaçınma ve yüksek düzeyde öfke yaşadıklarını göstermiştir. Buna ek olarak, tanı beden imajlarını ve cinselliklerini de etkilemiştir. Ancak yazarlar, tedavinin psikolojik durumları üzerinde ek bir etkisi olmadığını bildirmiştir. Belki de taramayı takiben konulan teşhis sıkıntı yaratan bir faktördür ve bunu takiben uygulanan tedavi yapıcı ve faydalı bir müdahale olarak görülmektedir. Taramanın bu yönünü değerlendirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.
- 6 *Bir tarama programının varlığı.* Marteau (1993), tarama programlarının varlığının neyin sağlıklı olduğuna dair toplumsal inançları etkileyebileceğini ve toplumun taranan bir duruma yönelik tutumunu değiştirebileceğini öne sürmüştür. Marteau ve Riordan (1992) tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarından biri tarama programına katılmış diğeri katılmamış iki varsayımsal hastaya karşı tutumlarını değerlendirmeleri istenmiştir. Her iki hasta da serviks kanseri geliştirmiş olarak tanımlanmıştır. Sonuçlar, sağlık profesyonellerinin katılmayan hastaya karşı daha olumsuz tutumlar sergilediğini göstermiştir. Bir başka çalışmada, toplum hemşirelerine rutin bir sağlık kontrolünün ardından sağlıkla ilgili davranışlarını değiştiren bir kalp krizi hastası (sağlıklı davranış durumu) ya da değiştirmeyen bir hasta (sağlıksız davranış durumu) tanımlamaları verilmiştir (Ogden ve Knight 1995). Sonuçlar, hemşirelerin sağlıksız davranış koşulundaki hastayı tavsiyelere uyma olasılığı daha düşük, durumundan daha sorumlu ve kalp krizini daha önlenabilir olarak değerlendirdiklerini göstermiştir. Tarama programlarının daha geniş etkileri açısından, bu tür programların varlığının toplumu aşağıdaki hususları görmeye teşvik etmesi mümkündür

hastalıklar önlenebilir ve bireyin sorumluluğundadır; bu da bu hastalıklara yakalanan bireylerin mağdur olarak suçlanmasına yol açabilir. Bu durum, tarama programları oluşturulmuş olan koroner kalp hastalığı, rahim ağzı kanseri ve meme kanseri gibi hastalıklar için geçerli olabilir. Gelecekte, sonlandırmalarla ortadan kaldırılabilecek genetik bozukluklarla da ilgili olabilir.

Bu tepki neden oluştu?

İkincil önleme şeklindeki tarama, profesyonelleri hem tespit hem de müdahaleye dahil etmekte ve değişim sorumluluğunu doktora yüklemektedir. Bu nedenle taramaya karşı oluşan tepki, profesyonel güce ve paternalist müdahaleye karşı bir protesto olarak analiz edilebilir. Son zamanlarda taramanın psikolojik sonuçlarına yapılan vurgu, bu hareket için bir cephane olarak görülebilir ve nüfus gözetiminin olumsuz sonuçları 'tarama balonunu' patlatmak için yararlı bir araç olarak değerlendirilebilir. Bu çerçevede, tepki bireyciliğin ve kişisel gücün bir ifadesidir.

Ancak bu tepki, tıbbi bakış açısındaki bir değişimi yansıtır olabilir - 'doktor yardımından' 'kendi kendine yardıma' doğru bir değişim. 1991 yılında İngiltere hükümeti, önlenebilir ölüm ve hastalık nedenlerinin azaltılması için hedefler belirleyen *Ulusun Sağlığı* belgesini yayınladı (DoH 1991b). Bu belge artık ikincil önleme sürecini - ve dolayısıyla dolaylı olarak profesyonel müdahaleyi - vurgulamamakta, birincil önleme, sağlığı geliştirme ve "kendi kendine yardım" a doğru bir kayma olduğunu göstermektedir. Pratisyen hekimler, artık hastalıkları asemptomatik bir aşamada tespit ederek değil, hastaları davranışlarını değiştirmeye teşvik ederek sağlıklı olmayı teşvik etmeye devam etmektedir. Son yıllarda diyet, sigara, egzersiz ve kendi kendine muayene konularına verilen önemin bir yansıması olarak kendi kendine yardım ve sağlığın geliştirilmesine doğru bir kayma yaşanmıştır. Önleme ve tedavi artık profesyonel müdahalenin sonucu değil, bireyin kendisinden kaynaklanmaktadır - hastalar kendi kendilerinin doktoru haline gelmektedir.

Sonuç olarak

Tarama (ikincil önleme), yirminci yüzyıl boyunca hastalığın asemptomatik bir aşamada tespit edilmesi için önemli bir araç olarak geliştirilmiştir. Tarama sürecini kolaylaştırmak için özel kriterler geliştirilmiş ve hastaların tarama programlarına katılımını artıracak araçları değerlendirmek için araştırmalar yapılmıştır. Ancak son zamanlarda taramayla ilgili sorunlar hakkında tartışmalar yaşanmaktadır. Bunlar taramanın etiği, maliyet etkinliği ve olası psikolojik sonuçları ile ilgilidir. Tarama programları hala geliştirilmekte ve sağlığın önemli bir yönü olarak kabul edilmekte olsa da, son zamanlarda "doktor yardımı" sisteminden "kendi kendine yardım" sistemine doğru bir geçiş yaşanmakta, bu da sağlık inançları, sağlık davranışları ve sağlığın geliştirilmesi sürecine olan ilginin artmasına yansımaktadır.



Sorular

- 1 Tarama, sağlığın geliştirilmesinin önemli bir yönüdür. Tartışın.
- 2 İnsanların neden tarama için geldiğini tartışın.
- 3 Tarama etik değildir. Tartışın.
- 4 Hastalık taramasının olası psikolojik yan etkileri nelerdir?
- 5 Tarama nasıl zarar verebilir?
- 6 Meme kanseri taramasına katılımı artırmak için tasarlanmış bir araştırma protokolü geliştirmek.

Tartışma için

Servikal tarama (kadınlar için) veya kendi kendine testis muayenesi (erkekler için) yapıp yapmamanızın hangi faktörlerle (örneğin inançlar, çevresel) ilişkili olduğunu düşünün.

Sağlık psikolojisinde varsayımlar

Tarama ile ilgili literatür, sağlık psikolojisindeki bazı varsayımların altını çizmektedir:

- 1 *Biyomedikal modele meydan okumak.* Sağlık psikolojisi biyomedikal modele meydan okumayı amaçlar. Ancak, genellikle 'başarılı bir sonuca' yönelik bazı biyomedikal yaklaşımlara meydan okumaz. Örneğin, taramanın psikolojik sonuçları incelenerek, taramanın kendi başına iyi bir fikir olmadığı öne sürülse de, tarama alımını artıracak yöntemlere vurgu yapılmaktadır. Belki de katılımı teşvik etmek, taramanın faydalı olduğuna dair biyomedikal inancı dolaylı olarak kabul etmektedir.
- 2 *Teorideki değişiklikler ilerlemeyi yansıtır.* Genellikle teorik perspektifteki değişikliklerin, bireylerin nasıl çalıştığına dair daha fazla bilgiyi ve sağlık ve hastalıkla ilgili daha iyi bir anlayışı yansıttığı varsayılır. Dolayısıyla, bu bakış açısı çerçevesinde, taramanın potansiyel olumsuz sonuçlarının incelenmesine odaklanılması, sağlığı geliştirmenin yollarının daha iyi anlaşılması olarak anlaşılabilir. Bununla birlikte, belki de taramaya karşı 'tepki', bireyleri farklı (daha iyi olması gerekmeyen) bir şekilde görmeyi de yansıtmaktadır - profesyonellerin uzman yardımına ihtiyaç duyan bireylerden, bireylerin kendilerine yardım etmeleri gerektiği inancına doğru bir kayma.

Daha fazla okuma

Marteau, T.M. ve Weinman, J. (2006) Öz düzenleme ve DNA risk bilgisine davranışsal tepki: teorik bir analiz ve gelecekteki araştırmalar için çerçeve, *Social Science and Medicine*, 62: 1360-8.

Bu, DNA risk bilgilerine verilen tepkiler üzerine mevcut araştırmaları tanımlayan ve bu tepkilerin öz-düzenleyici bir model içinde nasıl anlaşılabilirliğini gösteren ilginç bir teorik makaledir. Özellikle de sorunun mevcut bilişsel temsilleri ile yeni bilgiler arasındaki 'uyumun' önemini vurgulamaktadır.

Norman, P. (1993) Predicting uptake of health checks in general practice: invitation methods and patients' health beliefs, *Social Science and Medicine*, 37: 53-9.

Bu makale HBM'nin nasıl kullanılacağını ve teorinin pratiğe nasıl dönüştürülebileceğini göstermektedir.

Orbell, S. ve Sheeran, P. (1993) Health psychology and uptake of preventive health services: a review of 30 years' research on cervical screening, *Psychology and Health*, 8: 417-33.

Bu makale, tarama ile ilgili literatüre kapsamlı bir genel bakış sağlamakta ve psikolojik, hizmet sunumu ve demografik faktörlerin katkısını incelemektedir.

Shaw, C., Abrams, K. ve Marteau, T.M. (1999) Bireylerin hastalık riskini tahmin etmenin psikolojik etkisi: sistematik bir inceleme, *Social Science and Medicine*, 49: 1571-98.

Bu kapsamlı derleme, pozitif veya negatif bir test sonucu almanın bilişsel, duygusal ve davranışsal sonuçlar açısından etkisine ilişkin bugüne kadar yapılan araştırmaları incelemektedir.

Bölüm genel bakış

Bu bölüm stres tanımlarını incelemekte ve savaş/kaç tepkisi, genel adaptasyon sendromu ve yaşam olayları teorisi açısından ilk stres modellerine bakmaktadır. Daha sonra değerlendirme kavramı ve Lazarus'un stres tepkisinin ortaya çıkmasında psikolojinin merkezi bir rol oynadığını vurgulayan işlemsel stres modeli açıklanmaktadır. Bölüm daha sonra stresin fizyolojik modelini tanımlamakta ve stresin uyarılma ve kortizol üretimi gibi fizyolojik faktörlerdeki değişiklikler üzerindeki etkisini araştırmaktadır. Son olarak, stresin hem laboratuvarında hem de daha doğal bir ortamda nasıl ölçüldüğü anlatılmakta ve fizyolojik ve öz bildirim ölçüm yaklaşımları karşılaştırılmaktadır.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- Stres nedir?
- Stres teorilerinin gelişimi
- Stresin etkileşimsel modeli
- Stres ve değerlendirme
- Stres ve fizyolojideki değişiklikler
- Stres ölçümü

Stres nedir?

'Stres' terimi birçok farklı insan için birçok şey ifade eder. Meslekten olmayan bir kişi stresi baskı, gerilim, hoş olmayan dış güçler veya duygusal bir tepki olarak tanımlayabilir. Psikologlar stresi farklı şekillerde tanımlamışlardır. Çağdaş stres tanımları, dış çevredeki stresi bir stres faktörü (örneğin işteki sorunlar), stres faktörüne verilen tepkiyi stres veya sıkıntı (örneğin gerginlik hissi) ve stres kavramını biyokimyasal, fizyolojik, davranışsal ve psikolojik değişiklikleri içeren bir şey olarak görmektedir. Araştırmacılar ayrıca zararlı ve zarar verici olan stres (distress) ile olumlu ve faydalı olan stres (eustress) arasında da ayrım yapmışlardır. Ayrıca araştırmacılar, sınav ya da topluluk önünde konuşma yapma zorunluluğu gibi akut stres ile iş stresi ve yoksulluk gibi kronik stres arasında da ayrım yapmaktadır. Stresin en yaygın kullanılan tanımı Lazarus ve Launier tarafından geliştirilmiştir

(1978), stresi insanlar ve çevre arasındaki bir işlem olarak görmüş ve stresi 'kişi-çevre uyumu' açısından tanımlamıştır. Bir kişi sınav ya da topluluk önünde konuşma yapma zorunluluğu gibi potansiyel olarak zor bir stresle karşı karşıya kalırsa, yaşadığı stresin derecesi ilk olarak olayı değerlendirmesine ("stresli mi?") ve ikinci olarak da kendi kişisel kaynaklarını değerlendirmesine ("başa çıkabilecek miyim?") göre belirlenir. İyi bir kişi-çevre uyumu hiç stres olmaması veya düşük stresle sonuçlanırken, kötü bir uyum daha yüksek stresle sonuçlanır.

Stres modellerinin geliştirilmesi

Son birkaç on yılda, stres modelleri, stres tanımları, fizyolojik ve psikolojik faktörlere yaptıkları farklı vurgular ve bireyler ile çevreleri arasındaki ilişkiyi tanımlamaları açısından çeşitlilik göstermiştir.

Cannon'un savaş ya da kaç modeli

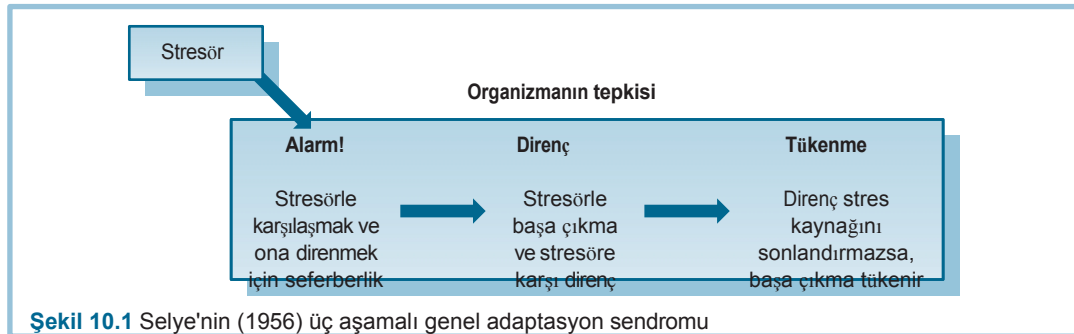
En eski stres modellerinden biri Cannon (1932) tarafından geliştirilmiştir. Buna stresin savaş ya da kaç modeli deniyordu ve dış tehditlerin artan aktivite hızı ve artan uyarılmayı içeren savaş ya da kaç tepkisini ortaya çıkardığını öne sürüyordu. Bu fizyolojik değişikliklerin bireyin ya stres kaynağından kaçmasını ya da savaşmasını sağladığını öne sürmüştür. Cannon'un modelinde stres, dış stres faktörlerine verilen bir tepki olarak tanımlanmış ve bu tepki baskın olarak fizyolojik olarak görülmüştür. Cannon, bireyin stresli bir olayla başa çıkmasını sağladığı için stresi adaptif bir tepki olarak değerlendirmiştir. Bununla birlikte, uzun süreli stresin tıbbi sorunlara yol açabileceğini de kabul etmiştir.

Selye'nin genel adaptasyon sendromu

Selye'nin genel adaptasyon sendromu (GAS) 1956 yılında geliştirilmiş ve stres sürecinde üç aşamayı tanımlamıştır (Selye 1956). İlk aşama 'alarm' aşaması olarak adlandırılmış ve bireyin stresli bir duruma maruz kaldığı anda ortaya çıkan aktivite artışını tanımlamıştır. İkinci aşama, başa çıkma ve alarm aşamasının etkilerini tersine çevirme girişimlerini içeren 'direnc' olarak adlandırılmıştır. Üçüncü aşama 'tükenme' olarak adlandırılmış olup, birey stresli duruma tekrar tekrar maruz kaldığında ve daha fazla direnc gösteremeyecek duruma geldiğinde ulaşılmıştır. Bu model Şekil 10.1'de gösterilmektedir.

Cannon ve Selye'nin modelleriyle ilgili sorunlar

Cannon'un erken dönem savaş/kaç modeli ve Selye'nin GAS'ı stres araştırmaları için önemli temeller atmıştır. Ancak, bunlarla ilgili sorunlar vardır:



- 1 Her ikisi de bireyi harici bir stres etkenine otomatik olarak tepki veren bir birey olarak görmüş ve stresi basit bir uyaran-tepki çerçevesi içinde tanımlamıştır. Bu nedenle, bireysel değişkenlik konusunu ele almamışlar ve psikolojik faktörlere yalnızca asgari bir rol vermişlerdir. Örneğin, bir sınav bir kişi için stresli olarak görülebilenken, bir başkası için parlamak için bir fırsat olarak görülebilir.
- 2 Her ikisi de strese verilen fizyolojik tepkiyi tutarlı olarak tanımlamıştır. Bu tepki, fizyolojideki değişikliklerin stresörün doğasından bağımsız olarak aynı olması nedeniyle spesifik olmayan bir tepki olarak görülmektedir. Bu durum, daha yeni araştırmacılar tarafından eleştirilen 'uyarılma' teriminin kullanımına da yansımıştır. Dolayısıyla bu iki model bireyleri pasif ve dış dünyaya otomatik olarak tepki veren kişiler olarak tanımlamaktadır.

Yaşam olayları teorisi

Fizyolojik değişiklikleri vurgulayan Selye ve Cannon'un stres modellerinden ayrılmak amacıyla, stres ve stresle ilgili değişiklikleri yaşam deneyimlerine bir yanıt olarak incelemek için yaşam olayları teorisi geliştirilmiştir. Holmes ve Rahe (1967), katılımcılara olası yaşam değişiklikleri veya yaşam olaylarının kapsamlı bir listesini sunan son deneyimler çizelgesini (SRE) geliştirmiştir. Bunlar, 'eşin ölümü', 'yakın bir aile üyesinin ölümü' ve 'hapis cezası' gibi olaylardan 'oğlun ya da kızın evden ayrılması' ve 'hamilelik' gibi daha ılımlı olaylara ve 'tatil', 'yeme alışkanlıklarında değişiklik', 'uyku alışkanlıklarında değişiklik' ve 'aile toplantılarının sayısında değişiklik' gibi küçük olaylara kadar uzanan bir yelpazede yer almaktadır. Başlangıçta SRE, sadece yakın zamanda yaşanan gerçek deneyimlerin sayısı sayılarak puanlanıyordu. Örneğin, hem eşinin ölümünü hem de yakın bir aile üyesinin ölümünü yaşamış biri, yakın zamanda iki tatil geçirmiş biriyle aynı puanı alacaktı. Bu puanın, stres düzeylerinin bir göstergesini yansıttığı varsayılmıştır. SRE'yi bu şekilde kullanan ilk araştırmalar, bireylerin SRE puanı ile sağlık durumları arasında bazı bağlantılar olduğunu göstermiştir. Ancak, bu kaba ölçüm yöntemi daha sonra yerini, her bir potansiyel yaşam olayının bir panel tarafından ağırlıklandırıldığı ve farklı yaşam deneyimleri arasında bir dereceye kadar farklılaşma yaratan bir ağırlıklandırma sistemi de dahil olmak üzere çeşitli diğer yöntemlere bırakmıştır.

Yaşam olayları teorisi ile ilgili sorunlar

SRE ve benzeri yaşam deneyimi ölçümlerinin kullanımı aşağıdaki nedenlerden dolayı eleştirilmektedir:

- 1 *Bireyin olaya ilişkin kendi değerlendirmesi önemlidir.* Birçok araştırmacı, yaşam deneyimlerinin nesnel olarak stresli ya da iyi huylu olarak görülmemesi gerektiğini, olayın yorumlanmasının bireye bırakılması gerektiğini savunmuştur. Örneğin, bir birey için boşanma son derece üzücü olarak değerlendirilebilirken, bir başkası için hoş olmayan bir durumdan kurtuluş olabilir. Pilkonis ve arkadaşları (1985) bir grup deneğe tamamlamaları için yaşam olaylarının kontrol listelerini vermiş ve ayrıca bu deneyimler hakkında onlarla mülakat yapmıştır. Yaşam olaylarının potansiyel etkisini değerlendirmenin yararlı bir yolunun, bireyin yaşam deneyimine ilişkin kendi derecelendirmelerini şu açılardan değerlendirmek olduğunu bildirmişlerdir: (1) olayın arzu edilebilirliği (olay olumlu mu yoksa olumsuz olarak mı değerlendirildi?); (2) olay üzerinde ne kadar kontrol sahibi oldukları (olayın sonucu birey tarafından mı yoksa başkaları tarafından mı belirlendi?); ve (3) olayın ardından gerekli uyumun derecesi. Bu metodoloji, bireyin olaylara ilişkin kendi değerlendirmesinin dikkate alınmasını sağlayacaktır.

- 2 *Geriye dönük değerlendirme sorunu.* Yaşam deneyimlerinin veya yaşam olaylarının çoğu değerlendirmesi, bireyin hastalandığı veya sağlık mesleği ile temasa geçtiği zamanda geriye dönük olarak tamamlanmaktadır. Bunun, yaşam olayları ile daha sonraki stres ve strese bağlı hastalıklar arasındaki nedensel bağlantının anlaşılması açısından bariz sonuçları vardır. Örneğin, bir birey kansere yakalanmışsa ve kendisinden son bir yıldaki yaşam deneyimlerini değerlendirmesi istenirse, mevcut ruh hali o yılı hatırlamasını etkileyecektir. Bu etki, bireyin hastalığının psikososyal bir nedenini araması halinde olumsuz olayları aşırı, olumlu olayları ise eksik rapor etmesine yol açabilir ('Kansere yakalandım çünkü kocam beni boşadı ve işten çıkarıldım'). Alternatif olarak, hastalıklarının daha tıbbi bir nedenini arıyorlarsa, olumsuz yaşam olaylarını eksik bildirebilirler ('Kansere yakalandım çünkü bu ailevi bir zayıflık; yaşam tarzım ve deneyimlerim olaysız bir yıl geçirdiğim için ilgisiz'). Yaşam olaylarına ilişkin öz bildirimler ile hastalığa ilişkin nedensel modeller arasındaki ilişki ilginç bir araştırma alanıdır. Araştırma projeleri, bu seçici hatırlama sorununu analiz için bir odak noktası olarak kullanmayı seçebilir. Ancak, bireyin mevcut sağlık durumunun geriye dönük değerlendirmeleri üzerindeki bu etkisi, yaşam olaylarını hastalığın başlangıcıyla nedensel olarak ilişkilendirme girişimlerinin altında kalmaktadır.
- 3 *Yaşam deneyimleri birbirleriyle etkileşim içinde olabilir.* Bireylerden yakın zamandaki yaşam deneyimlerine ilişkin bir kontrol listesi doldurmaları istendiğinde, bu deneyimler birbirinden bağımsız olarak değerlendirilir. Örneğin, boşanma, iş değişikliği ve evlilik, birlikte stresli bir zaman dilimine katkıda bulunacak yaşam olaylarının bir birikimi olarak kabul edilir. Ancak, bir olay diğerinin etkilerine karşı koyabilir ve olumsuz stres sonuçlarını ortadan kaldırabilir. Yaşam deneyimlerinin potansiyel etkilerinin değerlendirilmesi, olaylar arasındaki etkileşimlerin değerlendirilmesini de içermelidir.
- 4 *Bir dizi yaşam deneyiminin sonucu nedir?* Başlangıçta SRE, stresli yaşam deneyimleri ile sağlık durumu arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Buna göre, eğer yaşam deneyimleri gerçekten stresli ise, o zaman uygun sonuç ölçütünün sağlık durumu olduğu varsayılmıştır. Sağlık durumunun en basit ölçütü kanser, kalp krizi veya hipertansiyon gibi bir hastalık tanısı olacaktır. Bu çerçevede, daha fazla sayıda yaşam deneyiminin tıbbi tanı ile ilişkili olup olmadığını değerlendirmek için basit bir korelasyon analizi yapılabilir. Geriye dönük hatırlama ve benzeri sorunlardan ayrı olarak, bu nedenselliğin bir ölçüsüne izin verecektir - daha fazla sayıda yaşam olayı olan deneklerin tıbbi tanı alma olasılığı daha yüksek olacaktır. Ancak böyle bir sonuç ölçütü, daha hafif 'hastalıkları' göz ardı ettiği ve teşhisin konulması için tıp mesleğinin müdahalesine dayandığı için kısıtlayıcıdır. Ayrıca, teşhisin başlı başına bir yaşam olayı olarak rolünü de göz ardı etmektedir. Alternatif bir sonuç ölçütü semptomları değerlendirmek olabilir. Bu nedenle bireylerden sadece yaşam deneyimlerini değil, aynı zamanda sağlıkla ilgili semptomlarını da (örneğin ağrı, yorgunluk, iştahsızlık, vb.) değerlendirmeleri istenebilir. Bu çerçevede, korelasyon analizi ile yaşam olayları ve semptomlar arasındaki ilişki incelenebilir. Ancak bu sonuç ölçütünün kendine has sorunları vardır: 'yeme alışkanlıklarında değişiklik' bir yaşam olayı mıdır yoksa bir yaşam olayının belirtisi midir? 'Uyku alışkanlıklarındaki değişiklik' bir stres faktörü müdür yoksa stresin bir sonucu mudur? Yaşam olaylarının sağlık üzerindeki etkilerini değerlendirmek için uygun sonuç ölçütünü seçmek bu nedenle sorunludur.
- 5 *Stresörler kısa süreli veya sürekli olabilir.* Geleneksel olarak, yaşam deneyimlerine ilişkin değerlendirmeler bu tür yaşam olaylarını kısa süreli deneyimler olarak kavramsallaştırmıştır. Ancak, birçok olay devam eden ve kronik olabilir. Moos ve Swindle (1990), yaşam deneyimlerinin kronik biçimlerini yansıttığını öne sürdükleri devam eden

stresörlerin alanlarını tanımlamıştır:

- fiziksel sağlık stresörleri (örn. tıbbi durumlar)
- ev ve komşuluk stres faktörleri (örn. güvenlik, temizlik)
- finansal stres faktörleri
- iş stresörleri (örn. kişiler arası sorunlar, yüksek baskı)
- eş/partner stres faktörleri (örn. partnerle duygusal sorunlar)
- çocuk stresörleri
- geniş aile stresörleri
- arkadaş stresörleri.

Bu faktörleri, yaşam deneyimlerinin kronik doğasını vurgulama ve bunları bireyin başa çıkma kaynakları bağlamına yerleştirme girişimini temsil eden ölçümlerine (yaşam stresörleri ve sosyal kaynaklar envanteri (LISRES)) dahil etmişlerdir. Moos ve Swindle (1990) yaşam olaylarının tek başına değerlendirilmemesi gerektiğini, bireyin yaşamının iki yönüne entegre edilmesi gerektiğini savunmuştur: devam eden sosyal kaynakları (örneğin sosyal destek ağları, finansal kaynaklar) ve devam eden stresörleri.

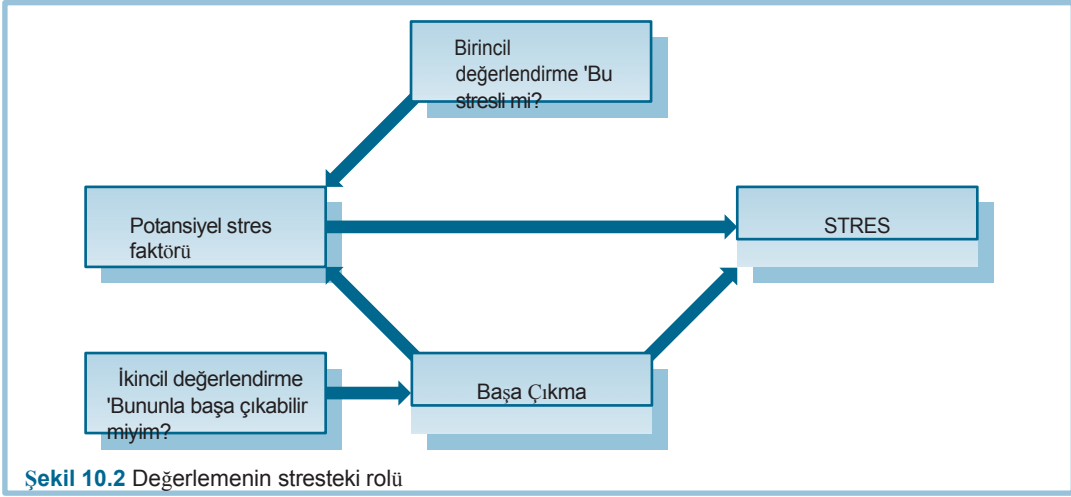
Streste psikolojik faktörlerin rolü

Hem Cannon'un hem de Selye'nin ilk stres modelleri, stresi dışsal bir stres etkenine verilen otomatik bir tepki olarak kavramsallaştırmıştır. Bu bakış açısı, bireylerin yaşam deneyimlerine bir stres tepkisi ile yanıt verdiğini ve bu nedenle sağlık durumlarıyla ilişkili olduğunu öne süren yaşam olayları teorisinin versiyonlarında da yansıtılmaktadır. Bununla birlikte, yaşam olayları teorisine yönelik yukarıdaki eleştiriler, strese farklı bir yaklaşım önermektedir; bu yaklaşım, bireyin artık stresörlere sadece pasif bir şekilde yanıt vermediğini, onlarla aktif bir şekilde etkileşime girdiğini içermektedir. Strese yönelik bu yaklaşım, bireyin psikolojik durumuna bir rol biçmekte ve Lazarus'un işlemsel stres modeli ve değerlendirme teorisi ile özetlenmektedir.

Stresin etkileşimsel modeli

Değerlemenin rolü

1970'lerde Lazarus'un stres üzerine yaptığı çalışmalar psikolojiyi stres tepkisini anlamaya yönlendirmiştir (Lazarus ve Cohen 1973, 1977; Lazarus 1975; Lazarus ve Folkman 1987). Psikoloji için bu rol, onun değerlendirme kavramının şeklini almıştır. Lazarus, stresin birey ve dış dünya arasında bir işlem içerdiğini ve bireyin potansiyel olarak stresli bir olayı gerçekten stresli olarak değerlendirmesi durumunda bir stres tepkisinin ortaya çıktığını savunmuştur. Bu nedenle Lazarus'un değerlendirme modeli, bireyleri dış dünyayı değerlendiren psikolojik varlıklar olarak tanımlamış, sadece pasif bir şekilde ona yanıt vermediklerini belirtmiştir. Lazarus iki tür değerlendirme tanımlamıştır: birincil ve ikincil. Lazarus'a göre birey ilk olarak olayın kendisini değerlendirir - bu *birincil* değerlendirme olarak tanımlanır. Olayın değerlendirilebileceği dört olası yol vardır: (1) ilgisiz; (2) iyi huylu ve olumlu; (3) zararlı ve bir tehdit; (4) zararlı ve bir meydan okuma. Lazarus daha sonra, bireyin farklı başa çıkma stratejilerinin artılarını ve eksilerini değerlendirmesini içeren *ikincil* değerlendirmeyi tanımlamıştır. Dolayısıyla birincil değerlendirme dış dünyanın değerlendirilmesini, ikincil değerlendirme ise bireyin kendisinin değerlendirilmesini içerir. Bu model Şekil 10.2'de gösterilmektedir. Birincil ve ikincil değerlendirmelerin biçimi bireyin stres tepkisi gösterip göstermeyeceğini belirler. Lazarus'un modeline göre bu stres tepkisi farklı şekillerde olabilir: (1) doğrudan eylem; (2) arayış



bilgi; (3) hiçbir şey yapmamak; veya (4) rahatlama veya savunma mekanizmaları açısından stresle başa çıkmanın bir yolunu geliştirmek.

Lazarus'un değerlendirme modeli ve birey ile çevre arasındaki etkileşim, stres tepkisine bakmanın yeni bir yolunu gösterdi - birey artık dış dünyasına pasif bir şekilde yanıt vermiyor, onunla etkileşime giriyordu.

Değerleme stres tepkisini etkiler mi?

Birçok çalışma, değerlendirmenin stres üzerindeki etkisini incelemiş ve bireyin psikolojik durumunun stres tepkisi üzerindeki rolünü değerlendirmiştir. Speisman ve arkadaşları (1964) tarafından yapılan erken bir çalışmada, deneklere hoş olmayan genital cerrahi içeren bir kabul törenini tasvir eden bir film gösterilmiştir. Film üç farklı film müziği ile gösterilmiştir. Travma koşulu olan 1. koşulda, film müziği acı ve sakatlanmayı vurgulamıştır. İnkâr koşulu olan 2. koşulda, film müziği katılımcıları istekli ve mutlu olarak göstermiştir. 3. koşul olan entelektüelleştirme koşulunda ise film müziği törenin antropolojik bir yorumunu yapmıştır. Bu nedenle çalışma, deneklerin duruma ilişkin değerlendirmelerini manipüle etmiş ve değerlendirme türünün stres tepkileri üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Sonuçlar, deneklerin travma durumunun en stresli durum olduğunu bildirdiklerini göstermiştir. Bu durum, stresi ortaya çıkaran şeyin olayların kendisi değil, bireylerin bu olayları yorumlaması ya da değerlendirmesi olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, Mason (1975) stres tepkisinin stresli durumun bir dereceye kadar farkında olmayı gerektirdiğini savunmuş ve bilinci kapalı olan ölüm hastalarının bilinci açık olanlara göre daha az fizyolojik stres belirtileri gösterdiğini bildirmiştir. Bilinci yerinde olan hastaların durumlarını değerlendirebildiklerini, bilinci yerinde olmayanların ise değerlendiremediklerini öne sürmüştür. Dolayısıyla bu çalışmalar, değerlendirmenin stres tepkisiyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Ancak, bu çalışmaların aksine, bazı araştırmalar değerlendirmenin her zaman gerekli olmayabileceğini göstermektedir. Örneğin, Repetti (1993) hava trafik kontrolörleri tarafından deneyimlenen nesnel stres faktörlerini (örn. hava koşulları, trafik sıkışıklığı) ve öznel stres faktörlerini (örn. algılanan stres) değerlendirmiş ve hem nesnel hem de öznel stres faktörlerinin hem hafif hastalıkları hem de psikolojik sıkıntıyı bağımsız olarak öngördüğünü bildirmiştir.

Bu durum ya değerlendirmenin her zaman gerekli olmadığını ya da zaman zaman bireylerin öznel stres düzeylerini kabul etmemektedirler. Bu olasılık doğrultusunda bazı araştırmacılar

stresli bilgilerden kaçınmak için seçici dikkatsizlik ve unutmayı kullanan bir grup birey olarak 'baskılayıcıları' tanımlamıştır (Roth ve Cohen 1986). Bu kişiler fizyolojik durumları ile rapor ettikleri kaygı düzeyleri arasında uyumsuzluk gösterirler. Örneğin, bir stres faktörü ile karşı karşıya kaldıklarında 'iyiyim' derler ancak vücutları uyarılmışlık gösterir. Bu durum, değerlendirmenin stres tepkisinin merkezinde yer almasına rağmen, bazı durumlarda bazı kişilerin bir stres etkenine verdikleri duygusal tepkiyi inkar edebileceklerini veya bastırabileceklerini düşündürmektedir.

Hangi olaylar stresli olarak değerlendirilir?

Lazarus, bir olayın stres tepkisi yaratabilmesi için önce stresli olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunmuştur. Buradan, olayın doğasının önemsiz olduğu sonucuna varılabilir - her şey bireyin kendi algısına bağlıdır. Ancak araştırmalar, bazı olay türlerinin diğerlerine kıyasla stres tepkisine yol açma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

- *Dikkat çekici olaylar.* İnsanlar genellikle iş, aile ve arkadaşlar gibi birçok farklı alanda faaliyet gösterirler. Bir kişi için iş daha belirgin olabilirken, bir başkası için aile hayatı daha önemli olabilir. Swindle ve Moos (1992), yaşamın belirgin alanlarındaki stresörlerin, daha çevresel alanlardaki stresörlerden daha stresli olduğunu savunmuştur.
- *Aşırı yüklenme.* Çoklu görevlerin, herhangi bir zamanda daha az sayıda göreve odaklanma şansından daha fazla strese yol açtığı görülmektedir. Bu nedenle, diğer stres faktörlerinin arka planına eklenen tek bir stres faktörü, aynı stres faktörünün tek başına meydana gelmesinden daha stresli olarak değerlendirilecektir - genellikle devenin belini kıran saman olarak bilinir.
- *Belirsiz olaylar.* Bir olay açıkça tanımlanmışsa, kişi etkili bir şekilde başa çıkma stratejisi geliştirebilir. Ancak olay muğlak ve belirsizse, kişinin öncelikle hangi başa çıkma stratejisinin en iyisi olduğunu düşünmek için zaman ve enerji harcaması gerekir. Bu durum, işyerindeki zayıf iş kontrolü ve rol belirsizliğinin sıklıkla stres tepkisine yol açtığını gösteren iş stresi literatürüne de yansımıştır.
- *Kontrol edilemeyen olaylar.* Bir stres kaynağı tahmin edilebiliyor ve kontrol edilebiliyorsa, genellikle daha rastgele ve kontrol edilemeyen bir olaydan daha az stresli olarak değerlendirilir. Örneğin, deneysel çalışmalar öngörülemez yüksek ses patlamalarının öngörülebilir olanlardan daha stresli olduğunu göstermektedir (Glass ve Singer 1972). Kontrol konusu daha sonra daha derinlemesine ele alınacaktır.

Özdenetim ve stres

Son zamanlarda stres teorileri, stresi anlamada öz kontrol biçimlerinin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu, öz yeterlilik, dayanıklılık ve ustalık duyguları teorilerinde gösterilmiştir.

- 1 *Öz yeterlilik.* 1987 yılında Lazarus ve Folkman, öz yeterliliğin stres tepkisine aracılık eden güçlü bir faktör olduğunu öne sürmüştür. Öz yeterlilik, bireyin istediği bir eylemi gerçekleştirebileceğine dair güven duygusunu ifade eder. Araştırmalar, öz yeterliliğin stres kaynaklı bağışıklık sisteminin baskılanması ve kan basıncı, kalp atış hızı ve stres hormonları gibi fizyolojik değişikliklere aracılık etmede rolü olabileceğini göstermektedir (örn. Bandura ve ark. 1982, 1988; Wiedenfeld ve ark. 1990). Örneğin, 'Bu sınavda başarılı olabileceğimden eminim' inancı, stres tepkisini azaltan fizyolojik değişikliklere neden olabilir. Dolayısıyla, kişinin davranışlarını kontrol edebileceğine dair bir inanç, potansiyel olarak stresli bir olayın stres tepkisine yol açıp açmamasıyla ilgili olabilir (PNI tartışması için daha sonra bakınız).

- 2 *Dayanıklılık.* Öz-kontrolü vurgulamaya yönelik bu değişim Kobasa'nın 'dayanıklılık' kavramında da görülmektedir (Kobasa vd. 1982; Maddi ve Kobasa 1984). Dayanıklılık, (a) kişisel kontrol duygularını; (b) zorlukları kabul etme arzusunu ve (c) bağlılığı yansıtan bir kavram olarak tanımlanmıştır. Dayanıklılık derecesinin bireyin potansiyel stres faktörlerini değerlendirmesini ve bunun sonucunda ortaya çıkan stres tepkisini etkilediği ileri sürülmüştür. Buna göre, kontrol sahibi olma hissi birincil değerlendirme sürecine katkıda bulunabilir.
- 3 *Uсталık.* Karasek ve Theorell (1990), bireyin stres tepkisi üzerindeki kontrolünü yansıtan 'ustalık hissi' terimini tanımlamıştır. Uсталık derecesinin stres tepkisiyle ilişkili olabileceğini savunmuşlardır.

Özetle, mevcut stres araştırmacılarının çoğu stresi kişi-çevre uyumunun bir sonucu olarak değerlendirmekte ve birincil değerlendirmenin ("olay stresli mi?") ve ikincil değerlendirmenin ("başta çıkabilir miyim?") rolünü vurgulamaktadır. Psikolojik faktörler stres tepkisinin merkezi bir bileşeni olarak görülmektedir. Bununla birlikte, her zaman fizyolojik değişikliklerle birlikte ortaya çıktıkları kabul edilir.

Kutu 10.1 ... stres araştırması ile ilgili bazı sorunlar

Aşağıda, bu alandaki araştırmalarla ilgili göz önünde bulundurmak isteyebileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır.

- 1 Stresi tanımlamak zor olabilir çünkü öz bildirim veya fizyolojik değişiklikler kullanılarak değerlendirilebilir ve bunların da kendine has sorunları vardır. Öz bildirim önyargıya ve kişiye ve duruma bağlı olarak daha fazla veya daha az stresli görünme arzusuna açık olabilir. Fizyolojik ölçümler müdahaleci olabilir ve aslında stres yaratabilir ve kişinin çevresine tepki verme şeklini değiştirebilir.
- 2 Değerlendirme modeli, insanların stres faktörünü değerlendirdikten sonra başa çıkma mekanizmalarını değerlendirdiklerini öne sürer. Bu, bu iki süreci ayrı ve ayrı olarak kavramsallaştırmaktadır. Ancak, bir stres kaynağı ancak bireyin bununla başa çıkabileceğini ya da çıkamayacağını düşündüğü bağlamda gerçekten stresli olduğundan, bu iki sürecin tamamen birbirine bağlı olması muhtemeldir.
- 3 Stresin hem psikolojik hem de fizyolojik değişikliklerden oluştuğu düşünülmektedir. Ancak, fizyolojik değişiklikler göstermeden stresi algılamak veya stres olarak etiketlemeden fizyolojik bir tepki göstermek mümkün olduğundan, bu iki süreç kümesinin nasıl etkileşime girdiği belirsizdir.

Stres ve fizyolojideki değişiklikler

Stresin fizyolojik sonuçları, çoğunlukla laboratuvarında, bireyleri kontrollü bir ortama getirip, geriye doğru saymak, bir zeka görevini tamamlamak veya hazırlıksız bir konuşma yapmak gibi stresli bir duruma sokmayı ve ardından herhangi bir değişikliği kaydetmeyi içeren akut stres paradigması kullanılarak kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Bu araştırma iki ana fizyolojik değişiklik grubunu vurgulamıştır (bkz. Şekil 10.3):

- 1 *Sempatik aktivasyon.* Bir olay stresli olarak değerlendirildiğinde, sempatik sinir sistemindeki tepkileri tetikler. Bu da katekolaminlerin (adrenalin ve noradrenalin, epinefrin ve norepinefrin olarak da bilinir) üretimiyle sonuçlanır ve kan basıncı, kalp atış hızı, terleme ve gözbebeği büyümesi gibi faktörlerde değişikliklere neden olur ve bir uyarılma hissi olarak yaşanır. Bu süreç Cannon (1932) tarafından tanımlanan savaş ya da kaç tepkisine benzer. Katekolaminler ayrıca vücudun bir dizi dokusu üzerinde de etkilidir ve bağışıklık fonksiyonunda değişikliklere yol açabilir.

2 Hipotalamik-hipofiz-adrenokortikal (HPA) aktivasyon. Yukarıda bahsedilen sempatik aktivasyona ek olarak, stres HPA sistemindeki değişiklikleri de tetikler. Bu durum, en önemlisi kortizol olan kortikosteroid seviyelerinin artmasıyla sonuçlanır ve bu da karbonhidrat depolarının yönetimi ve inflamasyon gibi daha yaygın değişikliklere neden olur. Bu değişiklikler stresin arka plan etkisini oluşturur ve birey tarafından algılanamaz. Selye (1956) tarafından tanımlanan stresin alarm, direnç ve tükenme aşamalarına benzerler. Buna ek olarak, stresin ardından bağışıklıkla ilgili sorunlarda rol oynayan beyin opioidleri beta endorfin ve enkefalin seviyelerinde artış tespit edilmiştir.

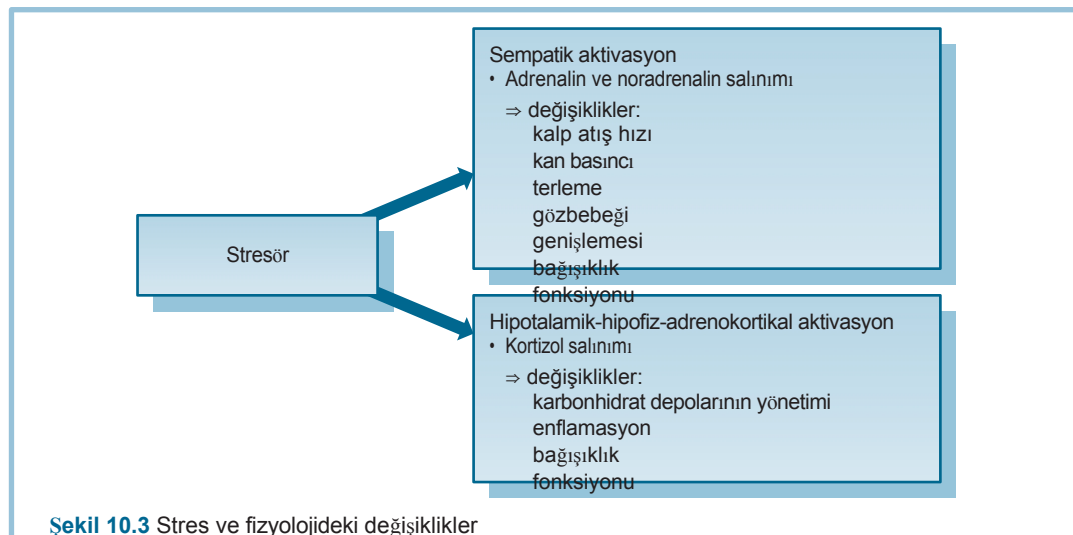
Stres tepkisinin fizyolojik yönleri stres reaktivitesi, stres iyileşmesi, allostatik yük ve stres direnci ile bağlantılıdır.

Stres tepkiselliği

Fizyolojideki değişiklikler 'stres tepkiselliği' olarak bilinir ve insanlar arasında büyük farklılıklar gösterir. Örneğin, bazı bireyler stresli olaylara yüksek düzeyde terleme, kan basıncında ve kalp atış hızında artışla yanıt verirken, diğerleri yalnızca minimal bir tepki gösterir. Bu durum kısmen stresörün stresli olarak değerlendirilip değerlendirilmediğine (birincil değerlendirme) ve bireyin kendi başa çıkma kaynaklarını nasıl değerlendirdiğine (ikincil değerlendirme) bağlıdır. Ancak araştırmalar, değerlendirmeden bağımsız olarak bazı insanların strese karşı diğerlerinden daha tepkisel olduğunu da göstermektedir. İki kişi strese karşı benzer psikolojik tepkiler gösterirken farklı fizyolojik tepkiler gösterebilir. Özellikle, stres tepkiselliğinde cinsiyet farklılıkları olduğuna dair bazı kanıtlar vardır; erkekler stres etkenlerine kadınlardan daha güçlü tepki verirken, kadınlar stresli görevler sırasında kan basıncında erkeklerden daha az artış gösterir (Stoney ve ark. 1987, 1990). Bu durum, cinsiyetin stresli bir olaya verilen stres tepkisini ve dolayısıyla bu tepkinin bireyin hastalığı veya sağlık durumu üzerindeki etkisini belirleyebileceğini göstermektedir. Stres tepkiselliğinin konumsal olmadığı ve genetik ya da doğum öncesi veya çocukluk deneyimlerinin bir sonucu olabileceği düşünülmektedir.

Stres iyileşmesi

Strese tepki verdikten sonra vücut toparlanır ve sempatik ve HPA aktivasyon seviyeleri başlangıç seviyesine döner. Bununla birlikte, toparlanma oranı hem kişiler hem de gruplar arasında büyük değişkenlik gösterir.



Bazı insanlar diğerlerine göre daha çabuk iyileştiğinden ve aynı birey içinde yaşam süresi boyunca.

Allostatik yük

Stresin atlatılması, McEwan ve Stellar (1993) tarafından tanımlanan allostatik yük ile bağlantılıdır. Birey strese yanıt verirken ve stresten kurtulurken vücudun fizyolojik sistemlerinin sürekli dalgalandığını - allostatiz durumu - ve zaman ilerledikçe iyileşmenin giderek daha az tamamlandığını ve vücudun giderek daha fazla tükendiğini savunmuşlardır.

Stres direnci

Tüm bireylerin stres faktörlerine aynı şekilde tepki vermediği gözlemini yansıtmak için araştırmacılar, stres faktörleri ortaya çıktığında bile bazı insanların nasıl sağlıklı kaldığını vurgulamak için stres direnci kavramını geliştirmiştir (örn. Holahan ve Moos 1990). Stres direnci, uyarlanabilir başa çıkma stratejilerini, belirli kişilik özelliklerini ve sosyal desteği içerir.

Stres reaktivitesi, stres iyileşmesi, allostatik yük ve stres direnci, bireyin bir stres etkenine verdiği tepkiyi etkiler. Bunların hepsi aynı zamanda stres-hastalık bağlantısını da etkiler. Bu konu Bölüm 11'de açıklanmaktadır.

Stres ölçümü

Stres, hem laboratuvarda hem de doğal ortamda ve hem fizyolojik ölçümler hem de öz bildirim içeren ölçümler kullanılarak ölçülmüştür.

Laboratuvar ortamı

Birçok stres araştırmacısı stres reaktivitesini ve stres tepkisini değerlendirmek için akut stres paradigmasını kullanmaktadır. Bu, insanları laboratuvara götürmeyi ve onlardan zeka testi, matematiksel bir görev, halka açık bir konuşma yapmak veya bir korku filmi izlemek gibi stresli bir görevi tamamlamalarını istemeyi ya da onları yüksek ses, beyaz ışık veya göze hava üfleme gibi hoş olmayan bir olaya maruz bırakmayı içerir. Akut stres paradigması, araştırmacıların stres reaktivitesindeki cinsiyet farklılıklarını, akut ve kronik stres arasındaki karşılıklı ilişkiyi, stres tepkisinde kişiliğin rolünü ve egzersizin stresle ilgili değişikliklere aracılık etmedeki etkisini incelemelerine olanak sağlamıştır (örn. Pike ve ark. 1997; Stoney ve Finney 2000).

Doğal ortam

Bazı araştırmacılar stresi daha doğal bir ortamda incelemektedir. Bu, halka açık bir performans, bir sınavdan önce ve sonra, bir iş görüşmesi sırasında veya fiziksel aktivite sırasında olduğu gibi belirli olaylara verilen stres tepkilerinin ölçülmesini içerir. Doğal araştırmalar ayrıca işle ilgili stres, normal 'günlük sıkıntılar', yoksulluk veya evlilik çatışmaları gibi süregelen stres faktörlerinin etkisini de inceler. Bu tür çalışmalar, insanların günlük yaşamlarında hem akut hem de kronik strese nasıl tepki verdiklerine dair önemli bilgiler sağlamıştır.

Farklı ortamların maliyetleri ve faydaları

Hem laboratuvar hem de doğal ortamların maliyetleri ve faydaları vardır:

- 1 Laboratuvar ortamında verilen stresörün derecesi kontrol edilebilir, böylece stres tepkisindeki farklılıklar stresörün kendisinden ziyade bireyin özelliklerine atfedilebilir.

- 2 Araştırmacılar, fizyolojik ve psikolojik ölçümlerdeki karşılık gelen değişiklikleri incelemek için laboratuvarında stres faktörünün yönlerini yapay olarak manipüle edebilirler.
- 3 Laboratuvar araştırmacıları, stres tepkisi üzerindeki etkilerini değerlendirmek için kontrol ve sosyal desteğin varlığı ya da yokluğu gibi aracı değişkenleri yapay olarak manipüle edebilir.
- 4 Laboratuvar, daha doğal bir ortam tarafından tetikleneni yansıtmayan bir stres tepkisi üretebilen yapay bir ortamdır. Ayrıca, değişkenler arasında (örn. kontrol ve stres) laboratuvarın bir eseri olabilecek ilişkiler de üretebilir.
- 5 Doğal ortamlar, araştırmacıların gerçek stresi ve insanların bununla gerçekten nasıl başa çıktıklarını incelemelerine olanak tanır.
- 6 Bununla birlikte, araştırmacının analizde kontrol edebilmesi için ölçmesi gereken başka birçok kontrolsüz değişken vardır.

Fizyolojik ölçümler

Fizyolojik ölçümler, katılımcıların monitörlere bağlanmasını veya sıvı örneklerinin alınmasını içerdiğinden çoğunlukla laboratuvarında kullanılır. Ancak, insanlara normal faaliyetlerini sürdürürken takılabilen bazı ambulatuvar makineler geliştirilmiştir. Stres tepkiselliğini fizyolojik açıdan değerlendirmek için araştırmacılar kalp atış hızını, solunum hızını, kan basıncını ve terlemeden etkilenen galvanik deri tepkisini (GSR) ölçmek için bir yalan makinesi kullanabilirler. Ayrıca katekolamin ve kortizol üretimindeki değişiklikleri test etmek için kan, idrar veya tükürük örnekleri alabilirler.

Öz-rapor ölçümleri

Araştırmacılar hem kronik hem de akut stresi değerlendirmek için bir dizi öz bildirim ölçeği kullanmaktadır. Bunlardan bazıları yaşam olaylarına odaklanır ve 'eşin ölümü', 'farklı bir iş koluna geçiş' ve 'ikametgah değişikliği' gibi olayları soran orijinal sosyal yeniden uyum derecelendirme ölçeğini (SRRS) (Holmes ve Rahe 1967) içerir. Diğer ölçümler daha çok bireyin kendi stres algısına odaklanmaktadır. Algılanan stres ölçeği (PSS) (Cohen ve ark. 1983), kişinin kendi algıladığı stresi değerlendirmek için en yaygın kullanılan ölçektir ve "Son bir ay içinde beklenmedik bir şekilde gerçekleşen bir şey yüzünden ne sıklıkla üzüldünüz?" ve "Son bir ay içinde ne sıklıkla gergin veya stresli hissettiniz?" gibi sorular sorar. Bazı araştırmacılar küçük stres faktörlerini 'günlük sıkıntılar' şeklinde de değerlendirmektedir. Kanner ve arkadaşları (1981), katılımcılardan geçtiğimiz ay boyunca 'eşyaları yanlış yere koymak veya kaybetmek', 'bir aile üyesinin sağlığı' ve 'para borcu ile ilgili endişeler' gibi bir dizi sıkıntının ne kadar şiddetli olduğunu derecelendirmelerini isteyen sıkıntı ölçeğini geliştirmiştir. Johnston, Beedie ve diğerleri (2006) kişisel dijital yardımcı (PDA) adı verilen ve katılımcıların yanlarında taşıdıkları küçük bir el bilgisayarı kullanmışlardır ve bu bilgisayar önceden belirlenmiş aralıklarla katılımcılardan stres düzeylerini tanımlayan bir günlük doldurmalarını istemiştir. Öz bildirim ölçümleri, stresin sonuç değişkeni olarak görüldüğü çevresel faktörlerin stres üzerindeki etkisini tanımlamak için kullanılmıştır (örneğin, 'kötü bir çalışma ortamı yüksek strese neden olur'). Ayrıca, stresin bireyin sağlık durumu üzerindeki etkisini araştırmak için de kullanılmış olup, stres girdi değişkeni olarak görülmektedir (örneğin, 'yüksek stres kötü sağlığa neden olur').

Farklı önlemlerin maliyetleri ve faydaları

Stresin fizyolojik ve öz bildirim ölçümleri temelde birbirini tamamlamak için kullanılır. Bunlardan ilki daha fizyolojik bir vurguyu, ikincisi ise daha psikolojik bir bakış açısını

yansıtmaktadır. Fizyolojiye daha fazla ilgi duyan bir araştırmacı, fizyolojik ölçümlerin

ölçümleri stres araştırmalarında daha merkezi bir rol oynarken, deneyimin daha önemli olduğuna inanan başka bir araştırmacı öz-raporu tercih edebilir. Çoğu stres araştırmacısı stresin hem fizyolojik hem de psikolojik yönlerini ölçmekte ve bu iki bileşenin nasıl etkileşime girdiğini incelemektedir. Bununla birlikte, genel olarak farklı ölçüm türlerinin aşağıdaki maliyet ve faydaları vardır:

- 1 Fizyolojik ölçümler daha nesneldir ve katılımcının arzu edilen bir yanıt verme isteğinden veya araştırmacının belirli bir sonucu görme isteğinden daha az etkilenir.
- 2 Öz bildirim ölçümleri, sadece bedenlerinin ne yaptığından ziyade bireyin stres deneyimini yansıtır.
- 3 Öz bildirim ölçümleri, hatırlama sorunları, sosyal istenirlik ve farklı katılımcıların soruları farklı şekillerde yorumlamasından etkilenebilir.
- 4 Öz bildirim ölçümleri, anketin yazarı tarafından seçilen yaşam olaylarına veya güçlüklere dayanmaktadır. Bir kişinin güçlükler ölçeğinde yer alan 'sorunlu komşular' gibi bir güçlük, bir başkası için güçlük olmayabilirken, bir çocuğun okuluyla ilgili endişeler bu ölçekte yer almayabilir.

Farklı ortamlarda farklı ölçümler kullanılarak yapılan araştırmalar arasındaki ilişkiler

Stres araştırmalarının hem laboratuvarda hem de daha doğal ortamlarda gerçekleştiği ve hem fizyolojik hem de öz bildirim ölçümlerini kullandığı göz önüne alındığında, bu farklı çalışmaların birbirleriyle nasıl ilişkili olduğunu bilmek önemlidir. Bu, bir sonraki sayfadaki **Araştırma Odağı 10.1**'de gösterilmektedir.

Laboratuvar araştırmasına karşı doğal araştırma

Laboratuvar araştırmaları yapaydır, oysa gerçeğ hayat araştırmaları kontrolsüzdür. Bununla birlikte, bazı çalışmalar, laboratuvardaki fizyolojik tepkiler ile gerçeğ hayatta ayaktan makineler kullanılarak değerlendirilenler arasında yüksek düzeyde uyum olduğunu göstermektedir. Örneğin, Matthews ve arkadaşları (1986) laboratuvar görevleri ve topluluk önünde konuşma sonrasında ortaya çıkan tepkiler arasında benzerlik olduğunu, Turner ve Carroll (1985) ise video oyunlarına verilen tepkiler ile günlüklerden tespit edilen gerçeğ yaşam stresi arasında bir korelasyon olduğunu bildirmiştir. Ancak, diğer çalışmalar bazı ölçümlerle hiçbir ilişki bulamamış ya da sadece bir miktar ilişki bulmuştur (örn. Johnston ve ark. 1990). Johnston ve meslektaşları (Anastasiades ve ark. 1990; Johnston ve ark. 1990, 1994) bu değerşkenliği açıklamaya çalışmak için bir dizi çalışma tasarlamıştır. Laboratuvarda stresi ortaya çıkarmak için bir dizi görev ve gerçeğ hayatta stres reaktivitesini değerlendirmek için ambulatuvar makineler kullanarak, aşağıdaki koşullar karşılandığında laboratuvarda alınan fizyolojik ölçümlerin uyumlu olduğu sonucuna varmışlardır: saha ölçümü sürekli olarak alınır; analiz fiziksel aktivite seviyelerini dikkate alır (çünkü bu stresöre benzer bir yanıt üretir); ve laboratuvar görevi, soğuk basınç görevi gibi pasif bir başa çıkma görevi yerine video oyunu gibi aktif başa çıkmayı içerdikinde (yani eli buzlu suya koymak). Buna ek olarak, değerlendirmenin laboratuvar ve doğal ölçümler arasındaki uyumun merkezinde yer aldığını ve seçilen stresörlerin araştırmacı tarafından stresli olarak tanımlanmak yerine birey tarafından stresli olarak değerlendirildiğinde daha yüksek uyumun özellikle belirgin olduğunu savunmuşlardır. Bu durum, laboratuvar değerlendirmelerinin yapay olabileceğini ancak gerçeğ hayattaki stresle bir miktar benzerlik taşıdığını göstermektedir.

Teoriyi pratiğe dökmek

Çocuklarda gevşeme eğitiminin psikofizyolojik etkileri (Lohaus ve ark. 2001).

Arka plan

Stres, laboratuvar ve öz bildirim prosedürleri kullanılarak değerlendirilebilen hem fizyolojik hem de öznel değişiklikleri içeren bir kavramsallaştırmadır. Bu çalışma, iki tür gevşeme eğitiminin stres tepkisinin farklı yönleri üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Stresin bu farklı yönlerinin birbiriyle nasıl ilişkili olabileceğine dair bir fikir vermesi açısından ilginçtir. Ayrıca, gevşeme eğitiminin nadiren çalışılan bir konu grubu olan çocuklar üzerindeki etkisini de göstermektedir.

Amaçlar

Çalışma, iki tür gevşeme eğitiminin çocukların fizyolojik ve öz bildirim tepkileri üzerindeki göreceli etkisini araştırmayı amaçlamıştır. Eğitim türleri ilerleyici kas gevşemesi ve imgeleme temelli gevşemedir.

Katılımcılar

Çalışmaya Almanya'daki bir okuldan yaşları 10 ila 12 arasında değişen 64 çocuk katılmıştır.

Tasarım

Çalışmada randomize kontrollü bir deneme tasarımı kullanılmış ve katılımcılar denemenin üç kolundan birine rastgele atanmıştır: progresif kas gevşemesi, imgeleme temelli gevşeme veya kontrol grubu.

Müdahaleler

Her bir müdahale beş eğitim seansından oluşmuştur. Her oturum yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Çocuklardan beş dakika boyunca sessizce oturmaları istenmiş (başlangıç dönemi), ardından müdahaleye katılmışlar ve daha sonra çocuklardan yine beş dakika boyunca sessizce oturmaları istenmiştir (takip).

- *Progresif kas gevşemesi.* Çocuklardan 7 dakikalık bir süre boyunca belirli kas gruplarını germeleri ve gevşetmeleri istenmiştir. Bunlar el kasları, kollar, alın, yanaklar, göğüs, omuzlar, karın ve uyluklardır.
- *İmgeleme temelli rahatlama.* Bu gruptaki çocuklardan, bir çayıra, bir ağaca veya bir tekneye gitmek gibi fantastik bir yolculuğa çıkan bir kelebek olduklarını hayal etmeleri istenmiştir.
- *Kontrol grubu.* Bu gruptaki çocuklar, herhangi bir gerginlik ya da rahatlama hissi uyandırmayacak şekilde tasarlanmış nötr hikayelerin ses kasetlerini dinlemişlerdir.

Önlemler

Çalışma fizyolojik ve öz bildirim ölçümlerini içermektedir. Öznel ölçümler başlangıç döneminden önce ve sonra, müdahaleden sonra ve takip döneminden sonra alınmıştır. Fizyolojik ölçümler çalışma boyunca sürekli olarak alınmıştır.

- *Fizyolojik ölçümler.* Kalp atış hızı, deri sıcaklığı ve deri iletkenlik düzeyi ölçümleri alınmıştır.



- *Öz-rapor ölçümleri.* Ayrıca çocukların ruh hali (örn. algılanan sakinlik hissi, öznel zindelik hissi, algılanan dikkat hissi) ve fiziksel refahları (örn. kalp atışlarının sakinliği, öznel vücut sıcaklığı, ellerde algılanan nemlilik) ölçülmüştür.

Sonuçlar

Sonuçlar, gevşeme türünden bağımsız olarak gevşeme eğitiminin etkisini incelemek ve ayrıca gevşeme eğitiminin bir türünün daha etkili olup olmadığını araştırmak için değerlendirilmiştir.

- *Fizyolojik değişiklikler.* Sonuçlar, imgesel gevşemenin kalp atış hızında ve deri iletkenliğinde azalmayla ilişkili olduğunu ancak deri sıcaklığında değişikliklere yol açmadığını göstermiştir. Buna karşılık, aşamalı kas gevşetme, eğitim seansı sırasında kalp atış hızında artışa neden olmuştur.
- *Öz rapor değişiklikleri.* Sonuçlar, tüm müdahaleler için başlangıç ve eğitim seansları sırasında ruh hali ve fiziksel esenlik derecelerinde artış olduğunu göstermiştir.

Sonuçlar

Yazarlar gevşeme eğitiminin psikofizyolojik değişikliklere yol açabileceği, ancak bunların eğitim türüne göre değiştiği sonucuna varmışlardır. Ancak ilginç olan, farklı değişim ölçümleri arasındaki değişkenlik derecesidir. Özellikle, çocukların fizyolojisinin farklı yönleri arasındaki değişikliklerde farklılıklar bulunmuştur - kalp atış hızındaki bir değişiklik her zaman cilt sıcaklığındaki bir değişikliğe karşılık gelmemiştir. Ayrıca, fizyolojideki değişiklikler her zaman kendi bildirdikleri ruh hali veya fiziksel iyi olma halindeki değişikliklere karşılık gelmemiştir. Dolayısıyla, kalp atış hızının düştüğünü gösteren bir ölçüm, her zaman bireyin kalbinin daha sakin olduğuna dair kendi beyanına karşılık gelmemiştir.

Fizyolojik ve öz bildirim ölçümleri

Stresin hem 'stres hissediyorum' deneyimini hem de kalp atış hızı ve kortizol seviyeleri gibi faktörlerdeki altta yatan fizyolojik değişiklikleri yansıttığı düşünülmektedir. Ancak bu iki ölçüm kümesi birbiriyle ilişkili midir? Bu soru sadece stres araştırmaları için değil, aynı zamanda zihin-beden etkileşimlerinin anlaşılması için de merkezi bir öneme sahiptir. Araştırmalar bu ilişkiyi ele almış ve fizyolojik ve algılanan stres ölçümleri arasında tutarlı bir şekilde ya hiç ilişki bulamamış ya da çok zayıf bir ilişki bulmuştur (bkz. **Araştırma Odağı 10.1**, s. 233). Algılamanın stres tepkisinde merkezi bir yere sahip olduğu düşünüldüğünde bu durum şaşırtıcıdır. Bununla birlikte, bu iki ölçüm türü arasındaki bu uyumsuzluğun diğer aracı değişkenlerin rolünü yansıtmaması mümkündür. Örneğin, fizyolojik ölçümler yalnızca stresör birey tarafından kontrol edilebilir olduğunda, bir zorluktan ziyade bir tehdit olarak görüldüğünde veya birey belirli başa çıkma stratejilerine başvurduğunda öz bildirim ölçümlerini yansıtıyor olabilir.

Stresin psikolojik ve fizyolojik yönleri arasındaki etkileşim

Stresin genellikle psikolojik ve fizyolojik faktörler arasındaki etkileşimi gösterdiği kabul edilir. Stresörün psikolojik olarak değerlendirilmesi stres tepkisinin merkezinde yer alır ve

Sonuç olarak

Bu bölümde farklı stres modelleri, strese verilen psikolojik ve fizyolojik tepkiler ve stresin nasıl ölçüldüğü incelenmiştir. İlk stres modelleri stresi dışsal bir stres etkenine verilen otomatik bir tepki olarak görmüştür. Ancak, değerlendirme kavramının ortaya atılması, stresin en iyi birey ve dış dünya arasındaki bir etkileşim olarak anlaşılması gerektiğini öne sürmüştür. Buna göre, bir olay stresli olarak değerlendirilirse bir stres tepkisi ortaya çıkacaktır. Bir olay stres verici olarak değerlendirildiğinde, birey hem stres altında olma hissini hem de sempatik aktivasyon ve hipotalamus hipofiz ekseninin aktivasyonunu içeren fizyolojik değişiklikleri içeren bir stres tepkisi gösterir. Stres tepkisi ya laboratuvarında ya da daha doğal bir ortamda ölçülebilir ve fizyolojik ölçümler ya da öz bildirim içeren ölçümler kullanılarak değerlendirilebilir.



Sorular

- 1 Stres, dış stres faktörlerine verilen otomatik bir tepkidir. Tartışın.
- 2 Stres tepkisinde değerlendirmenin rolünü tartışınız.
- 3 Stres fizyolojide nasıl değişikliklere neden olur?
- 4 Stres nasıl ve nerede ölçülebilir ve her bir ölçüm yaklaşımının maliyet ve faydaları nelerdir?
- 5 Stres tepkisinin oluşması için değerlendirmenin gerekli olup olmadığını göstermek için bir çalışma tasarlayın.

tartışması için

En son ne zaman stresli hissettiğinizi düşünün. Stresli olayın stresli hissettiren özellikleri nelerdi?

Sağlık psikolojisinde varsayımlar

Stres araştırması, sağlık psikolojisindeki bazı varsayımların altını çizmektedir.

- 1 *Çorbayı bölmek.* Stres araştırmaları, Cannon ve Selye'nin daha basit uyaran tepki teorilerinin ötesine geçmenin bir yolu olarak değerlendirmeyi stresin ortaya çıkmasında merkezi bir rol olarak tanımlar. Bu nedenle, bir stresörün stresi ortaya çıkarması için değerlendirmenin ("stresli mi?", "başa çıkabilir miyim?") gerekli olduğunu belirtir. Ancak, araştırmalar daha sonra başa çıkmanın stres tepkisini azaltıp azaltmadığını araştırır. Başa çıkma ve stres bazen tek bir yapı, bazen de birbiriyle ilişkilendirilebilen iki yapıdır.
- 2 *Zihin-beden ayrımı sorunu.* Stres araştırmalarının çoğu zihnin bedeni nasıl etkileyebileceğini incelese de (örneğin, değerlendirme stres hormonlarının salınımıyla, sosyal destek strese bağlı hastalıkların ortaya çıkmasıyla ilişkilidir), bu sürecin nasıl gerçekleştiği belirsizdir. Buna ek olarak, bu ilişkiler zihin ve beden arasında bir etkileşim olduğunu öne sürse de, yine de onları aynı varlık olarak değil, birbirlerini etkileyen ayrı varlıklar olarak tanımlamaktadır.

3 İlerleme sorunu. Genellikle en yeni teorilerin daha önceki teorilerden daha iyi olduğu varsayılır. Bu nedenle, değerlendirme, sosyal destek ve benzerlerini içeren modeller, stresi bir stres etkenine verilen ani bir tepki olarak tanımlayan modellerden daha iyidir. Belki de bu farklı teoriler birbirlerinden daha iyi olmak zorunda değildir, sadece stres sürecini tanımlamanın farklı yollarıdır.

Daha fazla okuma

Cohen, S., Kessler, R.C. ve Gordon, L.U. (eds) (1995) *Measuring Stress: Sağlık ve Sosyal Bilimciler için Bir Kılavuz*. New York: Oxford Üniversitesi Yayınları.

Bu derleme, fizyolojik ve öz bildirim yaklaşımlarını kullanarak stres ölçümünün ayrıntılarıyla ilgilenen herkes için kapsamlı bir derlemedir.

Jones, F. ve Bright, J. (2001) *Stres: Mit, Teori ve Araştırma*. Harlow: Prentice Hall.

Bu kitap, stres araştırmalarını ve teorilerini açıklayan ve analiz eden ve özellikle bu alandaki metodolojik sorunları ele alan son derece erişilebilir bir kitaptır.

Lazarus, R.S. (2000) Toward better research on stress and coping, *American Psychologist*, 55: 665-73.

Bu makale, stres ve başa çıkma konulu özel sayının bir parçasıdır ve Lazarus'un stres literatüründeki son gelişmeler ve eleştiriler hakkındaki kendi yorumlarını yansıtmaktadır.

Stres ve hastalık

Bölüm genel bakış

Bu bölüm ilk olarak stresin hastalığa neden olup olmadığını değerlendirmekte ve ardından bu ilişkinin arkasındaki mekanizmaların kronik ve akut bir modelini araştırmaktadır. Bölüm daha sonra stres ve hastalık arasındaki ilişkiyi davranışsal ve fizyolojik yollar açısından incelemektedir. Daha sonra psikonöroimmünoloji (PNI) yaklaşımının ana hatlarını çizmekte ve ruh hali, inançlar, duygusal ifade ve stres gibi psikolojik faktörlerin bağışıklık üzerindeki etkisini araştırmaktadır. Son olarak, stres-hastalık bağlantısının moderatörleri olarak başa çıkma, sosyal destek, kişilik ve kontrolün rolüne ışık tutmaktadır.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- Stres hastalığa neden olur mu?
- Stres nasıl hastalığa neden olur?
- Stres ve davranış değişiklikleri
- Stres ve fizyolojideki değişiklikler
- Psikonöroimmünoloji (PNI)
- Hangi faktörler stres-hastalık bağlantısını hafifletir?
- Başa çıkma, sosyal destek, kişilik ve kontrolün rolü

Stres hastalığa neden olur mu?

Stresin bu kadar tutarlı bir şekilde incelenmesinin nedenlerinden biri de bireyin sağlığı üzerindeki potansiyel etkisidir. Araştırmalar, hava trafik kontrolörleri gibi yüksek stresli işlerde çalışanlarda (Cobb ve Rose 1973), rahibeler gibi daha az stresli mesleklerde çalışanlara kıyasla hipertansiyon oranlarının daha yüksek olduğunu (Timio ve ark. 1988) ve daha yüksek yaşam stresinin daha fazla fiziksel semptom bildirimi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Cropley ve Steptoe 2005). Ayrıca, hem kesitsel hem de boylamsal çalışmalar stresli mesleklerin artmış koroner kalp hastalığı riski ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Karasek ve ark. 1981; Lynch ve ark. 1997; Kivimäki ve ark. 2002). Buna ek olarak, Appels ve Mulder (1989) ve Appels ve diğerleri (2002) kalp krizinden önceki bir yıl içinde 'yaşamsal tükenmenin' yaygın olduğunu belirtmiştir. Bir çalışmada insanlara ya soğuk algınlığından sorumlu virüsleri içeren burun damlaları ya da plasebo salın damlaları verilmiştir. Stres seviyeleri daha sonra şu şekilde değerlendirilmiştir

son bir yıldaki yaşam olayları açısından değerlendirilmiştir (Cohen ve ark. 1991). Sonuçlar, virüs verilen herkesin virüse yakalanmadığını ve virüse yakalanan herkesin de soğuk algınlığı belirtileri gösterip hastalanmadığını göstermiştir. Stresin ilk olarak kimin virüse yakalandığını, ikinci olarak da kimin semptom geliştirdiğini öngördüğü gösterilmiştir. Ancak, bu çalışmalar kesitsel, ileriye dönük veya geriye dönük bir tasarım içermekte olup, stresin mi hastalığa yoksa hastalığın mı strese (veya stres derecelerine) neden olduğu belirsiz olduğundan nedensellik sorununu ortaya çıkarmaktadır. Bu sorunu çözmek için bazı araştırmalar, stresi tetiklemeyi ve sağlıktaki müteakip değişiklikleri değerlendirmeyi içeren deneysel bir tasarım kullanmıştır. Böyle bir tasarımla ilgili etik sorunlar nedeniyle deneysel çalışmaların çoğu hayvanlar kullanılarak yapılmıştır. Manuck, Kaplan ve meslektaşları tarafından yapılan klasik bir dizi hayvan çalışması (örneğin Kaplan ve ark. 1983; Manuck ve ark. 1986), güçlü bir sosyal hiyerarşiye sahip Bowman Gray maymunlarının sosyal gruplaşmalarını deneysel olarak manipüle etmiştir. Sonuçlar, maymunların sadece davranışsal stres belirtileri göstermediğini, aynı zamanda koroner arter hastalıklarında da belirgin bir artış olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak, stresin deneysel olarak azaltılmasını içeren stres yönetimi, koroner kalp hastalığını azaltmada (Johnston 1989, 1992) ve çocuklarda tekrarlayan soğuk algınlığı ve gribe azaltmada (Hewson-Bower ve Drummond 2001) bazı başarılar elde etmiştir.

Stres nasıl hastalığa neden olur?

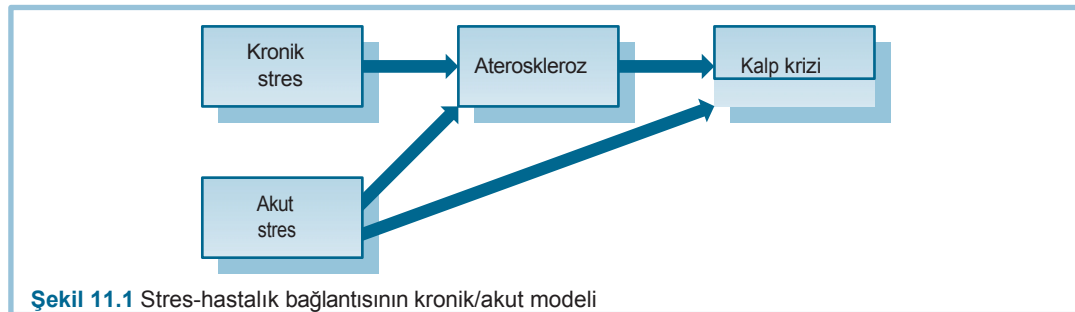
Johnston (2002) stresin birbiriyle ilişkili iki mekanizma aracılığıyla hastalığa neden olabileceğini savunmuş ve kronik ve akut süreçleri içeren stres-hastalık bağlantısı modelini geliştirmiştir (bkz. Şekil 11.1).

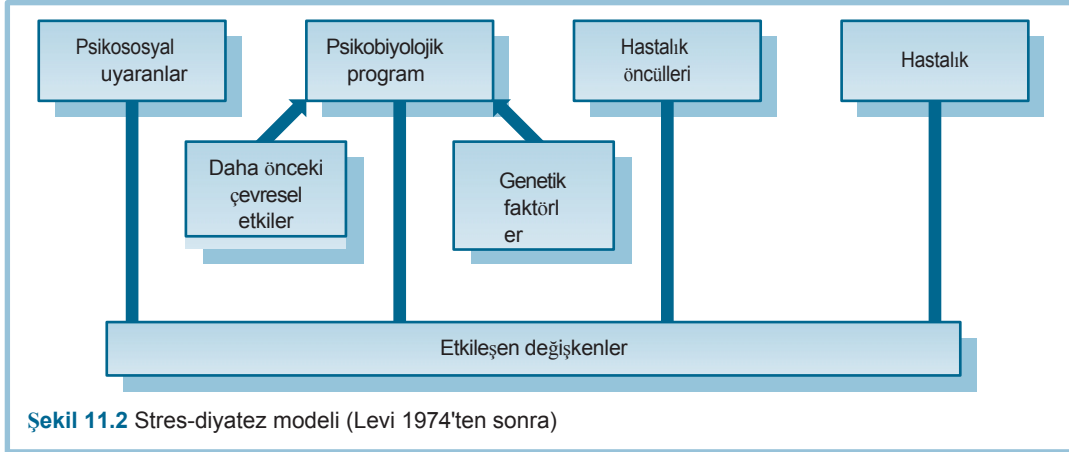
Kronik süreç

Stres ve hastalık arasındaki bağlantıya ilişkin en yaygın görüş, stresin fizyolojik, davranışsal ve psikolojik faktörlerin uzun süreli etkileşimi nedeniyle hastalığa yol açtığını öne sürmektedir. Örneğin, kronik iş stresi fizyolojide ve davranışlarda değişikliklere neden olarak zamanla kardiyovasküler sistemde hasara yol açabilir. Özellikle kronik stres, kalbe kan akışını sınırlayan yavaş bir arteriyel hasar süreci olan ateroskleroz ile ilişkilidir. Dahası, bu hasar belirli bir genetik eğilime sahip bireylerde daha fazla olabilir. Bu kronik süreç, iş stresi ile kardiyovasküler hastalık arasındaki bağlantıları gösteren araştırmalarla desteklenmektedir (Karasek vd. 1981; Lynch vd. 1997; Kivimäki vd. 2002). Böyle bir yaklaşım, Levi'nin (1974) Şekil 11.2'de gösterilen 'stres-diyatez' hastalık modeline paraleldir.

Bununla birlikte, stres-hastalık bağlantısının tamamen kronik bir modeliyle ilgili çeşitli sorunlar vardır:

- 1 Egzersiz stresin yıpratıcı etkilerine karşı koruma sağlar ve daha aktif bireylerin kardiyovasküler hastalıklardan ölme olasılığı daha hareketsiz bireylere göre daha düşüktür (Kivimäki ve ark. 2002). Bununla birlikte, egzersiz kalp krizinden hemen önce de gelebilir.





- 2 Stresin neden olduğu aşınma ve yıpranma, kardiyovasküler sistemde biriken hasarı açıklayabilir. Ancak bu kronik model, koroner olayların neden meydana geldiğini açıklamaz.

Bu sorunlar ışığında Johnston (2002) akut bir modeli savunmaktadır.

Akut süreç

Kalp krizlerinin egzersiz sonrasında, öfke sonrasında, uyandıktan sonra, kalp atış hızındaki değişiklikler sırasında ve kan basıncındaki değişiklikler sırasında ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir (örn. Muller ve ark. 1994, 1985; Moller ve ark. 1999). Bunlar akut olaylardır ve ani bir yırtılma ve trombogenez içerirler. Johnston (2002) bunun stres ve hastalık arasındaki bağlantının akut bir modelini yansıttığını ve akut stresin ani bir kardiyak sorunu tetiklediğini savunmaktadır. Bu, egzersizin uzun vadede nasıl koruyucu olabileceğini ancak risk altındaki bir birey için nasıl bir tehlike oluşturabileceğini açıklamaktadır. Ayrıca kalp krizinin neden ve ne zaman meydana geldiğini de açıklamaktadır.

Akut ve kronik süreçler arasındaki bağlantılar

Akut ve kronik süreçler içsel olarak birbiriyle bağlantılıdır. Kronik stres basitçe akut stresin sık görülmesi olabilir; akut stresin kronik stres yaşamış bir kişide kardiyak bir olayı tetikleme olasılığı daha yüksek olabilir; ve akut stres de kardiyovasküler sistemdeki yıpranma ve aşınmaya katkıda bulunabilir. Ayrıca, hem kronik hem de akut süreçler, davranışlarda ve fizyolojide strese bağlı değişikliklerin merkezi rolüne ışık tutmaktadır. Bunlar şimdi ele alınacaktır.

Stres ve davranış değişiklikleri

Stres çoğunlukla koroner kalp hastalığı (KKH) bağlamında incelenmiştir. Ancak, kanser, diyabet ve ameliyat sonrası iyileşme gibi hastalıklar arasındaki bağlantıları araştıran çalışmalar da vardır. Stres ve KKH arasındaki bağlantıları inceleyen araştırmalar, stresin KKH için klasik risk faktörleri olan yüksek kan kolesterolü, yüksek kan basıncı ve sigara kullanımı üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. Bu risk faktörleri davranışlardan güçlü bir şekilde etkilenmekte ve stres ile hastalık arasındaki davranışsal yolu yansıtmaktadır (Krantz ve ark. 1981). Bu doğrultuda, bazı araştırmalar stresin sağlıkla ilgili belirli davranışlar üzerindeki etkisini incelemiştir.

Sigara içmek

Sigara içmek, akciğer kanseri ve koroner kalp hastalığı da dahil olmak üzere bir dizi hastalıkla sürekli olarak ilişkilendirilmiştir (bkz. Bölüm 5). Araştırmalar stres ve sigara içme davranışı arasında sigaraya başlama, nüksetme ve içilen miktar açısından bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Wills (1985) ergenlerde sigaraya başlamanın hayatlarındaki stres miktarıyla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Buna ek olarak, okul değiştirme stresini yaşayan çocukların sigaraya başlama olasılığının, ortaöğretimleri boyunca aynı okulda kalanlara göre daha yüksek olabileceği öngörüsü de desteklenmiştir (Santi ve ark. 1991). Nüksetme açısından, Lichtenstein ve arkadaşları (1986) ve Carey ve arkadaşları (1993) yüksek düzeyde stres yaşayan kişilerin, daha az stres yaşayanlara göre bir süre yoksunluktan sonra tekrar sigaraya başlama olasılığının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Araştırmalar ayrıca artan sigara kullanımının stresi azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir. Deneysel bir çalışmada Perkins ve arkadaşları (1992) sigara içen kişileri stresli ya da stressiz bir bilgisayar görevine maruz bırakmış ve deneklerden bir sigara içmelerini ya da yanmayan bir sigara içmelerini istemiştir. Sonuçlar, sigara içenlerin sigara içip içmediğine bakılmaksızın, tüm deneklerin stresli durumda sigara içme arzusunun arttığını bildirdiğini göstermiştir. Ancak bu istek, sigara içmelerine gerçekten izin verilen sigara içicilerinde daha az olmuştur. Bu durum, stresin sigara içme isteğinde artışa neden olduğunu ve bu isteğin sigara içerek değiştirilebileceğini göstermektedir. Daha doğal bir çalışmada, sigara içenlerden stresli bir sosyal duruma katılmaları istenmiş ve sigara içmeleri ya da içmemeleri talimatı verilmiştir. Sigara içemeyenler bu durumu sigara içebilenlere kıyasla sosyal açıdan daha stresli olarak değerlendirmiştir (Gilbert ve Spielberger 1987). Benzer şekilde, Metcalfe ve diğerleri (2003) stresi sağlık davranışlarıyla ilişkilendirmek için Reeder stres envanterini kullanmış ve daha yüksek stres seviyelerinin daha fazla sigara içmekle ilişkili olduğu sonucuna varmıştır. Bu ilişki, 6000'den fazla İskoç erkek ve kadın üzerinde yapılan geniş çaplı bir çalışmada da bulunmuş ve daha yüksek düzeyde algılanan stresin daha fazla sigara içmekle bağlantılı olduğu görülmüştür (Heslop ve ark. 2001).

Alkol

Yüksek alkol alımı KKH, kanser ve karaciğer hastalığı gibi hastalıklarla ilişkilendirilmiştir (bkz. Bölüm 5). Araştırmalar stres ve alkol tüketimi arasındaki ilişkiyi de incelemiştir. Birçok yazar, özellikle iş stresinin alkol kullanımını teşvik edebileceğini öne sürmüştür (örn. Herold ve Conlon 1981; Gupta ve Jenkins 1984). Gerginlik azaltma teorisi, insanların alkolü gerginlik azaltıcı özellikleri için içtiğini öne sürmektedir (Cappell ve Greeley 1987). Gerilim korku, kaygı, depresyon ve sıkıntı gibi durumları ifade eder. Dolayısıyla bu modele göre, olumsuz ruh halleri, alkolün beklenen sonucu nedeniyle alkol tüketimine neden olan içsel stres faktörleri veya dışsal bir stres faktörünün sonucudur. Örneğin, bir birey bir sınavın (dış stres faktörü) sonucu olarak gergin veya endişeli hissediyorsa (içsel durumu) ve alkolün bu gerginliği azaltacağına (beklenen sonuç) inanıyorsa, ruh halini iyileştirmek için alkol alabilir. Bu teori, olumsuz ruh hali ile içme davranışı arasındaki ilişkiye dair bazı kanıtlarla desteklenmiştir (Violanti ve ark. 1983) ve insanların depresif veya endişeli hissettiklerinde içki içme olasılıklarının daha yüksek olduğunu öne sürmektedir. Benzer şekilde, hem Metcalfe ve diğerleri (2003) hem de Heslop ve diğerleri (2001) algılanan stres ile daha fazla alkol alma (eğer içiciyse) arasında bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, tıp öğrencilerinin yaşam tarzlarının ve sorunlu içki içme durumlarının yaşadıkları stresle ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (Wolf ve Kissling 1984). Bir çalışmada, bu teori deneysel olarak test edilmiş ve tıp öğrencilerinin sağlıkla ilgili davranışları hem stresli bir sınav döneminden önce hem de bu dönem sırasında değerlendirilmiştir. Sonuçlar, öğrencilerin anksiyete ve depresyon açısından ruh hallerinde bir bozulma ve egzersiz ve gıda alımında azalma açısından davranışlarında

değişiklikler bildirdiklerini göstermiştir

(Ogden ve Mtandabari 1997). Bununla birlikte, alkol tüketimi de azalmıştır. Yazarlar, strese akut olarak maruz kalmanın, öğrencilerin tatmin edici performans gösterme kabiliyetleri üzerinde çok az etkisi olan davranışlarda olumsuz değişikliklere yol açtığı sonucuna varmışlardır. Açıkçası kronik stresin davranışlarda daha uzun vadeli değişiklikler üzerinde daha zararlı etkileri olabilir.

Yemek yemek

Diyet, ya vücut ağırlığındaki değişiklikler yoluyla ya da belirli diyet bileşenlerinin aşırı veya az tüketilmesi yoluyla sağlığı etkileyebilir (bkz. Bölüm 6). Greeno ve Wing (1994) stres ve yeme arasındaki bağlantıya ilişkin iki hipotez önermiştir: (1) stresin genel olarak gıda alımını değiştirdiğini öngören genel etki modeli; ve (2) stresin yalnızca hassas birey gruplarında yeme değişikliklerine neden olduğunu öngören bireysel farklılık modeli. Araştırmaların çoğu bireysel farklılık modeline odaklanmış ve doğal olarak oluşan stresin mi yoksa laboratuvar kaynaklı stresin mi belirli bireylerde yeme değişikliklerine neden olduğunu incelemiştir. Örneğin, Michaud ve arkadaşları (1990) sınav stresinin kızlarda yeme artışıyla ilişkili olduğunu ancak erkeklerde ilişkili olmadığını; Baucom ve Aiken (1981) stresin hem aşırı kilolularda hem de diyet yapanlarda yemeyi artırdığını; Cools ve arkadaşları (1992) ise stresin sadece diyet yapanlarda yeme ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Dolayısıyla cinsiyet, kilo ve diyet yapma düzeyi (bkz. Bölüm 6) stres ve yeme arasındaki bağlantının önemli belirleyicileri gibi görünmektedir. Ancak, araştırmalar bu öneriyle her zaman tutarlı değildir. Örneğin, Conner ve arkadaşları (1999), birbirini takip eden yedi gün boyunca atıştırma ve sıkıntı günlüklerini dolduran 60 öğrencide günlük sıkıntılar ile atıştırma arasındaki bağlantıyı incelemiştir. Sonuçlar, artan günlük sıkıntılar ile artan atıştırma arasında doğrudan bir ilişki olduğunu göstermiş, ancak cinsiyete veya diyetle göre herhangi bir farklılık göstermemiştir. Literatürdeki bu tür tutarsızlıklar Stone ve Brownell (1994) tarafından, stresin bazen aşırı yemeye, bazen de net bir örüntü ortaya çıkmadan az yemeye neden olduğunu açıklamak için 'stres yeme paradoksu' olarak tanımlanmıştır.

Egzersiz

Egzersiz, vücut ağırlığı üzerindeki etkisi ve KKH üzerindeki faydalı etkileri açısından sağlıklı ilişkilendirilmiştir (bkz. Bölüm 7). Araştırmalar stresin egzersizi azaltabileceğini gösterirken (örn. Heslop ve ark. 2001; Metcalfe ve ark. 2003), egzersizi artırmaya odaklanan stres yönetiminin koroner sağlık üzerinde bazı iyileşmelere yol açtığı gösterilmiştir.

Kazalar

Kazalar çok yaygın ve nadiren incelenen bir yaralanma veya ölüm nedenidir. Araştırmalar stresin kazalar üzerindeki etkilerini de incelemiştir ve korelasyonel araştırmalar yüksek düzeyde stres yaşayan bireylerin yaralanma olasılıklarını artıran davranışlarda bulunma eğilimlerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Wiebe ve McCallum 1986). Ayrıca Johnson (1986) stresin evde, işte ve arabada kazaları artırdığını öne sürmüştür.

Bir stres faktörü olarak hastalık

Hasta olmanın kendisi stresli bir olay olabilir. Eğer durum böyleyse, hastalığı takip eden stresin de bireylerin sağlığı üzerinde etkileri vardır. Bu tür bir stres bireylerin davranışlarını yardım arama olasılıkları, müdahalelere ve tıbbi tavsiyelere uymaları ve ayrıca sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemeleri açısından etkileyebilir (stres yönetimi ve HIV'in ilerlemesine ilişkin bir tartışma için daha sonra bakınız). Dolayısıyla stres, bireyin sağlık durumuyla ilişkili olan davranış değişikliklerine neden olabilir.

Stres ve fizyolojideki değişiklikler

Stresin fizyolojik sonuçları ve sağlık üzerindeki etkileri kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Araştırmalar, stresin hem hastalığın başlangıcını hem de ilerlemesini teşvik eden etkileri olan fizyolojik değişikliklere neden olduğunu göstermektedir.

Stres ve hastalık başlangıcı ve ilerlemesi

Stres, katekolamin üretimi yoluyla hem sempatik aktivasyonda (örn. kalp atış hızı, terleme, kan basıncı) hem de kortizol üretimi yoluyla hipotalamik-hipofiz-adrenokortikal aktivasyonda değişikliklere neden olur. Bu değişiklikler sağlık ve hastalık başlangıcını doğrudan etkileyebilir.

Sempatik aktivasyon

Adrenalin ve noradrenalinin uzun süreli üretimi aşağıdakilerle sonuçlanabilir:

- kan pıhtısı oluşumu
- kan basıncında artış
- kalp atış hızında artış
- düzensiz kalp atışları
- yağ birikintileri
- plak oluşumu
- immünosupresyon.

Bu değişiklikler kalp hastalığı ve böbrek hastalığı olasılığını artırabilir ve vücudu enfeksiyona açık bırakabilir.

HPA aktivasyonu

Uzun süreli kortizol üretimi aşağıdakilerle sonuçlanabilir:

- bağışıklık fonksiyonunda azalma
- hipokampüsteki nöronlara zarar verir.

Bu değişiklikler enfeksiyon olasılığını, psikiyatrik sorunları ve hafıza ve konsantrasyon kayıplarını artırabilir.

Bu fizyolojik değişiklikler Johnston'ın (2002) stres-hastalık bağlantısının kronik ve akut modeli açısından daha iyi anlaşılabilir. Kronik stresin HPA aktivasyonunu ve kortizol salınımını içermesi daha olasıdır. Bu da sürekli aşınma ve yıpranmaya ve daha yavaş bir süreç olan ateroskleroz ve kardiyovasküler sistem hasarına yol açar. Akut stres, öncelikle kalp atış hızı ve kan basıncındaki değişikliklerle sempatik aktivasyondaki değişiklikler yoluyla etki eder. Bu durum ateroskleroz ve böbrek hastalığına katkıda bulunabilir ancak kalp krizi gibi ani değişikliklerle de ilişkilidir.

Davranışsal ve fizyolojik yollar arasındaki etkileşim

Bu nedenle stres, davranışları değiştirerek veya bireyin fizyolojisini doğrudan etkileyerek sağlık ve hastalıkları etkileyebilir. Şimdiye kadar davranışsal ve fizyolojik yollar ayrı ve ayrık olarak sunulmuştur.

Ancak, bu çok fazla basitleştirmedir. Stres şunları yapabilir

Bireyin fizyolojisini değiştirerek sağlığını etkileyen sigara içme ve beslenme gibi davranışlarda değişikliklere neden olur. Aynı şekilde, stres de yüksek kan basıncı gibi fizyolojik değişikliklere neden olabilir.

Ancak bu durum genellikle özellikle sağlıksız davranışlar sergileyenlerde daha belirgindir (Johnston 1989). Dolayısıyla, gerçekte stres, davranışsal ve fizyolojik faktörler arasındaki karmaşık bir etkileşim yoluyla hastalıkla bağlantılıdır. Ayrıca, Johnston (1989) bu faktörlerin çarpımsal olduğunu ileri sürerek, stresin değiştirdiği faktör sayısı arttıkça, stresin hastalığa yol açma olasılığının da artacağını belirtmiştir.

Stres-hastalık bağlantısında bireysel değişkenlik

Stres yaşayan herkes hastalanmaz. Bu bir dereceye kadar, daha sonra ayrıntılı olarak açıklanacak olan başa çıkma, kontrol, kişilik ve sosyal destek gibi değişkenlerin rolünden kaynaklanmaktadır. Ancak araştırmalar, bu değişkenliğin aynı zamanda stres tepkiselliği, stres iyileşmesi, allostatik yük ve stres direncindeki bireysel farklılıklardan da kaynaklandığını göstermektedir.

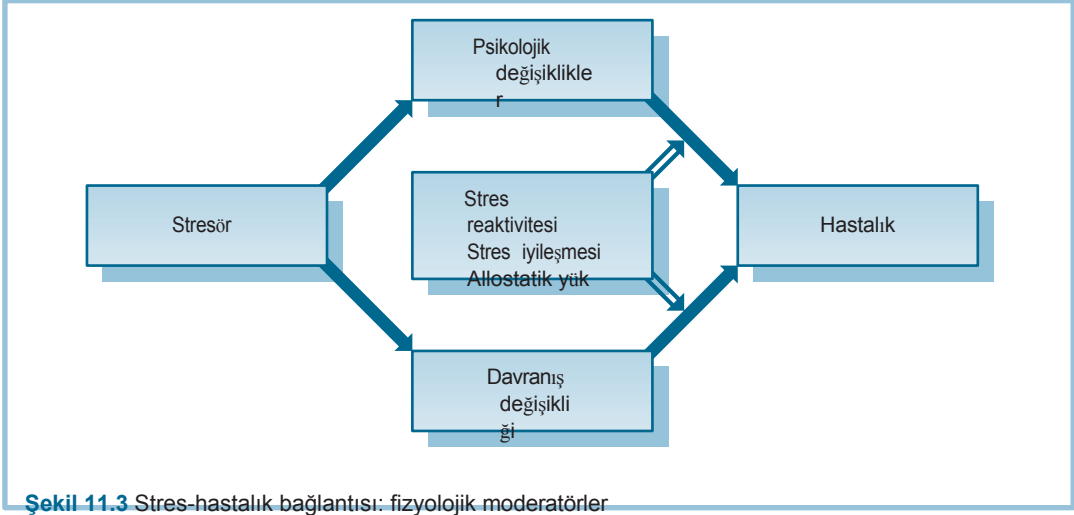
Stres tepkiselliği

Bazı bireyler strese karşı diğerlerinden daha güçlü bir fizyolojik tepki gösterirler ve bu da onların 'kardiyovasküler reaktivite' veya 'stres reaktivitesi' seviyeleri olarak bilinir. Bu, aynı düzeyde stres etkeni verildiğinde ve kendi algıladıkları stresten bağımsız olarak, bazı kişilerin diğerlerinden daha fazla sempatik aktivasyon gösterdiği anlamına gelir (örn. Vitaliano ve ark. 1993). Araştırmalar, daha yüksek stres tepkiselliğinin insanları strese ilişkili hastalıklara karşı daha duyarlı hale getirebileceğini öne sürmektedir. Örneğin, hem hipertansiyonu hem de kalp hastalığı olan bireylerde stres reaktivitesi daha yüksektir (örn. Frederickson ve Matthews 1990; Frederickson ve ark. 1991, 2000). Ancak bu çalışmalarda nedensellik sorununu ortaya çıkaran kesitsel bir tasarım kullanılmıştır. Bu nedenle bazı araştırmalar ileriye dönük bir tasarım kullanmıştır. Örneğin, erken bir çalışmada Keys ve arkadaşları (1971) soğuk basınç testine karşı başlangıçtaki kan basıncı tepkisini değerlendirmiş ve daha yüksek tepkinin 23 yıl sonraki takipte kalp hastalığını öngördüğünü bulmuştur. Benzer şekilde, Boyce ve arkadaşları (1995) stresli bir görevin ardından çocuklarda stres tepkisinin başlangıç seviyelerini ölçmüş ve ardından 12 hafta boyunca aile stres faktörlerinin sayısını ve hastalık oranlarını değerlendirmiştir. Sonuçlar, düşük reaktiviteye sahip çocuklarda stres ve hastalığın bağlantılı olmadığını, ancak daha yüksek reaktiviteye sahip olanların daha fazla stres yaşamışlarsa daha fazla hastalık gösterdiklerini ortaya koymuştur. Everson ve meslektaşları (1997) da başlangıçtaki stres reaktivitesini değerlendirmiş ve takip sırasında eko kardiyografi kullanarak kalp sağlığını araştırmıştır. Sonuçlar, başlangıçta daha yüksek stres reaktivitesinin dört yıl sonra arteriyel bozulmanın öngörücüsü olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak, stres reaktivitesinin koroner eğilimli davranışların kalp üzerindeki etkisinin arkasındaki fizyolojik mekanizma olduğu öne sürülmüştür (Harbin 1989; Suarez ve ark. 1991). Bu, strese daha fazla tepki gösteren bireylerin hasta olma ihtimalinin daha yüksek olduğu anlamına gelmez. Strese maruz kaldıklarında hastalanma olasılıklarının daha yüksek olduğu anlamına gelmektedir (bkz. Şekil 11.3).

Stres iyileşmesi

Strese tepki verdikten sonra vücut kendini toparlar ve sempatik ve HPA aktivasyon seviyeleri başlangıç seviyesine döner. Ancak bazı insanlar diğerlerine göre daha çabuk iyileşir ve bazı araştırmalar bu iyileşme oranının strese ilişkili hastalıklara yakınlıkla ilgili olabileceğini göstermektedir. Bu, Selye'nin (1956) 'tükenme' kavramında ve stresin neden olduğu genel yıpranma ve aşınmada yansıtılmaktadır. Bazı araştırmalar özellikle kortizol üretimindeki değişikliklere odaklanmış ve yüksek kortizol seviyelerinden daha yavaş iyileşmenin bağışıklık fonksiyonu ve enfeksiyon ve hastalığa yakınlıkla ilgili olabileceğini öne sürmüştür (örn. Perna

ve McDowell 1995).



Şekil 11.3 Stres-hastalık bağlantısı: fizyolojik moderatörler

Allostatik yük

McEwan ve Stellar (1993) 'allostatik yük' kavramını, tekrarlanan veya kronik strese maruz kalındıktan sonra zaman içinde vücutta biriken yıpranma ve aşınmayı yansıtacak şekilde tanımlamıştır. Birey strese yanıt verirken ve stresten kurtulurken vücudun fizyolojik sistemlerinin sürekli dalgalandığını, bunun bir allostaz durumu olduğunu ve zaman ilerledikçe iyileşmenin giderek daha az tamamlandığını ve vücudun giderek daha fazla tükendiğini savunmuşlardır. Bu nedenle, yeni bir stres faktörüne maruz kalan kişinin allostatik yükü oldukça yüksekse hastalanma olasılığı daha yüksektir.

Stres direnci

Tüm bireylerin stres faktörlerine aynı şekilde tepki vermediği gözlemini yansıtmak için araştırmacılar, stres faktörleri ortaya çıktığında bile bazı insanların nasıl sağlıklı kaldığını vurgulamak için stres direnci kavramını geliştirmiştir (örn. Holahan ve Moos 1990). Stres direnci, uyarlanabilir başa çıkma stratejilerini, belirli kişilik özelliklerini ve sosyal desteği içerir. Bu faktörler daha sonra ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

Stres bu nedenle bir dizi hastalıkla ilişkilendirilmekte ve araştırmalar hem davranışsal hem de fizyolojik bir yolun rolünü vurgulamaktadır. Fizyolojik yolu vurgulayan ve son yıllarda büyük ilgi gören bir araştırma alanı da psikonöroimmünolojidir (PNI).

Psikonöroimmünoloji

PNI, bireyin psikolojik durumunun sinir sistemi aracılığıyla bağışıklık sistemini etkileyebileceği öngörüsüne dayanmaktadır. Bu bakış açısı 'zihin maddeyi aşar', 'kendini iyi düşün' ve 'pozitif düşünme, pozitif sağlık' yaklaşımları için bilimsel bir temel sağlar. PNI şu açılardan anlaşılabilir: (1) bağışıklık sistemi nedir; (2) bağışıklık sisteminin koşullandırılması; (3) bağışıklık değişikliklerinin ölçülmesi; ve (4) psikolojik durum ve bağışıklık.

Bağışıklık sistemi

Bağışıklık sisteminin rolü, vücut ile istilacılar arasında ayırım yapmak ve vücudu yabancı olarak kabul edilen her şeye karşı saldırmak ve korumaktır. Bu istilacılara

'antijenler'. Bağışıklık sistemi iyi çalıştığında vücut korunur ve enfeksiyonlar ve hastalıklar uzak tutulur. Bağışıklık sistemi aşırı tepki verirse bu alerjilere yol açabilir. Bağışıklık sistemi vücudun kendisini bir istilacı sanırsa, bu otoimmün bozuklukların temelini oluşturabilir. Bağışıklık sisteminin ana organları, vücudun her tarafına dağılmış olan ve kemik iliği, lenf düğümleri ve damarları, dalak ve timüsü içeren lenfoid organlardır. Bu organlar yabancı cisimleri tanımlamak ve onları etkisiz hale getirmekle görevli bir dizi 'asker' üretir. Bağışıklık sistemi aktivitesinin üç seviyesi vardır. İlk ikisi spesifik bağışıklık süreçleri olarak adlandırılır ve 'hücre aracılı bağışıklık' ve 'humoral aracılı bağışıklık'tır. Hücre aracılı bağışıklık, T hücreleri (öldürücü T hücreleri, hafıza T hücreleri, gecikmiş aşırı duyarlılık T hücreleri, yardımcı T hücreleri ve baskılayıcı T hücreleri) adı verilen bir dizi lenfosit içerir. Bunlar vücut hücreleri içinde faaliyet gösterir ve timus içinde yapılır (dolayısıyla 'T'). Humoral aracılı bağışıklık B hücreleri ve antikorları içerir ve antijenler herhangi bir hücreye girmeden önce vücut sıvılarında gerçekleşir. Üçüncü olarak, her türlü antijene spesifik olmayan bir şekilde saldıran fagositleri içeren spesifik olmayan bağışıklık vardır. İmmünokompetans, bağışıklık sisteminin iyi çalıştığı durumdur. İmmün yetmezlik, bağışıklık sisteminin bir şekilde başarısız olduğu durumdur.

Bağışıklık sisteminin şartlandırılması

Başlangıçta bağışıklık sisteminin özerk olduğuna ve diğer vücut sistemleriyle etkileşime girmediğine inanılıyordu. Ancak araştırmalar durumun böyle olmadığını ve bağışıklık sisteminin diğer sistemlerle etkileşime girmekle kalmayıp, klasik ve edimsel koşullanmanın temel kuralları kullanılarak belirli bir şekilde yanıt vermeye koşullandırılabilceğini göstermektedir. Bu alandaki ilk çalışmalar Ader ve Cohen (1975, 1981) tarafından gerçekleştirilmiş ve bağışıklık sistemini baskılayıcı bir ilacın bağışıklık sisteminde meydana getirdiği değişikliklerin tatlı bir tat ile eşleştirilebileceğini göstermiştir. Bu, birkaç eşleştirmeden sonra tatlı tadın kendisinin bağışıklık sistemini baskılamaya başladığı anlamına geliyordu. Bu sonuçlar iki nedenden dolayı önemlidir. Birincisi, bağışıklık sisteminin manipüle edilebileceğini doğruladılar. İkincisi, sonuçlar PNI alanını ve psikolojik faktörlerin bir bireyin bağışıklık tepkisini değiştirebilme olasılığını açtı.

Bağışıklık değişikliklerinin ölçülmesi

Bağışıklık sisteminin değiştirilebileceği kabul edilmekle birlikte, bu tür değişikliklerin ölçülmesinin sorunlu olduğu kanıtlanmıştır. Bugüne kadar kullanılan dört ana bağışıklık fonksiyonu belirteci aşağıdaki gibidir: (1) esas olarak hayvan araştırmalarında kullanılan tümör büyümesi; (2) insan araştırmalarında derinin küçük bir bölümünün alınması yoluyla kullanılabilen ve iyileşme sürecini takip etmek için izlenebilen yara iyileşmesi; (3) tükürükte bulunan ve deneğe acı veya rahatsızlık vermeden kolayca erişilebilen salgı immünoglobulin A (sIgA); ve (4) kanda bulunan doğal öldürücü hücre sitotoksitesi (NKCC), T lenfositleri ve T yardımcı lenfositleri.

Tüm bu belirteçlerin bağışıklık fonksiyonu çalışmalarında faydalı olduğu gösterilmiştir (bağışıklık ve uzun ömür tartışması için 14. Bölüme bakınız). Bununla birlikte, her ölçüm yaklaşımının kendine has sorunları vardır. Örneğin, hem yara iyileşmesi hem de tümör büyümesi araştırmacılar için doğruluk sorunu teşkil etmektedir. Ancak bu ölçümlerin her ikisi de sonucun vekil ölçümleri olmaktan ziyade gerçek ölçümlerdir (yani iyileşmiş bir yara açık bir yaradan daha sağlıklıdır). Buna karşılık, sIgA, NKCC, T lenfositleri ve T yardımcı hücreleri ölçümleri daha doğru olmakla birlikte, bunların gerçek sağlık durumuyla bağlantısı daha sorunludur. Buna ek olarak, bağışıklık fonksiyonunun ölçümü, 'Bir olaydan ne kadar süre sonra bağışıklık sistemi belirteci ölçülmelidir' gibi soruları gündeme getirmektedir.

(yani etki hemen mi yoksa gecikmeli mi?), "Bağışıklık sisteminin temel ölçümleri nasıl alınabilir?" (yani gerçekten kan/tükürük vb. almak bağışıklık fonksiyonlarında değişikliklere neden olur mu?) ve "Bağışıklık fonksiyonlarındaki değişiklikler sağlıktaki değişikliklerin habercisi midir?" (yani bir belirteçteki değişiklikleri ölçersek bunun uzun vadede sağlık üzerinde etkisi olacağını gerçekten biliyor muyuz?)

Psikolojik durum ve bağışıklık

Araştırmalar, psikolojik faktörlerin bağışıklık fonksiyonlarını değiştirme kapasitesine odaklanmıştır. Özellikle ruh hali, inançlar, duygusal ifade ve stresin rolü incelenmiştir.

Ruh hali

Çalışmalar, pozitif ruh halinin daha iyi bağışıklık fonksiyonuyla (sIgA ile ölçüldüğü üzere), negatif ruh halinin ise daha kötü fonksiyonla ilişkili olduğunu (Stone ve ark. 1987) ve mizahın özellikle faydalı olduğunu göstermektedir (Dillon ve ark. 1985-1986; Newman ve Stone 1996). Johnston, Earll ve arkadaşları (1999) amiyotrofik lateral skleroz/motor nöron hastalığı olan hastalarda ruh halinin hastalığın ilerlemesi, engellilik ve sağkalım üzerindeki etkisini araştırmıştır. Çalışma, 38 ardışık hastanın tanı anında ve altı hafta sonra ruh hali (anksiyete ve depresyon), benlik saygısı, refah ve engellilik ölçümlerini tamamladığı prospektif bir tasarım kullanmıştır. Sağkalım ve engellilik de altı ay sonra ölçülmüştür. On hasta altı ay içinde ölmüştür. Hastalık şiddeti kontrol edildiğinde, sonuçlar ölenlerin altı haftalık görüşmede daha düşük ruh hali bildirdiklerini ve altı haftadaki düşük ruh halinin hayatta kalanlarda daha fazla engelliliğin habercisi olduğunu göstermiştir.

İnançlar

İnançların kendilerinin de bağışıklık sistemi üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olabileceği öne sürülmüştür. Kamen ve Seligman (1987), içsel, istikrarlı, küresel bir atıf tarzının (yani işler ters gittiğinde bireyin kendisini suçladığı, hayata kötümser bir yaklaşım) yaşamın ilerleyen dönemlerinde kötü sağlığı öngördüğünü bildirmiştir. Bu durum, kötümserliğin T-hücrelerinde azalma ve bağışıklık sisteminin baskılanması yoluyla sağlıkla ilişkili olabileceğini savunan Seligman ve diğerleri (1988) tarafından da desteklenmiştir. Yazarlar bunun davranış değişikliği yoluyla olmadığını, atıf tarzı ve inançların fizyoloji üzerindeki doğrudan etkisinin bir göstergesi olduğunu savunmuştur. Bir başka çalışmada, Greer ve arkadaşları (1979) meme kanserinde hayatta kalmayı umutsuzluğun değil, inkar ve mücadele ruhunun öngördüğünü öne sürerek, inançların hastalık ve iyileşme üzerinde doğrudan bir etkisi olabileceğini bir kez daha ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Gidron ve arkadaşları (2001) başlangıçta umutsuzluğu (kötümserlik ve çaresizlik olarak tanımlanır) ölçmüş ve dört ay sonra meme kanserli kadınlarda meme kanseri için serolojik bir belirteçteki değişimi değerlendirmiştir. Sonuçlar, karamsarlığın değil ama çaresizliğin daha kötü sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermiştir (kanser tartışması için bkz. Bölüm 14).

Duygusal ifade

Duygusal ifadeyle bağlantılı belirli başa çıkma tarzlarının hastalığın başlangıcı ve ilerlemesiyle ilişkili olabileceğine dair kanıtlar vardır. Örneğin, bazı çalışmalar bastırma ve inkarı incelemiş ve daha kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu bildirmiştir (örn. Kune ve ark. 1991; Gross ve Levenson 1997). Diğer çalışmalar duygusal (olmayan) ifadeye ve 'C tipi' olarak bilinen duygusal olarak dışa dönük başa çıkma tarzına odaklanmış ve hastalıkla bir bağlantı tanımlamıştır (örn. Solano ve ark. 2001, 2002; Nyklic'ek ve ark. 2002), diğer araştırmacılar ise baskıcı başa çıkma tarzının önemini vurgulamıştır (örn. Myers 2000). Bu araştırma tutarlı bir şekilde şu hususlara işaret etmektedir

Duyguların, özellikle de stresli durumlarda olumsuz duyguların ifade edilmesi sağlık için zararlı olabilir. Yazma ya da kapanma grupları aracılığıyla duyguların ifade edilmesini teşvik etmenin faydalı olabileceğine dair kanıtlar da mevcuttur. Bu çalışmaya özellikle Pennebaker (örn. 1993, 1997) temel yazma paradigmasını kullanarak öncülük etmiştir. Bu çalışma, katılımcıların rastgele bir şekilde deney ya da kontrol grubuna ayrılmasını ve her iki gruptan da üç ila beş gün boyunca her gün 15 ila 30 dakika boyunca yazmalarının istenmesini içermektedir. Deney grubundan 'sizi ve hayatınızı etkileyen son derece duygusal bir konu hakkında en derin duygu ve düşüncelerinizi yazmanız' istenmiştir. Yazarken gerçekten kendinizi bırakmanızı ve en derin duygu ve düşüncelerinizi keşfetmenizi istiyorum. . .'. Kontrol grubundan ise zamanlarını nasıl geçirdikleri gibi daha yüzeysel konular hakkında yazmaları istenir. Bu müdahale yetişkinler, çocuklar, öğrenciler, hastalar, maksimum güvenli mahkumlar ve ilişki kopmaları, ölümler ve istismar dahil olmak üzere bir dizi travmatik deneyimi ifşa eden holokosttan kurtulanlar dahil olmak üzere bir dizi insanla kullanılmıştır. Yazma paradigmasının bir dizi sonuç ölçütü üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Bazı araştırmalar sonraki doktor ziyaretlerinde (örn. Pennebaker ve Beall 1986; Greenberg ve Stone 1992), iş kaybının ardından yeniden istihdamda (örn. Spera ve ark. 1994), işe devamsızlıkta (Francis ve Pennebaker 1992), kendi bildirdiği fiziksel semptomlarda (Greenberg ve Stone 1992; Petrie ve ark. 1995) ve olumsuz ruh halindeki değişikliklerde (Petrie ve ark. 1995) azalma olduğunu göstermiştir. PNI açısından, yazma yoluyla duygusal ifadenin bağışıklık sistemini etkilediği de gösterilmiştir. Örneğin, T yardımcı hücre tepkilerinde (Pennebaker vd. 1988; Petrie vd. 1998), doğal öldürücü hücre aktivitesinde (Futterman vd. 1992; Christensen vd. 1996) ve CD4 (T lenfosit) seviyelerinde (Booth vd. 1997) değişikliklere yol açmıştır. Dolayısıyla bu basit müdahale PNI modelini desteklemekte ve bireyin psikolojik durumu ile bağışıklık sistemi arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, tüm ilişkilerde olduğu gibi, araştırmalar duygusal ifadenin etkisinin görevin ve bireyin özelliklerine göre değişebileceğini göstermektedir.

Görevin yönleri

Konuşmaya karşı yazmak

Bazı araştırmalar yazmanın etkililiği ile ses kayıt cihazına ya da bir terapistle konuşmanın etkililiğini karşılaştırmıştır (örneğin Donnelly ve Murray 1991; Esterling ve ark. 1994). Sonuçlar hem yazmanın hem de duygusal konular hakkında konuşmanın yüzeysel konular hakkında yazmaktan daha etkili olduğunu göstermiştir.

Konu türü

Bazı araştırmalar, sonuçtaki değişikliklerin yalnızca özellikle travmatik deneyimler hakkında yazıldıktan sonra ortaya çıktığını göstermiştir (örn. Greenberg ve Stone 1992). Diğerleri ise konunun sonuç değişkeniyle olan ilişkisinin önemli olduğunu bulmuştur. Örneğin, Pennebaker ve Beall (1986) üniversiteye gelme deneyimi hakkında yazmanın üniversite notları üzerinde 'alakasız' travmatik deneyimler hakkında yazmaktan daha büyük bir etkisi olduğunu bulmuştur.

Yazı miktarı

Yazma paradigmasını kullanan araştırmalar, hem oturumların uzunluğu (15 ila 30 dakika) hem de oturumların yayılımı (birkaç günden bir aya kadar) açısından öngörülen yazma süresini değiştirmiştir. Smyth (1998) bir meta analiz gerçekleştirmiş ve daha uzun bir süre boyunca yazmanın en etkili yaklaşım olabileceği sonucuna varmıştır.

Bireyin yönleri

Demografik Bilgiler

Pennebaker (1997) duygusal ifadenin etkinliğinin yaşa, eğitim düzeyine, dile veya kültüre göre değişmediği sonucuna varmıştır. Bununla birlikte, Smyth (1998) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışması, erkeklerin kadınlara göre yazmaktan daha fazla fayda sağlayabileceğini ve duyguları hakkında doğal olarak açıkça konuşmayanların, konuşanlara göre daha fazla fayda sağlayabileceğini göstermiştir.

Kişilik ve ruh hali

Pennebaker (1997) ayrıca kaygı, engelleme veya kısıtlamanın yazmanın etkililiğini etkilemediği sonucuna varmıştır. Ancak Christensen ve diğerleri (1996) düşmanlık puanı yüksek olan bireylerin düşmanlık puanı düşük olanlara göre yazmadan daha fazla fayda sağladıkları sonucuna varmıştır.

Dil kullanımı

Pennebaker ve diğerleri (2001) yazmanın etkinliğini açıklamak için insanların görev sırasında yazdıklarının içeriğini analiz etmek üzere bir bilgisayar programı geliştirmiştir. Transkriptleri kullanılan kelime türleri açısından kodlamışlardır: olumsuz duygu kelimeleri (üzgün, kızgın), olumlu duygu kelimeleri (mutlu, gülmek), nedensel kelimeler (çünkü, sebep) ve içgörü kelimeleri (anlamak, fark etmek). Bu analizden elde edilen sonuçlar, sağlıkta daha fazla iyileşmenin yüksek sayıda olumlu duygu kelimesi ve orta sayıda olumsuz d u y g u kelimesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Daha da ilginç, daha fazla nedensel ve içgörü sözcüklerine doğru bir kayma gösterenlerin de daha fazla iyileşme gösterdiğini bulmuşlardır (Pennebaker ve ark. 1997). Buradan, dil kullanımındaki bu değişimin kötü organize edilmiş tanımlamalardan tutarlı bir hikayeye doğru bir geçişi yansıttığı ve tutarlı bir hikayenin daha iyi sağlık durumuyla ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır. Ancak bunun aksine Graybeal ve arkadaşları (2002) hikaye oluşturmayı doğrudan değerlendirmiş ve sağlık sonuçlarıyla herhangi bir ilişki bulamamıştır.

Stres ve bağışıklık

Stres, kalp atış hızı, kan basıncı, kalp atışı düzensizlikleri ve yağ birikintilerinde artış gibi fizyolojik değişiklikler yoluyla hastalığa neden olabilir (daha önce bakınız). Ayrıca bağışıklık fonksiyonunda da değişikliklere yol açabilir. Sıçanlar üzerinde yapılan araştırmalar kuyruk sıkıştırma, yüksek ses ve elektrik şoku gibi stres faktörlerinin bağışıklık sistemini baskılayabildiğini göstermiştir (Moynihan ve Ader 1996). İnsanlarda yapılan araştırmalar da benzer bir tablo ortaya koymaktadır. Çok dikkat çeken bir araştırma alanı, bakıcı stresinin etkisiyle ilgilidir. Erken bir çalışmada Kiecolt-Glaser ve arkadaşları (1995), Alzheimer hastası bir kişiye bakan kişiler ile bir kontrol grubu arasında yara iyileşmesindeki farklılıkları araştırmıştır. Küçük bir deri ve doku alanının çıkarılmasını içeren punch biyopsi yöntemini kullanarak bakıcı stresi ile yara iyileşme süreci arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Sonuçlar, bakım verenlerde yara iyileşmesinin kontrol grubuna göre daha yavaş olduğunu göstermiştir. Yara iyileşmesi paradigması, sınav dönemindeki öğrencilerde stres ve daha yavaş iyileşme arasındaki bağlantıları (Marucha ve ark. 1998) ve fotoğraf içeren daha geleneksel ölçüm stratejilerinden daha doğru olan yüksek çözünürlüklü ultrason taraması kullanılarak daha yavaş iyileşmeyi göstermek için de kullanılmıştır (Ebrecht ve ark. 2004). Herbert ve Cohen (1993) stres-bağışıklık sistemi bağlantısını araştıran 38 çalışmanın meta-analizini gerçekleştirmiştir. Stresin, mitojenlere karşı proliferatif yanıt ve NK hücre aktivitesi açısından bağışıklık fonksiyonunda sürekli olarak değişikliklere yol açtığı ve dolaşımdaki beyaz kan hücrelerinin, immünoglobulin seviyelerinin ve herpes virüslerine karşı antikor titrelerinin daha fazla

olmasıyla ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır. Ayrıca, bağışıklık yanıtında daha büyük değişikliklerin nesnel değil nesnel olmayan tedaviler sonrasında ortaya çıktığı sonucuna varmışlardır.

Stresli olayları öznel olarak değerlendirmiş ve bağışıklık tepkisinin stresörün süresine ve stresörün kişiler arası veya sosyal olmayan olayları içermesine göre değiştiğini belirtmiştir. Stresin sağlık davranışlarını değiştirebileceği göz önüne alındığında (bkz. daha önce), stresin davranışları değiştirerek bağışıklık sisteminde değişikliklere neden olması mümkündür. Ebrecht ve arkadaşları (2004) bu olasılığı, algılanan stres ile yara iyileşmesi arasındaki bağlantıyı değerlendirerek ve alkol tüketimi, sigara kullanımı, uyku, egzersiz ve diyeti kontrol ederek incelemiştir. Sonuçlar, stresin davranıştaki değişikliklerden bağımsız olarak yara iyileşmesiyle ilişkili olduğunu göstermiş ve stres-bağışıklık bağlantısının sağlıklı bir yaşam tarzıyla açıklanamayabileceğini belirtmiştir. Buna karşın, sigara içmenin ve sigarayı bırakmanın ameliyat sonrası iyileşme üzerindeki etkisini araştıran 12 çalışmanın gözden geçirildiği bir çalışmada, ameliyattan önce sigarayı bırakma süresinin daha uzun olmasının ameliyat sonrası daha az komplikasyonla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık davranışları, punch biyopsi sonrasında ölçüldüğünde ve aynı zamanda sigara içimi de ölçüldüğünde yara iyileşmesi ile ilişkili olmayabilir, ancak gerçek hayatta ve sigara içimindeki değişiklikler değerlendirildiğinde bir bağlantı olabilir.

Araştırmalar ayrıca stresin hastalığın ilerlemesiyle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Kiecolt-Glaser ve Glaser (1986) stresin kanserojenlerle savaşmak ve DNA'yı onarmak için üretilen hormonlarda azalmaya neden olduğunu savunmaktadır. Özellikle kortizol, aktif T hücrelerinin sayısını azaltarak tümör gelişim oranını artırabilir. Bu durum, hastayken yaşanan stresin fizyolojik değişiklikler yoluyla hastalığı daha da kötüleştirebileceğini düşündürmektedir. Bu tür bir stres hastalıktan bağımsız olarak ortaya çıkabilir. Ancak stres, ilişkilerin bozulması, meslekteki değişiklikler ya da sadece tanıdan kaynaklanan sıkıntı gibi hastalığın kendisinin bir sonucu da olabilir. Dolayısıyla, hastalık stresli olarak değerlendirilirse, bunun kendisi iyileşme şansına zarar verebilir. Stres ve hastalığın ilerlemesi arasındaki ilişki özellikle HIV bağlamında araştırılmıştır. Örneğin, Pereira ve arkadaşları (2003) HIV'li kadınlarda servikal sorunların ilerlemesini araştırmıştır. HIV pozitif olan kadınlar servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) ve servikal kanser açısından daha fazla risk altındadır. Pereira ve arkadaşları, CIN ile ilişkili lezyonların gelişme olasılığı ile yaşam stresi arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Sonuçlar, daha yüksek yaşam stresinin bir yıllık bir süre içinde lezyon geliştirme olasılığını yedi kat artırdığını göstermiştir. Dolayısıyla yaşam stresinin hastalığın ilerlemesiyle bağlantılı olduğu görülmüştür. Bazı araştırmalar da stres yönetimi müdahalelerine odaklanarak stres-hastalık bağlantısını ele almıştır. Örneğin, Antoni ve arkadaşları (2006) HIV pozitif 130 eşcinsel erkeği bilişsel davranışsal stres yönetimi müdahalesi (CBSM) ve anti-retroviral ilaç bağımlık eğitimi (MAT) almak ya da sadece MAT almak üzere randomize etmiştir. Erkekler daha sonra 9 ve 15 ay sonra viral yük açısından takip edilmiştir. Sonuçlar iki grup arasında genel olarak bir fark olmadığını göstermiştir. Yalnızca başlangıçta tespit edilebilir viral yükler gösteren erkekler dahil edildiğinde (yani kanda zaten çok fazla virüs bulunanlar), farklılıklar bulunmuştur. Özellikle, bu erkekler için, stres yönetimi alanların viral yüklerinde, ilaç uyumu kontrol edildiğinde bile 15 aylık süre boyunca bir azalma görülmüştür. Yazarlar, halihazırda tespit edilebilir bir viral yük gösteren HIV pozitif erkekler için stres yönetiminin anti-retroviral tedavilerinin faydalı etkilerini artırabileceği sonucuna varmıştır. Benzer bir çalışmada, stres yönetiminin etkisinin arkasındaki mekanizmalar araştırılmıştır (Antoni ve ark. 2005). Bu çalışmada 25 HIV-pozitif erkek stres yönetimi veya bekleme listesi kontrolü almak üzere gruplandırılmıştır. Müdahale döneminden önce ve sonra idrar örnekleri alınmıştır. Sonuçlar yine stres yönetiminin etkili olduğunu ve bu etkinin kortizol ve depresif ruh halindeki azalmayla ilişkili olduğunu göstermiştir. Yazarlar, stres yönetiminin HIV gibi bir hastalığa yakalanmış olmanın yarattığı stresi azaltarak işe yaradığı sonucuna varmışlardır. Dolayısıyla bu çalışmalardan, stres hastalığı daha da kötüleştirebilirken, stres yönetimi tedavinin etkinliğine yardımcı olabilir ve hasta olmaktan kaynaklanan stresin sonuçlarını

azaltabilir.

Kutu 11.1 ... stres ve hastalık araştırmalarıyla ilgili bazı sorunlar

Aşağıda, bu alandaki araştırmalarla ilgili olarak göz önünde bulundurmak isteyebileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır.

- 1 Araştırmalar stresin hastalıklarla bağlantılı olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, bir dereceye kadar stres olmasaydı muhtemelen hayattan pek çok zevk alamazdık (örneğin sıkı çalışmanın ödülleri, küçük çocukların tatmini, vb.) Hastalık üreten stres ile değer duygusu üreten stresi birbirinden ayıran şeyin ne olduğu belirsizdir.
- 2 Stresin ya fizyolojik değişimler yoluyla doğrudan ya da davranışlar yoluyla dolaylı bir yolla hastalığa neden olduğu görülmektedir. Çoğu araştırma bu iki yolu birbirinden ayrı olarak değerlendirmektedir. Ancak, sürekli etkileşim halinde olmaları ve davranış ile fizyolojinin dinamik bir ilişki içinde bulunması muhtemeldir. Bunun, stres-hastalık bağlantısının hem ölçülmesi hem de tahmin edilmesi açısından etkileri vardır.
- 3 Başa çıkma, sosyal destek ve kontrol gibi faktörlerin stres-hastalık bağlantısına aracılık ettiği düşünülmektedir. Bu perspektiften bakıldığında, stres-hastalık bağlantısının ilk olarak ortaya çıktığı ve daha sonra bu faktörler tarafından etkilenebileceği görülmektedir. Bununla birlikte, hastalığa yol açabilecek ya da açmayacak bir stres faktörünün ilk etapta tanımlanmasının başa çıkma, sosyal destek ya da kontrol derecesi tarafından belirlenmesi muhtemeldir.

Kronik stresin etkisi

Bugüne kadar yapılan araştırmaların çoğu, iş yaşamında ortaya çıkan akut stresin veya yaşam olayları gibi bireysel stres faktörlerinin etkisini incelemiştir. Ancak pek çok insan yoksulluk, işsizlik, iş stresi ve evlilik çatışması gibi süregelen kronik stres faktörlerinin olduğu bir yaşam sürmektedir. Bu sosyal faktörleri sağlık eşitsizlikleri ile ilişkilendiren pek çok araştırma bulunmaktadır ve araştırmalar sürekli olarak psikolojik sıkıntı, koroner kalp hastalığı ve kanserlerin çoğunun yaşamlarında daha fazla kronik stres olan alt sınıf bireyler arasında daha yaygın olduğunu göstermektedir (örn. Adler vd. 1993, 1994; Marmot 1998). Ancak bu ilişkiyi çözmek zordur: yoksulluk gibi kronik stres faktörleri kalp hastalığına neden olsa da, beslenme, hijyen, sigara kullanımı ve sosyal destek gibi bir dizi başka faktörle de bağlantılıdır ve bunlar da sağlık durumuyla ilişkilidir. Ayrıca, düşük sosyoekonomik konum yoksulluk gibi kronik stres faktörleriyle bağlantılı iken, yüksek sosyoekonomik konum daha yüksek algılanan stresle bağlantılıdır (Heslop ve ark. 2001). Bu metodolojik sorunların bir sonucu olarak, birçok araştırmacı iş stresi ve ilişki stresi gibi belirli kronik stres alanlarına odaklanmıştır.

İş stresi

Mesleki stres, öncelikle işle ilgili hastalıkları en aza indirmenin bir yolu olarak, aynı zamanda stres ve hastalık arasındaki ilişkiyi açıklığa kavuşturmak için bir forum sağladığı için incelenmiştir. Mesleki stres üzerine yapılan ilk çalışmalar, aşırı iş yükü, zayıf ilişkileri, iş üzerinde zayıf kontrol ve rol belirsizliği gibi işle ilgili bir dizi faktörün önemini vurgulamıştır. Karasek ve meslektaşları, bu faktörlerin birçoğunu, merkezi iş zorlanması kavramı olan iş talebi-iş kontrolü stres modeline entegre etmiştir (Karasek ve ark. 1981; Karasek ve Theorell 1990). Modele göre, iş gerginliğinin iki yönü vardır: performansı etkileyen koşulları yansıtan *iş talepleri* ve iş içinde alınan kararların hızı veya doğası üzerindeki kontrolü yansıtan *iş özerkliği*. Karasek'in iş talebi ve kontrol modeli, yüksek iş taleplerinin ve düşük iş özerkliğinin (kontrol) koroner kalp hastalığını öngördüğünü ileri sürmektedir. Karasek ve meslektaşları o zamandan bu yana iş talebi-kontrol hipotezini, sosyal sorumluluk ve

destek. Bu bağlamda sosyal destek, iş arkadaşları arasında güven ve sosyal uyumu içeren *duygusal destek* ya da ekstra kaynak ve yardım sağlanmasını içeren *araçsal sosyal destek* olarak tanımlanmaktadır. Yüksek sosyal desteğin, düşük kontrol ve yüksek iş talebinin etkilerine aracılık ettiği ve bunları hafiflettiği ileri sürülmektedir. Karasek ve Theorell (1990), deneklerin düşük sosyal destek ve yüksek sosyal destek gruplarına ayrıldığı ve karar kontrolleri ile iş taleplerinin ölçüldüğü bir çalışma rapor etmiştir. Sonuçlar, yüksek sosyal destek grubundaki deneklerin düşük sosyal destek grubundakilere kıyasla daha az KKH semptomu gösterdiğini ortaya koymuştur. Buna ek olarak, bu gruplar içinde yüksek iş kontrolü ve düşük iş talepleri daha az KKH semptomunu öngörmüştür. Bir dizi çalışma Karasek'in iş gerginliği modelini test etmiş ve uygulamıştır ve iş gerginliği ile kalp hastalığı ve kalp hastalığının kendisi için risk faktörleri (Pickering vd. 1996; Schnall vd. 1998; Marmot 1998; Tsutsumi vd. 1998) ve psikiyatrik morbidite (Croleley vd. 1999) arasında ilişkiler bildirilmiştir. Örneğin, Kivi- maki ve arkadaşları (2002) iş gerginliği ile kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ikincil ölüm arasındaki bağlantıları araştırmak için ileriye dönük bir tasarım kullanmıştır. Finlandiya'da kağıt makineleri, traktörler ve ateşli silahlar ile diğer ekipmanları üreten bir metal fabrikasından toplam 812 çalışan, 1973 yılında davranışsal ve biyolojik riskleri ile iş streslerini ölçen bir başlangıç değerlendirmesini tamamlamıştır. Başlangıçta kardiyovasküler hastalığı olanlar hariç tutulmuştur. Daha sonra ulusal ölüm kayıtları kullanılarak 1973 ve 2001 yılları arasında kardiyovasküler ölümler kaydedilmiştir. Sonuçlar, çalışmanın başlangıcından bu yana 73 kişinin kardiyovasküler hastalıktan öldüğünü, bu kişilerin daha yaşlı, erkek, düşük işçi statüsüne sahip, sigara içen, sakin bir yaşam tarzına sahip, yüksek tansiyonlu, yüksek kolesterolü ve daha yüksek vücut kitle indeksine sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca, yaş ve cinsiyet kontrol edildiğinde, ölüm yüksek iş gerginliği ve düşük iş kontrolü tarafından öngörülmüştür. Ancak, meslek grubu da kontrol edildikten sonra (yani bir sınıf ölçütü olarak), yüksek iş gerginliği en iyi belirleyici olmaya devam etmiştir.

İş gerginliğine yapılan vurguya paralel olarak bazı araştırmalar da değişimin etkisini araştırmıştır. İş ve ev hayatının kadın sağlığı üzerindeki etkileri. 50 yıl önce kadınlar çocuk sahibi olana kadar çalışıp daha sonra evde çocuklarıyla birlikte olmak için işi bırakırken, günümüzde giderek artan sayıda kadın birden fazla rol üstlenmekte ve çalışmayı ebeveyn ve eş olmakla dengelemektedir. Bu tür çoklu rollerin etkisine ilişkin iki zıt model bulunmaktadır. Bunlardan ilki, çoklu rollerin ekonomik bağımsızlık, sosyal temas ve öz saygı gibi faydalar sağlaması nedeniyle sağlık üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu öne süren güçlendirme modelidir (Collijn vd. 1996; Moen 1998). Buna karşılık rol gerginliği modeli, insanların yalnızca sınırlı kaynaklara sahip olması ve aşırı rol yükü ve rol çatışması yaşayabilmeleri nedeniyle çoklu rollerin sağlığa zararlı olabileceğini öne sürmektedir (Weatherall ve ark. 1994). Steptoe ve arkadaşları (2000) çoklu rollerin gün boyunca kardiyovasküler aktivite üzerindeki etkisini araştırmıştır. Tam zamanlı çalışan 162 öğretmenin iş günü ve akşamı boyunca kan basıncını ve kalp atış hızını izlemişler ve öğretmenin aynı zamanda evli ve/veya evde çocuğu olan bir ebeveyn olup olmasının etkisini araştırmışlardır. Sonuçlar, medeni durumun veya ebeveynliğin iş günü boyunca kardiyovasküler değişiklikler üzerinde bir etkisi olmadığını göstermiştir. Ancak, bu faktörler kan basıncındaki gün-akşam düşüşünü etkilemiştir. Özellikle, iyi sosyal destek bildiren ebeveynler, iş gününün sonu ile akşam arasında kan basıncında en büyük düşüşü göstermiştir. Yazarlar, bunun iş yükünün artırılması modelini desteklediği sonucuna varmıştır; çünkü çalışan ve destekli ebeveynler (yani birden fazla role sahip olanlar) daha düşük allostatik yük göstermiştir. Bunun nedeni, günün sonunda iş stresinden uzaklaşmayı daha kolay bulmaları olabilir. Çoklu rollerin olası etkilerini açıklamak için son araştırmalar ruminasyonun etkisine odaklanmıştır. Ruminasyon, 'belirgin dışsal ipuçlarının yokluğunda kasıtsız koruyucu düşünceler' olarak tanımlanmaktadır (Croleley ve Millward Purvis 2003) ve anksiyete, fiziksel

semptomlar ve depresyon. İşle ilgili ruminasyon, esasen bireyin artık iş hakkında düşünmek istemediği iş saatleri dışında iş hakkında düşünmesidir. İş gerginliği ile ilişkisi açısından, araştırmalar daha yüksek iş gerginliğinin daha fazla ruminasyon ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, araştırmalar insanların aile veya arkadaşlarına kıyasla yalnızken iş hakkında daha fazla ruminatif düşünce bildirdiklerini göstermektedir (Cropley ve Millward Purvis 2003). İş gerginliği sağlığa zarar veriyor gibi görünmektedir ve ruminasyona da neden olabilir. İnsanlar yoğun bir günün sonunda evlerine, eşlerinin ya da çocuklarının yanına gittiklerinde gevşetme ve dolayısıyla iş stresini hissetmeye devam etme olasılıkları, eve tek başlarına gittiklerinde olduğundan daha düşüktür.

İlişki stresi

İlişki durumu, psikolojik sıkıntı ve sağlık durumu arasında bir ilişki olduğunu gösteren çok sayıda kanıt bulunmaktadır. Örneğin, ayrılmış ve boşanmış kişiler, birçok demografik faktör kontrol edildiğinde bile hem akut hem de kronik tıbbi sorunlarda en yüksek oranlara sahiptir (Verbrugge 1979). Ayrıca bu kişilerde zatürre gibi bulaşıcı hastalıklardan ölüm oranları da daha yüksektir (Lynch 1977). Ayrıca hem hasta hem de ayakta tedavi gören psikiyatrik popülasyonda aşırı temsil edilmektedirler (Crago 1972; Bachrach 1975). Ancak önemli olan sadece bir ilişkinin varlığı ya da yokluğu değildir. İlişkinin kalitesi de sağlıkla bağlantılıdır. Örneğin, evlilik mutluluğu küresel mutluluğun en iyi belirleyicilerinden biri iken (Glenn ve Weaver 1981), sorunlu evlilikleri olanlar evli olmayanlara göre daha fazla sıkıntı göstermektedir (Glenn ve Weaver 1981). İlişki durumu ve kalitesi arasındaki bu bağlantılar, bağlanma teorisi, yaşam olayları teorisi ve öz kimlik teorisi de dahil olmak üzere bir dizi literatür kullanılarak anlaşılmıştır. Kiecolt-Glaser ve arkadaşları (1987, 2003) bu bağlantıları stres ve bağışıklık fonksiyonunun rolü bağlamında araştırmışlardır. Bir çalışmada, medeni durum ve evlilik kalitesi ile bağışıklık fonksiyonu belirteçleri arasındaki ilişkileri değerlendirmişlerdir. Sonuçlar, düşük evlilik kalitesinin hem depresyon hem de daha zayıf bir bağışıklık tepkisi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, yakın zamanda ayrılmış olan kadınların, eşleşen evli kadınlara göre daha zayıf bağışıklık tepkisi gösterdiğini ve ayrıldıktan bu yana geçen sürenin ve eski kocaya bağlılığın bu tepkideki değişkenliği öngördüğünü bildirmişlerdir (Kiecolt-Glaser ve ark. 1987). Başka bir çalışmada, evliliğin ilk yılındaki stres hormonları ölçümleri ile on yıl sonraki medeni durum ve memnuniyet arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Sonuçlar, takip sırasında boşanmış olanların çatışma sırasında, gün boyunca ve gece boyunca hala evli olanlara göre daha yüksek stres hormonu seviyeleri gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, takip sırasında evlilikleri sorunlu olanlar, evlilikleri sorunsuz olanlara kıyasla başlangıçta daha yüksek stres hormonu seviyeleri göstermiştir. Bu durum, evliliğin ilk yılındaki stres tepkilerinin on yıl sonraki evlilik memnuniyetsizliği ve boşanmanın habercisi olduğunu göstermektedir (Kiecolt-Glaser ve ark. 2003).

Bu nedenle araştırmalar stres ve hastalık arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Pek çok kişi için bu stres münferit olaylar şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte, birçok kişi yoksulluk, işsizlik veya iş yükü gibi faktörlerin neden olduğu kronik stres de yaşamaktadır. Pek çok araştırma kronik stresin iki yönüne, yani iş stresi ve ilişki stresine odaklanmıştır. Bu araştırma, kronik stres ve hastalık arasında bir ilişki olduğunu ve bağışıklık fonksiyonundaki değişikliklerin bu ilişkide rol oynadığını göstermektedir. Bununla birlikte, stres-hastalık bağlantısında çok fazla değişkenlik vardır. Bu kısmen, daha önce tanımlanmış olan stres reaktivitesi ve stres iyileşmesi gibi faktörlerle açıklanabilir. Bununla birlikte, araştırmalar şimdi ele alınacak olan diğer ılımlı değişkenlerin rolüne de ışık tutmaktadır.

Hangi faktörler stres-hastalık ilişkisini hafifletir?

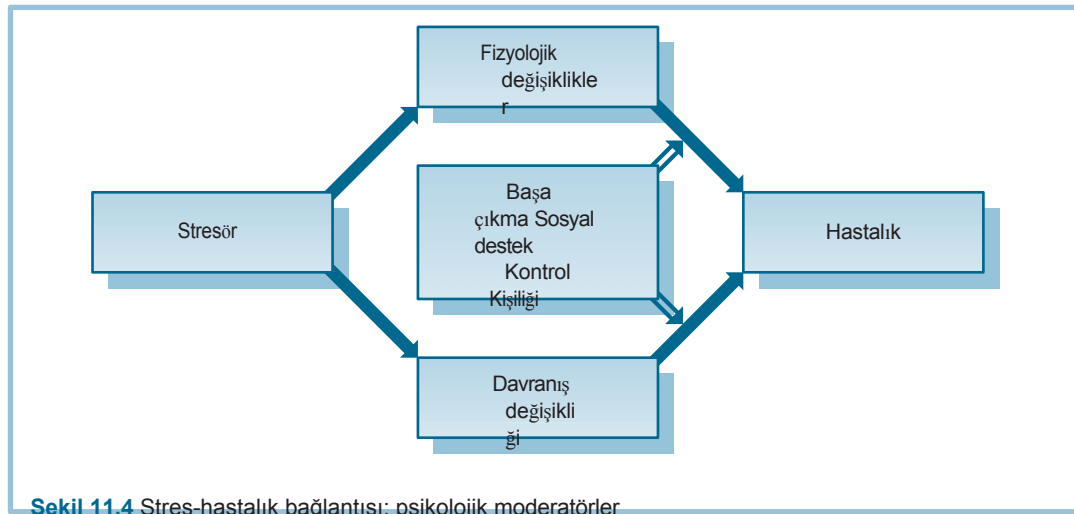
Stres ve hastalık arasındaki ilişki açık değildir ve çeşitli faktörlerin stres-hastalık bağlantısını hafifletebileceğini gösteren pek çok kanıt vardır. Bu faktörler aşağıdaki gibidir:

- *Egzersiz yapın.* Bu, stresin azalmasına neden olabilir (bkz. Bölüm 7).
- *Başa çıkma tarzları.* Bireyin başa çıkma tarzı, stres-hastalık bağlantısına aracılık edebilir ve stresli olayın sağlık durumu üzerindeki etkisinin boyutunu belirleyebilir (hastalıkla başa çıkma tartışması için bkz. Bölüm 3).
- *Sosyal destek.* Artan sosyal destek, stres tepkisinin azalması ve ardından hastalıkların azalmasıyla ilişkilendirilmiştir.
- *Kişilik.* Kişiliğin, bireyin stresli bir duruma verdiği yanıtı ve bu yanıtın sağlık üzerindeki etkisini etkileyebileceği öne sürülmüştür. Bu konu, A tipi davranış ve kişiliğe ve düşmanlığın rolüne odaklanılarak incelenmiştir (KKH bağlamında ayrıntılar için bkz. Bölüm 15).
- *Gerçek veya algılanan kontrol.* Stresör üzerindeki kontrol, stresin bireyin sağlık durumu üzerindeki etkilerini azaltabilir.

Stresle başa çıkma, sosyal destek, kişilik ve kontrol şimdi daha ayrıntılı olarak incelenecektir (bkz. Şekil 11.4).

Başa Çıkma

Geçtiğimiz birkaç yıl içinde başa çıkma konusundaki literatür büyük bir artış göstermiş ve farklı başa çıkma tarzları, başa çıkma ile bir dizi sağlık sonucu arasındaki bağlantılar ve başa çıkmanın kendi doğası araştırılmıştır. Bireylerin hastalıkla nasıl başa çıktıkları Bölüm 3'te teşhisle başa çıkma, kriz teorisi ve bilişsel adaptasyon teorisine odaklanılarak açıklanmıştır. Bu bölümde başa çıkmanın stresle ve stres-hastalık bağlantısıyla nasıl ilişkili olduğu açıklanacaktır.



Başa çıkmak nedir?

Başa çıkma, Lazarus ve meslektaşları tarafından, bir kişinin kaynaklarını vergilendiren veya aşan olarak değerlendirilen stres faktörlerini yönetme süreci ve 'çevresel ve içsel talepleri yönetme çabaları' olarak tanımlanmıştır (Lazarus ve Launier 1978). Bu nedenle stres bağlamında başa çıkma, bireylerin bir tür normal işleyişe dönme çabasıyla stres faktörleriyle etkileşime girme yollarını yansıtır. Bu, sorunun düzeltilmesini veya ortadan kaldırılmasını içerebileceği gibi, kişinin sorun hakkındaki düşünme şeklini değiştirmesini veya sorunu tolere etmeyi ve kabullenmeyi öğrenmesini de içerebilir. Örneğin, ilişki çatışmasıyla başa çıkmak, ilişkiyi terk etmeyi veya ilişkiyi daha iyi hale getirmek için stratejiler geliştirmeyi içerebilir. Bunun aksine, kişinin bir ilişkinin nasıl olması gerektiğine dair beklentilerini azaltmasını da içerebilir. Lazarus ve Folkman (1987), başa çıkmanın değerlendirme ve yeniden değerlendirme, değerlendirme ve yeniden değerlendirmeyi içeren dinamik doğasını vurgulamıştır. Lazarus'un stres modeli, kişi ve çevresi arasındaki etkileşimi vurgulamıştır. Aynı şekilde, başa çıkma da kişi ile stres yaratan arasındaki benzer bir etkileşim olarak görülmektedir. Ayrıca, Lazarus ve meslektaşlarının strese verilen tepkileri dış stresörün birincil değerlendirmesini ve kişinin iç kaynaklarının ikincil değerlendirmesini içerecek şekilde tanımlaması gibi, başa çıkmanın da dış stresörün düzenlenmesini ve iç duygusal tepkinin düzenlenmesini içerdiği görülmektedir. Cohen ve Lazarus (1979) başa çıkmanın hedeflerini aşağıdaki gibi tanımlamıştır:

- 1 Stresli çevresel koşulları azaltmak ve iyileşme şansını en üst düzeye çıkarmak için.
- 2 Olumsuz olayları ayarlamak veya tolere etmek.
- 3 Olumlu bir öz imajı sürdürmek.
- 4 Duygusal dengeyi korumak için.
- 5 Başkalarıyla tatmin edici ilişkiler kurmaya devam etmek.

Stiller, süreçler ve stratejiler

Başa çıkmayı tartışırken, bazı araştırmalar 'tarzlar', bazıları 'süreçler' ve bazıları da 'stratejiler' üzerine odaklanmaktadır. Bazen bu sadece terminolojinin farklı kullanımını yansıtır olabilir. Bununla birlikte, başa çıkma literatüründe başa çıkmanın kişiliğe benzer bir 'özellik' olarak mı yoksa zamana ve duruma duyarlı bir 'durum' olarak mı ele alınması gerektiğine dair süregelen bir tartışmayı da yansıtmaktadır. 'Tarz' kavramı 'özellik' perspektifini yansıtmaya eğilimindedir ve insanların başa çıkma biçimlerinde oldukça tutarlı olduklarını öne sürer. 'Süreç' ya da 'strateji' kavramları ise 'durum' perspektifini yansıtmaya eğiliminde olup, insanların içinde bulundukları zamana ve durumun gerekliliklerine bağlı olarak farklı şekillerde başa çıktıklarını öne sürmektedir.

Başa çıkma yolları

Araştırmacılar farklı başa çıkma türleri tanımlamışlardır. Bazıları yaklaşım ve kaçınma başa çıkma arasında ayrım yaparken, diğerleri duygu odaklı ve sorun odaklı başa çıkmayı tanımlamaktadır.

Yaklaşmaya karşı kaçınma

Roth ve Cohen (1986) iki temel başa çıkma yöntemi tanımlamıştır: yaklaşma ve kaçınma. Yaklaşımsal başa çıkma, sorunla yüzleşmeyi, bilgi toplamayı ve doğrudan eyleme geçmeyi içerir. Buna karşılık, kaçınmacı başa çıkma, olayın önemini en aza indirmeyi içerir. Bir kişinin bir tür sorunu inkar ederek, diğerinin ise belirli planlar yaparak yönetmesi mümkün olsa da, insanlar bir ya da diğer başa çıkma biçimini gösterme eğilimindedir. Bazı araştırmacılar, yaklaşımsal başa çıkmanın kaçınmacı başa çıkmadan sürekli olarak daha uyumlu olduğunu

savunmuştur. Ancak, araştırmalar

başa çıkma tarzının etkinliğinin stresörün niteliğine bağlı olduğunu göstermektedir. Örneğin, kaçınmacı başa çıkma kısa vadeli stresörler için daha etkili olabilir (Wong ve Kaloupek 1986), ancak uzun vadeli stresörler için daha az etkili olabilir (Holahan ve Moos 1986). Bu nedenle, dışçıye gitmek gibi tek seferlik bir stresör hakkında düşünmekten kaçınmak, ancak evlilik çatışması gibi daha uzun vadeli bir stresör için plan yapmak ve onunla ilgilenmek en iyisi olabilir. Bazı araştırmacılar da kaçınmacı başa çıkmaya benzeyen baskıcı başa çıkma (Myers 2000) ve duygusal (olmayan) ifade (Solano ve ark. 2001) yöntemlerini araştırmıştır.

Problem odaklılığa karşı duygu odaklılık (araçsallık-duygusallık olarak da bilinir)

Yaklaşımcı ve kaçınmacı başa çıkma arasındaki ikiliğin aksine, sorun ve duygu odaklı boyutlar karşıt stillerden ziyade başa çıkma stratejilerinin türlerini yansıtır. İnsanlar stresli bir olayla karşılaştıklarında hem sorun odaklı başa çıkma hem de duygu odaklı başa çıkma sergileyebilirler. Örneğin, Tennen ve arkadaşları (2000) romatoid artritli kişilerde günlük başa çıkmayı incelemiş ve sorun odaklı ve duygu odaklı başa çıkmanın genellikle birlikte gerçekleştiğini ve sorun odaklı başa çıkmanın gerçekleştiği bir günde duygu odaklı başa çıkmanın gerçekleşmeme olasılığının 4,4 kat daha fazla olduğunu göstermiştir.

Problem odaklı başa çıkma

Bu, stres faktörünün taleplerini azaltmak ya da onu yönetmek için mevcut kaynakları artırmak için harekete geçme girişimlerini içerir. Sorun odaklı başa çıkma örnekleri arasında bir revizyon planı hazırlamak ve buna bağlı kalmak, yoğun bir gün için bir gündem belirlemek, kariyer değişikliği sağlamak için ekstra nitelikler için çalışmak ve başarısız bir ilişki için danışmanlık organize etmek sayılabilir.

Duygu odaklı başa çıkma

Bu, stresli olayın uyandırdığı duyguları yönetme girişimlerini içerir. İnsanlar duygularını düzenlemek için hem davranışsal hem de bilişsel stratejiler kullanırlar. Davranışsal stratejilere örnek olarak arkadaşlarla sorun hakkında konuşmak, daha fazla içki ya da sigara içmeye yönelmek veya alışveriş yaparak ya da film izleyerek dikkati dağıtmak verilebilir. Bilişsel stratejilere örnek olarak ise sorunun önemini inkar etmek ve sorunu olumlu bir şekilde düşünmeye çalışmak verilebilir.

Hangi başa çıkma stratejisinin kullanılacağını etkileyen çeşitli faktörler olduğu gösterilmiştir:

- *Problem türü.* İş sorunları daha çok sorun odaklı başa çıkmayı çağrıştırırken, sağlık ve ilişki sorunları duygu odaklı başa çıkmayı çağrıştırma eğilimindedir (Vitaliano ve ark. 1990).
- *Yaş.* Çocuklar daha çok sorun odaklı başa çıkma stratejileri kullanma eğilimindeyken, duygu odaklı stratejilerin ergenlik döneminde geliştiği görülmektedir (Compas ve ark. 1991, 1996). Folkman ve arkadaşları (1987) orta yaşlı kadın ve erkeklerin sorun odaklı başa çıkma stratejilerini, yaşlıların ise duygu odaklı başa çıkma stratejilerini kullanma eğiliminde olduklarını bildirmiştir.
- *Cinsiyet.* Genellikle kadınların daha çok duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini kullandığına ve erkeklerin daha çok sorun odaklı olduğuna inanılır. Bazı araştırmalar bu inancı desteklemektedir. Örneğin, Stone ve Neale (1984) günlük olaylarla başa çıkmayı ele almış ve erkeklerin kadınlara göre doğrudan eylemi daha fazla kullandığını bildirmiştir. Ancak Folkman ve Lazarus (1980) ile Hamilton ve Fagot (1988) cinsiyetler arasında bir fark bulamamıştır.
- *Kontrol edilebilirlik.* İnsanlar sorunun kendisinin değiştirilebileceğine inanıyorlarsa sorun odaklı başa çıkmayı kullanma eğilimindedirler. Bunun aksine, problemin kendi kontrolleri

dışında olduğunu düşünüyorlarsa daha çok duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanırlar (Lazarus ve Folkman 1987).

- *Mevcut kaynaklar.* Başa çıkma zaman, para, çocuk, aile ve eğitim gibi dış kaynaklardan etkilenir (Terry 1994). Kaynakların yetersiz olması, insanların stres faktörünün kendileri tarafından daha az kontrol edilebilir olduğunu hissetmelerine neden olarak sorun odaklı başa çıkmayı kullanmama eğilimine yol açabilir.

Başa çıkmanın ölçülmesi

Farklı başa çıkma tarzları, bir dizi spesifik başa çıkma stratejisini tanımlayan çeşitli ölçümlerde operasyonel hale getirilmiştir. En yaygın kullanılan ölçütler 'başa çıkma yolları' kontrol listesi (Folkman ve Lazarus 1988) ve Cope'tur (Carver ve ark. 1989). Bu ölçümler tarafından tanımlanan başa çıkma stratejileri aşağıdakileri içerir:

- aktif başa çıkma (örn. 'Durumu daha iyi hale getirmek için harekete geçiyorum')
- planlama (örn. 'Ne yapacağıma dair bir strateji oluşturmaya çalışıyordum')
- olumlu yeniden çerçeveleme (örn. 'Olan bitende iyi bir şeyler arıyordum')
- kendini oyalama (örn. 'Kafamı dağıtmak için işe ya da başka aktivitelere yöneliyorum')
- duygusal destek kullanmak (örn. 'Başkalarından duygusal destek alıyorum')
- madde kullanımı (örn. 'Bunu atlatmama yardımcı olması için alkol veya diğer uyuşturucuları kullanıyorum')
- davranışsal ayrılma (örneğin 'bununla başa çıkmaya çalışmaktan vazgeçtim')
- inkar (örn. 'Kendi kendime "bu gerçek değil" diyordum')
- kendini kontrol etme (örn. 'Duygularımı kendime saklamaya çalıştım')
- mesafe koyma (örn. 'Beni etkilemesine izin vermedim. Bu konu hakkında çok fazla düşünmeyi reddettim')
- kaçış/kaçınma (örn. 'Durumun ortadan kalkmasını diledim').

Bu stratejilerden bazıları aktif başa çıkma ve planlama gibi açıkça sorun odaklı başa çıkmadır. Diğerleri ise kendini kontrol etme ve mesafe koyma gibi daha çok duygu odaklıdır. Ancak bazı stratejiler hem sorun hem de duygu odaklıdır. Örneğin, olumlu yeniden çerçeveleme, soruna verilen duygusal tepkiyi değiştirmenin bir yolu olarak sorun hakkında farklı bir şekilde düşünmeyi içerir. Bazı stratejiler duygusal destek kullanma ve planlama gibi yaklaşımsal başa çıkma olarak da değerlendirilebilirken, diğerleri inkar ve madde kullanımı gibi daha çok kaçınma odaklı bir başa çıkma tarzını yansıtmaktadır.

Stres ve hastalık modellerine göre, başa çıkmanın iki etkisi olmalıdır. İlk olarak, stres faktörünün yoğunluğunu ve süresini azaltmalıdır. İkincisi, stresin hastalığa yol açma olasılığını azaltmalıdır. Bu nedenle etkili başa çıkma, stres faktörünü azaltan ve olumsuz sonuçları en aza indiren bir yöntem olarak sınıflandırılabilir. Bazı araştırmalar bu varsayımları ele almıştır. Buna ek olarak, son araştırmalar vurguyu sadece hastalığın yokluğundan olumlu sonuçlara doğru kaydırmıştır.

Başa çıkma ve stres kaynağı

Lazarus ve meslektaşlarına göre, başa çıkmanın amaçlarından biri stres faktörünü en aza indirmektir. Birçok araştırma, başa çıkmanın stres tepkisinin fizyolojik ve öz bildirim boyutları üzerindeki etkisini ele almıştır. Örneğin, Harnish ve arkadaşları (2000) etkili başa çıkmanın stresörün etkisini azalttığını, en aza indirdiğini ya da kısalttığını ileri sürmüştür.

Başa çıkma ve stres-hastalık bağlantısı

Bazı araştırmalar, başa çıkma tarzlarının stres ve hastalık arasındaki ilişkiyi hafifletebileceğini göstermektedir. Bazı çalışmalarda sonuç değişkeni daha çok psikolojik açıdan ele alınmış ve refah, psikolojik sıkıntı ya da uyum biçimini almıştır. Örneğin, Kneebone ve Martin (2003) demanslı kişilerin bakıcılarında başa çıkmayı inceleyen araştırmaları eleştirel bir şekilde gözden geçirmiştir. Hem kesitsel hem de boylamsal çalışmaları incelemişler ve problem çözme ve kabullenme tarzlarının stres ve sıkıntıyı azaltmada daha etkili olduğu sonucuna varmışlardır. Benzer bir şekilde, romatoid artrit ile başa çıkmayı inceleyen araştırmalar, aktif ve problem çözücü başa çıkmanın daha iyi sonuçlarla ilişkili olduğunu, pasif kaçınmacı başa çıkmanın ise daha kötü sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermektedir (Manne ve Zautra 1992; Young 1992; Newman ve ark. 1996). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastalar için, hüsnekuruntu ve duygu odaklı başa çıkma en az etkili olanlardır (Buchi ve ark. 1997). Benzer şekilde, stres ve sedef hastalığını inceleyen araştırmalar, kaçınmacı başa çıkmanın en az yararlı olduğunu göstermektedir (örn. Leary ve ark. 1998). Diğer çalışmalar daha çok hastalıkla ilişkili değişkenlere odaklanmıştır. Örneğin, Holahan ve Moos (1986) kaçınmacı başa çıkmanın kullanımı, stres ve mide ağrısı ve baş ağrısı gibi semptomlar arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bir yıl sonra elde edilen sonuçlar, stres yaşayanlar arasında kaçınma başa çıkma stratejisini kullananların, yaklaşma başa çıkma stratejisini kullananlara kıyasla daha fazla semptom gösterdiğini ortaya koymuştur.

Başa çıkma ve olumlu sonuçlar

Son yıllarda, yaşam olayları ve hastalık gibi stresli olayların yalnızca olumsuz sonuçlara yol açmayabileceği, aynı zamanda insanların yaşamlarında bazı olumlu değişikliklere de yol açabileceği giderek daha fazla kabul görmektedir. Bu olguya strese bağlı büyüme (Park ve ark. 1996), fayda bulma (Tennen ve Affleck 1999), anlam oluşturma (Park ve Folkman 1997) ve büyüme odaklı işlevsellik ve kriz büyümesi (Holahan ve ark. 1996) gibi çeşitli isimler verilmiştir. Bu, Taylor'ın (1983) bilişsel adaptasyon teorisinde yansımaları bulur ve 'pozitif psikoloji' (Seligman ve Csikszentmihalyi 2000) olarak adlandırılan yeni bir akımla uyumludur. Yeni bir çalışma alanı olmasına rağmen, araştırmalar stresli olayda anlam bulmayı, olumlu yeniden değerlendirmeyi ve sorun odaklı başa çıkmayı içeren başa çıkma süreçlerinin olumlu sonuçlarla daha fazla ilişkili olduğunu göstermektedir (Folkman ve Moskowitz 2000). Daha fazla tartışma için Bölüm 3'e bakınız.

Baş çıkmanın stres-hastalık ilişkisini hafiflettiği ve stres faktörünün boyutunu etkilediği düşünülmektedir. Birçok araştırma, insanlar tarafından kullanılan başa çıkma tarzlarının ve stratejilerinin tanımlanmasını içermektedir ve birkaç çalışma bazı tarzların diğerlerinden daha etkili olabileceğini öne sürmektedir.

Sosyal destek

Sosyal destek nedir?

Sosyal destek çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Başlangıçta, bireyin ulaşabileceği arkadaş sayısına göre tanımlanmıştır. Ancak bu, yalnızca sosyal destek sağlayan arkadaş sayısını değil, bu destekten duyulan memnuniyeti de içerecek şekilde geliştirilmiştir (Sarason ve ark. 1983). Wills (1985) çeşitli sosyal destek türleri tanımlamıştır:

- diğer insanların kişinin öz saygısını artırdığı saygı desteği
- diğer insanların tavsiye vermek için hazır olduğu destek
- faaliyetler aracılığıyla desteği içeren refakat
- Fiziksel yardımı içeren araçsal destek.

'Sosyal destek' terimi genellikle bir bireyin diğerlerinden algıladığı rahatlık, ilgi, saygı veya yardımı ifade etmek için kullanılır (örn. Wallston ve ark. 1983).

Sosyal destek sağlığı etkiler mi?

Bir dizi çalışma sosyal desteğin bireyin sağlık durumunu etkileyip etkilemediğini incelemiştir. Lynch (1977) dul, boşanmış veya bekar bireylerin kalp hastalığından ölüm oranlarının evlilere göre daha yüksek olduğunu bildirmiş ve kalp hastalığı ve ölüm oranlarının düşük sosyal destek düzeyleriyle ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Ancak bu çalışmanın sorunları arasında doğrudan bir sosyal destek ölçütünün bulunmaması ve evliliğin etkili bir sosyal destek kaynağı olduğu yönündeki örtük varsayım yer almaktadır.

Berkman ve Syme (1979), dokuz yıl boyunca takip ettikleri 30-69 yaş arası 4700 erkek ve kadının sosyal desteğini ölçtükleri ileriye dönük bir çalışmanın sonuçlarını bildirmişlerdir. Sosyal desteğin artmasının ölüm oranında bir azalma öngördüğünü bulmuşlardır. Bu da sosyal desteğin sağlık üzerindeki rolüne işaret etmektedir. Araştırmalar ayrıca yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip kadınlarda doğum komplikasyonlarının daha düşük olduğunu göstermiştir, bu da yine sosyal destek ve sağlık durumu arasında bir bağlantı olduğunu düşündürmektedir (Oakley 1992). Araştırmalar ayrıca sosyal desteğin bağışıklık fonksiyonu ve dolayısıyla sağlık üzerindeki etkilerini de incelemiştir. Örneğin, Arnetz ve arkadaşları (1987) çalışan ($n = 8$) ya da çalışmayan ($n = 17$) 25 kadının bağışıklık fonksiyonlarını incelemiştir. İşsiz grup ya sadece standart ekonomik yardım almış ya da yardımın yanı sıra bir psikososyal destek programı almıştır. Sonuçlar, psikososyal destek alan işsiz deneklerin, sadece yardım alan deneklere kıyasla daha iyi bağışıklık fonksiyonu gösterdiğini ortaya koymuştur. Sosyal desteğin bağışıklık sistemini baskılamayı azalttığı ve böylece sağlığı geliştirdiği görülmektedir.

Sosyal destek sağlığı nasıl etkiler?

Eğer sosyal destek stres-hastalık ilişkisini etkiliyor ya da buna aracılık ediyorsa, bunun olası mekanizmaları nelerdir? Sosyal desteğin sağlık durumundaki rolünü açıklamak için iki teori geliştirilmiştir:

- 1 *Ana etki hipotezi*, sosyal desteğin kendisinin faydalı olduğunu ve sosyal destek yokluğunun kendisinin stresli olduğunu öne sürmektedir. Bu, sosyal desteğin stres-hastalık bağlantısına aracılık ettiğini, varlığının stresörün etkisini azalttığını ve yokluğunun kendisinin bir stresör olarak hareket ettiğini göstermektedir.
- 2 *Stres tamponlama hipotezi*, sosyal desteğin bireylerin stresle başa çıkmasına yardımcı olduğunu, dolayısıyla bireyi strese karşı tamponlayarak stres-hastalık bağlantısına aracılık ettiğini öne sürmektedir; sosyal destek bireyin potansiyel stresör hakkındaki değerlendirmesini etkilemektedir. *Sosyal karşılaştırma teorisi* kullanılarak tanımlanan bu süreç, diğer insanların varlığının, bir stres etkenine maruz kalan bireylerin kendilerini diğerleriyle karşılaştırarak uygun bir başa çıkma stratejisi seçmelerini sağladığını öne sürmektedir. Örneğin, bir birey boşanma gibi stresli bir yaşam olayından geçiyorsa ve diğer insanların boşanmalarla uğraştığı bir sosyal grupta bulunuyorsa, diğerlerinin deneyimleri uygun bir başa çıkma stratejisi seçmesine yardımcı olacaktır. Stres tamponlama hipotezi de rol teorisi kullanılarak tanımlanmıştır. Buna göre sosyal destek, bireylerin rollerini veya kimliklerini stres faktörünün taleplerine göre değiştirmelerini sağlar. Rol teorisi bireyin rolüne vurgu yapar ve diğer insanların varlığının stresli olayın bir sonucu olarak hangi rol veya kimliğin benimseneceği konusunda seçenekler sunduğunu öne sürer.

Bir teorinin test edilmesi - sosyal destek ve sağlık

Doğu Alman mülteciler arasında bir stres faktörünün (işsizlik) ve sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışma (Schwarzer ve ark. 1994).

Bu çalışma sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişkiyi incelemiştir. İlginçtir çünkü doğal olarak ortaya çıkan bir stres faktörüne erişmiştir.

Arka plan

Araştırmalar, stresin sağlıkla ilgili davranışlardaki değişiklikler yoluyla ve/veya fizyolojik bir yolla sağlığı etkileyebileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, stres ve hastalık arasındaki ilişki otomatik değildir ve başa çıkma tarzı, stresör üzerinde algılanan kontrol ve sosyal destek gibi faktörlerin aracılık ettiği görülmektedir. Bu çalışma, Doğu Alman mültecilerde stresin sağlık üzerindeki etkilerini incelemiş ve hangi faktörlerin sağlık şikayetleriyle ilişkili olduğunu değerlendirmiştir. Çalışma özellikle istihdam durumu ve sosyal desteğe odaklanmıştır.

Metodoloji

Konular

1989 yılında Berlin Duvarı'nın yıkılmasından önce, yazarlar Batı Berlin'de mülteci/göçmen olma deneyimlerini incelemek üzere bir çalışma başlatmışlardır. Yazarlar, Batı Berlin'de geçici konaklama yerlerinde yaşayan Doğu Alman göçmenleri çalışmaya dahil etmişlerdir. Deneklerden üç veri toplama dalgasına katılmaları istenmiştir: 1989 sonbaharı/kışı, 1990 yazı, 1991 yazı. Veri toplamanın her üç aşamasına toplam 235 göçmen katılmıştır. Bunların %62'si mülteci (duvarın yıkılmasından önce gelmiş) ve %38'i yasal göçmen (duvarın yıkılmasından sonra gelmiş) olarak tanımlanmıştır.

Tasarım

Çalışma boylamsal bir tasarım içermekte olup veriler üç zaman noktasında toplanmıştır.

Önlemler

Denekler aşağıdaki ölçümleri tamamlamıştır:

- **İstihdam durumu.** Bu durum üç zaman noktasında kaydedilmiş ve denekler 'her zaman işsiz' (çalışma boyunca işsiz), 'iş arayışı başarılı' (başlangıçta işsiz ancak sonunda istihdam edilmiş) ve 'hiçbir zaman işsiz' (çalışma boyunca istihdam edilmiş) olarak kodlanmıştır. Başlangıçta çalışan ve işini kaybeden yedi denek, sayıları çok az olduğu için analizden çıkarılmıştır.
- **Sosyal destek.** Deneklerden ifadeleri dördümlü Likert ölçeğine göre derecelendirmeleri istenmiştir: (1) 'Arkadaşlar ve akrabalar iş aramama yardımcı oldu' gibi fiili davranışların geriye dönük değerlendirmesine atıfta bulunan 'alınan sosyal destek'; ve (2) 'yardıma ihtiyacım olduğunda güvenilebileceğim insanlar var' gibi gelecekte ihtiyaç duyduklarında sosyal destek beklentilerine atıfta bulunan 'algılanan sosyal destek'.
- **Hastalık.** Deneklerden bir dizi fiziksel semptomu derecelendirmeleri istenmiştir: (1) kalp şikayetleri; (2) uzuvlarda ağrılar; (3) mide şikayetleri; ve (4) yorgunluk.



Sonuçlar

İstihdamın hastalık üzerindeki etkisi

Sonuçlar, gruplar arasındaki genel farklılıkları (her zaman işsiz/iş aramada başarılı/hiç işsiz olmayan) incelemek üzere analiz edilmiş ve her üç zaman noktasında da işsiz kalan deneklerin diğer denek gruplarına kıyasla daha fazla sayıda fiziksel semptom bildirdiğini göstermiştir. Bu fark aynı zamanda cinsiyetle de ilgilidir; her zaman işsiz olan erkekler diğer bireylere göre daha fazla sağlık sorunu bildirmiştir.

İstihdam ve sosyal desteğin hastalık üzerindeki etkileri

Sonuçlar ayrıca sosyal desteğin hastalık üzerindeki etkisini incelemek üzere analiz edilmiştir. Sonuçlar, sosyal desteğin çalışan deneklerde hastalık üzerinde sadece küçük bir etkiye sahip olduğunu, ancak her zaman işsiz olanlar üzerinde çok daha büyük bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. 'Her zaman işsiz' grup içinde, daha yüksek düzeyde sosyal destek bildirenler, daha düşük düzeyde sosyal destek bildirenlere kıyasla çok daha az fiziksel semptom bildirmiştir. Buna ek olarak, hem işsiz olan hem de düşük sosyal destek bildiren denekler diğer tüm deneklere kıyasla daha fazla sağlık sorunu bildirmiştir.

İstihdamın sosyal destek üzerindeki etkileri

Sonuçlar ayrıca istihdamın hem sosyal destek hem de hastalık üzerindeki uzun vadeli etkilerini incelemek üzere analiz edilmiştir. Sonuçlar, istihdamın hem hastalık hem de sosyal destekle ilişkili olduğunu ve istihdam ile sosyal destek arasındaki ilişkinin zaman içinde karşılıklı olduğunu (yani istihdamın sosyal desteği, sosyal desteğin de istihdamı etkilediğini) göstermektedir.

Sonuç

Bu çalışmanın sonuçları stres (işsizlik) ve sağlık arasındaki ilişkiyi desteklemekte ve bu ilişkiye sosyal desteğin aracılık ettiğini göstermektedir. Dolayısıyla, hem işsiz olan hem de düşük sosyal destek bildiren deneklerde sağlık bozukluğu en yüksek seviyededir. Buna ek olarak, sonuçlar, sosyal desteğin aracı bir faktör olarak hareket etmesine rağmen, bireylerin iş arkadaşlarından sosyal destek almasıyla birlikte, kendisinin istihdam durumuyla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Kişilik

Kişiliğin stres-hastalık bağlantısının moderatörü olarak rolünü araştıran ilk araştırmalar A tipi davranışa odaklanmıştır. Örneğin, Friedman ve Rosenman (1959) başlangıçta A tipi davranış aşırı rekabetçilik, sabırsızlık, düşmanlık ve güçlü konuşma olarak tanımlamıştır. Yarı yapılandırılmış bir görüşme kullanılarak üç tip A tipi davranış tanımlanmıştır. A1 tipi canlılık, enerji, uyanıklık, özgüven, yüksek sesle konuşma, hızlı konuşma, gergin kesik kesik konuşma, sabırsızlık, düşmanlık, söz kesme, 'asla' kelimesinin sık kullanımı ve 'kesinlikle' kelimesinin sık kullanımını yansıtmaktadır. A2 tipi, A1 tipine benzer ancak aşırı olmayan bir tip olarak tanımlanmış, B tipi ise rahat, söz kesmeyen ve daha sessiz olarak değerlendirilmiştir (örn. Rosenman 1978). Jenkins Aktivite Anketi 1971 yılında A tipi davranış daha fazla tanımlamak için geliştirilmiştir. Jenkins Aktivite Anketi kullanılarak A tipi davranış ile koroner kalp hastalığı arasındaki ilişkinin desteklendiği bir dizi çalışma rapor edilmiştir (Rosenman ve ark. 1975; Jenkins ve ark. 1979; Haynes ve ark. 1980). Bununla birlikte, araştırmalar A tipi davranış ile koroner kalp hastalığı arasında bir ilişki olmadığını da bildirmiştir.

davranış ve KKH. Örneğin Johnston ve arkadaşları (1987), İngiliz genel pratisyen listelerinden rastgele seçilen 40-59 yaş arası 5936 erkekte kalp krizlerini tahmin etmek için Bortner'in (1969) anketini kullanmıştır. Tüm denekler çalışmanın başında kalp hastalığı varlığı açısından muayene edilmiş ve Bortner anketini doldurmuşlardır. Daha sonra ortalama 6,2 yıl boyunca kalp krizi ve ani kardiyak ölüm nedeniyle morbidite ve mortalite açısından takip edilmişlerdir. Sonuçlar, manüel olmayan işçilerin manüel işçilerden daha yüksek A tipi skorlara sahip olduğunu ve A tipi skoruyla yaşla birlikte azaldığını göstermiştir. Bununla birlikte, takip sonuçları A tipi davranış ile kalp hastalığı arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir. Ancak son zamanlarda yapılan pek çok araştırma, stres ve hastalıkla bağlantılı en önemli kişilik tipleri olarak düşmanlık ve öfke ifadesinin yönlerine odaklanmıştır. Düşmanlık en sık Cook Medley düşmanlık ölçeği (Cook ve Medley 1954) kullanılarak ölçülmüştür; bu ölçekte insanlardan 'Uzman olması gerekirken benden daha iyi olmayan insanlarla sık sık karşılaştım', 'Kimseye güvenmemek daha güvenlidir' ve 'İşleri yapma tarzım başkaları tarafından yanlış anlaşılmaya meyillidir' gibi ifadeleri derecelendirmeleri istenmektedir. Bu tür ifadelerle katılma yüksek düşmanlığın bir göstergesidir. Düşmanlık ayrıca sinik düşmanlık ve nevrotik düşmanlık olarak da sınıflandırılmıştır. Araştırmalar "Kim düşmanca davranır?", "Düşmanlık stresle nasıl bağlantılıdır?" ve "Düşmanlık hastalıkla nasıl bağlantılıdır?" sorularını sormuştur.

Kim düşman?

Düşmanlık erkeklerde kadınlardan daha yüksektir (Matthews ve ark. 1992), daha düşük sosyo-ekonomik statüde olanlarda daha yüksektir (örn. Siegman ve ark. 2000) ve aileden aileye geçiyor gibi görünmektedir (Weidner ve ark. 2000). Ebeveynleri cezalandırıcı, istismarcı veya müdahaleci olan ve çok fazla çatışma yaşayan kişilerde daha yaygın görünmektedir (Matthews ve ark. 1996) ve Houston ve Vavak (1991) bunun güvensizlik duyguları ve başkaları hakkındaki olumsuz duygularla ilişkili olduğunu savunmuştur.

Düşmanlık stresle nasıl bağlantılıdır?

Daha önce de açıklandığı üzere, bireylerin strese verdikleri fizyolojik tepkiler farklılık göstermekte, bazıları diğerlerine göre daha fazla stres tepkiselliği göstermektedir. Araştırmacılar, düşmanlığın bu yüksek reaktivitenin sosyal tezahürü olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Bunu değerlendirmek için Guyl ve Contrada (1998) düşmanlık ve stres reaktivitesi arasındaki ilişkiyi araştırmış ve kronik olarak düşmanca davranan kişilerin kişiler arası etkileşimleri içeren stres faktörlerine düşmanca davranmayan kişilere göre daha fazla reaktivite gösterdiğini bildirmiştir. Buna ek olarak, Fredrickson ve arkadaşları (2000) düşmanca davranan kişilerin kızgın hissettirildiklerinde kan basıncında daha büyük ve daha uzun süreli değişiklikler gösterdiklerini belirtmiştir. Dolayısıyla düşmanlık ve stres tepkiselliği yakından bağlantılı görünmektedir. Bunun stres-hastalık bağlantısı için çıkarımları nelerdir?

Düşmanlık hastalıkla nasıl bağlantılıdır?

Birçok araştırma düşmanlık ve KKH arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Özellikle araştırmacılar düşmanlığın sadece kalp hastalığı gelişimi için önemli bir risk faktörü olmadığını (örn. Williams ve Barefoot 1988; Houston 1994; Miller ve ark. 1996), aynı zamanda kalp krizini de tetiklediğini ileri sürmüşlerdir (Moller ve ark. 1999). Ancak, kalp hastalığını öngören *kendi başına* düşmanlık değil, bu düşmanlığın nasıl ifade edildiği olabilir. Ramsay ve arkadaşları (2001) ve McDermott ve arkadaşları (2001), bir kırık kliniğine başvuran erkeklerden oluşan bir kontrol grubuna karşı KAH olan erkeklerde bir dizi düşmanlık bileşeni ile koroner arter hastalığı (KAH) belirtileri arasındaki ilişkileri araştırmıştır. Başlangıçtaki ve iki yıllık takipteki sonuçlar, KAH semptomlarının en iyi belirleyicisinin düşmanlık değil öfke

ifadesi olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, Siegman ve Snow (1997) öfke ve düşmanlık ifadesinin stres reaktivitesinin daha iyi bir belirleyicisi olabileceğini ve

daha sonraki sağlık sonuçları, tek başına öfke ya da düşmanlık durumundan daha etkilidir. Peki düşmanlık ve düşmanlık ifadesi nasıl hastalığa neden olabilir? Düşmanlık ve kalp hastalığı arasındaki bağlantı, kardiyak hasara yol açan ilişkili yüksek stres reaktivitesi ile fizyolojik bir yol için bir rol göstermektedir. Bununla birlikte, araştırmalar düşmanlığın diğer iki yolla da sağlık üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir. Birincisi, düşmanlık sigara, alkol alımı, kafein tüketimi ve kötü beslenme gibi sağlıksız davranışlarla bağlantılıdır (örn. Lipkus ve ark. 1994; Greene ve ark. 1995). İkinci olarak, düşmanlık diğer ılımlı faktörlerle ilişkili olabilir. Örneğin, düşmanca tutum sergileyen bireyler sosyal destekten kaçınabilir ve stres altındayken herhangi bir yardım almayı reddedebilir. Aslında bu durum, 'Bana ne olduğu kimsenin pek umurunda değil' gibi ifadelerle verilen yanıtlarla bazı düşmanlık ölçümlerinde örtük olarak yer almaktadır. Düşmanlık aynı zamanda 'Kimseye güvenmemek daha güvenli' inancının kaçınmacı bir başa çıkma tarzını yansıttığı görülebileceğinden başa çıkma ile de ilgili olabilir.

Kontrol

Kontrolün stres-hastalık bağlantısı üzerindeki etkisi de kapsamlı bir şekilde incelenmiştir.

Kontrol nedir?

Kontrol, çeşitli psikolojik teoriler çerçevesinde incelenmiştir.

- 1 *Yüklemeler ve kontrol.* Kelley'in (1967, 1971) atıf teorisi kontrolü nedensellik atıfları açısından inceler (atıf teorisinin tartışması için bkz. Bölüm 2). Bir stres etkenine uygulandığında, stresli bir olayın nedeni, bu nedenin birey tarafından kontrol edilebilir olup olmadığı açısından anlaşılacaktır. Örneğin, bir işe girememe kontrol edilebilir bir nedene (örneğin, 'Mülakatta elimden geldiğince iyi performans gösteremedim', 'Daha iyi hazırlanmalıydım') ya da kontrol edilemez bir nedene (örneğin, 'Ben aptalım', 'Mülakatı yapan kişi önyargılıydı') dayandırılabilir.
- 2 *Öz yeterlilik ve kontrol.* Kontrol, Bandura (1977) tarafından öz yeterlilik teorisinde de ele alınmıştır. Öz yeterlilik, bireyin belirli bir davranışı gerçekleştirme konusundaki güvenini ifade eder. Kontrol bu kavramda örtük olarak yer almaktadır.
- 3 *Kontrol kategorileri.* Thompson (1986) tarafından beş farklı kontrol türü tanımlanmıştır: davranışsal kontrol (örn. kaçınma), bilişsel kontrol (örn. başa çıkma stratejilerinin yeniden değerlendirilmesi), karar verme kontrolü (örn. olası sonuçlar üzerinde seçim yapma), bilgisel kontrol (örn. stres yaratan kişi hakkında bilgiye erişme becerisi) ve geriye dönük kontrol (örn. "Bu olayın olmasını engelleyebilir miydim?").
- 4 *Kontrolün gerçekliği.* Kontrol ayrıca algılanan kontrol (örneğin 'Bir iş görüşmesinin sonucunu kontrol edebileceğime inanıyorum') ve gerçek kontrol (örneğin 'Bir iş görüşmesinin sonucunu kontrol edebilirim') olarak da alt bölümlere ayrılmıştır. Bu iki faktör arasındaki tutarsızlık hayali kontrol olarak adlandırılmaktadır (örneğin 'Yolculuk boyunca sayarak uçağın düşüp düşmeyeceğini kontrol ederim'). Ancak, psikoloji teorisinde kontrolün çoğu algılanan kontrolle ilgilidir.

Kontrol stres tepkisini etkiler mi?

Araştırmalar, hem öznel stres deneyimi hem de buna eşlik eden fizyolojik değişiklikler açısından stresörün kontrol edilebilirliğinin bu stresöre verilen stres tepkisini ne ölçüde etkilediğini incelemiştir.

- 1 *Öznel deneyim.* Corah ve Boffa (1970) stresörün tahmin edilebilirliği ile öznel stres deneyimi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Denekler yüksek bir gürültüye (deneysel stresör) maruz bırakılmış ve gürültü hakkında bilgi verilmiş (stresör öngörülebilir) ya da verilmemiştir (öngörülemeyen stresör). Sonuçlar, gürültünün öngörülebilir olması durumunda, öznel stres deneyimlerinde bir azalma olduğunu göstermiştir. Yazar, öngörülebilirliğin deneğin stresör üzerinde kontrol sahibi olduğunu hissetmesini sağladığını ve bu algılanan kontrolün stres tepkisini azalttığını savunmuştur. Baum ve arkadaşları (1981) da stresörün tahmin edilebilir olması durumunda stres tepkisinde azalma olduğunu öne sürmüş ve tahmin edilebilirliğin ya da stres beklentisinin bireyin başa çıkma stratejilerini hazırlamasını sağladığını belirtmiştir.
- 2 *Fizyolojik değişiklikler.* Araştırmalar, kontrolün strese verilen fizyolojik tepki üzerindeki etkisini de incelemiştir. Örneğin, Meyer ve arkadaşları (1985) bir stres faktörünün kontrol edilemez olarak görülmesi halinde kortikosteroid salınımının arttığını bildirmiştir.

Kontrol sağlığı etkiler mi?

Eğer kontrol stres tepkisini etkiliyorsa, kontrol stresin sağlık ve hastalık üzerindeki etkisini de etkiliyor mu? Bu soru hem hayvan hem de insan modellerine bakılarak incelenmiştir.

Hayvan araştırmaları

Seligman ve Visintainer (1985) sıçanlara canlı tümör hücrelerinin enjekte edildiği ve kontrol edilebilir ya da kontrol edilemeyen şoklara maruz bırakıldıkları bir çalışmanın sonuçlarını rapor etmiştir. Sonuçlar, kontrol edilemeyen şokların tümör büyümesinde artışa yol açtığını göstermiştir. Bu da kontrol edilebilirliğin stres tepkisini etkileyebileceğini ve bunun da hastalığı teşvik edebileceğini düşündürmektedir. Bir başka çalışmada, kontrol ve KKH arasındaki ilişki maymunlarda incelenmiştir (Manuck ve ark. 1986). Bazı maymun türleri, açıkça belirlenmiş rollere sahip sosyal hiyerarşilerde bulunur. Maymunlar baskın ya da itaatkâr olarak kategorize edilir. Genellikle bu hiyerarşi sabittir. Ancak yazarlar, istikrarsız bir ortam yaratmak için gruplara yeni üyeler eklemişlerdir. Dengesiz ortamdaki baskın maymunların, istikrarlı ortamdaki baskın maymunlardan ya da istikrarlı ortamdaki itaatkâr maymunlardan daha yüksek KKH oranları gösterdiğini ileri sürmüşlerdir. Baskın maymunların kontrol beklentilerinin yüksek olduğu ve yüksek düzeyde kontrol deneyimlemeye alışkın oldukları öne sürülmektedir. Bununla birlikte, istikrarsız durumda, kontrol beklentileri ile gerçeklik arasında bir çatışma olduğu ve bunun da KKH'de bir artışa yol açtığı ileri sürülmüştür. Bu hayvan modelleri, hayvanların kontrol deneyimi ile insanlarınki arasındaki benzerlikler hakkında birçok varsayım yapıldığı için açıkça sorundur. Ancak sonuçlar, kontrol ve sağlık arasında öngörülen yönde bir ilişki olduğunu göstermektedir.

İnsan araştırmaları

Kontrolün stres-hastalık bağlantısı üzerindeki etkisini incelemek için insan modelleri de kullanılmıştır. Örneğin, kontrolün koroner kalp hastalığı üzerindeki etkilerini incelemek için iş gerginliği modeli geliştirilmiştir (örn. Karasek ve Theorell 1990). Modelde yer alan üç faktör şunlardır: (1) iş yükü açısından işin psikolojik talepleri; (2) kontrolü yansıtan işin özerkliği; ve (3) işten duyulan memnuniyet. Bu model ABD'de (Karasek vd. 1988) ve İsveç'te (Karasek vd. 1981) koroner kalp hastalığını tahmin etmek için kullanılmıştır. Bu çalışmaların sonuçları, yüksek iş yükü (yani yüksek talep), düşük tatmin ve düşük kontrol kombinasyonunun koroner kalp hastalığının en iyi belirleyicileri olduğunu göstermektedir.

Kontrol, stres-hastalık bağlantısına nasıl aracılık ediyor?

Kontrolün sağlığı nasıl etkilediğini ve stres-hastalık bağlantısına nasıl aracılık ettiğini açıklamak için bir dizi teori geliştirilmiştir:

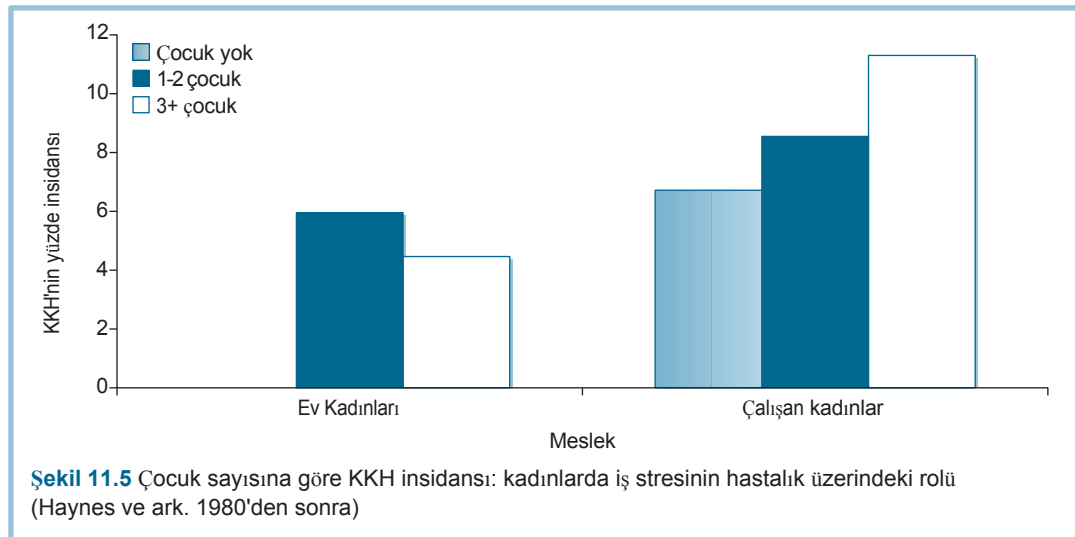
- *Kontrol ve önleyici davranış.* Yüksek kontrolün bireyin 'hastalığı önlemek için bir şeyler yapabilirim' inancıyla sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmesini sağladığı öne sürülmüştür.
- *Kontrol ve hastalık sonrası davranış.* Yüksek kontrolün bireyin hastalıktan sonra davranışını değiştirmesini sağladığı da öne sürülmüştür. Örneğin, birey bir hastalık sonrasında düşük sağlık statüsüne sahip olsa bile, sağlıkları konusunda yapabilecekleri bir şey olduğuna inanırlarsa davranışlarını değiştireceklerdir.
- *Kontrol ve fizyoloji.* Kontrolün, fizyolojik değişiklikler yoluyla sağlığı doğrudan etkilediği öne sürülmüştür.
- *Kontrol ve kişisel sorumluluk.* Yüksek kontrolün kişisel sorumluluk hissine ve dolayısıyla kişisel suçlama ve öğrenilmiş çaresizliğe yol açması mümkündür. Bu duygular ya hiç davranış değişikliğine ya da hastalıkla sonuçlanan sağlıksız davranışlara yol açabilir.

Düşük kontrolün olası faydaları

Kontrol ve stres arasındaki ilişkiye dair teorilerin çoğu, yüksek kontrolün (öngörülebilirlik, sorumluluk vb.) stresin azalmasıyla ilişkili olduğunu ve bu nedenle sağlık için faydalı olduğunu öne sürmektedir. Ancak, bazı durumlarda düşük kontrol algısı stresin azalmasına neden olabilir. Örneğin, bir uçakta uçmak, düşme olasılığı konusunda kişinin yapabileceği hiçbir şey olmadığını kabul ederek daha az stresli hale getirilebilir. Bir dereceye kadar bu çaresizlik algısı, kontrol edilemeyen bir durumu kontrol etmeye çalışmaktan daha az stresli olabilir.

Stres ve hastalıkta kontrol ve sosyal destek

Haynes ve arkadaşları (1980), algılanan kontrol ve sosyal destek arasındaki karşılıklı ilişkiyi ve bunların stres-hastalık bağlantısı üzerindeki etkilerini incelemek için bir çalışma yürütmüştür. Onlar ön-



Kadınlarda KKH prevalansı ve bu prevalansın çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında karşılaştırılması. Buna ek olarak, iş talebi, sosyal destek ve iş üzerinde algılanan kontrol gibi işle ilgili unsurları da ölçmüşlerdir. Sonuçlar, çalışan kadınların KKH'ye yakalanma olasılığının çalışmayan kadınlardan daha yüksek olmadığını göstermiştir; bu da iş talebinin KKH'nin basit bir belirleyicisi olmadığını düşündürmektedir. Bununla birlikte, çalışan kadınlar arasında, işleri üzerinde düşük kontrol algısı bildiren kadınların KKH'ye yakalanma olasılığı, yüksek kontrol algısı bildirenlere göre daha yüksekti; bu da, yüksek iş talebi olan bu grupta, düşük kontrolün hastalığın bir belirleyicisi olduğunu ve sosyal destek ile sağlık arasında öngörülen ilişkiyi desteklediğini düşündürmektedir. Buna ek olarak, çalışan kadın grubu içinde, düşük iş desteği gösterenlerin KKH'ye yakalanma olasılığı da daha yüksekti ve bu da sosyal destek ve bunun hastalıkla ilişkisi üzerine yapılan araştırmayı destekliyordu. Çalışmada ayrıca hem çalışan hem de çalışmayan kadınların kaç çocuğu olduğuna bakılmış ve bu durum KKH ile ilişkilendirilmiştir. Sonuçlar, daha fazla sayıda çocuğun çalışan kadınlarda KKH riskini artırdığını, ancak çalışmayan kadınlarda artırmadığını göstermiştir. Yazarlar, çocuk sayısının iş talebine katkıda bulunabileceğini, ancak bunun çalışan kadınlarda KKH'yi artırırken çalışmayan kadınlarda artırmadığını ileri sürmüştür. Bu çalışmanın sonuçları Şekil 11.5'te gösterilmektedir.

Sonuç olarak

Kesitsel araştırmalar stres ve hastalık arasında bir ilişki olduğunu ve bazı deneysel çalışmalar stresin hastalığa neden olabileceğini göstermektedir. Stres-hastalık bağlantısına ilişkin teoriler, stresin kronik ve akut stresi içeren kronik ve akut süreçler yoluyla hastalığa neden olabileceğini öne sürmektedir. Bu yolların her ikisi de davranış ve fizyolojideki değişiklikleri içerir. Davranışsal yol sigara, alkol tüketimi, yemek yeme ve egzersiz gibi sağlık davranışlarındaki değişiklikleri içerirken, fizyolojik yol sempatik aktivasyon veya hipotalamik-hipofiz-adrenokortikal aktivasyondaki değişiklikleri içerir. Bu bölümde ayrıca duygusal ifade, ruh hali, inanç ve stres gibi psikolojik faktörlerin sağlığı doğrudan nasıl etkileyebileceğine dair bazı bilgiler sağlayan PNI alanındaki araştırmalar da incelenmiştir. Bununla birlikte, stres ve hastalık arasındaki bağlantıda çok fazla değişkenlik vardır ve bu bölüm ayrıca bu ilişkinin olası moderatörleri olarak başa çıkma, sosyal destek, kişilik ve kontrolü de incelemiştir.



Sorular

- 1 Stres hastalığa neden olur. Bu ifadeyi destekleyen kanıtları eleştirel olarak analiz ediniz.
- 2 Stresin akut ve kronik yolları ne ölçüde etkileşime girebilir?
- 3 Stres-hastalık ilişkisinin ardındaki mekanizmaları tanımlayabilecektir.
- 4 Davranışsal ve fizyolojik yollar nasıl etkileşime girebilir?
- 5 PNI'nin stres-hastalık bağlantısını açıklamadaki rolünü tartışınız.
- 6 Stres-hastalık ilişkisini düzenleyen olası faktörleri tartışınız.
- 7 Algılanan kontrolün hastalık gelişimi üzerindeki potansiyel etkisini değerlendirmek üzere tasarlanmış bir çalışmayı tanımlayınız.

Tartışma için

Stresle başa çıkma yöntemlerinizi düşünün ve bunların sağlığını için ne ölçüde yararlı ya da zararlı olduğunu tartışın.

Sağlık psikolojisinde varsayımlar

Stres araştırması, sağlık psikolojisindeki bazı varsayımların altını çizmektedir.

- 1 *Zihin-beden ayrımı sorunu.* Stres araştırmalarının çoğu zihnin bedeni nasıl etkileyebileceğini incelese de (örneğin, değerlendirme stres hormonlarının salınımıyla, sosyal destek strese bağlı hastalıkların ortaya çıkmasıyla ilgilidir), bu sürecin nasıl gerçekleştiği belirsizdir. Buna ek olarak, bu ilişkiler zihin ve beden arasında bir etkileşim olduğunu öne sürse de, yine de onları aynı varlık olarak değil, birbirlerini etkileyen ayrı varlıklar olarak tanımlamaktadır.

- 2 *İlerleme sorunu.* Genellikle en yeni teorilerin daha önceki teorilerden daha iyi olduğu varsayılır. Bu nedenle, değerlendirme, sosyal destek ve benzerlerini içeren modeller, stresi bir stres etkenine verilen ani bir tepki olarak tanımlayan modellerden daha iyidir. Belki de bu farklı teoriler birbirlerinden daha iyi olmak zorunda değildir, sadece stres sürecini tanımlamanın farklı yollarıdır.
- 3 *Metodoloji sorunu.* Metodolojinin tarafsız ve toplanan verilerden ayrı olduğu varsayılmaktadır. Örneğin, dayanıklılık, öz yeterlilik ve kontrol gibi faktörler ölçülmeden önce de mevcuttur. Ancak belki de metodoloji o kadar tarafsız değildir ve deneklere bu faktörlerle ilgili sorular sormak aslında onları kendilerini/dünyayı dayanıklılık, öz yeterlilik ve kontrol açısından görmeye teşvik eder.

Daha fazla okuma

Evans, P., Hucklebridge, F. ve Clow, A. (2000) *Zihin, Bağışıklık ve Sağlık: Psiko-immünoloji Bilimi*. Londra: Free Association Books.

Bu kitap, PNI alanına iyi bir giriş sağlamakta ve stres, depresyon ve koşullanma gibi faktörlerin bağışıklık sistemini nasıl etkileyebileceğini açıklamaktadır.

Johnston, D. (1992) The management of stress in the prevention of coronary heart disease, in S. Maes, H. Leventhal and M. Johnston (eds), *International Review of Health Psychology*. Londra: Wiley.

Bu bölüm, stresin KKH üzerindeki rolüne ilişkin literatürü gözden geçirmekte ve bireylerde stresi azaltmaya yönelik müdahalelerin etkinliğini değerlendirmektedir.

Jones, F., Burke, R.J. ve Westmen, M. (eds) (2006) *İş-Yaşam Dengesi: Psikolojik Bir Perspektif*. Doğu Sussex: Psychology Press.

Bu kitap, işin değişen doğası, işin yasal ve politik bağlamı, ev ve iş yönetimi, aile ve iş yönetimi ve iş sonrası iyileşme dahil olmak üzere iş-yaşam dengesinin farklı yönlerini tanımlayan ve araştıran bölümlerin düzenlenmiş bir derlemesidir.

Vedhara, K. ve Irwin, M. (eds) (2005) *Human Psychoneuroimmunology*. Oxford: Oxford Üniversitesi Yayınları.

Bu kitap, PNI üzerine yapılan araştırmalara mükemmel ve güncel bir genel bakış sağlamakta ve temel kavramları, araştırmaları ve yöntemleri kapsamaktadır.

Bölüme genel bakış

Bu bölüm erken dönem ağrı modellerini ve bunların ağrıyı bir duyum olarak tanımlamalarını incelemektedir. Daha sonra ağrı konusunda psikolojinin rolüne yapılan vurgunun artması, ağrı algısı kavramına doğru kayma ve kapı kontrol teorisinin gelişimi incelenmektedir. Bölüm daha sonra, bilişsel, duygusal ve davranışsal faktörlerin ağrı algısını nasıl şiddetlendirebileceği veya azaltabileceğine odaklanarak üç ağrı süreci modelini açıklamaktadır. Daha sonra, ağrının tedavisi ve yönetiminde psikolojinin rolü tartışılmaktadır. Son olarak, bölüm ağrı ölçümü ile ilgili sorunları ve ağrının değerlendirilebileceği yolları incelemektedir.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- Acı nedir?
- Erken dönem ağrı teorileri - bir duyum olarak ağrı
- Ağrının kapı kontrol teorisi - bir algı olarak ağrı
- Ağrı algısında psikososyal faktörlerin rolü
- Ağrı tedavisinde psikolojinin rolü
- Ağrı ölçümü

Acı nedir?

Ağrının bariz bir işlevi var gibi görünüyor. Ağrı, vücut hakkında sürekli geri bildirim sağlayarak oturma veya uyuma şeklimizde ayarlamalar yapmamızı sağlar. Ağrı genellikle bir şeylerin yanlış gittiğine dair bir uyarı işaretidir ve belirli bir şekilde hareket etmekten kaçınmak veya ağır nesneleri kaldırmak gibi koruyucu davranışlarla sonuçlanır. Ağrı aynı zamanda yardım arama davranışını tetikler ve hastaların doktorlarını ziyaret etmelerinin yaygın bir nedenidir. Ağrının psikolojik sonuçları da vardır ve korku ve endişe yaratabilir. Dolayısıyla evrimsel bir perspektiften bakıldığında ağrı, harekete geçilmesi gerektiğinin bir işaretidir. Yardım arama ya da faaliyetten kaçınma şeklinde değişim yaratma işlevi görür. Ancak ağrı bu kadar basit değildir. Bazı ağrıların altında yatan bir neden yokmuş gibi görünür ve kişinin hayatına devam etmesine yardımcı olmaktan ziyade engelleme işlevi görür. Bu tür ağrıların güçlü bir psikolojik bileşeni vardır. Araştırmacılar akut ağrı ve kronik ağrı arasında ayrım yapmaktadır. Akut ağrı, altı ay veya daha kısa süren ağrı olarak tanımlanır. Genellikle tanımlanabilir bir nedeni vardır ve çoğunlukla

ağrı kesicilerle tedavi edilir. Kırık bir bacak veya cerrahi bir yara akut ağrıya örnektir. Buna karşılık, kronik ağrı altı aydan uzun sürer ve şiddeti değiştiği için iyi huylu ya da giderek kötüleştiği için ilerleyici olabilir. Kronik bel ağrısı genellikle kronik iyi huylu ağrı olarak tanımlanırken, romatoid artrit gibi hastalıklar kronik progresif ağrıya neden olur. Bu bölümde anlatılan araştırmaların çoğu, psikolojik faktörlerin önemli bir rol oynadığını gösteren kronik ağrı ile ilgilidir.

Erken dönem ağrı teorileri - bir duyum olarak ağrı

İlk ağrı modelleri, ağrıyı biyomedikal bir çerçevede dış bir faktöre verilen otomatik bir yanıt olarak tanımlamıştır. Ağrı üzerine belki de en eski yazar olan Descartes, ağrıyı acı veren bir uyarıcıya verilen bir yanıt olarak görmüştür. Ağrı kaynağından (örneğin yanmış parmak) beynin ağrılı hissi algılayan bir bölgesine giden doğrudan bir yol tarif etmiştir. Von Frey (1895), yine bu çok basit uyaran-yanıt modelini yansıtan *ağrının özgülük teorisini* geliştirdi. Dokunma, sıcaklık ve ağrıyı ileten spesifik duyuşal reseptörler olduğunu ve her reseptörün spesifik uyarıma duyarlı olduğunu öne sürdü. Bu model Descartes tarafından tanımlanana benziyordu, çünkü ağrı nedeni ile beyin arasındaki bağlantı doğrudan ve otomatik olarak görülüyordu. Benzer bir şekilde, Goldschneider (1920) *patern teorisi* adı verilen başka bir ağrı modeli geliştirmiştir. Goldschneider, sinir impuls kalıplarının ağrının derecesini belirlediğini ve hasarlı bölgeden gelen mesajların bu sinir impulsları aracılığıyla doğrudan beyne gönderildiğini öne sürmüştür. Dolayısıyla bu üç ağrı modeli ağrıyı aşağıdaki şekillerde tanımlamaktadır:

- Doku hasarı ağrı hissine neden olur.
- Psikoloji bu ağrı modellerinde sadece ağrının bir sonucu olarak yer alır (örn. anksiyete, korku, depresyon). Psikolojinin nedensel bir etkisi yoktur.
- Acı, harici bir uyarıcıya verilen otomatik bir tepkidir. Yorumlamaya veya ölçülü olmaya yer yoktur.
- Ağrı hissinin tek bir nedeni vardır.
- Ağrı, psikojenik ağrı ya da organik ağrı olarak kategorize edilmiştir. Psikojenik ağrının 'tamamen hastanın zihninde' olduğu düşünülür ve organik bir temel bulunamadığında ağrıya verilen bir etikettir. Organik ağrı ise 'gerçek ağrı' olarak kabul ediliyordu ve açık bir hasarın görülebildiği durumlarda ağrıya verilen etiketti.

Ağrı teorilerine psikolojinin dahil edilmesi

İlk basit ağrı modellerinde psikolojinin rolü yoktu. Ancak yirminci yüzyılda psikoloji, ağrının anlaşılmasında önemli bir rol oynamaya başlamıştır. Bu, çeşitli gözlemlere dayanıyordu.

İlk olarak, ağrıya yönelik tıbbi tedavilerin (örn. ilaçlar, ameliyat) esas olarak yalnızca akut ağrının (yani kısa süreli ağrının) tedavisinde faydalı olduğu gözlemlenmiştir. Bu tür tedaviler kronik ağrının (yani uzun süre devam eden ağrı) tedavisinde oldukça etkisizdi. Bu durum, ağrı hissinde basit uyaran-yanıt modellerinde yer almayan başka bir şey olması gerektiğini düşündürmüştür.

Aynı derecede doku hasarına sahip bireylerin acı hissi ve/veya acı tepkilerine ilişkin raporlarında farklılıklar olduğu da gözlemlenmiştir. Beecher (1956) askerlerin ve

İkinci Dünya Savaşı sırasında bir hastanede sivillerin ağrı kesici talepleri. Askerler ve siviller genellikle aynı derecede yaralanma göstermelerine rağmen, sivillerin yüzde 80'i ilaç talep ederken, askerlerin sadece yüzde 25'inin talep ettiğini bildirmiştir. Bu durumun, yaralanmanın anlamının ağrı deneyimindeki rolünü yansıttığını öne sürmüştür; askerler için yaralanma, savaşın sona erdiğini gösterdiği için olumlu bir anlama sahipti. Bu anlam ağrı deneyimine aracılık etmiştir.

Üçüncü gözlem ise hayalet uzuv ağrısıydı. Ampütasyon geçirenlerin çoğu, olmayan uzuvlarında ağrı hissetme eğilimindedir. Bu ağrı ampütasyondan sonra daha da kötüleşebilir ve tamamen iyileştikten sonra bile devam edebilir. Bazen ağrı yayılıyormuş gibi hissedilebilir ve genellikle tırnaklar avuç içine girecek şekilde sıkılan bir el (el eksik olduğunda) veya ayak tabanının ayak bileğine doğru zorlanması (ayak eksik olduğunda) şeklinde tarif edilir. Hayalet uzuv ağrısının çevresel fiziksel bir temeli yoktur çünkü uzuv açıkça kayıptır. Buna ek olarak, her vücut hayalet uzuv ağrısı hissetmez ve hissedenler de bunu aynı ölçüde yaşamaz. Dahası, eksik uzuvlarla doğan bireyler bile bazen hayalet uzuv ağrısı bildirmektedir.

Dolayısıyla bu gözlemler bireyler arasında farklılıklar olduğunu göstermektedir. Belki de bu farklılık psikoloji için bir role işaret etmektedir.

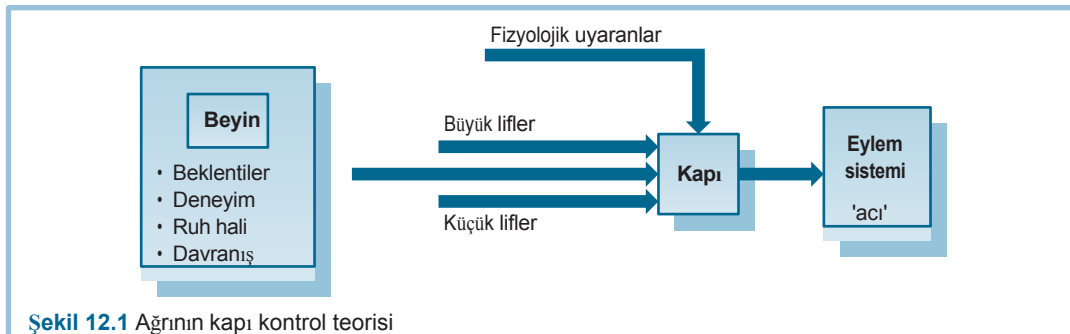
Ağrının kapı kontrol teorisi

Melzack ve Wall (1965, 1982; Melzack 1979), ağrının anlaşılmasına psikolojiyi dahil etme girişimini temsil eden ağrının kapı kontrol teorisini (GCT) geliştirmiştir. Bu model Şekil 12.1'de gösterilmiştir. Bu model, ağrının hala bir uyarın-tepki yolu olarak anlaşılabilmesine rağmen, bu yolun karmaşık olduğunu ve etkileşimli süreçlerden oluşan bir ağrı aracılık ettiğini öne sürmüştür. Bu nedenle GCT, psikolojiyi geleneksel biyomedikal ağrı modeline entegre etmiş ve sadece fizyolojik nedenler ve müdahaleler için bir rol tanımlamakla kalmamış, aynı zamanda psikolojik nedenlere ve müdahalelere de izin vermiştir.

Geçide giriş

Melzack ve Wall, omurilik seviyesinde aşağıdaki kaynaklardan girdi alan bir geçit bulunduğunu öne sürmüştür:

- *Periferik sinir lifleri.* Yaralanma bölgesi (örneğin el) kapıya ağrı, basınç veya ısı hakkında bilgi gönderir.



- *Beyinden inen merkezi etkiler.* Beyin, bireyin psikolojik durumuyla ilgili bilgileri kapıya gönderir. Bu, bireyin davranışsal durumunu (örn. dikkat, ağrının kaynağına odaklanma); duygusal durumunu (örn. endişe, korku, depresyon); ve ağrıyla başa çıkma konusunda önceki deneyimlerini veya öz yeterliliğini (örn. bu ağrıyı daha önce yaşadım ve geçeceğini biliyorum) yansıtabilir.
- *Büyük ve küçük lifler.* Bu lifler ağrı algılamasına yönelik fizyolojik girdinin bir kısmını oluşturur.

Geçitten çıkış

Kapı, bu farklı kaynaklardan gelen tüm bilgileri entegre eder ve bir çıktı üretir. Kapıdan gelen bu çıktı, ağrının algılanmasıyla sonuçlanan bir eylem sistemine bilgi gönderir.

GCT'nin daha önceki ağrı modellerinden farkı nedir?

GCT, önceki modellerden bir dizi temel yönden farklılık göstermektedir:

- *Bir algı olarak ağrı.* GCT'ye göre ağrı bir duyumdan ziyade bir algı ve deneyimdir. Terminolojideki bu değişiklik, yaşanan ağrının derecesinde bireyin rolünü yansıtmaktadır. Psikologların görmeyi doğrudan bir ayna görüntüsünden ziyade bir algı olarak görmeleri gibi, ağrı da ağırlı uyaranların aktif bir yorumunu içerecek şekilde tanımlanmaktadır.
- *Birey pasif değil aktiftir.* GCT'ye göre ağrı, merkezi ve periferik lifler tarafından belirlenir. Ağrı pasif değil aktif bir süreç olarak görülür. Birey artık sadece ağırlı uyaranlara pasif bir şekilde yanıt vermemekte, bu ağırlı uyaranları aktif bir şekilde yorumlamakta ve değerlendirmektedir.
- *Bireysel değişkenliğin rolü.* Bireysel değişkenlik artık ağrının anlaşılmasında bir sorun değil, GCT'nin merkezinde yer almaktadır. Ağrı algısındaki değişkenlik, kapının açılma veya kapanma derecesi açısından anlaşılmaktadır.
- *Çoklu nedenlerin rolü.* GCT, ağrı algısında sadece tek bir fiziksel nedenin değil, birçok faktörün rol oynadığını öne sürmektedir.
- *Ağrı hiç organik midir?* GCT çoğu ağrıyı fiziksel ve psikolojik bir kombinasyon olarak tanımlar. Dolayısıyla, bu modelde ağrının hiçbir zaman tamamen organik ya da psikojenik olmadığı iddia edilebilir.
- *Acı ve düalizm.* GCT, bedenin geleneksel düalist modellerinden ayrılmaya çalışmakta ve zihin ile beden arasında bir etkileşim olduğunu öne sürmektedir.

Kapıyı ne açar?

Kapı ne kadar açılırsa, ağrı algısı da o kadar artar. Melzack ve Wall (1965, 1982) çeşitli faktörlerin kapıyı açabileceğini öne sürmektedir:

- yaralanma veya büyük liflerin aktivasyonu gibi *fiziksel faktörler*
- kaygı, endişe, gerginlik ve depresyon gibi *duygusal faktörler*
- ağrıya odaklanma veya can sıkıntısı gibi *davranışsal faktörler*.

Kapıyı ne kapatıyor?

Kapının kapatılması ağrı algısını azaltır. Kapı kontrol teorisi de belirli faktörlerin kapıyı kapattığını öne sürer:

- ilaç tedavisi, küçük liflerin uyarılması gibi *fiziksel faktörler*
- mutluluk, iyimserlik veya rahatlama gibi *duygusal faktörler*
- konsantrasyon, dikkat dağınıklığı veya diğer faaliyetlere katılım gibi *davranışsal faktörler*.

GCT ile ilgili sorunlar

Kapı kontrol teorisi, ağrının önceki basit uyarın-tepki teorileri üzerinde önemli bir ilerlemeyi temsil ediyordu. Psikolojiye bir rol vermiş ve basit bir doğrusal süreç yerine çok yönlü bir süreci tanımlamıştır. Bununla birlikte, teoriyle ilgili birkaç sorun bulunmaktadır.

Birincisi, ağrı algısını artıran ve azaltan mekanizmaları gösteren çok sayıda kanıt olmasına rağmen, henüz hiç kimse geçidin kendisini bulamamıştır. İkinci olarak, fiziksel yaralanma bölgesinden gelen girdiye deneyim ve diğer psikolojik faktörler aracılık etse ve bu girdiyi hafifletse de, model hala ağrı için organik bir temel varsaymaktadır. Fizyolojik ve psikolojik faktörlerin bu entegrasyonu bireysel değişkenliği ve fantom uzuv ağrısını bir dereceye kadar açıklayabilir, ancak model hala organik bir temel varsaydığı için, hala basit bir uyarın-tepki sürecine dayanmaktadır.

Üçüncüsü, KHT zihin ve bedeni bütünleştirerek geleneksel düalist sağlık modellerinden ayrılmaya çalışmıştır. Bununla birlikte, YKİ zihin ve beden arasında bir miktar entegrasyon veya etkileşim olduğunu öne sürse de, bunları hala ayrı süreçler olarak görmektedir. Model, fiziksel süreçlerin psikolojik süreçlerden etkilendiğini, ancak bu iki süreç kümesinin birbirinden farklı olduğunu öne sürmektedir.

Kutu 12.1 ... ağrı araştırmaları ile ilgili bazı sorunlar

Aşağıda, bu alandaki araştırmalarla ilgili göz önünde bulundurmak isteyebileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır.

- 1 Ağrı gözlemlenemez ve öznel bir deneyimdir. Bu nedenle ağrının ölçülmesi sorunludur. Öz bildirim ölçümleri, bireyin nasıl hissettiğine dair doğru bir tanımlama yapmaya çalışmasına dayanır ve bu da diğer insanların nasıl hissettiklerine inanmalarını istediklerinden ve mevcut ölçümlerin deneyimlerini tanımlama becerisinden etkilenebilir. Ağrı davranışının veya ilaç kullanımının gözlemlenmesi gibi daha nesnel ölçümler, ağrı deneyiminin öznel doğasını gözden kaçırabilir.
- 2 Ağrı araştırmaları biyolojik ve psikolojik süreçler arasındaki etkileşimi vurgulamaktadır. Bu durum özellikle ağrının kapı kontrolü teorisinde ve ağrı deneyimine aracılık etmede duygulanım ve bilişlerin rolünde belirgindir. Bununla birlikte, bu farklı süreçlerin gerçekte nasıl etkileşime girdiği belirsizliğini korumaktadır. Neden ağrıya odaklanmak aslında daha fazla acı çektiriyor?
- 3 Ağrı araştırmaları, kronik ağrıyı teşvik etmede ve akut ağrıyı şiddetlendirmede psikolojik faktörlerin rolünü vurgulamaktadır. Ancak ağrının başlangıcı hakkında çok az şey bilinmektedir. Neden bazı insanlar baş ağrısı çekerken diğerleri çekmez? İnsanların ağrıyı nerede ve ne zaman yaşadıkları neden bu kadar kültürel farklılıklar göstermektedir?

Ağrı algısında psikososyal faktörlerin rolü

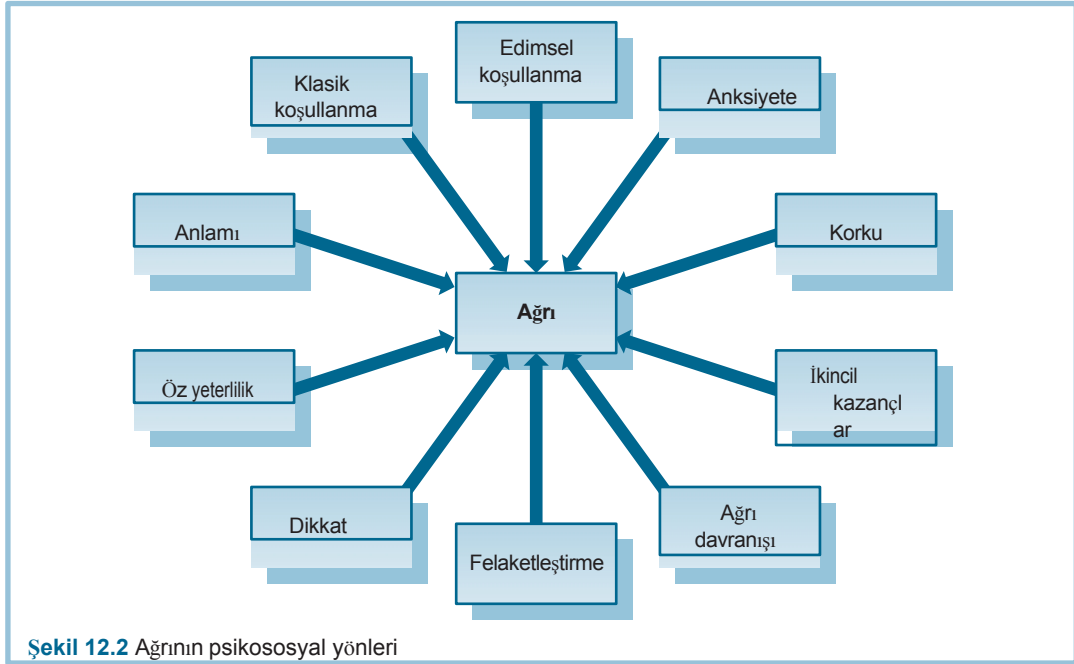
KHT, aracı değişkenlerin varlığına izin vermesi ve pasif duygudan ziyade aktif algıyı vurgulaması açısından önceki teorilerden bir gelişmeydi. KHT ve ağrı algısının farklı bileşenlerini değerlendirmeye yönelik müteakip girişimler, *üç süreçli* bir ağrı *modelini* yansıtmaktadır. Bu modelin bileşenleri şunlardır: fizyolojik süreçler, öznel-duygusal-bilişsel süreçler ve davranışsal süreçler. Fizyolojik süreçler doku hasarı, endorfin salınımı ve kalp atış hızındaki değişiklikler gibi faktörleri içerir. Öznel-duygusal-bilişsel ve davranışsal süreçler Şekil 12.2'de gösterilmekte ve aşağıda daha ayrıntılı olarak açıklanmaktadır.

Öznel-duyuşsal-bilişsel süreçler

Öğrenmenin rolü

Klasik koşullanma

Araştırmalar, klasik koşullanmanın ağrı algısı üzerinde bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir. İlişkisel öğrenme teorilerinde açıklandığı üzere, birey belirli bir ortamı ağrı deneyimiyle ilişkilendirebilir. Örneğin, bir birey geçmiş deneyimleri nedeniyle dış hekimini ağrı ile ilişkilendiriyorsa, bu beklenti nedeniyle dış hekime gittiğinde ağrı algısı artabilir. Buna ek olarak, bu iki faktör arasındaki ilişki nedeniyle, birey dış hekime gittiğinde artan bir kaygı yaşayabilir ve bu da ağrıyı artırabilir. Jamner ve Tursky (1987) migren hastalarına ağrı ile ilişkili kelimeler sunmanın etkisini incelemiştir. Bu sunumun hem anksiyeteyi hem de ağrı algısını artırdığını bulmuşlar ve kelimelerin ruh halinde bir değişikliğe neden olduğu, bunun da deneğin ağrı algısında bir değişikliğe neden olduğu sonucuna varmışlardır. Bu konu, anksiyetenin etkisi açısından daha ayrıntılı olarak tartışılmıştır.



Edimsel koşullanma

Araştırmalar, ağrı algısında edimsel koşullanmanın da bir rolü olduğunu göstermektedir. Bireyler ağrıya ağrı davranışı göstererek yanıt verebilirler (örn. dinlenme, yüz buruşturma, topallama, işten uzak kalma). Bu tür ağrı davranışları pozitif olarak pekiştirilebilir (örn. sempati, ilgi, işten uzak kalma) ve bu da ağrı algısını artırabilir (aşağıya bakınız).

Duygulanımın rolü

Anksiyete

Bazı araştırmalar hastaların ağrıları hakkında nasıl endişelendiklerini araştırmıştır. Örneğin, Eccleston ve arkadaşları (2001) 34 erkek ve kadın kronik ağrı hastasından yedi günlük bir süre boyunca ağrı deneyimlerini tanımlamalarını istemiştir. Sonuçlar, hastaların hem ağrıya ilgili hem de ağrıya ilgili olmayan endişeler bildirdiklerini ve bu iki endişe biçiminin niteliksel olarak farklı olduğunu göstermiştir. Özellikle, kronik ağrıya ilgili endişe, ağrıya ilgili olmayan endişeye kıyasla daha zor göz ardı edilebilir, daha dikkat dağıtıcı, daha dikkat çekici, daha müdahaleci, daha sıkıntı verici ve daha az hoş olarak görülmüştür. Diğer araştırmalar endişe ve kaygının ağrı algısıyla nasıl ilişkili olduğunu araştırmıştır. Fordyce ve Steger (1979) anksiyete ile akut ve kronik ağrı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Anksiyetenin bu iki ağrı türüyle farklı bir ilişkisi olduğunu bildirmişlerdir. Akut ağrı açısından, ağrı anksiyeteyi artırır; ağrı için başarılı bir tedavi daha sonra ağrıyı azaltır ve bu da anksiyeteyi azaltır. Bu da ağrının daha da azalmasına neden olabilir. Dolayısıyla, akut ağrının tedavi edilebilmesinin görece kolay olması nedeniyle, anksiyete bu ağrı algısıyla bir ağrı azaltma döngüsü açısından ilişkilidir. Ancak kronik ağrı için durum farklıdır. Tedavinin kronik ağrı üzerinde çok az etkisi olduğundan, bu durum anksiyeteyi artırır ve bu da ağrıyı daha da artırabilir. Dolayısıyla anksiyete ve kronik ağrı arasındaki ilişki açısından bir ağrı artışı döngüsü söz konusudur. Araştırmalar ayrıca migreni olan çocuklarda ve sırt ağrısı ve pelvik ağrı çekenlerde yüksek kaygı düzeyleri ile artan ağrı algısı arasında doğrudan bir ilişki olduğunu göstermiştir (Feuerstein ve ark. 1987; McGowan ve ark. 1998). Yakın zamanda yapılan deneysel bir çalışmada katılımcılar, ağrı oluşturmak amacıyla el ve kolun buzlu suya sokulmasını içeren soğuk baskı testine katılmışlardır. Sürekli kaygıları değerlendirilmiş ve bazılarının dikkati aktif olarak acılarını düşünmekten uzaklaştırılmıştır (James ve Hardardottir 2002). Sonuçlar, hem dikkat dağıtmanın hem de düşük kaygının ağrı deneyimini azalttığını göstermiştir.

Korku

Ağrı deneyimi olan birçok hasta, ağrının artmasından ya da yeniden ortaya çıkmasından büyük korku duyabilir ve bu da yüksek riskli olarak algıladıkları bir dizi faaliyetten kaçınmalarına neden olabilir. Örneğin, hastalar belirli şekillerde hareket etmekten ve kendilerini herhangi bir ölçüde zorlamaktan kaçınabilirler. Bununla birlikte, bu hastalar genellikle deneyimlerini korku açısından değil, daha ziyade ne yapıp ne yapamayacakları açısından tanımlarlar. Bu nedenle, ağır bir nesneyi kaldırarak ağrıyı daha da kötüleştirmekten korktuklarını bildirmezler, ancak artık ağır nesneleri kaldıramayacaklarını belirtirler. Ağrı korkusu ve korkudan kaçınma inançlarının, ilk etapta ağrıyı tetiklemesi açısından ağrı deneyimiyle bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Örneğin, Linton ve arkadaşları (2000) bir önceki yıl omurga ağrısı olmadığını bildiren geniş bir topluluk örnekleminde korkudan kaçınma inançlarını ölçmüştür. Katılımcılar bir yıl sonra takip edilmiş ve bir ağrı atağının meydana gelip gelmediği ve fiziksel işlevsellikleri değerlendirilmiştir. Sonuçlar, örneklemin yüzde 19'unun takip sırasında bir bel ağrısı vakası bildirdiğini ve başlangıçta korkudan kaçınma puanları daha yüksek olanların bel ağrısı bildirme olasılığının iki kat daha fazla olduğunu ve fiziksel işlevsellikte azalma riskinin 1,7 kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Yazarlar korkudan kaçınma davranışının

ağrının erken başlangıcıyla ilişkilidir. Bazı araştırmalar, korkunun mevcut ağrıyı şiddetlendirmede ve akut ağrıyı kronik ağrıya dönüştürmede rol oynayabileceğini de öne sürmektedir. Örneğin, Crombez ve arkadaşları (1999) ağrıya dikkat ve korku arasındaki karşılıklı ilişkiyi araştırmıştır. Ağrının dikkat talep ederek işlev gördüğünü ve bunun da diğer faaliyetlere odaklanma becerisinin azalmasına neden olduğunu ileri sürmüşlerdir. Elde ettikleri sonuçlar, ağrıya bağlı korkunun bu dikkatsel müdahaleyi artırdığını, yani ağrıdan duyulan korkunun ağrının talep ettiği dikkat miktarını artırdığını göstermiştir. Araştırmacılar, ağrıya bağlı korkunun ağrıya karşı aşırı bir teyakkuz hali yaratabileceği ve bunun da akut ağrıdan kronik ağrıya ilerlemeye katkıda bulunabileceği sonucuna varmışlardır. Bu sonuçlar, son araştırmaların kapsamlı bir incelemesi ile daha da desteklenmiştir. Bu, hastaları dışarı çıkmak ve kalabalık içinde olmak gibi korktukları durumlara maruz bırakan tedavinin korkudan kaçınma inançlarını azaltabileceğini ve ağrı deneyimlerini değiştirebileceğini göstermektedir (Vlaeyen ve Linton 2000).

Bilişselliğin rolü

Felaketleştirme

Ağrısı, özellikle de kronik ağrısı olan hastalar, diğer birçok hastaya paralel olarak sıklıkla katastrofizasyon gösterirler. Keefe ve arkadaşları (2000) felaketleştirmeyi üç bileşeni içerecek şekilde tanımlamıştır: (1) ruminasyon - hem iç hem de dış tehdit edici bilgilere odaklanma ('Ne zaman hareket etsem boynumun tıkırdadığını hissediyorum'); (2) büyütme - tehdidin boyutunu abartma ('Kemiklerim parçalanıyor ve felç olacağım'); ve (3) çaresizlik - tehlikeyi ve feci sonuçları hafifletebilecek kişisel ve daha geniş kaynakları küçümseme ('Kimse sorunu nasıl çözeceğini anlamıyor ve daha fazla acıya dayanamıyorum'). Felaketleştirme hem ağrının başlaması hem de uzun vadeli ağrı sorunlarının gelişmesiyle bağlantılıdır (Sullivan ve ark. 2001). Örneğin, Linton ve arkadaşları (2000) tarafından daha önce açıklanan prospektif çalışmada, yazarlar başlangıçtaki ağrı felaketleştirme düzeylerini ölçmüşlerdir. Sonuçlar, bu durum ile takip sırasında sırt ağrısının başlaması arasında bazı küçük ilişkiler olduğunu göstermiştir. Crombez ve arkadaşları (2003) çocuklarda ağrının bu yönünü değerlendirmek için yeni bir felaketleştirme ölçeği geliştirmiştir. Geliştirdikleri yeni ölçek, felaketleştirmenin boyutlarını yansıtan üç alt ölçekten, yani ruminasyon, büyütme ve çaresizlikten oluşuyordu. Daha sonra bu ölçeği, yaşları 8 ila 16 arasında değişen 43 kız ve erkek çocuktan oluşan klinik bir örnekleme felaketleştirme ve ağrı yoğunluğu arasındaki ilişkiyi araştırmak için kullandılar. Sonuçlar, felaketleştirmenin yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak hem ağrı yoğunluğunu hem de engelliliği bağımsız olarak öngördüğünü göstermiştir. Yazarlar felaketleştirmenin ağrıdan kaçışı kolaylaştırarak ve sıkıntıyı başkalarına ileterek işlev gördüğünü ileri sürmüştür.

Anlamı

İlk bakışta herhangi bir ağrının anlamı sadece olumsuz gibi görünse de, araştırmalar ağrının farklı insanlar için çeşitli anlamları olabileceğini göstermektedir. Örneğin, doğum sırasında yaşanan acının yoğun olmasına rağmen çok net bir nedeni ve sonucu vardır. Aynı tür bir acı doğum dışında yaşansaydı, o zaman tamamen farklı bir anlamı olurdu ve muhtemelen çok farklı bir şekilde deneyimlenirdi. Beecher (1956), askerlerin ve sivillerin ilaç talepleri üzerine yaptığı çalışmada, bu konuyu inceleyen ilk kişilerden biri olmuş ve şu soruyu sormuştur: "Ağrı birey için ne anlama gelir?" Beecher, ağrı algısındaki farklılıkların, ağrının birey için taşıdığı anlamla ilişkili olduğunu savunmuştur. Beecher'in çalışmasında askerler acılarından fayda sağlamışlardır. Bu durum, acının birey için olumlu bir ödülü olabileceği ikincil kazançlar açısından da tanımlanmıştır.

Öz yeterlilik

Bazı araştırmalar öz yeterliliğin ağrı algısı ve azaltılmasındaki rolünü vurgulamıştır. Türk ve arkadaşları (1983), artan ağrı öz yeterliliğinin ağrı algısının derecesini belirlemede önemli bir faktör olabileceğini öne sürmektedir. Buna ek olarak, ağrı kontrol odağı kavramı, ağrı algısında bireysel bilişlerin rolünü vurgulamak için geliştirilmiştir (Manning ve Wright 1983; Dolce 1987; Litt 1988).

Dikkat

Dikkatin ağrı üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalar da yapılmıştır. Birçok çalışma, ağrıya dikkat etmenin ağrıyı şiddetlendirebileceğini, oysa dikkati dağıtmanın ağrı deneyimini azaltabileceğini göstermektedir. Örneğin, daha önce açıklanan deneysel çalışmada, James ve Hardardottir (2002) soğuk baskı görevini kullanarak bu ilişkiyi göstermiştir. Eccleston ve Crombez, bu alanda Eccleston ve Crombez'de (1999) gözden geçirdikleri birçok çalışma gerçekleştirmiştir. Ağrılarıyla ilgilenen hastaların, dikkati dağılanlara kıyasla daha fazla ağrı yaşadıklarını göstermişlerdir. Bu ilişki, bel ağrısı çeken ve bu nedenle yataklarına çekilip ağrılarına odaklanan hastaların iyileşmesinin, çalışmaya ve hayatlarına devam edenlere kıyasla neden daha uzun sürdüğünü açıklamaktadır. Bu ilişki, sırt ağrısı sorunlarına yönelik genel yönetim yaklaşımındaki nispeten yakın tarihli değişikliklere de yansımaktadır - yatak istirahati artık ana tedavi seçeneği değildir. Buna ek olarak, Eccleston ve Crombez ağrı ve dikkatin nasıl ilişkili olduğuna dair bir model sunmaktadır (Eccleston 1994; Eccleston ve Crombez 1999). Ağrının dikkati kesintiye uğrattığını ve talep ettiğini ve bu kesintinin ağrının tehdit değeri ve duygusal uyarılma gibi çevresel talepler gibi ağrıyla ilgili özelliklere bağlı olduğunu savunurlar. Ağrının, kaçış ve eylemi teşvik etmenin bir yolu olarak dikkatin ağrıya doğru kaymasına neden olduğunu savunurlar. Dikkatin ağrıya doğru kaymasının sonucu, diğer görevlere odaklanma becerisinin azalmasıdır ve bu da dikkatin karışmasına ve bozulmasına neden olur. Bu bozulma, yüksek ağrılı hastaların sınırlı kaynaklarının en fazla talep edildiği zor görevlerde daha az iyi performans gösterdiklerini ortaya koyan bir dizi deneysel çalışmada gösterilmiştir (örn. Eccleston 1994; Crombez ve ark. 1998a, 1999).

Davranışsal süreçler

Ağrı davranışı ve ikincil kazançlar

Bireyin ağrıya tepki verme şekli ağrı algısını artırabilir ya da azaltabilir. Araştırmalar özellikle Türk ve arkadaşları (1985) tarafından yüz veya ses ifadesi (örneğin diş sıkma ve inleme), bozuk duruş veya hareket (örneğin topallama, ağrı bölgesini koruma), olumsuz duygulanım (örneğin sinirlilik, depresyon) veya aktiviteden kaçınma (örneğin işe gitmeme, uzanma) olarak tanımlanan ağrı davranışlarını incelemiştir. Ağrı davranışlarının dikkat çekme, onaylanma ve işe gitmeme gibi ikincil kazanımlar yoluyla pekiştirildiği öne sürülmüştür. Ağrı davranışının olumlu yönde pekiştirilmesi ağrı algısını artırabilir. Ağrı davranışı aynı zamanda aktivite eksikliğine ve kas israfına, sosyal temasın olmamasına ve dikkatin dağılmasına neden olarak hasta rolüne yol açabilir ve bu da ağrı algısını artırabilir. Williams (2002) ağrının yüz ifadelerinin evrimsel bir analizini sunmakta ve ağrının işlevi kaçış, iyileşme ve iyileşmeye öncelik vermekse, yüz ifadelerinin ağrıyı iletmek ve bu hedeflere ulaşmak için başkalarından yardım almak için bir araç olduğunu savunmaktadır. Ayrıca, insanların genellikle bireylerin ağrı kaynaklı yüz ifadelerinin kapsamı üzerinde gerçekte olduğundan daha fazla kontrole sahip olduklarını varsaydıklarını ve ifadeler hafif olduğunda yardım veya sempati sunma olasılıklarının daha yüksek olduğunu ileri sürmektedir. Daha güçlü ifade biçimleri güçlendirilmiş olarak ve kötü niyet göstergesi olarak yorumlanmaktadır.

Bu farklı süreçler arasındaki etkileşim

Üç süreçli model, ağrı algısını etkileyen ayrı bileşenleri tanımlamaktadır. Ancak, bu üç süreç birbirinden ayrı olmayıp etkileşim halindedir ve zaman zaman birbirinin yerine geçebilir. Örneğin, duygusal faktörler bireyin fizyolojisini etkileyebilir ve bilişsel faktörler bireyin davranışını etkileyebilir. Ayrıca, her bir süreç içindeki farklı bileşenler de etkileşim halindedir. Örneğin, ilişkilendirme öğrenme açısından acıyı artırabilir. Bununla birlikte, bu sürecin daha önce ağrıyla ilişkilendirilen yerler ve deneyimlerle kaygı ve odaklanmadaki değişikliklerle açıklanması muhtemeldir, bu da kaygının artmasına ve ağrıya olan dikkatin artmasına, dolayısıyla ağrı deneyiminin artmasına neden olur. Benzer şekilde, ağrı davranışları fiziksel hareketi sınırlandırarak ağrıyı şiddetlendirebilir. Ancak aynı zamanda odaklanmayı ve kaygıyı artırarak da etki etmeleri muhtemeldir - yatakta kalmak bireye ağrıları hakkında düşünmek ve endişelenmekten başka yapacak bir şey bırakmaz. Araştırmalar ayrıca korkunun dikkati etkilediğini, korkunun felaketleştirme ile etkileşime girdiğini ve felaketleştirmenin dikkati etkilediğini göstermektedir (Crombez ve ark. 1998a, 1998b, 1999; Van Damme ve ark. 2002). Üç süreçli model, ağrıyı etkileyen farklı faktörleri haritalandırmak için bir çerçeve sunmaktadır. Bununla birlikte, bu kategorizasyon muhtemelen en iyi şekilde, farklı faktörlerin ayrı kategorilerinden ziyade farklı bileşenlerin birbiriyle ilişkili olduğu bir çerçeve olarak görülebilir.

Acı deneyimi

Bu bölümde bugüne kadar, insanların neden ağrı hissettiklerine katkıda bulunan faktörler ve ağrının başlangıcını, devamını ve akut ağrının kronik ağrıya dönüşmesini açıklayabilecek teoriler araştırılmıştır. Ancak tüm bu araştırmalarda eksik olan şey, ağrının nasıl deneyimlendiğidir. Bazı ağrı ölçümleri, insanlara ağrılarının titreme, cezalandırma, zalimlik, öldürme veya rahatsız etme gibi kelimelerle tanımlanıp tanımlanamayacağını sorarak bu deneyimleri yakalar (ağrı ölçümlerinin tartışılması için daha sonra bakınız). Niteliksel araştırmalar ağrı deneyimini daha fazla araştırmıştır. Örneğin, Osborn ve Smith (1998) kronik bel ağrısı yaşayan dokuz kadınla görüşmüş ve transkriptleri yorumlayıcı fenomenolojik analiz (IPA) kullanarak analiz etmiştir (Smith ve Osborn 2003). Sonuçlar, hastaların ağrılarını dört ana temada kavramsallaştırılan çeşitli şekillerde deneyimlediklerini göstermiştir. İlk olarak, durumlarını anlamak ve açıklamak ve neden kronik ağrı geliştirdiklerini bilmek için güçlü bir motivasyon göstermişlerdir. Ayrıca, durumları için başka bir şey yapılamayacağına inanmadıklarını, ağrıları hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıklarını ve ağrılarını genellikle kendi iradeleriyle hareket ediyor olarak tanımladıklarını anlattılar. Bu nedenle, ağrılarını anlamlandırma ihtiyaçları hayal kırıklığına uğramış ve deneyimleri hakkında belirsizlik ve muğlaklık duygularıyla baş başa kalmışlardır. İkinci olarak, sosyal karşılaştırma süreci göstermişler ve kendilerini başkalarıyla ve geçmiş ve gelecekteki kendileriyle karşılaştırmışlardır. Genel olarak acılarını, bir zamanlar oldukları ve gelecekte olmak istedikleri kişi olma şanslarını ellerinden alıyor olarak gördüler ve daha talihsiz olanlarla karşılaştırmalar yaparak öz saygılarını artırma girişimleri, sadece kasvetli prognozlarını hatırlattıkları için başarısız olmuş gibi görünüyordu. Üçüncü olarak, acılarını veya sakatlıklarını destekleyecek görünür bir işaretleri olmadığı için başkaları tarafından genellikle inanılmadıklarını anlattılar. Son olarak, başkalarına yük olduklarını hissettikleri ve toplum içindeyken ağrılarını gizlemek ve sağlıklı ve hareketli görünmek zorunda olduklarını düşündükleri için ağrılarının nasıl toplumdan uzaklaşmalarına neden olduğunu anlattılar. Bu hastalar için kronik bel ağrısının hayatları üzerinde derin bir etkisi olduğu, kendilerini nasıl hissettiklerini ve başkalarıyla nasıl etkileşimde bulunduklarını etkilediği görülmüştür. Ağrı deneyimi, bir sonraki sayfadaki **Araştırma Odağı 12.1**'de daha ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

Acı deneyimi

İnsanların kronik iyi huylu bel ağrısını nasıl deneyimlediklerini inceleyen bir çalışma (Smith 2007).



Arka plan

Kronik iyi huylu ağrı, altı aydan uzun süren ve devam eden herhangi bir hastalıkla ilgisi olmayan ağrılardır. Herhangi bir biyolojik işlevi yokmuş gibi görünür ve genellikle geçmeyen akut ağrı olarak deneyimlenir. Kronik iyi huylu bel ağrısı çoğunlukla yaşamın ortalarında ortaya çıkan bir durumdur ve batı dünyasında engelliliğin ve işte kaybedilen zamanın en büyük nedenidir. Bu çalışma, katılımcıların kronik iyi huylu bel ağrılarına ilişkin deneyimlerini, öznel deneyimlerine odaklanarak benlik algıları bağlamında keşfetmeyi amaçlamıştır. Bu çalışma, kronik ağrı çekmenin nasıl bir şey olduğuna dair net bir resim sunması ve bu süregelen sorunun insanların kim olduklarına dair hislerini nasıl zorladığını göstermesi açısından ilgi çekicidir.

Metodoloji

Çalışmada, "Ağrınız nasıl başladı?", "Ağrınız sizin için bir şeyleri değiştirdi mi?", "Kendinizi bir insan olarak nasıl tanımlarsınız?" ve "Ağrınızın olması kendiniz hakkındaki düşüncelerinizi veya hislerinizi değiştirdi mi?" gibi soruları içeren yarı yapılandırılmış görüşmelerin kullanıldığı nitel bir yöntem kullanılmıştır.

Örnek

İngiltere'deki bir ağrı kliniğine yakın zamanda sevk edilmiş olan altı kişiyle görüşülmüştür. Bu kişiler Avrupalı, beyaz, işçi sınıfı kökenli, orta yetişkinlikte ve 5 ila 15 yıldır ağrı çeken oldukça homojen bir örneklemdi. Hiçbiri majör opiyat kullanmıyor veya herhangi bir tıbbi müdahale beklemiyordu ve hiçbirinin daha önce bir ağrı kliniği deneyimi yoktu.

Veri analizi

Veriler IPA (Smith ve Osborn 2003) kullanılarak analiz edilmiştir.

Sonuçlar

Sonuçlar, ağrının hastaların benlikleri ve kimlikleri üzerinde güçlü bir olumsuz etkisi olduğunu göstermiştir. Özellikle, görüşülen kişiler ağrılarının kendilerini sıklıkla 'iyi insan' ve 'kötü ben' olmak üzere iki ayrı kimlik olarak deneyimlemelerine yol açtığını ve bu iki benliğin iyi benliği korumaya çalışırken birey için bir mücadele yarattığını anlatmışlardır. Buna ek olarak, bu iki benlik arasında nasıl hareket ettiklerini ve acının iyi benliği aşındırmasını önlemek amacıyla nasıl başa çıkma stratejileri uyguladıklarını anlattılar. Ayrıca, başkalarının kendilerini nasıl göreceği konusunda endişe duydukları için benlikle ilgili bu mücadelenin kamusal alanda nasıl daha da şiddetlendiğini anlattılar. Bu durum genellikle ağrı çekenlerin sosyal olarak izole olmalarına veya başkalarıyla birlikteyken bilinçli bir şekilde hareket etmelerine yol açmıştır. Ayrıca bazen başkalarının acılarını önemsemeyi ve bunlardan zevk almayı bırakarak 'kötü beni' başkalarına nasıl yönelttiklerini anlattılar. Son olarak, bazıları başkalarına karşı bu kadar olumsuz oldukları için bir şekilde cezalandırılabileceklerini hissettiklerini de anlatmıştır.



Sonuç

Smith analizinden, acı deneyiminin bir olumsuz düşünceler döngüsü yarattığı sonucuna varmaktadır; acı çeken kişi olumsuz düşünceleri içselleştirmekte, bunlar daha sonra başkalarına yüklenerek daha da olumsuz düşüncelere yol açmaktadır. Ayrıca, bunun kişinin benlik duygusu üzerinde ciddi bir zayıflatıcı etkisi olduğunu ve bunun kamusal alanda daha da şiddetlendiğini öne sürmektedir. Dolayısıyla bu çalışma, kronik iyi huylu bel ağrısına dair bir içgörü sunmakta ve süregelen bir sorunun bireyin kendisi hakkındaki hislerini nasıl değiştirebileceğini ve buna ek olarak etrafındaki dünyaya nasıl tepki vereceğini nasıl etkileyebileceğini göstermektedir.

Ağrı tedavisinde psikolojinin rolü

Akut ağrı çoğunlukla farmakolojik müdahalelerle tedavi edilmektedir. Ancak kronik ağrının bu tür yaklaşımlara daha dirençli olduğu kanıtlanmış ve son zamanlarda ağrı tedavisine multidisipliner bir yaklaşım benimseyen multidisipliner ağrı klinikleri kurulmuştur. Bu tür klinikler tarafından belirlenen hedefler aşağıdakileri içerir:

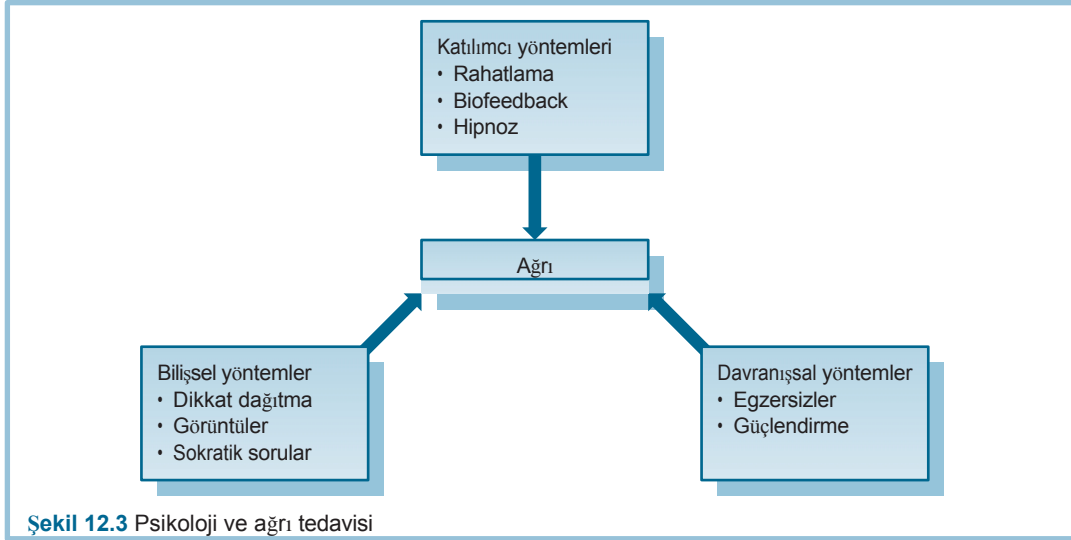
- *Fiziksel ve yaşam tarzı işlevselliğinin iyileştirilmesi.* Bu, kas tonusunun iyileştirilmesini, öz saygının geliştirilmesini, öz yeterliliğin artırılmasını, dikkat dağınıklığının iyileştirilmesini ve can sıkıntısının, ağrı davranışının ve ikincil kazanımların azaltılmasını içerir.
- *İlaçlara ve tıbbi hizmetlere bağımlılığın azaltılması.* Bu, kişisel kontrolün geliştirilmesini, hasta rolünün azaltılmasını ve öz yeterliliğin artırılmasını içerir.
- *Sosyal destek ve aile yaşamının artırılması.* Bu, iyimserliği ve dikkat dağınıklığını artırmayı ve can sıkıntısını, kaygıyı, hasta rolü davranışını ve ikincil kazanımları azaltmayı amaçlamaktadır.

Buna ek olarak, mevcut tedavi felsefesi akut ağrının kronik ağrıya dönüşmesini önlemek için erken müdahaleyi vurgulamaktadır.

Araştırmalar, psikolojinin öğrenme, kaygı, endişe, korku, felaketleştirme, anlam ve dikkat gibi faktörler açısından ağrının algılanmasında rol oynadığını göstermektedir. Multidisipliner ağrı klinikleri giderek artan bir şekilde psikolojik müdahaleleri merkezlerine yerleştirmektedir. Psikoloji ve fizyolojik faktörler arasındaki etkileşimi yansıtan çeşitli ağrı tedavisi yöntemleri vardır. Bu yöntemler yanıtlayıcı, bilişsel ve davranışsal yöntemler olarak kategorize edilebilir ve Şekil 12.3'te gösterilmiştir.

- *Yanıtlayıcı yöntemler.* Yanıtlayıcı yöntemler, kas gerginliğini azaltarak fizyolojik sistemi doğrudan değiştirmek üzere tasarlanmıştır. Anksiyete ve stresi azaltmayı ve dolayısıyla ağrıyı azaltmayı amaçlayan gevşeme yöntemleri ve bireyin bedensel işlevleri üzerinde gönüllü kontrol uygulamasını sağlamak için kullanılan biofeedback buna örnek olarak verilebilir. Biofeedback anksiyete ve gerginliği azaltmayı ve dolayısıyla ağrıyı azaltmayı amaçlar. Ancak bazı araştırmalar bunun rahatlatma yöntemlerine hiçbir şey katmadığını göstermektedir. Hipnoz da bireyi rahatlatmak için bir araç olarak kullanılır. En çok akut ağrı ve yanık pansumanı gibi tekrarlanan ağrılı prosedürler için kullanılıyor gibi görünmektedir.
- *Bilişsel yöntemler.* Ağrı tedavisine bilişsel bir yaklaşım, bireylerin ağrı hakkındaki düşüncelerine odaklanır ve ağrı deneyimlerini şiddetlendiriyor olabilecek bilişleri değiştirmeyi amaçlar. Kullanılan teknikler arasında dikkati başka yöne çekme (yani bireyi

ağrıya odaklanmamaya teşvik etme), imgeleme (yani bireyi olumlu, hoşnut



ant düşünceler) ve Sokratik soruların kullanımıyla uyumsuz düşüncelerin değiştirilmesi. Sokratik sorular, bireyin otomatik düşüncelerini anlamaya çalışmasına meydan okur ve "Düşüncelerinizi destekleyecek ne gibi kanıtlarınız var?" ve "Başka biri bu durumu nasıl görürdü?" gibi soruları içerir. Terapist rol oynama ve rol değiştirme yöntemlerini kullanabilir.

- **Davranışsal yöntemler.** Bazı tedavi yaklaşımları edimsel koşullanmanın temel ilkelerinden yararlanır ve bireyi davranışlarını değiştirmeye teşvik etmek için pekiştirme kullanır. Örneğin, kronik ağrılı bir hasta ağrısını şiddetlendirebileceğine inandığı aktiviteleri bırakmışsa, terapist aşamalı olarak hastayı giderek daha aktif olmaya teşvik edecektir. Davranıştaki her değişiklik terapist tarafından ödüllendirilecek ve hastayı önceden belirlenmiş hedeflerine doğru ilerlemeye teşvik etmek için yeni egzersizler geliştirilecek ve kabul edilecektir.

Psikolojik terapinin üç bileşeni genellikle bir bilişsel davranışsal tedavi paketine entegre edilir.

Bilişsel davranışçı terapi

Bilişsel davranış terapisi (BDT) kronik ağrı hastalarında giderek daha fazla kullanılmaktadır. BDT, ağrının dört bilgi kaynağından etkilendiği varsayımına dayanmaktadır: ağrının anlamı gibi bilişsel kaynaklar ('çalışmamı engelleyecek'); ağrıyla ilişkili duygular gibi duygusal kaynaklar ('hiç geçmeyecek diye endişeliyim'); fiziksel hasar bölgesinden gönderilen uyarılar gibi fizyolojik kaynaklar ve ağrıyı artırabilecek (hiç egzersiz yapmamak gibi) veya azaltabilecek (yeterli egzersiz yapmak gibi) ağrı davranışı gibi davranışsal kaynaklar. BDT, ağrı algısının bu yönlerine odaklanır ve kişilerin yararlı olmayan uygulamaları unutmalarını ve yeni düşünce ve davranış biçimlerini öğrenmelerini sağlamak için bir dizi psikolojik strateji kullanır. BDT, daha önce açıklanan üç tedavi yaklaşımından, yani gevşeme ve biofeedback gibi yanıtlayıcı yöntemlerden, dikkati başka yöne çekme ve Sokratik sorgulama gibi bilişsel yöntemlerden ve dereceli egzersizler ve pekiştirme içeren davranışsal yöntemlerden yararlanır. Çeşitli bireysel çalışmalar yürütülmüştür

BDT'nin diğer müdahale biçimlerine ve/veya bekleme listesi kontrollerine kıyasla göreceli etkinliğini araştırmaktadır. Son zamanlarda, bu çalışmaları yetişkinler ve çocuklar ve ergenler için BDT açısından sentezleyen sistematik incelemeler yayınlanmıştır.

BDT ve yetişkinler

Van Tulder ve arkadaşları (2000), yetişkinlerde kronik spesifik olmayan bel ağrısı için davranış terapisi kullanan randomize kontrollü çalışmaların sistematik bir incelemesini yapmıştır. Veri tabanlarında yaptıkları kapsamlı araştırmada, sonuç değerlendirmesinin körleştirilmesi, yeterli takip süresi ve yüksek kaliteli randomizasyon prosedürü gibi metodolojik uygulamaları içeren ve dahil edilmek için yeterli kalitede altı çalışma ortaya çıkmıştır. Analiz, davranışsal tedavilerin ağrı yoğunluğunu etkili bir şekilde azalttığını, fonksiyonel durumu (örn. işe dönüş) artırdığını ve davranışsal sonuçları (örn. aktivite düzeyi) iyileştirdiğini göstermiştir. Benzer bir şekilde, Morley ve arkadaşları (1999) baş ağrısı hariç yetişkinlerde kronik ağrı için BDT ve davranış terapisi denemelerinin sistematik bir incelemesini ve meta-analizini gerçekleştirmiştir. Veritabanı araştırmaları sonucunda 25 çalışma dahil edilmiştir. Analiz, BDT'nin ağrı deneyimi, olumlu başa çıkma ve ağrının davranışsal ifadesi açısından gevşeme, egzersiz ve eğitim gibi alternatif aktif tedavi yaklaşımlarından daha etkili olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak, sonuçlar BDT'nin tüm bu sonuç ölçümlerinde ve ayrıca ruh hali, felaketleştirme gibi olumsuz başa çıkma ve sosyal işlevsellik açısından bekleme listesi kontrollerinden daha etkili olduğunu göstermiştir. Dolayısıyla, genel olarak, BDT'yi içeren psikolojik terapiler kronik ağrının boyutlarını azaltmak için etkili bir yol gibi görünmektedir.

BDT ve çocuklar ve ergenler

Psikolojik terapilerin yetişkinlerdeki başarısı nedeniyle, kronik ve/veya tekrarlayan ağrısı olan çocuklara da giderek artan bir şekilde bir tür psikolojik müdahale önerilmektedir. Bu zaman zaman BDT şeklinde olmaktadır. Bununla birlikte, gevşeme ve pekiştirme gibi bireysel bileşenler de kullanılmaktadır. Eccleston ve arkadaşları (2002, 2003a) bir dizi veri tabanını taramış ve bir tür psikolojik terapi içeren ve analize girilmesi için yeterli bilgi bulunan 18 çalışma tespit etmiştir. Bu çalışmalar kronik veya tekrarlayan baş ağrısı, karın ağrısı ve orak hücre ağrısına yönelikti ve 800'den fazla hastayı içeriyordu ve yaklaşık yarısı çoğunlukla rahatlama veya BDT olan psikolojik tedaviyi alıyordu. Kontrol grupları standart tıbbi bakım, plasebo almış ya da bekleme listesinde kontrol edilmişlerdir. Analiz sonuçları, psikolojik terapilerin çocuk ve ergenlerde baş ağrısını azaltmada çok etkili olduğunu göstermiştir. Ancak yazarlar, ağrı ile ilgili diğer sorunlarda veya ağrı şiddeti ve sıklığı dışındaki sonuçlarda etkili olduklarına dair bugüne kadar herhangi bir kanıt bulunmadığı sonucuna varmışlardır.

Psikolojik faktörler bu nedenle ağrı algısını daha da kötüleştirebilir. Araştırmalar ayrıca bunların ağrının tedavisi ve yönetiminde de önemli olduğunu göstermektedir.

Plasebolar ve ağrı azaltma

Plasebolar semptomların hafiflemesine neden olan inert maddeler olarak tanımlanmıştır (bkz. Bölüm 13). Geleneksel olarak plasebolar, randomize kontrol çalışmalarında aktif bir ilaç ile sadece bir şey almanın etkilerini karşılaştırmak için kullanılırdı. Bununla birlikte, plaseboların ağrının giderilmesi üzerinde etkisi olduğu gösterilmiştir. Beecher (1955) kronik ağrı çeken hastaların yüzde 30'unun plasebo aldıktan sonra ağrılarının hafiflediğini öne sürmüştür. 1960'larda Diamond ve arkadaşları (1960) plaseboların ağrıyı hafifletme üzerindeki etkisini incelemek için birkaç sahte ameliyat gerçekleştirmiştir. Sahte kalp bypass ameliyatı, bireyin gerçek bir ameliyat olacağına inanmasını, ameliyat için hazırlanmasını, genel anestezi almasını, kesilip açılmasını ve ardından gerçek bir bypass yapılmadan tekrar dikilmesini içeriyordu. Dolayısıyla birey bir ameliyat geçirdiğine inanmakta ve

Teoriyi pratiğe dökmek - kronik ağrı tedavisi

Kronik ağrı için bilişsel davranış tedavisinin etkinliğini inceleyen bir çalışma (Basler ve Rehfish 1990).

Bu makale, teorik bir yaklaşımın klinik uygulamalar için nasıl bir temel olarak kullanılabileceğini göstermesi açısından ilginçtir. Makale, ağrıyı bir algı olarak vurgulamakta ve tedavi girişimlerinin bu algıya katkıda bulunan farklı faktörlere odaklanabileceğini öne sürmektedir. Buna ek olarak, makale tedavi başarısında bağlılığın rolünü vurgulamakta, bu da plaseboların anlaşılması ve tıbbi/klinik tavsiyelere uyum açısından önemli sonuçlar doğurmaktadır.

Arka plan

Ağrıya bilişsel davranışçı yaklaşım nedir?

Ağrıya yönelik bilişsel davranışsal yaklaşım, ağrıyı, ağrıyla ilgili dört bilgi kaynağının bütünleştirilmesini içeren bir algı olarak görür:

- 1 *Bilişsel* ya da ağrının anlamı ('çalışmamı engelleyecek').
- 2 *Duygusal* veya ağrıyla ilişkili duygular ('Hiç g e ç m e y e c e k diye endişeliyim').
- 3 *Fizyolojik* veya fiziksel hasar bölgesinden gönderilen impulslar.
- 4 *Davranışsal* veya ağrıyı artırabilecek ağrı davranışları (hiç egzersiz yapmamak gibi) ve ağrıyı azaltabilecek ağrı davranışları (yeterli egzersiz yapmak gibi).

Bu nedenle ağrıya yönelik bilişsel davranışsal yaklaşım, ağrıyla ilgili bu farklı bilgi kaynaklarına odaklanarak ağrıyı azaltmayı amaçlamaktadır.

Özdenetimin merkezi rolü

Özellikle ağrıya yönelik bilişsel davranışçı yaklaşım, bireyin ağrı üzerindeki öz kontrolünü geliştirmeyi amaçlamaktadır. Turk ve Rudy (1986) öz kontrolü geliştirmeye yönelik müdahalelerin hedeflerini şu şekilde özetlemektedir:

- *Demoralizasyonla mücadele edin.* Kronik ağrı hastaları demoralize olabilir ve kendilerini çaresiz hissedebilirler. Onlara sorunlarını yeniden kavramsallaştırmaları öğretilir, böylece yönetilebilir olarak görülebilirler.
- *Sonuç etkinliğini artırın.* Hastalar daha önce çeşitli ağrı tedavileri almışlarsa, hiçbir şeyin işe yaramadığına inanabilirler. Onlara ağrı tedavisine yönelik bilişsel davranışçı yaklaşıma ve işbirlikleri sayesinde tedavinin durumlarını iyileştireceğine inanmaları öğretilir.
- *Öz yeterliliği teşvik edin.* Kronik ağrı hastaları kendilerini pasif ve çaresiz olarak görebilirler. Onlara becerikli ve yetkin olabileceklerine inanmaları öğretilir.
- *Otomatik uyumsuz başa çıkma kalıplarını kırın.* Kronik ağrı hastaları, sürekli olarak endişeli hissetmek, topallamak veya egzersizden kaçınmak gibi ağrılarını artırabilecek duygusal ve davranışsal başa çıkma stratejilerini öğrenmiş olabilirler. Onlara bu duygu ve davranışları izlemeleri öğretilir.
- *Beceri eğitimi.* Ağrılarını artıran otomatik duygu ve davranışların farkına varan ağrı hastalarına bir dizi uyarlanabilir başa çıkma tepkisi öğretilir.



- *Kendini suçlama.* Kronik ağrı hastaları herhangi bir başarıyı başkalarına, başarısızlığı ise kendilerine atfetmeyi öğrenmiş olabilirler. Tedavinin başarısı için sorumluluğu kabul etmeleri öğretilir.
- *Sürdürmeyi kolaylaştırın.* Bilişsel davranışçı tedavinin herhangi bir etkinliği, gerçek tedavi müdahalesinin ötesinde de devam etmelidir. Bu nedenle, ağrı çeken hastalara herhangi bir sorunu nasıl öngörebilecekleri ve bu sorunlarla başa çıkma yollarını nasıl düşünebilecekleri öğretilir.

Bu ağrı tedavisi modeli kapsamında Basler ve Rehfisch (1990) ağrıya yönelik bilişsel davranışçı yaklaşımın etkinliğini incelemek üzere yola çıkmıştır. Buna ek olarak, böyle bir yaklaşımın genel uygulamada kullanılıp kullanılmayacağını incelemeyi amaçlamıştır.

Metodoloji

Konular

Baş, omuz, kol veya omurgada en az altı aydır kronik ağrı yaşayan 60 kronik ağrı hastası, Batı Almanya'daki genel pratisyenlik listelerinden çalışmaya dahil edilmiştir. Denekler: (1) acil tedavi grubuna (33 denek tedaviye başlamış ve 25'i tamamlamıştır); ya da (2) bekleme listesi kontrol grubuna (27 denek bu gruba ayrılmış ve 13'ü tüm ölçümleri tamamlamıştır) ayrılmıştır.

Tasarım

Tüm denekler başlangıçta (zaman 1), 12 haftalık tedavi müdahalesinden sonra (zaman 2) ve altı aylık takipte (zaman 3) ölçümleri tamamlamıştır. Kontrol grubundaki denekler de aynı ölçümleri benzer zaman aralıklarında tamamlamıştır.

Önlemler

1, 2 ve 3. zamanlarda, tüm denekler aşağıdakilerin ölçümelerini içeren 14 günlük bir ağrı günlüğü doldurmuştur:

- *Ağrı yoğunluğu:* denekler her gün ağrılarının yoğunluğunu 'ağrı yok' ile 'çok yoğun ağrı' arasında derecelendirmiştir.
- *Ruh hali:* Aynı 14 gün boyunca, denekler günde üç kez ruh hallerini ölçen günlüklere de dahil olmuşlardır.
- *Fonksiyonel sınırlama:* Denekler 14 gün içinde yapamadıkları şeylerin ölçümelerini de dahil etmişlerdir.
- *Ağrı kesici ilaçlar:* denekler ayrıca ağrı kesici ilaçların türünü ve miktarını da

kaydetmiştir. Denekler ayrıca aşağıdaki ölçümleri de tamamlamıştır:

- *Durumluk-sürekli kaygı envanteri,* 20 maddeden oluşur ve deneklerden her bir maddenin ne sıklıkla ortaya çıktığını derecelendirmelerini ister.
- *Von Zerssen depresyon ölçeği* (Von Zerssen 1976), depresif semptomları tanımlayan 16 maddeden oluşmaktadır (örn. 'Ağlamadan duramıyorum').
- *Genel bedensel semptomlar:* denekler 'mide bulantısı' ve 'titreme' gibi 57 semptomdan oluşan bir kontrol listesi doldurmuştur.
- *Ağrıya bağlı uyku bozuklukları:* Deneklerden uykuya başlama, uykuyu sürdürme ve uyku kalitesinde yaşadıkları sorunları derecelendirmeleri istenmiştir.

- *Ağrı ataklarına bağlı bedensel semptomlar*: denekler ağrı atakları sırasında 13 semptomu şiddetine göre derecelendirmiştir (örn. kalp atış hızında artış, terleme).
- Son bir hafta içindeki *ağrı yoğunluğu* da ölçülmüştür.

Ayrıca, altı aylık takipte (zaman 2), tedaviyi alan deneklere önerilen egzersizlerden hangilerini hala yaptıkları sorulmuş ve doktorlar tedavi sonucunu 'aşırı kötüleşme' ile 'aşırı iyileşme' arasında bir ölçekte değerlendirmiştir.

Tedavi müdahalesi

Tedavi programı, en fazla 12 hastadan oluşan bir grupla gerçekleştirilen haftalık 90 dakikalık 12 seanstan oluşmuştur. Tedavi grubundaki tüm deneklere bir tedavi el kitabı verilmiştir. Seanslara aşağıdaki bileşenler dahil edilmiştir:

- *Eğitim*. Bu bileşen, denekleri bilişsel davranış tedavisinin mantığı hakkında eğitmeyi amaçlamıştır. Denekler programa aktif olarak katılmaya teşvik edilmiş; ağrı, kas gerginliği ve moral bozukluğu kısır döngüsü ve programın düşünceleri, duyguları ve davranışları üzerindeki öz kontrol duygularını nasıl geliştireceği hakkında bilgi almışlardır.
- *Gevşeme*. Deneklere progresif kas gevşemesi kullanarak ağrıya verdikleri tepkileri nasıl kontrol edecekleri öğretilmiştir. Kendilerine bir ev gevşeme kaseti verilmiş ve ayrıca kendilerini ağrıdan uzaklaştırmak ve gevşeme becerilerini daha da geliştirmek için imgeleme tekniklerini ve görselleştirmeyi kullanmaları öğretilmiştir.
- *Düşünce ve duyguların değiştirilmesi*. Deneklerden uyumsuz düşüncelerini ve uyarlanabilir başa çıkma düşüncelerini tanımlamak için başa çıkma kartlarını doldurmaları istenmiştir. Gruplar korku, depresyon, öfke ve irrasyonel düşüncelerin ağrıdaki rolünü açıklamak için kullanılmıştır.
- *Keyifli aktivite planlaması*. Denekler, depresyon ve ağrı algısını azaltmak için dikkat dağıtma tekniklerini kullanmaya teşvik edilmiştir. Odaklarını artık gerçekleştiremedikleri faaliyetlerden keyif alabilecekleri faaliyetlere kaydırmaları teşvik edilmiştir. Aktivite hedefleri planlandı ve keyifli aktiviteler sonraki gruplarda pekiştirildi.

Sonuçlar

Sonuçlar, iki grup (tedaviye karşı kontrol) arasındaki farklılıkları incelemek ve iki grup arasındaki ölçümlerdeki (1. zamandan 2. zamana ve takipte) değişiklikleri incelemek için analiz edilmiştir.

Zaman 1'den zaman 2'ye

Sonuçlar, iki grup arasında tüm derecelendirmelerde önemli ölçüde farklı değişiklikler olduğunu göstermiştir. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, bilişsel davranış tedavisi gören denekler daha düşük ağrı yoğunluğu, daha düşük işlevsel bozukluk, daha iyi günlük ruh hali, daha az bedensel semptom, daha az anksiyete, daha az depresyon, daha az ağrıyla ilişkili bedensel semptom ve daha az ağrıyla ilişkili uyku bozukluğu bildirmiştir.

Zaman 1'den zaman 2'ye ve zaman 3'e

Altı aylık takip sonuçları dahil edildiğinde, sonuçlar yine günlük ruh hali ve uyku bozuklukları hariç tüm değişkenlerde iki grup arasında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermiştir.

Bağlılığın rolü

Tedavi koşulundaki denekler daha sonra takipte önerilen egzersiz rejimine bağlı kalanlar (bağlı kalanlar) ve kalmayanlar (bağlı kalmayanlar) olarak ikiye ayrılmıştır. Bu analizden elde edilen sonuçlar, tedaviye bağlı kalanların tedavi müdahalesinden hemen sonraki derecelendirmelerine kıyasla takipte ağrı yoğunluğunda bir iyileşme gösterdiğini, bağlı kalmayanların ise takipteki derecelendirmelerinin tedaviden hemen sonraki derecelendirmelerle aynı olduğunu göstermektedir.

Sonuç

Yazarlar, çalışmanın kronik ağrı için bilişsel davranışçı tedavinin kullanımına destek sağladığı sonucuna varmıştır. Yazarlar ayrıca tedaviye bağlılığın iyileşme öncesindeki merkezi rolüne işaret etmektedir. Bağlılığın bu etkisinin, ağrıdaki iyileşmenin spesifik olmayan tedavi faktörlerinin (profesyonellerle temas, bir şeyler yapma hissi) değil, spesifik tedavi faktörlerinin (yani egzersizler) bir sonucu olduğunu gösterdiğini öne sürmektedirler. Bununla birlikte, mevcut çalışmada bağlılığın merkezi rolünün, Bölüm 13'te plasebolar bağlamında tartışılana benzer olması ve tedaviye bağlılığın kendisinin bir plasebo etkisi olması muhtemeldir.

Bunu kanıtlayacak yara izleri. Bu prosedürün ciddi etik sorunları olduğu açıktır. Ancak sonuçlar, anjin ağrısının sahte bir ameliyatla gerçek bir anjin ameliyatıyla karşılaştırılabilir düzeyde azaltılabileceğini göstermiştir. Bu durum, bireyin beklentilerinin ağrı algısını değiştirdiğini ve yine ağrı algısında psikolojinin rolüne dair kanıt sağladığını göstermektedir.

Ağrı tedavisi ve yönetiminin sonuçları: Ağrıyı kabullenmenin rolü var mı?

Ağrının psikolojik tedavisi yanıtlayıcı, bilişsel ve davranışsal yöntemleri içerir. Bunlar çoğunlukla analjezik veya anestezi içeren farmakolojik tedavilerle birlikte kullanılır. Bu tür müdahalelerin sonuçları geleneksel olarak ağrı yoğunluğunda ve ağrı algısında azalma açısından değerlendirilmiştir. Ancak son zamanlarda bazı araştırmacılar ağrının kabullenilmesine odaklanılması çağrısında bulunmaktadır. Risdon ve arkadaşları (2003) 30 katılımcıdan Q faktör analizi kullanarak ağrılarını tanımlamalarını istemiştir. Bu metodoloji, katılımcının deneyimlerini, araştırmacının bir faktör yapısı türetmesini sağlayacak şekilde tanımlamasını teşvik etmektedir. Yazarlar yaptıkları analiz sonucunda ağrının kabullenilmesinin sekiz faktör içerdiğini ileri sürmüşlerdir. Bunlar: kontrolü ele alma, günü gününe yaşama, sınırlamaları kabul etme, güçlendirme, benlik kaybını kabul etme, hayatta acıdan daha fazlası olduğuna dair inanç, kazanılamayacak savaşlarla mücadele etmeme felsefesi ve manevi güçtür. Ayrıca yazarlar bu faktörlerin altta yatan üç inancı yansıttığını öne sürmektedir: (1) ağrının tedavisinin mümkün olmadığının kabul edilmesi; (2) odak noktasının ağrıdan hayatın ağrısız yönlerine kaydırılması ve (3) ağrının kişisel zayıflığın bir işareti olduğuna dair her türlü öneriye karşı direnç. Bir başka çalışmada McCracken ve Eccleston (2003) 230 kronik ağrı hastasında ağrıyı kabullenme, ağrıyla başa çıkma ve ağrıyla ilgili bir dizi sonuç arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Sonuçlar, ağrı kabulünün ağrı yoğunluğu, engellilik, depresyon ve anksiyete ve daha iyi iş durumu gibi ağrı uyum değişkenleri ile başa çıkmaktan daha iyi bir yordayıcı olduğunu göstermiştir. Bu çalışmaların yazarları, ağrıyı kabullenme derecesinin bireyin benlik duygusundaki değişikliklerle ve ağrılarının öz kimliklerine nasıl dahil edildiğiyle ilişkili olabileceğini öne sürmektedir. Ayrıca, ağrı kabulü kavramının, özellikle kronik ağrının doğası göz önüne alındığında, ağrı araştırmaları için önemli bir yol olabileceğini savunmaktadırlar.

Ağrı ölçümü

İster ağrının nedenlerini veya sonuçlarını incelemek isterse ağrıya yönelik bir tedavinin etkinliğini değerlendirmek için olsun, ağrının ölçülmesi gerekir. Bu durum çeşitli soru ve sorunları da beraberinde getirmiştir. Örneğin, "Bireyin kendi ağrı deneyimiyle mi ilgileniyoruz?" (yani bir kişinin ne söylediği önemlidir), "İnkâr ya da öz imaj ne olacak?" (yani bir kişi acı içinde olabilir ama bunu kendisine ve başkalarına inkâr edebilir), "Daha objektif bir değerlendirmeye mi ilgileniyoruz?" (yani bir başkasından ağrısını derecelendirmesini isteyerek inkâr sorununu aşabilir miyiz?) ve "Ağrının fizyolojik temelini değerlendirmemiz gerekir mi? Bu sorular, ağrı ölçümüne ilişkin üç farklı bakış açısının ortaya çıkmasına neden olmuştur: öz bildirimler, gözlemsel değerlendirmeler ve fizyolojik değerlendirmeler; bunlar sağlık durumunu ölçmenin farklı yollarına çok benzemektedir (bkz. Bölüm 16). Ayrıca, bu farklı perspektifler farklı ağrı teorilerini de yansıtmaktadır.

Öz raporlar

Öz bildirim ağrı ölçekleri, bireylerin ağrı düzeylerine ilişkin kendi öznel görüşlerine dayanır. Bunlar görsel analog ölçekler (örn. "Ağrınız ne kadar şiddetli? 'Hiç' (0) ile 'aşırı' (100) arasında derecelendirilir), sözel ölçekler (örneğin 'Ağrınızı tanımlayın: ağrı yok, hafif ağrı, orta ağrı, şiddetli ağrı, en kötü ağrı') ve tanımlayıcı anketler (örneğin McGill ağrı anketi (MPQ); Melzack 1975). MPQ, ağrının daha karmaşık doğasına erişmeye çalışır ve bireylerden ağrıları üç boyut açısından derecelendirmelerini ister: duyuşal (örn. titreme, nabız atışı, vuruş), duygusal (örn. cezalandırıcı, zalim, öldürücü) ve değerlendirici (örn. can sıkıcı, mutsuz, yoğun). Bazı öz bildirim ölçümleri ayrıca ağrının bireyin işlevsellik düzeyi üzerindeki etkisine erişmeye çalışır ve ağrının bireyin yürüme, oturma ve merdiven çıkma gibi günlük işleri yapma becerisini etkileyip etkilemediğini sorar. Benzer şekilde, ağrı genellikle bir ağrı bileşeni içeren yaşam kalitesi ölçekleri bağlamında değerlendirilir (örneğin Skevington 1998; Skevington ve ark. 2001).

Gözlemsel değerlendirme

Gözlemsel değerlendirmeler ağrının daha objektif bir değerlendirmesini yapmaya çalışır ve hastaların kendi raporlarının güvenilirmez olduğu düşünüldüğünde veya bunları sağlayamadıklarında kullanılır. Örneğin, gözlemsel ölçümler çocuklar, bazı inme hastaları ve bazı ölümcül hastalar için kullanılabilir. Ayrıca, öz bildirim ölçümlerinin objektif bir şekilde doğrulanmasını da sağlayabilirler. Gözlemsel ölçümler, talep edilen ve kullanılan ağrı kesicilerin, ağrı davranışlarının (topallama, yüz buruşturma ve kas gerginliği gibi) ve uyku ve/veya dinlenme için harcanan zamanın değerlendirilmesini içerir.

Fizyolojik ölçümler

Hem öz bildirim ölçümleri hem de gözlemsel ölçümler, sözde 'objektif' bir ağrı ölçümü gerektiğinde bazen güvenilirmez olarak kabul edilir. Özellikle, öz bildirim ölçümleri ağrılı bireyin yanlılığına açıktır ve gözlemsel ölçümler gözlemci tarafından yapılan hatalara açıktır. Bu nedenle fizyolojik ölçümler bazen ağrı yoğunluğunun bir indeksi olarak kullanılır. Bu tür ölçümler arasında enflamasyonun değerlendirilmesi ve terleme, kalp atış hızı ve cilt sıcaklığı ölçümleri yer almaktadır. Bununla birlikte, fizyolojik ölçümler ile hem gözlemsel hem de öz bildirim ölçümleri arasındaki ilişki genellikle çelişkilidir ve "Birey ve gözlemci mi yanıtlıyor yoksa fizyolojik ölçümler ağrıyı ölçüyor mu?" sorusunu gündeme getirmektedir.

Sonuç olarak

Erken dönem biyomedikal ağrı modelleri, ağrının dış uyaranlara verilen basit bir yanıt olduğunu öne sürmüş ve bu model dahilinde bireyi dış etkenlere pasif bir yanıt veren olarak kategorize etmiştir. Bu tür modellerin psikoloji için nedensel bir rolü yoktu. Ancak, 1960 ve 1970'lerde Melzack ve Wall tarafından geliştirilen kapı kontrol teorisi psikolojik faktörleri de içermekteydi. Sonuç olarak, ağrı artık bir duyum olarak değil, aktif bir algı olarak anlaşıldı. Psikolojik faktörlerin ağrı algısına bu şekilde dahil edilmesi nedeniyle, araştırmalar öğrenme, kaygı, korku, felaketleştirme, anlam, dikkat ve ağrı davranışı gibi faktörlerin ağrıyı azaltma ya da şiddetlendirmedeki rolünü incelemiştir. Psikolojik faktörlerin ağrı algısını ortaya çıkarmada bir rolü olduğu görüldüğünden, tedavide psikolojik faktörleri kullanmak için multidisipliner ağrı klinikleri kurulmuştur. Bunlar genellikle yetişkinler, çocuklar ve ergenler için etkili olduğu gösterilen psikolojik terapileri, özellikle de BDT'yi kullanmaktadır. Son zamanlarda araştırmacılar, yararlı bir sonuç ölçütü olarak ağrıyı kabullenmenin bir rolü olduğunu öne sürmüşlerdir ve bazı araştırmalar, başa çıkma yerine kabullenmenin ağrıya uyum ve tedavi sonrası değişiklikler için daha iyi bir belirleyici olabileceğini göstermektedir.



Sorular

- 1 Ağrı, acı veren uyaranlara verilen bir tepkidir. Tartışalım.
- 2 Ağrının kapı kontrol teorisi, ağrının biyomedikal modellerinden ne ölçüde ayrılır?
- 3 Acının YBT'sinin zihin-beden tartışması üzerindeki etkileri nelerdir?
- 4 Acı bir algıdır. Tartışalım.
- 5 Psikolojik faktörler ağrı algısını nasıl kötüleştirebilir?
- 6 Psikolojik faktörler ağrı algısını azaltmak için ne ölçüde kullanılabilir?
- 7 Öz bildirim, ağrıyı ölçmenin tek doğru yoludur. Tartışın.
- 8 İkincil kazançların ağrı algısındaki rolünü incelemek için bir araştırma protokolü geliştirmek.

Tartışma için

En son ne zaman ağrı çektiğinizi düşünün (örneğin adet sancısı, baş ağrısı, spor yaralanması) ve ağrıyı şiddetlendirmiş olabilecek potansiyel bilişsel, duygusal ve davranışsal faktörleri tartışın.

Sağlık psikolojisinde varsayımlar

Ağrı üzerine yapılan araştırmalar, sağlık psikolojisinin altında yatan bazı varsayımların altını çizmektedir.

- 1 *Zihin-beden ayrımı.* İlk ağrı modelleri, ağrının fiziksel yönlerini 'gerçek' olarak kabul etmiş ve ağrıyı 'organik' ya da 'psikojenik' olarak kategorize etmiştir. Bu tür modeller zihin ve bedeni ayrı olarak kavramsallaştırmış ve bireylerin düalist bir modeline uymuştur. Son dönem ağrı modelleri, ağrıyı çok sayıda farklı faktörden etkilenen bir algı olarak inceleyerek zihin ve bedeni bütünleştirmeye çalışmıştır. Ancak, bu modellerde bile zihin ve beden hala ayrı olarak kabul edilmektedir.
- 2 *İlerleme sorunu.* Son 100 yılda ağrıyı açıklamak için farklı teoriler geliştirilmiştir. Genellikle teorik bakış açısında zaman içinde meydana gelen değişikliklerin ilerlemeyi temsil ettiği ve son teorilerin 'ağrının gerçekte ne olduğu' gerçeğine daha iyi bir yaklaşımı yansıttığı varsayılır. Ancak, belki de bu farklı teoriler, psikologların geçmişte nasıl düşündüklerini ve şimdi bireyler hakkında nasıl düşündüklerini göstermek için veri olarak da kullanılabilir. Örneğin, geçmişte ağrı dış uyaranlara verilen pasif bir yanıt olarak görülüyordu; dolayısıyla bireyler de pasif yanıt verenler olarak görülüyordu. Ancak günümüzde ağrı giderek artan bir şekilde bireyin özdenetimine verilen bir yanıt olarak görülmektedir - ağrı başarılı ya da başarısız özdenetimin bir işaretidir. Bu nedenle çağdaş bireyler özdenetim, özyönetim ve özüstalık sahibi olarak görülmektedir. Belki de zaman içinde ortaya çıkan farklı teoriler, bireyselliğin farklı (daha iyi olması gerekmeyen) versiyonlarını yansıtmaktadır.

Daha fazla okuma

Dekker, J., Lundberg, U. ve Williams, A. (eds) (2001) *Ağrı ve Kas İskelet Sistemi Bozukluklarında Davranışsal Faktörler ve Müdahaleler: Uluslararası Davranışsal Tıp Dergisi Özel Sayısı*. Mahawah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Bu, kronik ağrının gelişiminde rol oynayan psikososyal faktörlerin ayrıntılı bir analizini sağlar.

Horn, S. ve Munafo, M. (1997) *Ağrı: Teori, Araştırma ve Müdahale*. Buckingham: Open University Press.

Bu kitap, ağrı literatürüne daha ayrıntılı bir genel bakış sunmaktadır.

Karoly, P. ve Jensen, M.P. (1987) *Multimethod Assessment of Chronic Pain*. New York: Pergamon Press.

Bu kitap, karmaşık bir alan olan ağrı değerlendirmesine kapsamlı ve eleştirel bir bakış sunmaktadır.

Main C.J. ve Spanswick C.C. (eds) (2000) *Ağrı Yönetimi: Disiplinlerarası Bir Yaklaşım*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Bu derleme, ağrı tedavisine yönelik çağdaş yaklaşımların ayrıntılı bir açıklamasını sunmaktadır.

Turk, D.C. ve Melzack, R. (eds) (2001) *Handbook of Pain Assessment*, 2nd edn. New York:

Guilford

Basın.

Bu derleme, ağrının nasıl ölçülebileceği ve ağrı değerlendirmesinin doğasında var olan sorunlar hakkında mükemmel bir genel bakış sunmaktadır.

Plasebolar ve inançlar, davranışlar ve sağlık arasındaki karşılıklı ilişki

Bölüme genel bakış

Plasebo çalışmaları, sağlık psikolojisinin merkezinde yer alan birçok konuya iyi bir örnek teşkil etmektedir. Bu bölüm, plaseboların tanımlanmasına ilişkin sorunları incelemekte ve ardından hasta beklentilerinin merkezi rolünü vurgulayarak nasıl çalıştıklarına ilişkin farklı teorileri değerlendirmektedir. Daha sonra plaseboların sağlık inançları ve hastalık bilişleri, sağlık davranışları, stres, ağrı ve hastalık gibi bu kitabın geri kalanında tartışılan sağlık psikolojisinin farklı alanları üzerindeki etkilerini ortaya koymakta ve bunu zihin ve beden arasındaki ilişki ile inançlar, davranışlar ve sağlık ve hastalık arasındaki karşılıklı ilişkiye dair bir tartışma içine yerleştirmektedir.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- Plasebo nedir?
- Plasebolar nasıl çalışır?
- Hasta beklentilerinin merkezi rolü
- Bilişsel uyumsuzluk teorisi
- Plasebo etkilerinin sağlık psikolojisindeki rolü

Plasebo nedir?

Plasebolar aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır:

- Semptomların hafiflemesine neden olan inert maddeler (örn. 'Şeker hapı içtikten sonra baş ağrım geçti').
- Bir semptomda, bir ilacın veya ameliyatın spesifik veya gerçek farmakolojik etkilerine doğrudan atfedilemeyen değişikliklere neden olan maddeler (örneğin, 'Kalça ameliyatı olduktan sonra baş ağrısı çekmeyi bıraktım').
- Spesifik olmayan psikolojik veya fizyolojik etkileri için kasıtlı olarak kullanılan herhangi bir terapi (örneğin 'banyo yaptım ve baş ağrım geçti').

Bu tanımlar, plaseboların anlaşılmasıyla ilgili bazı sorunları göstermektedir. Örneğin:

- Spesifik/gerçek ve spesifik olmayan/gerçek olmayan etkiler nelerdir? Örneğin, 'Ameliyattan sonra baş ağrılarım geçti': bu gerçek olmayan bir etki mi (tahmin edilmemişti) yoksa gerçek bir etki mi (kesinlikle oldu)?
- Psikolojik etkiler neden spesifik değildir? (örneğin, 'Ameliyatımdan sonra kendimi daha rahatlamış hissediyorum': bu spesifik olmayan bir etki midir?)
- Psikolojik tedavilerde plasebo etkileri var mıdır? Örneğin, 'Özellikle bilişsel yeniden yapılandırma terapisine gittim ve sonunda kendimi daha az yorgun hissettim': bu bir plasebo etkisi mi yoksa gerçek bir etki mi?

Spesifik ve spesifik olmayan etkiler ile fizyolojik ve psikolojik etkiler arasındaki ayrımların doğasında var olan sorunlar, görünüşte tıbbi olarak etkisiz tedavilerin tarihi incelenerek gösterilmektedir.

İnert tedavilerin tarihçesi

Yüzyıllar boyunca, birçok farklı kültürel geçmişten gelen bireyler (doktorlar ve psikologlar dahil) çeşitli farklı durumlar için görünüşte etkisiz tedaviler kullanmışlardır (ve hala kullanılmaktadırlar). Örneğin, vahşi hayvan dışkısı ve bir gladyatörün kanı gibi ilaçların gücü arttırdığı ve bir yunusun penisinin bir kısmının erkekliği arttırdığı varsayılmıştır. Bu sözde 'ilaçlar' farklı kültürlerde farklı zamanlarda kullanılmıştır ancak görünürde hiçbir tıbbi (aktif) özellikleri yoktur. Ayrıca, ateşi düşürmek için sülükle kan akıtmak ya da semptomları hafifletmek için Lourdes gibi dini yerlere seyahat etmek gibi tedaviler de, ilgili süreçler hakkında belirgin bir anlayış olmaksızın yıllar boyunca devam etmiştir. İsa Mesih, Buda ve Krishna gibi inanç şifacıları da etkisiz tedavilerin bir başka örneğidir. İnanç şifacıları geleneği, ilgili süreçlere dair anlayışımız çok zayıf olmasına rağmen devam etmiştir.

Görünüşte hareketsiz olan bu tür müdahaleler ve bu uygulamalarla ilgili gelenekler yüzyıllar boyunca sürmüştür. Buna ek olarak, bu uygulamalarda yer alan kişiler ünlü olmuş ve bir dereceye kadar güvenilirlik kazanmışlardır. Dahası, tedavilerin birçoğuna hala inanılmaktadır. Belki de hem bu müdahalelere hem de tedavileri uygulayan kişilere olan inancın devam etmesi, tedavilerin gerçekten başarılı olduğunu göstermekte ve tedavilerin kendilerine bir geçerlilik kazandırmaktadır. Neden başarılı oldular? Bu geleneksel tedavilerin bazılarında geçmişte anlaşılamayan ve bugün de anlaşılamayan tıbbi olarak aktif maddeler olması mümkündür (örneğin gladyatörlerin kanı aslında hala bilinmeyen bazı aktif maddeler içeriyor olabilir).

kimyasal). Bu tedavilerden bazılarının etkinliğinin günümüzün plasebo etkileri açısından anlaşılması da mümkündür.

Modern zaman plaseboları

Son zamanlarda plasebolar daha spesifik olarak incelenmiş ve çok sayıda etkiye sahip oldukları bulunmuştur. Örneğin, plaseboların bilişsel bir görevdeki performansı artırdığı (Ross ve Buckalew 1983), anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu (Downing ve Rickels 1983) ve Haas ve arkadaşları (1959) alerji, astım, kanser, diyabet, enürezis, epilepsi, multipl skleroz, insom- nia, ülser, obezite, akne, sigara ve demans gibi plaseboların bazı etkileri olduğu gösterilen bir dizi alanı listelemiştir.

Plasebo etkileriyle ilgili olarak belki de en çok çalışılan alanlardan biri ağrıdır. Beecher (1955), plaseboların ağrıyı azaltmadaki spesifik etkilerine ilişkin erken bir çalışmada, kronik ağrı çeken hastaların yüzde 30'unun hem öznel (örn. 'Daha az ağrı hissediyorum') hem de nesnel (örn. 'Daha hareketlisiniz') ağrı ölçümleri kullanıldığında bir plasebodan rahatlama gösterdiğini öne sürmüştür. Buna ek olarak, Diamond ve arkadaşları (1960) anjina ağrısı çeken hastalar için bir sahte operasyon bildirmiştir. Anjina ağrısı olan deneklerin yarısına sahte operasyon, yarısına da gerçek kalp bypass operasyonu yapıldığını bildirmişlerdir. Sonuçlar her iki grupta da ağrı azalmasının eşit o l d u ğ u n u göstermiş ve yazarlar, bireyin ameliyat olduğu inancının ağrının azalmasına ve anjinanın hafiflemesine neden olmak için yeterli olduğu sonucuna varmışlardır.

Plasebolar: Sağlık anlayışından çıkarılmalı mı?

1940'lardan bu yana, ilaçların etkinliğine ilişkin araştırmalarda, bir ilacın gerçek etkilerine karşı gerçek olmayan etkilerini değerlendirmek için randomize kontrollü denemeler ve plasebolar kullanılmıştır. Plasebolar sağlık denkleminde çıkarılması gereken bir şey olarak görülmüştür. Ancak, plaseboların daha önce tartışıldığı gibi çok sayıda etkisi varsa, belki de çıkarılmak yerine sağlık durumunun merkezinde görülmelidirler. Bu nedenle plaseboların nasıl çalıştığını incelemek ilginçtir.

Plasebolar nasıl çalışır?

Plaseboların çok sayıda olası etkisi varsa, bu değişikliklere gerçekte hangi faktörler aracılık eder? Plasebo etkileri sürecini anlamaya çalışmak için çeşitli teoriler geliştirilmiştir. Bu teoriler, bireysel özellikleri, tedavinin özelliklerini ve sağlık uzmanının özelliklerini inceledikleri için etkileşimsiz teoriler veya hastalar, tedavi ve sağlık uzmanları arasındaki etkileşimlerde yer alan süreçlerin incelenmesini içerdikleri için *etkileşimli* teoriler olarak tanımlanabilir.

İnteraktif olmayan teoriler

Bireyin özellikleri

Bireysel özellik teorileri, belirli bireylerin plasebo etkilerine duyarlı olmalarını sağlayan özelliklere sahip olduklarını öne sürmektedir. Bu özellikler duygusal bağımlılık, dışa dönüklük, nevroz ve yüksek derecede telkin edilebilirlik olarak tanımlanmıştır. Araştırmalar ayrıca plasebolara yanıt veren bireylerin içe dönük olduğunu da öne sürmektedir. Bununla birlikte, tanımlanan özelliklerin çoğu çelişkilidir ve plasebo duyarlılığının öngörüsü olarak tutarlı özellikleri destekleyen çok az kanıt vardır.

Tedavinin özellikleri

Diğer araştırmacılar tedavinin özelliklerine odaklanmış ve plasebo tedavisinde yer alan gerçek sürecin özelliklerinin plasebo etkisinin etkinliği veya derecesi ile ilgili olduğunu öne sürmüşlerdir. Örneğin, eğer bir tedavi birey tarafından ciddi olarak algılanıyorsa, plasebo etkisi daha büyük olacaktır. Buna göre, çok ciddi olarak algılanması muhtemel olan ameliyat en büyük plasebo etkisine sahiptir, bunu bir enjeksiyon takip eder, bunu da bir hapa karşı iki hap almak takip eder. Araştırmalar aynı zamanda hapın boyutuna da bakmış ve daha büyük hapların bir değişiklik yaratmada küçük haplardan daha etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Sağlık profesyonelinin özellikleri

Araştırmalar, plasebo tedavisini uygulayan profesyonelin türünün plasebo etkisinin derecesini belirleyebileceğini öne sürerek sağlık profesyonelinin özelliklerini de incelemiştir. Örneğin, daha yüksek mesleki statü ve daha yüksek ilginin plasebo etkisini artırdığı gösterilmiştir.

İnteraktif olmayan teorilerle ilgili sorunlar

Yalnızca hastayı, yalnızca tedaviyi veya yalnızca uzmanı inceleyen teoriler, plasebo etkisi gerçekleştiğinde ortaya çıkan hasta ve sağlık çalışanı arasındaki etkileşimi göz ardı etmektedir. Bu faktörlerin tek başlarına var olduklarını ve birbirlerinden bağımsız olarak incelenebileceklerini varsaymaktadırlar. Ancak, plasebo etkilerini anlamak istiyorsak, belki de literatürde tanımlanan sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki etkileşim teorileri (bkz. Bölüm 4) plaseboları anlamak için uygulanabilir.

Etkileşimli teoriler

Bu nedenle plasebo etkileri sürecini hasta, tedavi ve sağlık çalışanı değişkenlerini içeren aktif bir süreç olarak anlamak gerekir. Plasebo etkileri, çok sayıda farklı faktör arasındaki etkileşime bağlı olan çok boyutlu bir süreç olarak düşünülmelidir. Bu çok boyutlu süreci anlamak için araştırmalar plasebo etkisinin olası mekanizmalarını incelemiştir.

Deneyci önyargısı

Deneyci yanlılığı, deneycinin beklentilerinin bir çalışmanın sonucu üzerinde yaratabileceği etkiyi ifade eder. Örneğin, bir deneyci agresif bir film izlemenin bir çocuğun agresif davranışı üzerindeki etkisini incelemek için bir çalışma yürütüyorsa (klasik bir sosyal psikoloji çalışması), çocuğun davranışını değiştirmekten film değil, deneycinin beklentileri sorumlu olabilir (çocukla kendi etkileşimi yoluyla).

Bu olgu plasebo etkilerini açıklamak için kullanılmıştır. Örneğin, Gracely ve arkadaşları (1985) doktorların tedavi hakkındaki inançlarının hastaların plasebo kaynaklı ağrı azaltma deneyimi üzerindeki etkisini incelemiştir. Denekler üç koşuldan birine atanmış ve ya bir analjezik (ağrı kesici), ya bir plasebo ya da nalokson (ağrı deneyimini artıran bir opiat antagonisti) verilmiştir. Dolayısıyla hastalara bu tedavinin ya ağrılarını azaltacağı, ya hiçbir etkisi olmayacağı ya da artıracığı söylenmiştir. İlaçları veren doktorların kendileri de iki koşuldan birine atanmıştır. Hastaların ya bu üç maddeden birini alacağına (bir ağrı kesici alma şansı) ya da plasebo veya nalokson alacağına (bir ağrı kesici alma şansı yok) inanıyorlardı. Dolayısıyla bir grup doktor hastaya analjezik verilme ve ağrıda azalma görülme ihtimali olduğuna, diğer grup doktor ise hastaya analjezik verilme ihtimali olmadığına inanıyordu.

hasta bir çeşit analjezi alacaktı. Aslında, tüm deneklere plasebo verilmiştir. Dolayısıyla bu çalışmada hem hastaların aldıkları tedavi türüne ilişkin inançları hem de doktorların uyguladıkları tedavi türüne ilişkin inançları manipüle edilmiştir. Sonuçlar, analjezik alma şansları olduğuna inanan doktor tarafından ilaç tedavisi verilen deneklerin ağrılarında azalma olduğunu, doktorun ağrı kesici alma şansları olmadığına inandığı hastalarda ise hiçbir etki olmadığını göstermiştir. Bu durum, doktorların deneklerin ağrılarında azalma olabileceğine inanmaları halinde, bu inancın gerçekten ağrılarında azalma olduğunu bildiren deneklere de iletilmiş olduğunu göstermektedir. Ancak, doktorlar deneklerin ağrılarında azalma olmayacağına inandıysa, bu inanç da ağrı deneyimlerinde herhangi bir değişiklik olmadığını bildiren deneklere iletilmiştir. Bu çalışma, doktor ve hasta arasındaki etkileşimin rolünü vurgulamaktadır ve sosyal psikolojide deneyci önyargısı olarak tanımlanan etkiye benzemektedir. Deneyci yanlılığı, deneycinin beklentilerini, bu beklentilere uygun olarak yanıt veren deneklere iletebileceğini öne sürmektedir. Bu nedenle, plasebo etkilerine uygulandığında, denekler iyileşme gösterirler çünkü sağlık uzmanları onlardan bunu beklemektedir.

Hasta beklentileri

Araştırmalar ayrıca hastanın beklentilerini de incelemiştir. Ross ve Olson (1981) hastaların beklentilerinin plasebo sonrası iyileşme üzerindeki etkilerini incelemiştir. Hastaların çoğunun hastalık sonrasında kendiliğinden iyileşme yaşadığını, çünkü çoğu hastalığın kendiliğinden değişim dönemlerinden geçtiğini ve hastaların bu değişimleri tedaviye atfettiğini öne sürmüşlerdir. Dolayısıyla, tedavi bir plasebo olsa bile, herhangi bir değişiklik bu tedavinin etkinliği açısından anlaşılacaktır. Bu, hastaların iyileşmek istedikleri ve iyileşmeyi bekledikleri için, yaşadıkları herhangi bir değişikliğin aldıkları ilaçlara atfedildiğini göstermektedir. Ancak, Park ve Covi (1965) bir grup nevrotik hastaya şeker hapları vermiş ve hastalara aslında hapların şeker hapi olduğunu ve bu nedenle hiçbir etkisi olmayacağını söylemiştir. Sonuçlar, hastaların nevrotikliklerinde hala bir miktar azalma olduğunu göstermiştir. Bu durumda hastaların tedavinin işe yaramasını beklememelerine rağmen plaseboya yanıt verdikleri söylenebilir. Bununla birlikte, bu hastaların hala iyileşeceklerine dair bazı beklentileri olduğu, aksi takdirde hapları alma zahmetine girmeyecekleri de ileri sürülebilir. Jensen ve Karoly (1991) de hasta motivasyonunun plasebo etkilerinde önemli bir rol oynadığını savunmakta ve hasta motivasyonu (semtom değişikliği yaşama arzusu) ile hasta beklentisi (semtom değişikliğinin gerçekleşeceğine dair inanç) arasında ayrım yapmaktadır. Bir laboratuvar çalışmasında, hasta motivasyonunun ve hasta beklentisinin, bir 'yatıştırıcı hapi' takiben semptom algısında plasebo kaynaklı değişiklikler üzerindeki göreceli etkilerini incelemişlerdir. Sonuçlar, hasta beklentisinin bir rolü olduğunu, ancak aynı zamanda daha yüksek motivasyonun daha büyük bir plasebo etkisiyle ilişkili olduğunu göstermiştir.

Raporlama hatası

Raporlama hatası da plasebo etkilerinin bir açıklaması olarak öne sürülmüştür. Hasta beklentilerini vurgulayan önceki teorileri desteklemek amacıyla, hastaların tıbbi müdahalenin ardından iyileşme göstermeyi bekledikleri, doktoru memnun etmek istedikleri ve bu nedenle semptomları değişmeden kalsa bile iyileştiklerini öne sürerek yanlış raporlama yaptıkları öne sürülmüştür. (Aslında 'plasebo' terimi Latince 'memnun edeceğim' anlamına gelen bir kelimedenden türetilmiştir). Plaseboların doktor tarafından yapılan raporlama hatasının bir sonucu olduğu da öne sürülmüştür. Doktorlar da müdahalelerinin ardından bir iyileşme görmek isterler ve yanlış ölçüm de yapabilirler. Raporlama hatası teorisi bu nedenle plasebo etkilerini hata açısından açıklamaktadır,

yanlış beyan veya semptom değişikliklerinin plaseboya yanlış atfedilmesi. Bununla birlikte, hastalar tarafından bildirilen veya doktor tarafından rapor edilen tüm semptom değişikliklerinin olumlu olmaması nedeniyle raporlama hatası teorisiyle ilgili sorunlar bulunmaktadır. Birçok çalışma, hastaların plasebolara hem uyuşukluk, mide bulantısı, konsantrasyon eksikliği gibi öznel değişiklikler hem de terleme, kusma ve deri döküntüleri gibi nesnel değişiklikler açısından olumsuz yan etkiler bildirdiğini göstermektedir. Tüm bu faktörler doktor için hoş olmayacaktır ve bu nedenle talep etkilerinden biri olarak raporlama hatası teorisini desteklememektedir. Buna ek olarak, plasebolarda kalp atış hızı ve kan basıncı açısından nesnel değişiklikler de vardır ve bunlar ne hastanın doktoru memnun etme arzusu ne de doktorun bir değişiklik görme arzusu açısından anlaşılamaz.

Koşullandırma etkileri

Geleneksel koşullandırma teorileri de plasebo etkilerini açıklamak için kullanılmıştır (Wickramasek- era 1980). Hastaların belirli faktörleri iyileşme ve semptomlarında düzelme ile ilişkilendirdikleri öne sürülmektedir. Örneğin, doktorların, beyaz önlüklerin, hapların, enjeksiyonların ve ameliyatın varlığı iyileşme, düzelme ve etkili tedavi ile ilişkilendirilmektedir. Koşullandırma teorisine göre, koşulsuz uyarıcı (tedavi) genellikle koşulsuz bir yanıtla (iyileşme) ilişkilendirilir. Ancak, bu koşulsuz uyarıcı (tedavi) koşullu bir uyarıcıyla (örneğin hastane, beyaz önlük) eşleştirilirse, koşullu uyarıcının kendisi koşullu bir yanıt (iyileşme, plasebo etkisi) ortaya çıkarabilir. Koşullu uyarıcı, doktorun görünüşü, çevre, tedavinin yapıldığı yer veya sadece bir hap almak gibi bir dizi faktörden oluşabilir. Bu uyaran daha sonra plasebo iyileşmesini ortaya çıkarabilir. Örneğin, insanlar genellikle doktorun bekleme odasına girer girmez kendilerini daha iyi hissettiklerini, baş ağrılarının bir hapi sindirmeye vakit bulamadan geçtiğini ve bir doktor görüldüğünde semptomların ortadan kalktığını söylerler. Koşullanma teorisine göre, bu değişiklikler plasebo iyileşmesinin örnekleri olacaktır. Çeşitli raporlar koşullanma teorisine destek sağlamaktadır. Örneğin, araştırmalar bir plasebo ilacının hastane ortamında bir doktor tarafından verildiğinde, tıp mesleğiyle ilişkisi olmayan biri tarafından evde verilmesine kıyasla daha etkili olduğunu göstermektedir. Bu da plasebo etkilerinin hasta ve çevresi arasında bir etkileşim gerektirdiğini göstermektedir. Buna ek olarak, plasebo ile ağrının azaltılması, klinik ve gerçek ağrıda deneysel olarak yaratılan ağrıdan daha etkilidir. Bu durum, deneysel olarak yaratılan ağrının tedavi ortamıyla ilişkiyi ortaya çıkarmadığını, oysa gerçek ağrının önceki tedavi deneyimlerine ilişkin anıları ortaya çıkararak plasebo müdahalesine daha duyarlı hale getirme etkisine sahip olduğunu göstermektedir.

Anksiyete azaltma

Plasebolar anksiyetenin azaltılması açısından da açıklanmıştır. Downing ve Rickels (1983), plaseboların anksiyeteyi azalttığını ve böylece hastanın iyileşmesine yardımcı olduğunu savunmuştur. Özellikle anksiyetenin bu şekilde azalması ağrının azalmasında etkilidir (Sternbach 1978). Örneğin, kapı kontrol teorisine göre, anksiyetenin azalması kapıyı kapatıp ağrıyı azaltabilirken, anksiyetenin artması kapıyı açıp ağrıyı artırabilir (bkz. Bölüm 12). Plasebolar, bireyi güçlendirerek ve ağrıların kontrolünün kendilerinde olduğunu hissetmelerini sağlayarak anksiyeteyi azaltabilir. Bu gelişmiş kontrol hissi anksiyetenin azalmasına yol açabilir ve bu da ağrı deneyimini azaltır. Plasebolar, anksiyete-ağrı döngüsünü kırarak kronik ağrıda özellikle etkili olabilir (bkz. Bölüm 12). Anksiyetenin azaltılmasının rolü, plaseboların gerçek ağrıyı azaltmada deneysel ağrıyı azaltmaktan daha etkili olduğuna dair raporlarla desteklenmektedir; bunun nedeni belki de gerçek ağrının plasebo tarafından hafifletilebilen daha büyük bir anksiyete derecesi ortaya çıkarması, oysa deneysel olarak indüklenen ağrının bireyi endişelendirmemesidir. Bununla birlikte, bazı

plaseboların anksiyete azaltıcı teorisi ile ilgili sorunlar. Öncelikle, plaseboların ağrıyı azaltmanın yanı sıra birçok başka etkisi de vardır. Ayrıca Butler ve Steptoe (1986), plaseboların astımlılarda akciğer fonksiyonlarını artırmasına rağmen, bu artışın anksiyete ile ilişkili olmadığını bildirmiştir.

Fizyolojik teoriler

Fizyologlar da plasebo etkilerini açıklamak için, özellikle ağrının azaltılmasına odaklanan teoriler geliştirmişlerdir. Levine ve arkadaşları (1978) plaseboların beyin doğal ağrı kesicileri olan endorfin (opiat) salınımını artırdığını ve dolayısıyla ağrıyı azalttığını ileri sürmüşlerdir. Bunun kanıtı çeşitli şekillerde ortaya çıkmaktadır. Plaseboların bağımlılık, yoksunluk ve tolerans yarattığı gösterilmiştir; tüm bu faktörler yoksun eroin bağımlılarında bulunanlara benzerdir, bu da plaseboların opiat salınımını artırabileceğini düşündürmektedir. Buna ek olarak, sonuçlar plasebo etkilerinin bir opiat antagonisti olan nalokson verilerek engellenebileceğini göstermektedir. Bu da plaseboların opiat salınımını artırabileceğini, ancak bu opiat salınımının nalokson tarafından engellenerek plaseboların fizyolojik teorisini desteklediğini göstermektedir. Bununla birlikte, plaseboların tek sonucu ağrıyı azaltmak olmadığını için fizyolojik teoriler sınırlıdır.

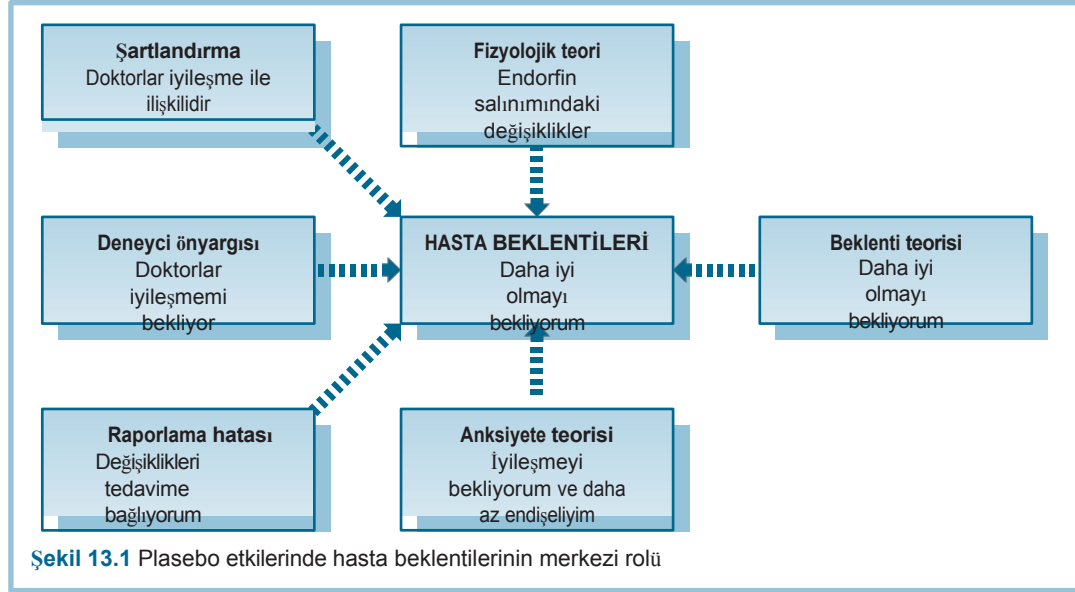
Kutu 13.1 ... plasebo araştırması ile ilgili bazı sorunlar

Aşağıda, bu alandaki araştırmalarla ilgili olarak durup düşünmek isteyebileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır.

- 1 Plasebo etkisini anlamanın merkezinde beklentilerin rolü yer alır; insanlar beklentileri doğrultusunda acı hisseder ya da iyileşir gibi görünür. Ancak beklentilerin rolü, herhangi bir çalışmaya katılmak ya da bireyin beklentilerini nihai olarak değiştirecek herhangi bir ilaç teklif edilmek suretiyle nasıl test edilebilir? Bu nedenle plasebo etkisini 'plasebolastırmak' gerçekten mümkün değildir.
- 2 Plasebo araştırmaları, sadece ilaç tedavisine bağlı kalmak şeklinde bile olsa iyileşmeyi beklemenin insanları daha iyi hale getirdiğini göstermektedir. Ancak bu sürecin gerçekte nasıl işlediği açık değildir. Plasebo etkisi nasıl oluyor da bir yaranın daha hızlı iyileşmesini, bir ağrının geçmesini ya da akciğerlerin daha iyi çalışmasını sağlıyor?
- 3 Plasebolar, bir kişinin zihni ile bedeni arasında doğrudan bir ilişki olduğunu gösterir. Bu, sağlık psikolojisinin merkezinde yer alır. Bununla birlikte, bunun nasıl işlediğini hala bilmiyoruz - açıklanamayan sihirli bir hissi var gibi görünür.

Hasta beklentilerinin merkezi rolü

Galen'in hekim hakkında "Kendisine en çok güvenilen kişiyi iyileştirir" dediği bildirilmektedir (Evans 1974 tarafından aktarılmıştır). Buna uygun olarak, şimdiye kadar açıklanan tüm plasebo etkisi teorileri hastanın iyileşmeyi beklemesini içerir. Deneyci yanlılığı teorisi, hastaya iletilen ve hastanın beklentisini değiştiren doktorun beklentisini açıklar. Beklenti etkileri teorisi, hastaların önceki başarılı tedavi deneyimlerinden kaynaklanan beklentilerini doğrudan açıklamaktadır. Raporlama hatası teorisi, hastaların iyileşme göstermeyi beklediklerini ve bu nedenle iyileşmeyi yanlış raporladıklarını öne sürerken, yanlış atıf teorileri hastaların iyileşme beklentilerinin, beklenen değişiklikler açısından spontane değişiklikleri anlamaya dönüştüğünü savunur. Buna ek olarak, koşullandırma teorisi bireyin koşullandırılmış uyarıların başarılı müdahale ile ilişkili olmasını beklemesini gerektirir ve kaygı azaltma teorisi bireyin tedavinin etkili olacağı inancı nedeniyle plasebo tedavisinden sonra daha az kaygılı hissetmesini tanımlar. Son olarak, fizyolojik teori bile bireyin iyileşmeyi bekleyeceğini varsayar. Hasta beklentilerinin merkezi rolü Şekil 13.1'de gösterilmektedir.



Ross ve Olson (1981) plasebo etkilerini şu şekilde özetlemektedir:

- plasebo etkilerinin yönü, çalışılan ilacın etkileriyle paralellik gösterir
- plasebo etkisinin gücü aktif ilacın etkisiyle orantılıdır
- plasebo ilacın ve aktif ilacın bildirilen yan etkileri genellikle benzerdir
- Hem plasebo hem de aktif ilacın aktif hale gelmesi için gereken süre genellikle benzerdir.

Sonuç olarak, "çoğu çalışma, uygulanan bir plasebonun, alıcının durumunu (veya bazı durumlarda durumun kendi kendine raporunu) plasebonun beklenen etkilerine uygun olarak değiştireceği sonucuna varmaktadır" (1981: 419). Dolayısıyla, yukarıdaki teorilere göre, plasebolar işe yaramaktadır çünkü hasta ve sağlık profesyonelleri bunların işe yaramasını beklemektedir. Bu, beklentilerin rolünü vurgulamakta ve plasebo etkilerini bireyler arasında ve bireyler ile çevreleri arasında bir etkileşim olarak görmektedir.

Bilişsel uyumsuzluk teorisi

Şimdiye kadar anlatılan plasebo teorileri hasta beklentilerini vurgulamaktadır. Totman (1976, 1987) tarafından geliştirilen plaseboların bilişsel uyumsuzluk teorisi, hasta beklentilerini plasebo denkleminde çıkarmaya çalışmış ve gerekçelendirme ve uyumsuzluğu vurgulamıştır. Totman (1976, 1987) plasebolara ilişkin bilişsel uyumsuzluk teorisini şu bağlama yerleştirmiştir: "İnançla iyileştirme neden bu kadar uzun süre devam etti?" ve "Tıbbi olarak aktif bir içeriği olmayan homeopatik ilaçların çoğu neden hala kullanılıyor? İnançla iyileştirmenin sürdüğünü ve homeopatik ilaçların işe yaradıkları için hala kullanıldığını savundu. Bunun neden böyle olabileceği sorusuna yanıt olarak Totman, tüm bu tıbbi olarak etkisiz tedavilerin ortak noktasının, bireyin para, özveri, acı, zaman veya zahmet açısından bir yatırım yapmasını gerektirmesi olduğunu öne sürmüştür. Totman'a göre eğer tıbbi olarak etkin olmayan ilaçlar serbestçe temin edilebilseydi etkili olmazlardı ve eğer bir kişi Lourdes'a yakın bir yerde yaşıyorsa Lourdes'a gitmesinin sağlık durumu üzerinde hiçbir etkisi olmazdı.

Bir teorinin test edilmesi - plasebo olarak 'size söyleneni yapmak'

Kalp krizinden iyileşmeyi tahmin etmede tıbbi tedaviye bağlı kalmanın rolünü inceleyen bir çalışma - plasebo olarak hap almak (aktif olsun ya da olmasın) (Horwitz ve ark. 1990).

Tıp, uzun bir süre boyunca tıbbi tavsiyelere uymanın iyileşme için önemli olduğunu düşünmüştür: 'bu ilaçları alırsan iyileşirsin'. Ancak bu çalışma, alınan hapların aktif hap ya da plasebo hap olmasından bağımsız olarak, sadece hap almaya yönelik tıbbi tavsiyelere uymanın kalp krizinin ardından iyileşme için faydalı olabileceğini göstermektedir. Bu durum, zihin ve beden arasındaki ilişkinin anlaşılması ('ilaçlarımı aldığımı inanıyorum' ifadesi gerçekten iyileşme ile ilişkilidir) ve sağlık ve hastalıkta inanç ve beklentilerin merkezi rolünün anlaşılması açısından önemli sonuçlar doğurmaktadır.

Arka plan

Randomize kontrollü denemeler (RKÇ) 1940'lardan beri ilaçların plasebolara kıyasla etkinliğini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Bu denemelerde denekler rastgele bir şekilde ya deney koşuluna (ve gerçek ilacı almaya) ya da kontrol koşuluna (ve plasebo ilacı almaya) ayrılır. Plasebo ilaçlar, kimyasal olarak aktif ilacın 'gerçek' etkilerini hem 'plasebo etkilerinden' hem de zaman içinde kendiliğinden meydana gelebilecek değişikliklerden ayırt etmek için bir karşılaştırma noktası olarak kullanılır. RCT metodolojisi, plasebo ilacı takiben semptomlarda değişiklikler meydana gelebileceğini kabul etmekte, ancak bunları gerçek ilacı takiben meydana gelen gerçek değişikliklerden daha az önemli görmektedir. Ancak 1982 yılında Koroner İlaç Projesi'nden elde edilen veriler yayınlanmış ve kalp krizi geçiren erkeklerde ölüm oranının en iyi belirleyicisinin lipid düşürücü ilaç almakla plasebo ilaç almak değil, herhangi bir ilacı (ister aktif ilaç ister plasebo ilaç olsun) almaya devam etmek olduğunu ortaya koymuştur. Sonuçlar, hem deneysel hem de plasebo gruplarında ilaca bağlı kalanların kalmayanlara göre beş yıl içinde daha düşük ölüm oranına sahip olduğunu göstermiştir. Horwitz ve arkadaşları (1990) büyük bir beta-bloker kalp krizi çalışmasında (Beta-blocker Heart Attack Trial Research Group 1982) bağıllığın ölüm riskinin iyi bir belirleyicisi olup olmadığını incelemek ve bağıllığın herhangi bir etkisinin sosyal ve davranışsal özelliklerle açıklanıp açıklanamayacağını değerlendirmek üzere yola çıkmıştır (örneğin bağıllık göstermeyenler aynı zamanda stresli yaşamları olan sigara içicileri miydi?)

Metodoloji

Horwitz ve arkadaşları, akut kalp krizinden kurtulan hastalarda propranolol (bir beta bloker) ile plasebo ilacını karşılaştıran çok merkezli, randomize, çift kör bir çalışma olan beta bloker kalp krizi çalışmasının bir parçası olarak toplanan verilerin yeniden analizini rapor etmiştir (bu, ikincil veri analizi olarak bilinir).

Konular

Orijinal çalışmaya ortalama 25 ay boyunca her üç ayda bir yeniden değerlendirilen 30-69 yaş arası 3837 erkek ve kadın dahil edilmiştir. Deney grubundaki (beta-bloker alan) 1082 ve plasebo grubundaki 1094 erkeğin verileri analiz edilmiştir (tüm kadınlar ve psikososyal ölçümleri tamamlamayan erkekler analizden çıkarılmıştır). Takip verileri 12 ay boyunca analiz edilmiştir.

Tasarım

Çalışma prospektif olup, denekler hastaneden taburcu olduktan altı hafta sonra ilk ölçümleri tamamlamış ve her üç ayda bir takip ölçümlerini tamamlamışlardır.

Önlemler

Psikososyal faktörler, bağıllık ve klinik özellikler ölçülmüştür:

- *Psikososyal faktörler.* Denekler hastalıktan altı hafta sonra yapılandırılmış bir mülakatı tamamlamıştır. Buna verilen cevaplar dört psikososyal değişken oluşturacak şekilde gruplandırılmıştır: yaşam stresi düzeyleri, sosyal izolasyon, depresyon ve A tipi davranış biçimi. Buna ek olarak, hem başlangıçta hem de takip sırasında sağlık uygulamalarına ilişkin veriler toplanmıştır (örn. sigara, alkol kullanımı, diyet, iş dışında fiziksel aktivite).
- *Bağıllık.* Her bir takip aralığı (üç ay) için bağıllık, ilaç miktarının reçete edilen miktara bölünmesiyle hesaplanmıştır. Denekler kötü bağıllık gösterenler (reçete edilen ilaçların yüzde 75'inden azını veya eşitini alan) ve iyi bağıllık gösterenler (reçete edilen ilaçların yüzde 75'inden fazlasını alan) olarak ikiye ayrılmıştır.
- *Klinik özellikler.* Kalp krizinin klinik şiddeti (konjestif kalp yetmezliği, kalp krizinin şiddeti, yaş) ve sosyodemografik özellikler (etnik köken, medeni durum, eğitim) de ölçülmüştür.
- *Mortalite.* Mortalite 12 ay sonra ölçülmüştür.

Sonuçlar

Bağıllık ve ölüm oranı

Sonuçlar, bağıllık ve mortalite arasındaki ilişkiyi incelemek için analiz edilmiş ve iyi bağıllık gösteren hastalarla karşılaştırıldığında, kötü bağıllık gösterenlerin bir yıllık takipte ölme olasılığının iki kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Bu ilişki, veriler tedavi kategorisine göre analiz edildiğinde de (yani hem deney grubu hem de kontrol grubu için) mevcuttu. Dolayısıyla, ilacın ne olduğuna bakılmaksızın (ister beta-bloker ister plasebo olsun), ilacı tavsiye edildiği şekilde almak deneklerin ölme olasılığını yarıya indirmiştir.

Psikososyal ve klinik faktörlerin rolü

Sonuçlar, konjestif kalp yetmezliği öyküsü olan, evli olmayan, sosyal izolasyonu ve yaşam stresi yüksek olan kişilerde bir yıl sonra ölüm oranının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak, bir yıl sonra ölenlerin başlangıçta sigara içiyor olma olasılığı daha yüksek ve takip sırasında sigarayı bırakma olasılığı daha düşüktü. Bununla birlikte, veriler bu psikososyal ve klinik faktörleri dikkate alacak şekilde analiz edildiğinde bile, bağıllık bir yıl sonraki ölümle hala güçlü bir şekilde ilişkilidir.

Sonuç

Dolayısıyla bu sonuçlar, alınan ilacın türünden bağımsız olarak, tıbbi tavsiyelere bağıllık ile ölüm oranı arasında güçlü bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Bu etki psikososyal ya da klinik faktörlerden kaynaklanmıyor gibi görünmektedir (ilaç kullanmayanlar ilaç kullananlardan daha fazla sigara içmemektedir). Bu nedenle 'doktorun önerdiğini yapmak' sağlık için faydalı görünmektedir, ancak geleneksel nedenlerle ('ilaçlar sizin için iyidir') değil, belki de ilaç alarak

hasta daha iyi olmayı bekler. Yazarlar bir gözden geçirme makalesinde 'iyi bağlılığın sağlık üzerindeki iyi etkisinin belki de en kışkırtıcı açıklamasının klinisyenler için en karmaşık olanı olduğu sonucuna varmıştır: hasta beklentilerinin veya öz yeterliliğin rolü'. 'Tedavinin etkili olmasını bekleyen hastaların, klinik sonuçların iyileşmesine yol açan diğer sağlık uygulamalarına katıldıklarını' öne sürmüşlerdir (Horwitz ve Horwitz 1993). Buna ek olarak, bağlılığın gücünün ilaç almakla sınırlı olmayabileceğini, davranış değişikliği önerilerine bağlılıkla da ortaya çıkabileceğini öne sürmüşlerdir. Bağlılık, hasta beklentilerinin bir ölçüsü olabilir ve bu beklentiler bireyin sağlık durumunu etkiler - bağlılık plasebo etkisinin bir örneği ve inançlar, davranışlar ve sağlık arasındaki karmaşık karşılıklı ilişkinin bir yansımasıdır.

Yatırımın etkisi

Totman bu yatırımın bireyin iki süreçten geçmesine neden olduğunu öne sürmüştür: (1) bireyin davranışlarını haklı çıkarma ihtiyacı; ve (2) bireyin kendisini rasyonel ve kontrol sahibi olarak görme ihtiyacı. Eğer bu iki faktör birbiriyle uyumluysa (örneğin 'bir tedaviye para harcadım ve işe yaradı'), o zaman birey düşük uyumsuzluk yaşar. Bununla birlikte, bu iki faktör arasında bir çatışma varsa (örneğin, 'Bir tedaviye para harcadım ve kendimi daha iyi hissetmiyorum'), birey yüksek uyumsuzluk durumu yaşar. Totman, yüksek gerekçelendirmenin (işe yaradı) düşük suçluluk ve düşük uyumsuzlukla sonuçlandığını savunmuştur (örneğin, 'Davranışımı gerekçelendirebilirim, rasyonelim ve kontrol bende'). Ancak, düşük gerekçelendirme (örneğin 'işe yaramadı') yüksek suçluluk ve yüksek uyumsuzlukla (örneğin 'davranışımı gerekçelendiremiyorum, rasyonel ya da kontrollü değilim') sonuçlanır. Bu durum plasebo etkileri ve semptomlardaki değişikliklerle nasıl ilişkilidir?

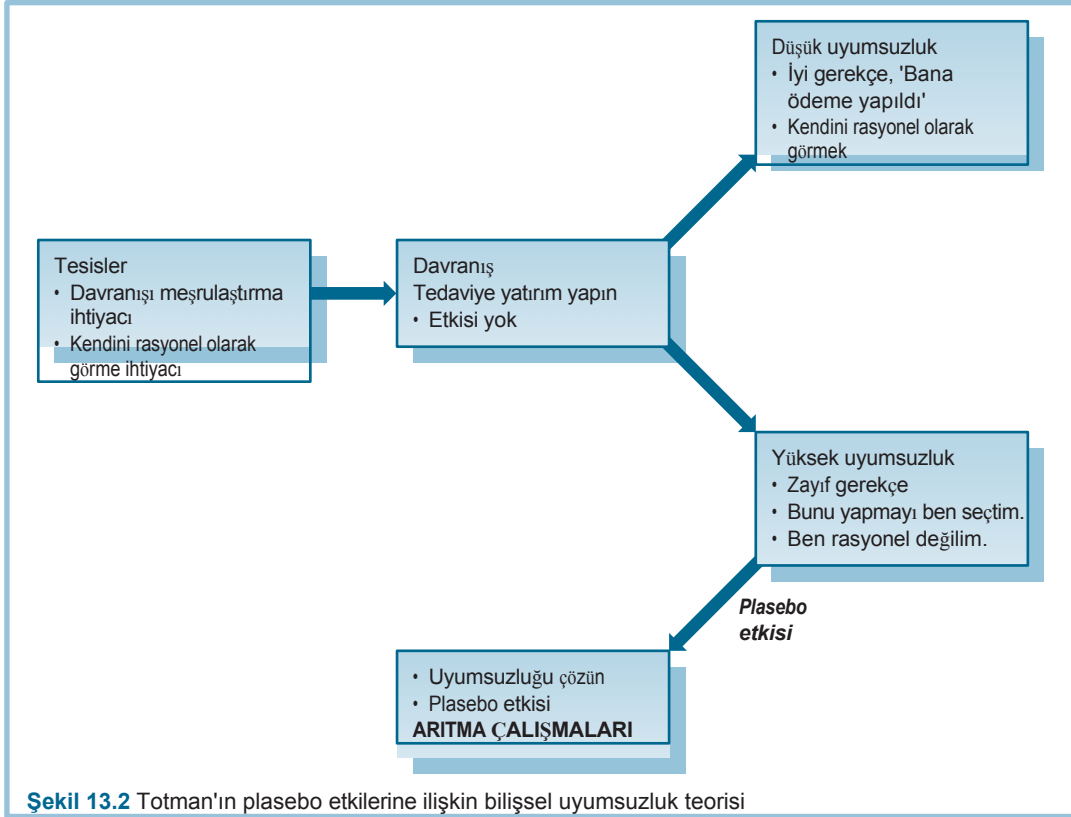
Gerekçelendirme ve semptomlardaki değişiklikler

Eğer bir kişi bir inanç şifacısını görmek için uzaklara gidiyor ve çok para ödüyorsa, bu davranışını haklı çıkarmaya ihtiyaç duyar. Ayrıca kendilerini rasyonel ve kontrol sahibi olarak görmeleri gerekir. Bir inanç şifacısına görünmek için çok fazla yatırım yapmışlarsa ve inanç şifacısının sağlık durumları üzerinde hiçbir etkisi olmamışsa, kendilerini rasyonel ve kontrol sahibi olarak göremeyecekler ve bu nedenle yüksek bir uyumsuzluk durumunda olacaklardır. Totman'a göre bu uyumsuzluğu çözenin en iyi yolu, bireyin davranışlarını haklı çıkarabilmesini ve kendisini rasyonel ve kontrol sahibi olarak görmesini sağlayacak bir sonucun ortaya çıkmasıdır. İnanç şifacısı açısından en iyi sonuç sağlık durumunda bir iyileşme olacaktır. Bu, bireyin davranışlarını haklı çıkarmasını ve kendini rasyonel ve mantıklı biri olarak görmesini sağlayacaktır. Totman, yüksek uyumsuzluk durumunda, bilinçdışı düzenleyici mekanizmaların harekete geçtiğini, bunun da bireyin sağlığını iyileştiren fiziksel değişikliklere neden olabileceğini, bunun da bireyin davranışını haklı çıkarmasını sağlayacağını ve uyumsuzluğu çözeceğini savunmuştur. Dolayısıyla Totman, plasebo etkisinin ortaya çıkması için bireyin iyileşeceğine dair bir beklentiye değil, davranışları için bir gerekçe bulma ihtiyacına ve bunu oluşturmak için bilişsel uyumsuzluk durumuna ihtiyaç duyduğunu öne sürmüştür. Totman'ın modeli Şekil 13.2'de gösterilmektedir.

Gerekçelendirmenin rolüne ilişkin kanıtlar

Araştırmalar, gerekçelendirme ihtiyacının gerçekten de semptom algısı ile ilişkili olup olmadığını incelemiştir. Zimbardo (1969) *post hoc* gerekçelendirmenin açlık ve susuzluk üzerindeki etkilerini değerlendirmiştir. Deneklerden belirli bir süre boyunca bir şey yememeleri

ya da içmemeleri istenmiş ve iki gruba ayrılmışlardır.



Grup 1'e yeme ve içmeden uzak durmayı başarmaları halinde para teklif edilmiş, bu da bu deneklere davranışları için iyi bir gerekçe sağlamıştır. Grup 2'den sadece belirli bir süre boyunca bir şey yememeleri ve içmemeleri istenmiş, ancak herhangi bir sebep ya da teşvik verilmemiş ve dolayısıyla herhangi bir gerekçe sunulmamıştır. Davranışları için iyi bir gerekçeye sahip olan 1. grup uyumsuzluk halinde değildi; yemek yememeyi gerekçelendirebildiler ve hala rasyonel ve kontrollü olma hissini koruyabildiler. Grup 2'nin davranışları için hiçbir gerekçesi yoktu ve bu nedenle çok az bir sebeple bir davranışta bulundukları için yüksek bir uyumsuzluk durumundaydılar. Dolayısıyla bu uyumsuzluğu gidermek için Grup 2'nin davranışları için bir gerekçe bulması gerektiği ileri sürülmüştür. Yoksunluk döneminin sonunda tüm deneklerin diledikleri kadar yiyip içmelerine izin verilmiştir. Sonuçlar, grup 2'nin (yüksek uyumsuzluk içinde olanlar) kendilerine ücretsiz yiyecek sunulduğunda grup 1'e (düşük uyumsuzluk içinde olanlar) kıyasla daha az yiyip içtiğini göstermiştir.

Sonuçlar şu şekilde yorumlanmıştır. Grup 2'deki denekler, yüksek dis-sonans durumunda olduklarından, davranışları için bir gerekçe bulma ihtiyacı duymuşlar ve davranışlarını 'aç olmadığım için yemedim' inancıyla gerekçelendirmişlerdir. Bu nedenle yiyecek mevcut olduğunda daha az yiyip içmişlerdir. Düşük uyumsuzluk durumunda olan grup 1'deki deneklerin davranışları için bir gerekçe bulmalarına gerek yoktu çünkü iyi bir gerekçeleri vardı: 'Yemek yemedim çünkü yememem için para aldım'. Bu nedenle yemek teklif edildiğinde daha fazla yemek yemişlerdir. Bu çalışmanın sonuçları, yüksek uyumsuzluğun denegin fizyolojik durumunu etkilediğini ve uyumsuzluk sorununu çözmek için fizyo-mantıksal durumun değiştiğini öne sürmek için kullanılmıştır.

Araştırmalar, gerekçelendirmenin plasebo kaynaklı ağrı azaltma üzerindeki etkilerini de incelemiştir. Totman (1987) bir grup denekte ısı uyarımı kullanarak ağrı oluşturmuştur. Daha sonra deneklere ağrıyı azaltmak için bir ilaç seçeneği sunulmuştur. Aslında bu ilaç bir plasebo

idi. Deneklerin yarısı

Deneklerin yarısına çalışmaya katılmaları için para teklif edilmiş, yarısına ise para teklif edilmemiştir. Totman, bir gruba çalışmayı yürütmeleri ve acıyı tecrübe etmeleri için bir teşvik sunulduğu için, bu grubun davranışları için yüksek bir gerekçeyle sahip olduklarını ve düşük bir dis-sonans durumunda olduklarını ileri sürmüştür. Diğer gruba ise hiç para teklif edilmemişti ve bu nedenle kendilerini acı verici bir duruma maruz bırakmak için düşük gerekçeleri vardı; bu nedenle düşük gerekçeleri vardı ve yüksek uyumsuzluk durumundaydılar. Totman, bu grubun bu uyumsuzluk durumunu çözmek için bir tür gerekçe bulması gerektiğini savunmuştur. Eğer ilaç işe yararsa, yazar bunun onlara kendilerini deneye tabi tutmaları ve ilacı almayı seçmeleri için bir gerekçe sağlayacağını savunmuştur. Sonuçlar, yüksek uyumsuzluk durumundaki grubun plaseboyu takiben düşük uyumsuzluk durumundaki gruba göre daha az acı çektiğini göstermiştir. Totman bunun, düşük gerekçelendirme durumunda olmanın bireyin bilinçdışı düzenleyici mekanizmalarını harekete geçirdiğini, bunun da acıyı azaltmak için fizyolojik değişikliklere neden olduğunu, gruba davranışları için gerekçe sağladığını ve dolayısıyla uyumsuzluk durumlarını ortadan kaldırdığını gösterdiğini ileri sürmüştür.

Totman'ın teorisine bir örnek

Aşağıdaki örnek, gerekçelendirme ile kişinin kendisini rasyonel ve kontrol sahibi olarak görme ihtiyacı arasındaki ilişkiyi ve bu iki faktör arasındaki uyumsuzluk sorununu göstermektedir.

Kişinin sağlık durumunu iyileştirmek amacıyla Lourdes'u ziyaret etmesi, bu davranışa zaman, para ve benzeri açılardan bir dereceye kadar yatırım yapılmasını gerektirir. Eğer Lourdes ziyaretinin hiçbir etkisi olmazsa, o zaman davranış mantıksız ve gerekçesiz görünmeye başlar. Eğer birey davranışına gerekçe bulabiliyorsa, örneğin 'Lourdes'a gitmek için para aldım' gibi, o zaman düşük bir rahatsızlık yaşayacaktır. Ancak birey Lourdes'a yaptığı ziyaret için hiçbir gerekçe bulamazsa ve bu nedenle 'bunu yapmayı ben seçtim ve işe yaramadı' diye düşünürse, yüksek uyumsuzluk durumunda kalır. Uyumsuzluk, içinde bulunulması rahatsız edici bir durumdur ve birey bu durumu ortadan kaldırmak için motive olur. Sonucun değiştirilmesi (örneğin 'Lourdes ziyaretinden sonra kendimi daha iyi hissediyorum') bu uyumsuzluğu ortadan kaldırır ve birey 'bunu yapmayı ben seçtim ve işe yaradı' inancına sahip olabilir. Dolayısıyla, bilişsel uyumsuzluk teorisine göre uyumsuzluk, plasebonun bilinçdışı düzenleyici mekanizmaları harekete geçirerek bireyin sağlık durumu üzerinde etkili olmasıyla giderilebilir.

Bilişsel uyumsuzluk teorisine için destek

Aşağıdaki faktörler bilişsel uyumsuzluk teorisine için destek ve kanıt sağlamaktadır:

- Teori sadece ağrıyı değil, tüm plasebo etkilerini açıklayabilir.
- Teori hastanın beklentilerini değil, seçimini gerektirir. Bu, bireyin iyileşmeyi beklemiyor gibi görüldüğü bildirilen durumları açıklamaya yardımcı olur.
- Teori, bireyin tıbbi prosedüre bağlılık göstermesi gerektiğini öne sürmektedir; bu da bireyin iyileşmek için neden bazı yatırımlar (örneğin acı, zaman, para) yapması gerektiğini açıklamaktadır. Bu, tedavi özelliklerinin, bireysel özelliklerin ve terapist özelliklerinin önerilen bazı etkilerini açıklayabilir.

Bilişsel uyumsuzluk teorisine ile ilgili sorunlar

Bununla birlikte, bilişsel uyumsuzluk teorisine ile ilgili çeşitli sorunlar bulunmaktadır:

- Gerekçelendirmenin etkilerini inceleyen araştırmaların çoğu, davranışlarını gerekçelendirmelerini sağlamak için deneklere para verilmesini içermektedir. Deneklere

para vermenin kaygılarını artırması ve dolayısıyla acı algısını yükseltmesi mümkündür.

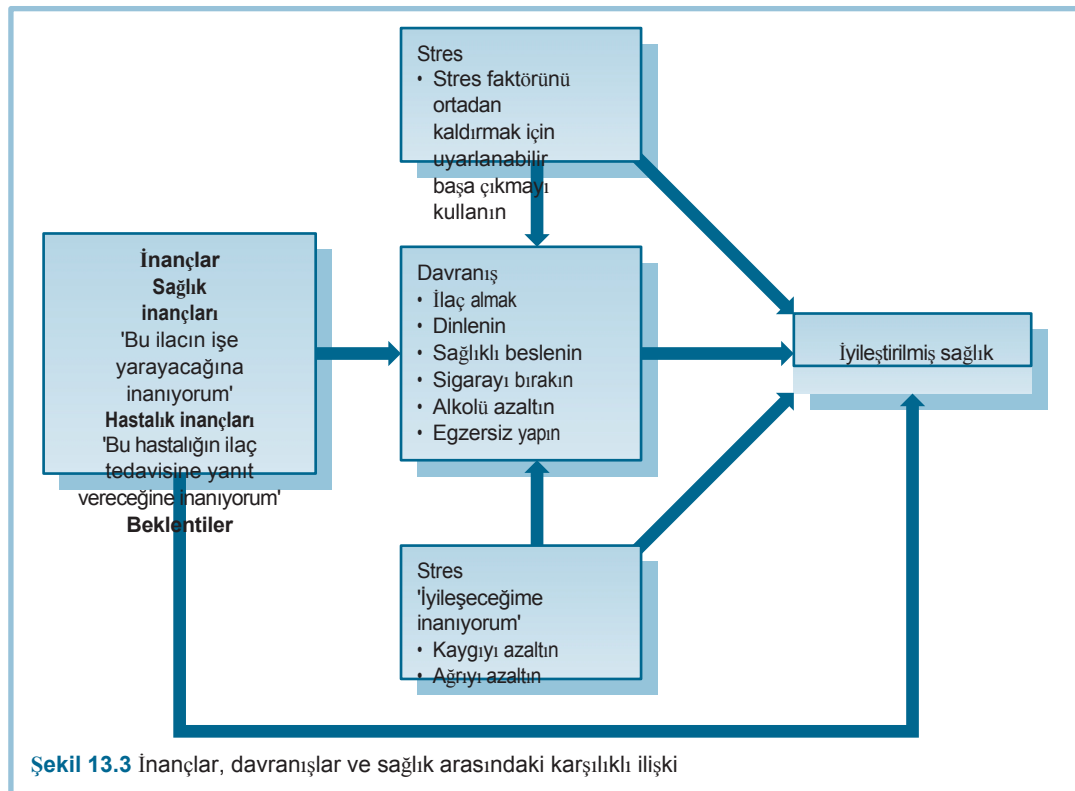
- Ayrıca, deneycinin bireyi katılmaya ikna etme girişiminin kendisinin de kaygıyı artırması mümkündür.
- Bilişsel uyumsuzluk teorisi çoğunlukla laboratuvar ortamında ortaya çıkan akut ağrı kullanılarak test edilmiştir. Sonuçların 'gerçek hayata' aktarılabilir olup olmadığı tartışmalıdır.
- Totman hasta beklentilerinin gerekli olmadığını savunmaktadır. Bununla birlikte, bir birey müdahalenin ardından bazı değişiklikler beklemelidir, aksi takdirde orijinal yatırımı yapmaz. Ayrıca deneklere katılmaları için ödeme yapılmasının başarılı sonuç beklentilerini değiştirmesi de mümkündür.
- Totman bu bilinç dışı düzenleyici mekanizmaların neler olabileceğini açıklamamaktadır.

Plasebo etkilerinin sağlık psikolojisindeki rolü

Plaseboların sağlık psikolojisinin birçok alanına etkileri vardır ve bu farklı alanların nasıl etkileşime girebileceğini göstermektedir. Bunlar, plasebo etkisinin olası mekanizmaları hakkında ek bilgiler sağlayan bu kitapta açıklanan sağlık psikolojisi alanları açısından ana hatlarıyla belirtilmiştir. Bu farklı alanlar arasındaki etkileşimler Şekil 13.3'te gösterilmektedir.

Sağlık inançları

Bir plasebonun etkili olabilmesi için, bireyin müdahalenin etkili olacağına dair bir inanca sahip olması gerekir. Örneğin, hap şeklindeki bir plasebo, birey tıbbi bir sağlık ve hastalık modeline bağlıysa ve geleneksel tıbbi müdahalelerin etkili olacağına inanıyorsa işe yarayacaktır.



etkilidir. Bitki çayı şeklindeki bir plasebo ancak birey alternatif ilaçlara inanıyorsa ve geleneksel olmayan müdahale biçimlerine açıksa etkili olabilir. Ayrıca, koşullanma etkileri, raporlama hatası ve yanlış atıf süreci ancak birey beyaz önlüklü sağlık profesyonellerinin hastalığı tedavi edebileceğine, hastanelerin insanların iyileştiği yerler olduğuna ve tıbbi müdahalelerin olumlu sonuçlar doğurması gerektiğine inanıyorsa ortaya çıkabilir. Hastaların inançlarının kendisi de plasebo etkilerini açıklayan bir mekanizma olabilir. Belki de bir tedavi hakkındaki inanç, fizyolojik değişiklikler yoluyla sağlık üzerinde doğrudan bir etkiye ya da davranış değişikliği yoluyla dolaylı bir etkiye sahiptir. Örneğin, bir tedavi müdahalesinin işe yarayacağı inancı bireyin bağışıklık sistemini doğrudan etkileyebilir veya alternatif olarak yaşam tarzında bir değişikliği teşvik edebilir.

Hastalık bilişleri

Plasebonun etkili olabilmesi için bireyin hastalığı hakkında belirli inançlara sahip olması gerekir. Örneğin, bir hastalık remisyon dönemleri olmaksızın uzun süreli olarak görülüyorsa, spontane iyileşme zamanları gerçekleşmeyebilir ve bu nedenle tedavinin etkililiği açısından açıklanamaz. Benzer şekilde, eğer bir birey hastalığının tıbbi bir nedeni olduğuna inanıyorsa, hap şeklindeki bir plasebo etkili olacaktır. Ancak birey hastalığının yaşam tarzından kaynaklandığına inanıyorsa, hap şeklindeki bir plasebo etkili olmayabilir.

Sağlık çalışanlarının sağlık inançları

Plasebolar sağlık çalışanlarının inançlarıyla da ilgili olabilir. Örneğin, bir doktorun müdahalenin etkili olabilmesi için buna inanması gerekebilir. Eğer doktor bir hastalığın yaşam tarzının bir sonucu olduğuna ve bu yaşam tarzında yapılacak değişikliklerle tedavi edilebileceğine inanıyorsa, doktorun başarısızlık beklentisi hastaya iletilebileceğinden, tıbbi müdahale şeklindeki bir plasebo işe yaramayabilir. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin sağlık inançları ve doktor-hasta iletişimindeki rollerine ilişkin teoriler, bireysel özelliklerden ziyade etkileşime yapılan faydalı bir vurguyu göstermektedir.

Sağlıkla ilgili davranışlar

Plasebo, sağlıkla ilgili davranışlardaki değişiklikler yoluyla işlev görebilir. Eğer bir birey bir şey aldığına veya sağlığını iyileştirecek bir şekilde davrandığına inanırsa, sağlıkla ilgili diğer davranışlarını da (örneğin sigara, içki, egzersiz) değiştirebilir ve bu da sağlığını iyileştirebilir. Ayrıca, bir ilacı almayı seçmenin kendisi de sağlıkla ilgili bir davranış olarak görülebilir ve davranış ve davranış değişikliği teorileri tarafından öngörülebilir.

Stres

Plaseboların strese verilen tepkilerin anlaşılması açısından da etkileri vardır. Plaseboların doğrudan (fizyolojik değişim) ya da dolaylı (davranış değişimi) olarak bir etkisi varsa, bu stres teorileriyle paraleldir. Buna ek olarak, plasebolar hastalığın neden olduğu stresi azaltarak işlev görebilir. Bireyin hastalığının kontrolünü ele geçirdiği inancı (algılanan kontrol) stres tepkisini azaltarak bu stresin hastalık üzerindeki etkilerini azaltabilir.

Ağrı

Plasebo kaynaklı ağrı azalmasına opiat salınımı gibi fizyolojik değişiklikler ya da anksiyete azalması aracılık edebilir. Bu değişikliklerin her ikisi de şu şekilde açıklanabilir

Ağrı deneyiminin psikolojik (inançlar, anksiyete) ve fizyolojik (opiyatlar) süreçler arasındaki etkileşimin bir sonucu olduğunu öne süren ağrının kapı kontrol teorisi. Önceki deneyimler ve beklentiler de ağrının azaltılmasında rol oynamaktadır. Belki de plasebo kaynaklı ağrı azalmasına hastanın beklentileri ve tedavi müdahalesinin etkinliğine ilişkin önceki deneyimleri de aracılık ediyor olabilir.

Düalizm için çıkarımlar

Plasebolar, bir bireyin semptomlarının ve sağlık durumunun beklentilerinden, inançlarından ve önceki deneyimlerinden etkilenebileceğini göstermektedir. Bu faktörler, sağlık ve hastalığa yönelik geleneksel biyomedikal yaklaşıma meydan okuma girişiminde bulunan sağlık psikolojisinin merkezinde yer almaktadır. Eğer bir bireyin psikolojik durumu sağlığını etkileyebiliyorsa, o zaman belki de zihin ve beden ayrı varlıklar olarak değil, etkileşim halinde görülmelidir. Bu kısmen, bireyin düalist modelleriyle çelişmektedir. Ancak bu etkileşim hala zihin ve bedenin ayrı olduğunu varsayar; birbirleriyle etkileşime girmeleri için hala ayrı olarak tanımlanmaları gerekir.

Sonuç olarak

Plaseboların ağrıyı dindirmekten bilişsel durumu değiştirmeye kadar çok sayıda etkisi olduğu gösterilmiştir. Plaseboların nasıl çalıştığını açıklamak için birçok teori geliştirilmiştir ve bunlar hastanın, sağlık uzmanının veya tedavinin karakteristik özelliklerine odaklanan etkileşimsiz teoriler ve plasebo etkilerinin bu farklı değişkenler arasındaki etkileşimden kaynaklandığını düşünen etkileşimli teoriler olarak kategorize edilebilir. Özellikle plasebolarla ilgili açıklamaların çoğu, hem hastanın hem de sağlık profesyonelinin beklentilerinin merkezi bir rol oynadığına işaret etmektedir. Bu teoriler, eğer bir hasta iyileşmeyi bekliyorsa, bu beklentinin sağlığını etkileyeceğini öne sürmektedir. Dolayısıyla, beklentiler aracılığıyla, hasta ve doktor beklentilerinin, anksiyetenin, koşullanmanın, opiatların ve bilişsel uyumsuzluğun birbiriyle etkileşime girmesi mümkündür. Ancak bu etkileşimin sağlığı gerçekte nasıl etkileyeceği belirsizliğini korumaktadır. Son olarak, plaseboların bu kitapta incelenen sağlık psikolojisi alanları için birçok çıkarımı vardır. İnançlar, davranışlar, stres, ağrı ve hastalığın ayrı teori ve araştırmalar gerektiren ayrı alanlar olmayabileceğini, birbiriyle ilişkili olabileceğini ve plasebo etkisinin sağlık anlayışından çıkarılması gereken bir faktör olmaktan ziyade sağlık durumunun belirlenmesinde merkezi bir rol oynayabileceğini göstermektedir.



Sorular

- 1 Plasebo etkisinin olası teorilerine ilişkin kanıtları tartışınız.
- 2 Plaseboların hepsi zihindedir. Tartışın.
- 3 Plasebolar ağrı için faydalı bir tedavidir. Tartışalım.
- 4 Sağlık alanındaki gelişmelerde hasta beklentilerinin rolünü tartışınız.
- 5 Hasta bağlılığı nasıl bir plasebo etkisi olabilir?
- 6 Plasebo teorilerinin inançlar, davranışlar ve sağlık arasındaki karşılıklı ilişkiye dair çıkarımlarını tartışabilecektir.
- 7 Akut bir hastalıktan iyileşmede beklentilerin rolünü göstermek için bir araştırma çalışması tasarlayın.

Tartışma için

En son ne zaman herhangi bir ilaç aldığınızı düşünün (örn. ağrı kesici, antibiyotik, vb.). Sonradan meydana gelen değişiklikler ne ölçüde plasebo etkisine bağlıydı?

Sağlık psikolojisinde varsayımlar

Plasebo etkileri üzerine yapılan araştırmalar, sağlık psikolojisindeki bazı varsayımların altını çizmektedir:

- 1 *Zihin-beden ayrımı.* Plasebolar zihin ve beden arasında bir etkileşim olduğunu göstermektedir - iyileşmeyi beklemek bireyin fiziksel sağlığında hem öznel ('Daha iyi hissediyorum') hem de nesnel ('Başka bir kalp krizi geçirmediniz') değişiklikler yaratabilir. Bu, sağlık psikolojisinin geleneksel düalist modellere meydan okuma hedefiyle uyumludur. Bununla birlikte, zihin ve beden arasındaki etkileşimde örtük olan, bu iki faktörün etkileşim için ayrı olduğu tanımlamasıdır.
- 2 *Çorbayı bölmek.* Sağlık psikolojisi inançlar, beklentiler, kaygı, davranış ve sağlık gibi değişkenleri bireylerin ayrı yönleri olarak ele alır. Daha sonra bu faktörlerin nasıl etkileşime girdiğini inceler ve hepsi arasındaki karmaşık karşılıklı ilişkileri vurgular (örneğin inançlar davranışlarda değişiklik yaratır, davranışlar sağlıkta değişikliklere neden olur, duygular davranışlarda değişikliklere neden olur). Ancak, belki de bireyler bu ayrı faktörlerden değil, tanımlanmamış ve ayrıştırılmamış 'her şeyden' oluşan bulanık bir 'çorbadan' ibarettir. Bu çorbanın içinde tüm faktörler birdir, çünkü farklılaşmamışlardır. Sağlık psikolojisi çorbayı alır ve sanki bu farklı faktörler varmış gibi farklı ayrı faktörlere böler. Daha sonra bunların birbirleriyle nasıl ilişkili olduklarını tartışır. Ancak, birbirleriyle nasıl ilişkili olduklarının tartışılması ancak sağlık psikolojisi onları ilk etapta ayırdığı için gerçekleşebilir. Belki de psikolojik teori, bu 'şeyler' arasındaki ilişkiye bakmak için ayrı 'şeyler' yaratmaktadır. Asıl ayrım olmasaydı, karşılıklı eylem tartışmasına gerek kalmazdı - 'şeylerin' birbiriyle ilişkili olduğu aşikar olurdu, çünkü tek bir şey olurlardı!

Daha fazla okuma

Critelli, J.W. ve Neumann, K.F. (1984) The placebo: conceptual analysis of a construct in transition, *American Psychologist*, 39: 32-9.

Bu makale, plasebolar üzerine teorik bir tartışma sunmakta ve plaseboların sağlık ve hastalıktaki rolünü analiz etmektedir.

Simpson, S.H., Eurich, D.T., Majumdar, S.R., Padwal, R.S., Tsuyuki, R.T., Varney, J. ve Johnson, J.A. (2006) İlaç tedavisine bağlılık ve ölüm oranı arasındaki ilişkinin meta-analizi, *British Medical Journal*, 333: 15.

Bu, sadece ilaç tedavisine bağlı kalmanın nasıl güçlü bir plasebo etkisi yarattığını ve bunun da mortalitede iyileşme ile bağlantılı olduğunu araştıran mükemmel bir literatür incelemesidir.

Totman, R.G. (1987) *The Social Causes of Illness*. Londra: Souvenir Press.

Bu kitap, plasebolara ve inançlar, davranışlar ve sağlık arasındaki karşılıklı ilişkiye ilginç bir bakış açısı sunuyor.

Bölüm 14

HIV ve kanser

Hastalık seyri boyunca psikoloji (1)

Bölüme genel bakış

Sonraki iki bölüm (14 ve 15) psikolojinin hastalığın başlangıcından ilerlemesine, psikolojik sonuçlarına ve uzun ömürlülüğüne kadar hastalığın her aşamasında oynadığı rolü incelemektedir. Bu bölümler, hastalıkla ilgili geniş literatürün kapsamlı bir özeti olmayı değil, psikolojinin hastalıktaki olası çeşitli rolünü göstermeyi amaçlamaktadır. Bu bölüm HIV ve kanser örneklerini kullanmakta, bir sonraki bölüm ise obezite ve koroner kalp hastalığına odaklanmaktadır. Ancak, bu psikolojik faktörler çok sayıda başka kronik ve akut hastalıkla da ilgilidir. Bu bölüm, bu tür kronik hastalıkların biyomedikal faktörlere pasif bir yanıt olarak görülmek yerine, fizyolojik ve psikolojik süreçlerin karmaşık etkileşimi açısından daha iyi anlaşılabilirliğini öne sürmektedir.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- HIV nedir?
- HIV çalışmalarında psikolojinin rolü
- AIDS'e Karşı Tutumlar
- Psikoloji ve HIV'e yatkınlık
- Psikoloji ve AIDS'e ilerleme
- Psikoloji ve uzun ömür
- Kanser nedir?
- Kanser başlangıcında psikolojinin rolü
- Kanser psikolojik sonuçları
- Psikoloji ve semptomların hafifletilmesi
- Psikoloji ve uzun ömürlülüğün ve hastalısız yaşam aralığının desteklenmesi

HIV ve AIDS

Bu bölümde HIV'in tarihçesi, HIV'in ne olduğu ve nasıl bulaştığı incelenmektedir. Daha sonra HIV ve AIDS'e karşı tutumlar, HIV ve AIDS'e karşı duyarlılık, HIV'den AIDS'e ilerleme ve uzun ömürlülük açısından HIV'i anlamada psikolojinin rolünü değerlendirmektedir. Ayrıntılı bir

HIV ve AIDS bağlamında kondom kullanımına ilişkin tartışma Bölüm 8'de ve psikonöroimmünolojinin (PNI) ayrıntılı bir açıklaması Bölüm 11'de bulunabilir.

HIV'in tarihçesi

AIDS (edinilmiş bağışıklık yetmezliği sendromu) 1981 yılında yeni bir sendrom olarak tanımlanmıştır. O dönemde, eşcinselliğe özgü olduğu düşünülüyordu ve GRID (eşcinsellerle ilişkili bağışıklık yetersizliği sendromu) olarak biliniyordu. Bu inancın bir sonucu olarak, eşcinseller arasında bu yeni hastalığın ortaya çıkışını açıklamaya çalışmak için bir dizi teori geliştirildi. Bunlar, AIDS'in 'poppers' gibi eğlence amaçlı uyuşturucuların aşırı kullanımına veya meniye aşırı maruz kalmaya bir yanıt olabileceği önerisine kadar uzanıyor ve eşcinsel nüfusun algılanan yaşam tarzlarına odaklanıyordu. Ancak 1982'de AIDS hemofililerde ortaya çıktı. Hemofili hastalarının homoseksüel nüfusla karşılaştırılabilir yaşam tarzlarına sahip olmadıkları görüldüğünden, bilim adamları AIDS hakkındaki teorilerini yeniden gözden geçirmeye başladılar ve ilk kez AIDS'e bir virüsün neden olabileceğini öne sürdüler. Böyle bir virüs, bağışlanan bir kan pıhtılaştırıcı madde olan Faktör VIII'i kullanmaları yoluyla hemofililere ulaşabilirdi.

HIV virüsü ilk kez 1983 yılında izole edilmiştir. Ancak bunun ABD'de Gallo ve/veya Fransa'da Montagnier tarafından gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği tartışmalıdır. Her iki araştırmacı da lösemiye neden olan ve bu yeni hastalığa neden olduğunu düşündükleri virüse çok benzeyen bir kedi retrovirüsünü inceledikten sonra bir retrovirüs arıyorlardı. 1984 yılında insan bağışıklık yetmezliği virüsü tip 1 (HIV 1) tanımlandı ve 1985 yılında Afrika'da HIV 2 tanımlandı.

HIV nedir?

HIV'in yapısı

HIV virüsü bir retrovirüs, RNA içeren bir virüs türüdür. Üç tür retro virüs vardır: kansere neden olan onkogenik retrovirüsler, bireyin sağlık durumu üzerinde hiçbir etkisi olmayan köpüklü retrovirüsler ve uzun vadeli etkileri yavaş olan lentivirüsler ya da yavaş virüsler. HIV bir lentivirüstür.

HIV virüsü bir dış kaplama ve bir iç çekirdekten oluşur. RNA çekirdekte yer alır ve zarf ve çekirdeğin proteinlerini kodlayan sekiz viral gen içerir ve ayrıca replikasyon için gerekli olan enzimleri içerir.

HIV'in bulaşması

HIV virüsünün bir bireyden diğerine bulaşabilmesi için genellikle yüzeylerinde CD4 molekülleri bulunan hücrelerle temas etmesi gerekir. Bu tür hücreler bağışıklık sistemi içinde bulunur ve T-yardımcı hücreler olarak adlandırılır. HIV virüsünün bulaşma süreci aşağıdaki aşamaları içerir:

- 1 HIV, T-helper hücresinin CD4 molekülüne bağlanır.
- 2 HIV virüsü hücrenin sitoplazmasına içselleştirilir.
- 3 Hücrenin kendisi, konak hücrenin bir kopyası olan pro-viral bir DNA üretir.
- 4 Bu pro-virüs konak hücrenin çekirdeğine girer.
- 5 Konak hücre, viral DNA'nın viral kodundan okuduğu yeni viral partiküller üretir.
- 6 Bu viral partiküller tomurcuklanır ve yeni hücreleri enfekte eder.
- 7 Sonunda, çok sayıda replikasyondan sonra, konakçı T-yardımcı hücresi ölür.

HIV'den AIDS'e ilerleme

HIV'den HIV hastalığına ve AIDS'e ilerleme zaman içinde değişir. AIDS, T-yardımcı hücrelerinde ve özellikle CD4-pozitif T-hücrelerinde bir azalmayı yansıtır. Bu durum bağışıklık yetersizliğine ve fırsatçı enfeksiyonların ortaya çıkmasına neden olur. İlk HIV sero-konversiyonundan AIDS'e ilerleme aşağıdaki aşamalardan geçme eğilimindedir:

- 1 İlk viral serokonversiyon hastalığı.
- 2 Asemptomatik bir evre.
- 3 Lenf düğümlerinin büyümesi, fırsatçı enfeksiyonların başlaması.
- 4 AIDS ile ilişkili kompleks (ARC).
- 5 AIDS.

HIV ve AIDS'in yaygınlığı

2005 yılı sonunda HIV ile yaşayan 38.6 milyon kişi vardı ve 2005 yılında 4.1 milyon kişi yeni enfekte olmuş ve 2.8 milyon kişi HIV nedeniyle ölmüştür. Genel olarak, HIV insidansı 1990'ların sonunda zirve yapmış ve şu anda çoğunlukla stabilize olmuştur. Ancak, nüfus artışı ve HIV virüsü ile enfekte olanların yaşam beklentisini önemli ölçüde iyileştiren anti-retroviral tedavi alan kişi sayısı nedeniyle HIV ile yaşayanların sayısı artmıştır. Batı dünyasının ilgisinin büyük bir kısmı HIV'in batı dünyasının eşcinsel nüfusunda görülme sıklığına odaklanmış olsa da, küresel salgının merkez üssü Sahra Altı Afrika'dır. Asya'nın bazı bölgelerinde, özellikle Hindistan ve Çin'de de oranlar çok yüksektir. 2005 yılı sonunda Sahra Altı Afrika'da HIV ile yaşayan 5.5 milyon kişi vardı. Bu sayıya yaklaşık

Yetişkinlerin yüzde 18.8'i ve 2004 yılında doğum öncesi bakıma katılan hamile kadınların yaklaşık 3'te 1'inin HIV pozitif olduğu tespit edilmiştir. Asya'da 2005 yılı sonunda yaklaşık 8.3 milyon kişi HIV ile yaşamaktaydı ve bunların çoğu Hindistan'daydı. Çin'de 2005 yılında yaklaşık 650,000 kişi HIV ile yaşamaktadır ve bunların yüzde 44'ü enjekte eden uyuşturucu kullanıcılarıdır. Avrupa'da en yüksek vaka oranı Rusya Federasyonu'ndadır. Genel olarak, HIV yaygınlığı Orta Doğu ve Kuzey Afrika'da (Sudan hariç) çok düşüktür. HIV'in değişen oranlarına bakıldığında, 1990'larda ABD ve Avrupa'da yeni vakalarda bir düşüş yaşanmış olsa da, ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde erkeklerle seks yapan erkeklerde yeniden canlanan bir epi-demik olduğuna dair bazı kanıtlar bulunmaktadır. Birleşik Krallık'ta da son zamanlarda çoğunlukla heteroseksüel bulaşmadan kaynaklanan bir artış olmuştur ve sayılardaki artışta artan sayıda kadının payı vardır. Bu vakaların yaklaşık yüzde 80'inin virüsün çok daha yüksek oranlarda görüldüğü ülkelerde bulaşmasından kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Sahra Altı Afrika'nın bazı bölgelerinde (Kenya ve Zimbabve) oranlarda düşüşler yaşanmış, Hindistan'ın bazı bölgelerinde (Tamil Nadu) düşüşler görülmüş ancak Güney Afrika'nın çoğunda düşüş belirtisi görülmemiş, Çin, Endonezya, Papua Yeni Gine, Bangladeş ve Pakistan'da ise artışlar görülmüştür. Avrupa genelinde bir milyon kişi başına düşen HIV ile yaşayan kişi oranının en yüksek olduğu ülkeler Portekiz (79.6), İspanya (43.0), İsviçre (42.8) ve İtalya'dır (29.2). 2004 yılı sonu itibarıyla Avrupa genelinde yaklaşık 300,000 kişi HIV ile yaşamaktadır ve yaklaşık 170,000 kişi hayatını kaybetmiştir. Birleşik Krallık'ta 2004 yılı sonu itibarıyla 58.000 kişi HIV ile yaşamaktadır. 2005 yılında 7205 yeni teşhis konulmuş ve şimdiye kadar konulan 22.281 teşhisin 17.014'ü ölmüştür.

HIV çalışmalarında psikolojinin rolü

HIV çoğunlukla insanların davranışları (örneğin cinsel ilişki, iğne kullanımı) nedeniyle bulaşır. Sağlık psikolojisi HIV'i, HIV'e karşı tutumlar, bu tutumların değiştirilmesi ve

davranış belirleyicilerinin incelenmesi. Aşağıdaki gözlemler, psikolojinin HIV konusunda oynayabileceği ilave bir rol olduğunu göstermektedir:

- HIV virüsüne maruz kalan herkes HIV pozitif olmaz. Bu durum, psikolojik faktörlerin bireyin HIV virüsüne yatkınlığını etkileyebileceğini düşündürmektedir.
- HIV'den AIDS'e ilerleme süresi değişkendir. Psikolojik faktörler HIV virüsünün çoğalmasında ve HIV pozitiflikten AIDS'e ilerlemede rol oynayabilir.
- Belki de HIV taşıyan herkes AIDS'ten ölmüyor. Psikolojik faktörler bireyin uzun ömürlülüğünü belirlemede rol oynayabilir.

HIV ve AIDS'in anlaşılmasında psikolojik faktörlerin potansiyel rolü Şekil 14.1'de gösterilmektedir.

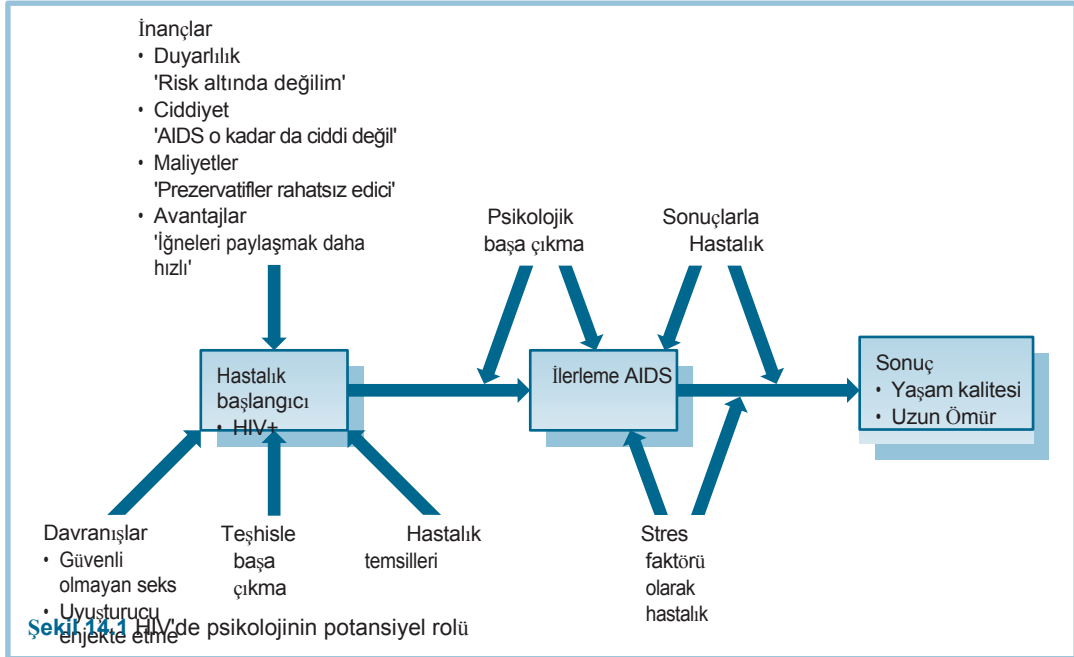
Psikolojinin AIDS'teki rolü, AIDS'e karşı tutumlar, AIDS'e yatkınlık, AIDS'e karşı pro-Şimdi HIV'den AIDS'e geçiş ve uzun ömürlülük incelenecektir.

AIDS'e Karşı Tutumlar

Araştırmalar HIV'e yönelik tutumları ve bu tutumlar ile davranışlar arasındaki ilişkiyi incelemiştir. AIDS yeni bir hastalık olduğu için, tutumlarla ilgili araştırmalar sadece bu tutumlarda bireyler arasındaki farklılıkları değil, aynı zamanda zaman içindeki tutum değişikliklerini de yansıtmaktadır.

Araştırmalar "İnsanlar kendilerini HIV virüsüne karşı savunmasız hissediyor mu?" sorusunu sormuştur. Temoshok ve arkadaşları (1987) ABD'nin farklı şehirlerinde yaşayan insanlarla bir anket yapmış ve bu insanlara AIDS'in kişisel bir sağlık sorunu olarak görülüp görülmediğini sormuştur. 'Evet' yanıtı verenlerin oranları aşağıdaki gibidir: San Francisco, yüzde 33; New York, yüzde 57; Miami, yüzde 50; ve Los Angeles, yüzde 47.

ABD'de HIV pozitif bireylerin görülme sıklığının en yüksek olduğu San Francisco'daki deneklerin, HIV'i diğer şehirlerde yaşayanlara göre daha az kişisel sağlık sorunu olarak gördüklerini bildirmeleri ilginçtir. Bu durumun iki olası açıklaması vardır



Bilgi, eğitim, kişisel deneyim ve tutumlar arasındaki karmaşık karşılıklı ilişkiye dair sorular. İlk olarak, HIV seviyesinin yüksek olduğu bir şehirde yaşayarak ve HIV ve AIDS ile ilgili bilgiler konusunda sağlık eğitimine yüksek oranda maruz kalarak, hastalık hakkındaki bilgi artmaktadır. Bu bilgi, insanların kendilerini daha az savunmasız hissetmelerini sağlar çünkü bu konuda bir şeyler yapabileceklerine inanırlar. Alternatif olarak, belki de AIDS ve HIV'e ve AIDS sonrası ölüme maruz kalmak, hastalığın yaygınlığının yüksek olduğu şehirlerde yaşayan bireylerde korku ve inkar duygusunu artırmaktadır. Daha az savunmasız hissetmek bu inkarı yansıtır olabilir.

Birleşik Krallık'ta yapılan birçok çalışma da bireylerin risk algısını ve bunun bilgiyle ilişkisini incelemiştir. 1980'lerin sonu ve 1990'ların başında yapılan araştırmalar, HIV'in bulaşmasıyla ilgili bilginin yüksek olmasına rağmen, birçok üniversite öğrencisinin HIV'e karşı nispeten savunmasız olduğunu bildirdiğini göstermiştir. Abrams ve arkadaşları (1990: 49) 'gençlerin, kendilerini soktukları risk üzerinde kontrol sahibi oldukları algısını içeren güçlü bir AIDS'ten etkilenmezlik duygusuna sahip olduklarını' bildirmiştir. Woodcock ve diğerleri (1992) gençlerin kişisel enfeksiyon risklerine ilişkin yorumlarını incelemiş ve bazı deneklerin risk altında olduklarını kabul etmelerine rağmen, bunun genellikle geçmişte kaldığı ve 'şimdiye kadar belli olurdu' düşüncesiyle göz ardı edildiğini öne sürmüştür. Bununla birlikte, bu çalışmadaki birçok denek risk altında olduklarını reddetmiş ve bunu 'orantısız bir şekilde büyütüldü', 'AIDS yaşarken aldığınız bir risktir', 'partnerler karışık değildi (veya değil)' veya partnerlerin yüksek riskli olarak görülmeyen coğrafi bölgelerden gelmesi (örneğin, güney İngiltere'deki New Forest düşük riskli bir bölge olarak görülürken Glasgow yüksek riskli bir bölge olarak görülüyordu) gibi inançlarla gerekçelendirmiştir (risk algısı ve kondom kullanımına ilişkin bir tartışma için Bölüm 8'e bakınız).

HIV hakkında sorulan bir diğer soru da "Bireylerin cinsellikleri ve cinsel davranışları HIV hakkındaki inançlarını etkiler mi?" sorusudur. Temoshok ve arkadaşları (1987) eşcinsel, biseksüel ve heteroseksüel erkeklerin HIV hakkındaki inançlarını incelemiştir. Sonuçlar, eşcinsel ve biseksüel erkeklerin AIDS'in heteroseksüel erkeklerden daha önemli olduğuna inandıklarını göstermiştir. Bu grup HIV hakkında daha yüksek düzeyde bilgi sahibi olduklarını, HIV hakkında daha uzun süredir endişe duyduklarını, kendilerini HIV'e karşı daha duyarlı hissettiklerini ve HIV'e yakalanma ihtimallerinin heteroseksüel nüfusa göre daha yüksek olduğunu düşündüklerini bildirmiştir.

Bazı araştırmacılar, özellikle cinsel olarak aktif olma eğiliminde olan gençlerin ve öğrencilerin HIV'e nasıl baktıklarını da incelemiştir. Price ve arkadaşları (1985), bu gruptaki bireylerin, yüksek riskli ve cinsel olarak aktif olmalarına rağmen, düşük düzeyde bilgi bildirdiklerini ve AIDS'e yakalanma olasılıklarının daha düşük olduğunu söylediklerini tespit etmiştir.

Tutumlar ve davranış değişikliği

Araştırmalar özellikle HIV hakkındaki inançlar ile davranış değişikliği arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Temoshok ve arkadaşları (1987) algılanan AIDS riskinin cinsel davranışlardaki değişikliklerle ilişkili olmadığını bildirmiştir. Ancak, eşcinsel karşıtı tutumların ve korkunun cinsel davranıştaki değişimle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Bazı çalışmalar da eşcinsel erkeklerde riskli cinsel davranışlardaki değişimi incelemiştir. Curran ve diğerleri (1985), McKusick ve diğerleri (1990) ve Martin (1987) eşcinsel erkeklerde bu tür davranışlarda bir azalma olduğunu ve bunun da HIV hakkındaki tutum ve inançlarını yansıttığını öne sürmüştür. Benzer şekilde Simkins ve Ebenhage (1984) heteroseksüel üniversite öğrencilerinin cinsel davranışlarını incelemiş ve davranışlarında herhangi bir değişiklik olmadığını bildirmiştir. Bu da yine onların HIV'e karşı tutumlarını ve düşük risk altında olduklarını bildirmelerini yansıtmaktadır.

Bilgi, tutum ve davranış arasındaki karşılıklı ilişki

HIV hakkındaki bilgi ve inançlar arasındaki ilişki karmaşık bir ilişkidir. Sağlık eğitimi kampanyaları, bilginin artırılmasının tutumları değiştireceğini ve dolayısıyla

davranış. HIV açısından, sağlık eğitimi kampanyalarının hedeflediği davranışlardan biri daha güvenli sekstir (kondom kullanımına ilişkin bir tartışma için 8. Bölüme bakınız). Ancak, bilginin artırılmasının gerçekten de güvenli seks uygulamasını artırıp artırmadığı tartışmalıdır. Bilginin çeşitli olası sonuçları vardır:

- Artan bilginin bireyde korkuyu artırması ve bunun da inkara yol açarak davranış üzerinde hiçbir etki yaratmaması ya da hatta davranış üzerinde zararlı bir etki yaratması mümkündür.
- Alternatif olarak, gelişmiş bilgi, bireyin gerçeklik algısını ve risk algısını iyileştirebilir, bu da birey korku yaşamadığı için davranışında bir değişikliğe neden olabilir.
- Bilginin artırılmasının hastalığın ciddiyetine ilişkin farkındalığı artırması da mümkündür; bu da hastalığa gerçekten yakalanan bireylerin bu nedenle suçlanmasına neden olabilir (mağdur suçlama). Korku ve kurbanı suçlama, diğer inançlarla ve bireylerin daha güvenli seks uygulamaları üzerinde de karmaşık bir etkileşime sahip olabilir. Korku ve kurbanı suçlama inkar, davranış değişikliği, önyargı, çaresizlik ya da kontrol eksikliği hissi ile ilişkili olabilir.

Bu nedenle daha güvenli cinsel ilişkiyi teşvik etmek sadece bilgiyi artırmaktan daha karmaşık olabilir (cinsel eğitimin etkilerine ilişkin bir tartışma için 8. Bölüme bakınız).

Psikoloji ve HIV virüsüne yatkınlık

Psikolojinin de bir bireyin HIV virüsüne maruz kaldıktan sonra bu virüse yatkınlığında bir rolü olabilir. Birçok çalışma HIV ile temas eden tüm bireylerin HIV pozitif olmama olasılığını incelemiş ve bunun için çeşitli nedenler öne sürmüştür. Bir düşünce akımı, bir bireyin yaşam tarzının, virüse maruz kaldıktan sonra HIV'e yakalanma şansını artırabileceğini savunmaktadır. Van Griensven ve arkadaşları (1986) nitrat ve esrar gibi diğer uyuşturucuların kullanımının virüse maruz kalındığında HIV kapma şansını artırdığını öne sürmüştür. Lifson ve arkadaşları (1989) da kan dolaşımında herpes simpleks ve sitomegalovirüs (CMV) gibi başka virüslerin bulunmasının HIV kapma olasılığını artırabileceğini ileri sürmüştür. Bu virüslerin de güvenli olmayan seks ve uyuşturucu enjekte etme ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla sağlıklı davranışlar sadece HIV virüsüne maruz kalma ile değil, aynı zamanda bireyin HIV pozitif olma olasılığı ile de ilişkili olabilir. Bununla birlikte, HIV virüsüne yatkınlığı çevreleyen yaşam tarzı literatürünün çoğu, HIV'in hala homoseksüel bir hastalık olarak görüldüğü 1980'lerde var olan HIV hakkındaki inançlara dayanıyordu. Bu nedenle eşcinsellerin yaşam tarzlarına odaklanmış ve virüse yatkınlığı açıklamak için bu yaşam tarzı hakkında genellemeler yapmıştır.

Psikoloji ve HIV'den AIDS'e ilerleme

Araştırmalar ayrıca HIV'den AIDS'e ilerlemede psikolojinin rolünü de incelemiştir. HIV'in aşağıdaki nedenlerden dolayı bu tür araştırmalar için yararlı bir temel oluşturduğu ileri sürülmüştür: (1) hastalıklarının asemptomatik aşamasında tespit edilebilen çok sayıda birey vardır ve bu da hastalığın ilerlemesinin semptomsuz bir aşamadan analiz edilmesine olanak sağlar; (2) HIV'li kişiler genç olma eğiliminde olduklarından, birlikte bulunan diğer hastalıklar sorunu önlenemez; ve (3) CD4 T-yardımcı hücre sayıları kullanılarak hastalığın ilerlemesinin ölçülmesi doğrudur (Taylor v e ark. 1998).

Bu araştırma, hastalığın ilerlemesinde yaşam tarzı, ilaçlara bağlılık, stres, bilişsel uyum ve C tipi başa çıkma tarzının rolüne işaret etmektedir.

Yaşam Tarzı

Uyuşturucu enjekte etmenin bağışıklık sistemini daha fazla uyardığı, bunun da çoğalmayı etkileyebileceği ve dolayısıyla uyuşturucu kullanımının sadece virüsün bulaşmasında değil, çoğalmasında da bir rolü olduğuna işaret ettiği öne sürülmüştür. Buna ek olarak, araştırmalar HIV virüsünün çoğalmasının HIV virüsüne daha fazla maruz kalmaktan etkilenebileceğini göstermiş ve güvenli olmayan seks ve uyuşturucu kullanımının virüsün ilerlemesinde bir rolü olduğunu düşündürmüştür. Ayrıca, bağışıklık sistemini baskılayıcı etkisi olabilecek ilaçlarla veya herpes kompleksi ve CMV gibi diğer virüslerle temasın da replikasyondaki artışla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür.

İlaç tedavisine bağlılık

Son yıllarda HIV'li kişilerin yaşam beklentisi ve yaşam kalitesi dramatik bir şekilde iyileşmiştir (örn. Mocroft ve ark. 1998). Bunun büyük bir kısmı yüksek aktif anti-retroviral tedavinin (HAART) başarısına atfedilmektedir ve HIV artık ölümcül bir hastalıktan ziyade kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Ancak HAART önerilen pek çok kişi tedaviyi kabul etmemektedir. Örneğin, Steinberg (2001) tedavi için uygun olanların sadece yüzde 75'inin tedavi aldığını bildirmiştir. Tedavi almayanların yüzde 58'i teklifi reddetmiştir. Bu nedenle araştırmalar, ilaç tedavisine uyum ve uyumsuzluğun arkasındaki nedenleri araştırmıştır. HAART'tan önce en yaygın ilaç AZT monoterapisiydi. Siegel ve arkadaşları (1992), uyumsuzluğun nedenleri arasında doktorlara güvenmeme, kendini iyi hissetmeme, tıbbi tedavilere ilişkin olumsuz inançlar, AZT'nin kişiyi daha kötü hale getireceği inancı ve AZT almanın gelecekte tedavi seçeneklerini azaltacağı inancının yer aldığını bildirmiştir. Benzer bir şekilde, Cooper ve arkadaşları (2002b) insanların HAART hakkındaki inançlarını araştırmıştır. Doktorları tarafından önerildikten kısa bir süre sonra HAART hakkındaki görüşleri hakkında 26 eşcinsel erkeklerle görüşmüşlerdir. Sonuçlar, erkeklerin HIV'lerini kontrol edebileceğini düşünüp düşünmedikleri ya da durumlarını doğal seyrine bırakma eğiliminde olup olmadıkları açısından ilaçlarının gerekliliğine dair inançlara sahip olduklarını göstermiştir; ilaçları almakla ilgili endişelerini yan etkiler, ilaç rejiminin zorlukları ve etkinliği açısından tanımlamışlardır; ve ilaçları alma kararı üzerindeki kontrollerine dair duygularını tanımlamışlardır. İlişkili bir çalışmada, Gel- laitry ve diğerleri (2005) HAART hakkındaki inançları daha fazla incelemiş ve bunları bağlılıkla ilişkilendirmiştir. Bu sonuçlar, HAART'ın olumsuz etkilerine ilişkin endişelerin tedaviyi reddetmekle ilişkili olduğunu göstermiştir.

Stres

Sodroski ve diğerleri (1984) stres veya sıkıntının HIV virüsünün çoğalmasını artırarak AIDS'e daha hızlı ilerlemesine neden olabileceğini öne sürmüştür. HIV pozitif olan kadınlar servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) ve servikal kanser açısından daha fazla risk altındadır. Pereira ve arkadaşları (2003) CIN ile ilişkili lezyonların gelişme olasılığı ile yaşam stresi arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Sonuçlar, yüksek yaşam stresinin lezyon geliştirme olasılığını bir yıllık bir süre içinde yedi kat artırdığını göstermiştir. Dolayısıyla yaşam stresinin hastalığın ilerlemesiyle bağlantılı olduğu görülmüştür. Bazı araştırmalar da HIV'in ilerlemesini yavaşlatmada stres yönetiminin etkinliğini ele almıştır. Antoni ve arkadaşları (2006) HIV pozitif 130 eşcinsel erkeği bilişsel davranışsal stres yönetimi müdahalesi (CBSM) ve anti-retroviral ilaç bağlılık eğitimi (MAT) almak ya da sadece MAT almak üzere randomize etmiştir. Erkekler daha sonra 9 ve 15 ay sonra viral yük açısından takip edilmiştir. Sonuçlar, başlangıçta zaten tespit edilebilir bir viral yük gösteren (yani kanda zaten çok fazla virüs bulunan) ve stres yönetimi alan erkeklerin, ilaç uyumu kontrol edildiğinde bile 15 aylık süre boyunca viral yüklerinde bir azalma olduğunu göstermiştir. Yazarlar HIV-pozitif erkekler için şu sonuca varmışlardır

Halihazırda tespit edilebilir bir viral yük gösteren kişilerde stres yönetimi, anti-retroviral tedavilerinin faydalı etkilerini artırabilir. Benzer bir çalışmada, stres yönetiminin etkisinin arkasındaki mekanizmalar araştırılmıştır (Antoni ve ark. 2005). Bu çalışmada 25 HIV-pozitif erkek stres yönetimi veya bekleme listesi kontrolü almak üzere gruplandırılmıştır. Müdahale döneminden önce ve sonra idrar örnekleri alınmıştır. Sonuçlar yine stres yönetiminin etkili olduğunu ve bu etkinin kortizol ve depresif ruh halindeki azalmayla ilişkili olduğunu göstermiştir. Yazarlar, stres yönetiminin HIV gibi bir hastalığa yakalanmış olmanın yarattığı stresi azaltarak işe yaradığı sonucuna varmışlardır. Bu da Solomon ve Temoshok'un (Solomon ve Temoshok 1987; ayrıca bkz. Solomon ve ark. 1987) sosyal homofobinin HIV'e yakalanmış bireylerde strese neden olabileceğini ve bunun da hastalıklarını daha da kötüleştirebileceğini savunan ilk çalışmalarını desteklemektedir.

Bilişsel uyum

ABD'deki Çok Merkezli AIDS Kohort Çalışması'nda (MACS) yapılan araştırmalar, yas ve hastalığın ilerlemesinde bilişsel uyum biçimlerinin rol oynadığını ortaya koymuştur (Reed ve ark. 1994, 1999; Bower ve ark. 1998). Bu çalışmanın ilk bölümünde, HIV pozitif, asemptomatik ve yarısı yakın zamanda yakın bir arkadaşının veya birincil partnerinin ölümünü yaşamış olan 72 erkek, psikososyal durumlarını (HIV'e özgü beklentiler, ruh hali ve umutsuzluk) ölçen anketleri doldurmuş ve CD4 T yardımcı hücrelerinin sayısını kaydettirmiştir. Daha sonra altı yıllık bir süre boyunca takip edilmişlerdir. Sonuçlar, örneklemenin yaklaşık yarısının takip süresi boyunca semptomlar gösterdiğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte, hastalığın ilerleme hızı ve kapsamı herkes için tutarlı değildi. Sonuçlar, özellikle yakınlarını kaybetmiş olanlarda, semptom gelişiminin başlangıçtaki HIV'e özgü beklentiler tarafından öngörüldüğünü göstermiştir. Bu nedenle, HIV'in ilerlemesine ilişkin daha olumsuz beklentilere sahip olmanın gerçek ilerlemeyi öngördüğü görülmektedir (Reed ve ark. 1999). Bu çalışmanın ikinci bölümünde, yakın zamanda yakın bir arkadaşını veya partnerini AIDS nedeniyle kaybetmiş olan 40 HIV pozitif erkekle bu ölümü nasıl anlamlandırdıkları konusunda görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmeler daha sonra Taylor'ın bilişsel uyum teorisi (Taylor 1983) (bkz. Bölüm 3) doğrultusunda bireyin ölümde bir anlam bulup bulamadığına göre sınıflandırılmıştır. Anlam bulmaya örnek olarak şunlar verilebilir: "Onun ölümü davranışlarıma belli bir değer kattı: "Dinle, ne kadar ömrün kaldığını bilmiyorsun. Birini daha kaybettin. Senin için bir anlam ifade eden insanlarla daha fazla zaman geçir." Sonuçlar, anlam bulmayı başaranların takipte CD4 T-yardımcı hücre seviyelerini koruduğunu, anlam bulamayanların ise düşüş gösterdiğini ortaya koymuştur.

C tipi başa çıkma tarzı

Araştırmalar ayrıca, insanların HIV ile nasıl başa çıktıkları ve hastalıklarının ilerlemesi arasındaki bağlantıyı, duygusal ifadeyi ve ihtiyaçların ve duyguların daha az fark edilmesini yansıtan C tipi başa çıkma tarzına odaklanarak incelemiştir. Örneğin, Solano ve arkadaşları (2001, 2002) hastalık durumunun bir ölçütü olarak CD4 hücrelerini kullanmış, başlangıçtaki başa çıkma tarzını değerlendirmiş ve 200 hastayı 6 ve 12 ay sonra takip etmiştir. Sonuçlar, C tipi başa çıkma tarzının takipte ilerlemeyi öngördüğünü göstermiş ve duygusal ifade eksikliğine dayanan bir başa çıkma biçiminin HIV hastalığının seyrini daha da kötüleştirebileceğini düşündürmüştür. Bununla birlikte, sonuçlar aynı zamanda çok yüksek düzeyde duygusal ifadenin de zararlı olduğunu göstermiştir. Yazarlar, duyguları serbest bırakmak yerine duygular üzerinde çalışmanın HIV pozitif tanısı almış kişiler için en koruyucu başa çıkma stratejisi olabileceği sonucuna varmışlardır.

Psikoloji ve uzun ömür

Araştırmalar ayrıca HIV enfeksiyonunu takiben uzun ömürlülükte psikolojik faktörlerin rolünü de incelemiştir. Özellikle, inanç ve davranışların durum üzerindeki doğrudan etkileri incelenmiştir.

Bireyin bağışıklık sisteminin baskılanması (PNI tartışması için Bölüm 11'e bakınız). 1987 yılında Solomon ve arkadaşları 21 AIDS hastası üzerinde çalışmış ve bu hastaların sağlık durumlarını ve bu sağlık durumunun başlangıçtaki psikolojik değişkenlerle ilişkisini incelemiştir. Takipte, hayatta kalmanın başlangıçtaki genel sağlık durumları, sağlık davranışları, dayanıklılıkları, sosyal destekleri, C tipi davranışları (kendini feda eden, kendini suçlayan, duygusal olarak dışa vurmayan) ve başa çıkma stratejileri tarafından öngörüldüğünü bulmuşlardır. Bir başka çalışmada, Solomon ve Temoshok (1987) AIDS hastalarının ek bir takibini rapor etmiştir. Olumlu bir sonucun başlangıçta hastalık üzerinde algılanan kontrol, sosyal destek, problem çözme, yardım arama davranışı, düşük sosyal istenirlik ve öfke ve düşmanlık ifadesi ile öngörüldüğünü ileri sürmüşlerdir. Bu çalışma, C tipi davranışın uzun ömürlülükle ilişkili olmadığını göstermiştir.

Reed ve diğerleri (1994) de AIDS teşhisi konmuş 78 eşcinsel erkeğin psikolojik durumunu, kendi bildirdikleri sağlık durumları, psikolojik uyumları ve HIV'e verdikleri psikolojik tepkiler, refah, öz saygı ve umutsuzluk düzeyleri açısından incelemiştir. Ayrıca, 'olabilecekleri kabul etmeye çalıştım', 'en kötüsüne hazırlanıyorum' ve 'bu sorun hakkında ne söyleyeceğimi ya da ne yapacağımı aklımdan geçiriyorum' gibi ifadeleri yansıtan 'gerçekçi kabul' ölçümlerini doldurmuşlardır. Takip sonuçları, erkeklerin üçte ikisinin öldüğünü göstermiştir. Bununla birlikte, sağkalım başlangıçtaki 'gerçekçi kabullenme' ile öngörülmüş ve kendi ölümlerini daha fazla kabullenenler daha erken ölmüştür. Dolayısıyla psikolojik durum da uzun ömürlülükle ilişkili olabilir.

Sonuç

HIV ve AIDS çalışmaları, psikolojinin hastalığın farklı aşamalarındaki rolünü göstermektedir. Psikolojik faktörler sadece HIV hakkındaki tutum ve inançlar ve bunların sonucunda ortaya çıkan davranışlar için önemli olmayıp, aynı zamanda bireyin virüse yakalanma yatkınlığı, virüse yakalandıktan sonra virüsün çoğalması ve sonrasında uzun ömürlü olmasında da rol oynayabilir.

Kutu 14.1 ... ile ilgili bazı sorunlar HIV ve kanser araştırmaları

Aşağıda, bu alandaki araştırmalarla ilgili göz önünde bulundurmak isteyebileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır.

- 1 Psikolojik araştırmaların çoğu, daha güvenli seks davranışı ve iğne paylaşımı açısından HIV pozitif olmanın belirleyicilerini araştırmaktadır. Ancak HIV, tüm dinlerden ve kültürel geçmişlerden insanları etkileyen dünya çapında bir sorundur. İnsanların riskli davranışlarda bulunma ya da bulunmama nedenleri büyük ölçüde kendi kültürleriyle bağlantılıdır. Bu nedenle bir çalışmadan çalışma grubu dışındaki popülasyonlara genelleme yapmak çok zordur.
- 2 HIV ve AIDS'in yönetimi son 20 yılda büyük ölçüde değişmiş ve kombinasyon tedavileri sayesinde uzun yaşam süresinde artış sağlanmıştır. HIV artık ölümcül bir hastalıktan ziyade kronik bir hastalık olarak görülmektedir. Bu da, farklı zamanlardaki insanlar çok farklı şekillerde yönetildiğinden, yıllar boyunca uzun ömürlülük üzerine yapılan araştırmaları birleştirmenin zor olduğu anlamına gelmektedir.
- 3 Kanser üzerine yapılan araştırmalar, farklı kanser türleri arasında bazı ortak noktalar olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, farklı kanserlerin insanların yaşamlarını etkileme ve yönetilme biçimlerinde de büyük farklılıklar vardır. Bu nedenle kanserler arasında yapılacak genellemeler, kanserler arası tutarlı farklılıkların bulunduğu alanlarla sınırlı tutulmalıdır. Örneğin, meme kanseri için tarama ve erken teşhis, daha iyi yönetim ve sağlık sonuçlarıyla sonuçlanabilirken, prostat k a n s e r i için tarama, anksiyete, ağırlı bir prosedür ve insanların durumlarını en başta bildiklerine pişman olmalarına neden olabilecek tetikte bekleme önerisiyle sonuçlanabilir.



Bir teorinin test edilmesi - psikoloji ve bağışıklık fonksiyonu

HIV pozitif homoseksüel erkeklerde başa çıkma tarzı, yaşam stresi ve sosyal destek gibi psikososyal faktörlerin bağışıklık fonksiyonu üzerindeki rolünü inceleyen bir çalışma (Goodkin ve ark. 1992).

Bu çalışmada HIV pozitif erkeklerin psikososyal faktörleri ile fiziksel sağlıkları arasındaki ilişki incelenmiştir. Psikolojik faktörler ve fiziksel sağlık arasındaki ilişki modelleri, psikoloji ve sağlık arasındaki bağlantının davranış değişikliği (örneğin stresli hissetmenin sigara içme davranışını artırması) ve/veya doğrudan fizyolojik değişiklikler (örneğin stresli hissetmenin stres hormonlarının salınmasına neden olması) yoluyla olabileceğini öne sürmektedir. Bu çalışma, başa çıkma tarzı, stres ve sosyal destek gibi psikolojik değişkenlerin, davranıştan bağımsız olarak bireyin fizyolojisindeki (bağışıklık sistemi) değişiklikler yoluyla sağlığı ve hastalığı doğrudan etkileyebileceği inancına dayanmaktadır.

Arka plan

Araştırmalar, psikososyal faktörlerin, enfeksiyonlara ve kanser büyümesine karşı önemli bir savunma olan doğal öldürücü hücre sitotoksitesindeki (NKCC) değişikliklerle ilişkili olabileceğini öne sürmüştür. Örneğin, stres altındaki tıp öğrencilerinde, yaşlı bireylerde ve majör depresif bozukluğu olanlarda NKCC'nin azaldığı gösterilmiştir. Buna ek olarak, araştırmalar sosyal destek, aktif başa çıkma tarzı ve neşenin meme kanserli hastalarda NKCC'deki değişikliklerle ilişkili olabileceğini göstermiştir. NKCC ile ilgili araştırmalar henüz erken aşamalarında ve biraz tartışmalı olsa da, Goodkin ve arkadaşları (1992) HIV pozitif erkeklerde psikososyal faktörler ile NKCC arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır.

Metodoloji

Konular

Miami'den altmış iki asemptomatik HIV-pozitif homoseksüel erkek çalışma için gönüllü olmuştur. Gönüllüler Miami Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırma Birimi, HIV ile ilgili toplum temelli hizmet kurumları, toplum doktorları, dergilerdeki ilanlar ve diğer çalışmalardan gelen yönlendirmelerle çalışmaya dahil edilmiştir. Anti-viral ilaç kullananlar, alkol/madde bağımlılığı öyküsü olanlar, psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlar veya ciddi kafa travması geçirenler çalışma dışı bırakılmıştır. Tüm denekler HIV-pozitif olduklarının farkındaydı ve ya hiçbir semptomları yoktu ya da üç aydan uzun süredir fiziksel enfeksiyon belirtisi göstermiyorlardı. Ortalama yaşları 33,8'dir; yüzde 72,6'sının anadili İngilizce'dir; yaklaşık yarısı birinci dereceden mezun olmuştur; çoğunluğu tam zamanlı bir işte çalışmaktadır; yüzde 66,1'i kendini dışlayıcı bir şekilde homoseksüel olarak tanımlamaktadır; yüzde 51,6'sı bekar; yüzde 30,6'sı tek eşli bir ilişki içindedir ve geri kalanı ya açık bir ilişki içindedir ya da boşanmış veya duldur.

Tasarım

Çalışma kesitsel olup tüm denekler tüm ölçümleri bir kez tamamlamıştır.

Önlemler

Denekler aşağıdaki psikososyal, davranışsal kontrol ve fizyolojik ölçümleri tamamlamıştır:

1 Psikososyal önlemler

- Yaşam deneyimi anketi: Bu anket, önceki altı ay boyunca yaşanan yaşam olaylarının sayısını ve etkisini değerlendirmektedir. Bu çalışmada yazarlar yaşam olaylarının sayısına odaklanmış ve denekleri hafif (0-5), orta (6-10), yüksek (11-15) ya da çok yüksek (>15) olarak sınıflandırmıştır.

- Sosyal karşılıklar ölçeği: Bu ölçek bireyin mevcut sosyal destek algısını ölçmektedir. Yazarlar 20 maddelik kısaltılmış bir versiyon kullanmış ve toplam bir 'algılanan sosyal destek' puanı hesaplamışlardır.
 - Yaşanan sorunlarla başa çıkma yönelimleri ölçeği: Bu ölçek, başa çıkma stratejilerini ölçen 57 maddelik bir ölçektir. Mevcut çalışma bu maddeleri şu açılardan incelemiştir: (i) aktif başa çıkma (planlama, rakip faaliyetlerin desteklenmesi, kısıtlayıcı başa çıkma, araçsal destek arama, aktif başa çıkma gibi tüm sorun odaklı stratejilerden ve duygusal destek arama, olumlu yeniden yorumlama, kabullenme gibi üç duygu odaklı ölçekten oluşmaktadır); (ii) ayrılma/inkâr (davranışsal ve zihinsel ayrılma maddeleri ile inkârdan oluşmaktadır); (iii) duygulara odaklanma ve duyguları açığa vurma; ve (iv) dine yönelme (başa çıkma tartışması için bkz. Bölüm 3).
 - *Ruh hali profili*: Bu, ruh haliyle ilgili maddelerden oluşan 65 maddelik bir ölçektir. Bu çalışmada anksiyete, depresyon, yorgunluk ve kafa karışıklığı ile ilgili maddelerden oluşan bileşik bir 'duygusal sıkıntı puanı' hesaplanmıştır.
- 2 *Davranışları kontrol etmek için önlemler*. Denekler diyet (gıda sıklığı anketi kullanılarak), alkol ve madde kullanımı (örn. marihuana, kokain, LSD, nitrat inhalantları, amfetaminler ve opioidler), sigara içme davranışı ve reçeteli ilaç kullanımı ölçümlemlerini tamamlamıştır. Bunlar, bağışıklık durumundaki herhangi bir farklılığın psikososyal veya davranışsal faktörlerden kaynaklanıp kaynaklanmadığını belirlemek için dahil edilmiştir. Kan proteinleri, vitamin ve mineral ölçümleri de yapılmıştır.
- 3 *Fizyolojik ölçümler*. Deneklerin HIV-pozitif durumunu doğrulamak için anti-HIV-1 antikoru ve NKCC ölçümleri yapılmıştır.

Sonuçlar

Bireysel değişkenler ve NKCC

Sonuçlar ilk olarak bireysel değişkenlerin NKCC ile nasıl ilişkili olduğunu incelemek için analiz edilmiştir. Sonuçlar, aktif başa çıkma ve retinol A'nın (diyetle alınan A vitamini kaynağı) NKCC'de iyileşme ile ilişkili olduğunu ve alkol kullanımının NKCC'de azalma ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Duygulara odaklanma ve duyguları dışa vurma ile NKCC'nin iyileşmesi arasında bir ilişki eğilimi vardı, ancak sosyal destek, yaşam stresörleri ve duygusal sıkıntı için bir etki yoktu.

NKCC'nin Tahmin Edilmesi

Tüm değişkenler daha sonra NKCC'nin en iyi öngörücülerini incelemek üzere analize dahil edilmiştir. Sonuçlar, kontrol davranışı değişkenlerinin (diyet ve alkol) NKCC'deki varyansın çoğunu açıklasa da, aktif başa çıkmanın gelişmiş NKCC için öngörücü olmaya devam ettiğini göstermiştir.

Sonuç

Yazarlar, aktif başa çıkmanın HIV-pozitif erkeklerde NKCC açısından gelişmiş bağışıklık fonksiyonu ile ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır. Ayrıca, bağışıklık fonksiyonu diyet (A vitamini) ve alkol kullanımı ile de ilişkiliydi. Bu da psikososyal değişkenlerin sağlık ve hastalığı etkileyebileceği öngörüsünü desteklemektedir. Ancak sonuçlar, psikolojik değişkenler ile sağlık durumu arasındaki bağlantının muhtemelen hem davranışsal bir yol (yani sağlıklı ilgili davranışlardaki değişiklikler) hem de doğrudan fizyolojik bir yol (yani bağışıklık fonksiyonundaki değişiklikler) aracılığıyla olduğunu göstermektedir.

Kanser

Bu bölümde kanserin ne olduğu incelenmekte, yaygınlığına bakılmakta ve ardından kanserin başlaması ve ilerlemesi, kanserin psikolojik sonuçları, kanser belirtileriyle başa çıkma, uzun ömür ve hastalıksız bir yaşam aralığının teşvik edilmesi açısından psikolojinin kanseri anlamadaki rolü değerlendirilmektedir.

Kanser nedir?

Kanser, neoplazm adı verilen tümörleri üreten anormal hücrelerin kontrolsüz büyümesi olarak tanımlanır. İki tür tümör vardır: vücuda yayılmayan *iyi huylu* tümörler ve metastaz (hücrelerin tümörden koparak başka bir yere taşınması süreci) gösteren *kötü huylu* tümörler. Üç tür kanser hücresi vardır: tüm kanser hücrelerinin yüzde 90'ını oluşturan ve doku hücrelerinden köken alan *karsinomlar*; bağ dokusundan köken alan *sarkomlar* ve kandan köken alan *lösemiler*.

Kanser yaygınlığı

1991 yılında dünyada her yıl 6 milyon yeni kanser vakası görüldüğü ve dünyadaki tüm ölümlerin onda birinin kanserden kaynaklandığı bildirilmiştir. 1989 yılında, kanserlerin Birleşik Krallık'ta ikinci önde gelen ölüm nedeni olduğu ve 1984 yılında İngiltere ve Galler'deki tüm ölümlerin yüzde 24'ünü oluşturduğu bildirilmiştir (Smith ve Jacobson 1989). İngiltere ve Galler'de erkekler arasında kanserden ölümlerin başlıca nedenleri akciğer kanseri (yüzde 36), kolorektal kanser (yüzde 11) ve prostat kanseri (yüzde 9); kadınlar arasında ise meme kanseri (yüzde 20), akciğer kanseri (yüzde 15), kolorektal kanser (yüzde 14), yumurtalık kanseri (yüzde 6) ve serviks kanseridir (yüzde 3). Kanser ölümlerinin genel sayısı artmıyor gibi görünse de, kadınlarda akciğer kanseri ölümlerinin görülme sıklığı son birkaç yılda artmıştır.

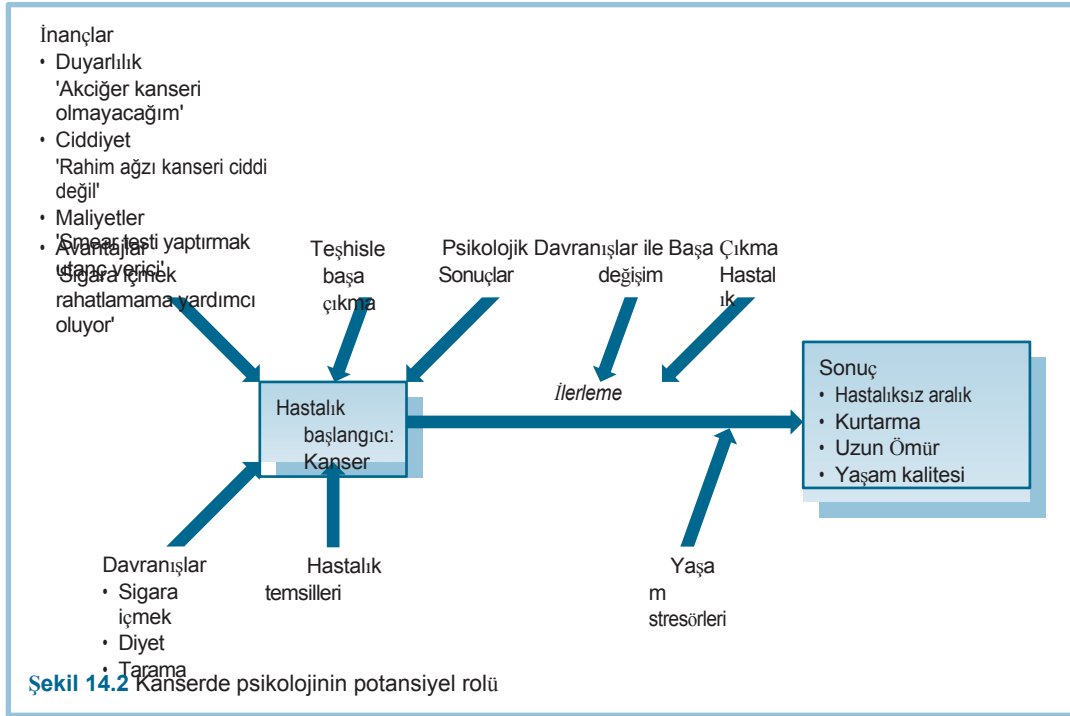
Kanserde psikolojinin rolü

Kanserde psikolojinin rolü ilk olarak ms 200-300 yıllarında melankoli ve kanser arasında bir ilişki olduğunu savunan Galen ve 1701 yılında kanserin yaşam felaketleriyle ilişkili olabileceğini öne süren Gedman tarafından öne sürülmüştür. Kanserlerin yüzde seksen beşinin potansiyel olarak önlenabilir olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle psikoloji, kansere ilişkin tutum ve inançlar ile kanserin başlamasında rol oynayan sigara içme, beslenme ve tarama gibi davranışların öngörülmesinde rol oynamaktadır (bu davranışlara ilişkin ayrıntılar Bölüm 2, 5, 6, 7, 8 ve 9'da bulunabilir). Buna ek olarak, kanser hastaları, yaşam kaliteleri üzerinde etkileri olan psikolojik sonuçlar bildirmektedir. Kanserde psikolojinin rolü aşağıdaki gözlemlerle de gösterilmektedir:

- Kanser hücreleri çoğu insanda mevcuttur ancak herkes kansere yakalanmaz; ayrıca araştırmalar sigara ile akciğer kanseri arasında bir bağlantı olduğunu öne sürse de, tüm ağır sigara içicileri akciğer kanserine yakalanmaz. Belki de kansere yatkınlıkta psikolojinin rolü vardır.
- Kanser olan herkes her zaman aynı oranda ölüme doğru ilerleme göstermez. Belki de kanserin ilerlemesinde psikolojinin de bir rolü vardır.
- Kanser hastalarının hepsi kanserden ölmüyor. Belki de psikolojinin uzun ömürlülükte bir rolü vardır.

Psikolojinin kanseri anlamadaki potansiyel rolü Şekil 14.2'de gösterilmektedir.

Kanserde psikolojinin rolü şimdi şu açılardan incelenecektir: (1) kanserin başlaması ve ilerlemesi; (2) kanserin psikolojik sonuçları; (3) kanser belirtileriyle başa çıkma; ve (4) uzun ömür ve hastalıksız bir yaşam aralığını teşvik etme.



Kanserin başlamasında ve ilerlemesinde psikososyal faktörler

- 1 Davranışsal faktörler.** Davranışsal faktörlerin kanserin başlamasında ve ilerlemesinde rol oynadığı gösterilmiştir. Smith ve Jacobson (1989) kanserlerin %30'unun tütün kullanımına, %35'inin diyet, %7'sinin üreme ve cinsel davranışlara ve %3'ünün alkolle bağlı olduğunu bildirmiştir. Bu davranışlar, bireysel sağlık inançları incelenerek tahmin edilebilir (bkz. Bölüm 2, 5, 6 ve 9).
- 2 Stres.** Stresin de kanserde bir rolü olduğu gösterilmiştir. Laudenslager ve arkadaşları (1983) kansere eğilimli farelerin strese maruz bırakılmasını (kafesin sallanması) içeren bir çalışma rapor etmiştir. Eğer bu stres faktörü kontrol edilebilirse, tümör gelişim oranında bir azalma olduğunu bulmuşlardır. Ancak, stres faktörü kontrol edilemez olarak algılanırsa, bu durum gelişimde bir artışa neden olmuştur. Bu da kanserin başlamasında stresin bir rolü olduğunu düşündürmektedir. Ancak Sklar ve Anisman (1981), streste artışı kanserin başlamasını değil, ilerlemesini arttırdığını savunmuştur (stres ve hastalık arasındaki ilişkinin tartışılması için 11. Bölüme bakınız).
- 3 Yaşam olayları.** Yaşam olaylarının da kanserde rol oynadığı öne sürülmüştür (yaşam olaylarının tartışılması için Bölüm 10'a bakınız). Jacobs ve Charles (1980) tarafından yapılan bir çalışmada, kanser kurbanı olan ve olmayan aileler arasındaki yaşam olaylarındaki farklılıklar incelenmiştir. Kanser kurbanı olan ailelerde daha fazla sayıda ev değiştiren, daha fazla sayıda davranış biçimini değiştiren, daha fazla sayıda kanserli kişi dışında sağlık durumunda değişiklik olan ve daha fazla sayıda boşanma olduğunu bildirmişlerdir, bu da yaşam olaylarının kanserin başlangıcına katkıda bulunan bir faktör olabileceğini göstermektedir. Ancak, Petticrew ve diğerleri (1999) tarafından yapılan bir meta-analizin sonuçları bu öneriyi desteklememektedir. Petticrew ve arkadaşları (1999) 1966'dan 1997'ye kadar 29 çalışma tespit etmişlerdir.

dahil etme kriterleri (meme kanseri olan yetişkin kadınlar, kanser olmayan kontrol grubu, stresli yaşam olaylarının ölçümü) ve birkaç bireysel çalışma yaşam olayları ile meme kanseri arasında bir ilişki olduğunu bildirirse de, metodolojik sorunlar dikkate alındığında ve farklı çalışmalardaki veriler birleştirildiğinde, 'araştırmanın stresli yaşam olayları ile meme kanseri arasında bir ilişki olduğuna dair iyi bir kanıt göstermediği' sonucuna varmıştır.

- 4 *Kontrol.* Kontrol aynı zamanda kanserin başlaması ve ilerlemesinde de rol oynuyor gibi görünmektedir ve stres faktörleri üzerindeki kontrolün ve çevresel faktörler üzerindeki kontrolün kanserin başlangıcındaki artışla ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (kontrol ve stres-hastalık bağlantısı hakkında bir tartışma için 11. Bölüme bakınız).
- 5 *Başa çıkma tarzları.* Başa çıkma tarzları da önemlidir. Eğer bir birey strese maruz kalıyorsa, bu stresle başa çıkmak için kullandığı yöntemler kanserin başlangıcıyla ilişkili olabilir. Örneğin, sigara ve alkol gibi uyumsuz, ayrılmaya yönelik başa çıkma stratejilerinin kanserde artışla ilişkisi olabilir (başa çıkma tartışması için bkz. Bölüm 3 ve 11).
- 6 *Depresyon.* Bieliauskas (1980) depresyon ve kanser arasındaki ilişkiyi vurgulamış ve klinik depresyonun değil ama kronik hafif depresyonun kanserle ilişkili olabileceğini öne sürmüştür.
- 7 *Kişilik.* Son birkaç yıldır kişilik ve kanser arasındaki ilişkiye ilgi duyulmaktadır. Temoshok ve Fox (1984) kansere yakalanan bireylerin 'C tipi kişiliğe' sahip olduğunu ileri sürmüştür. C tipi kişilik pasif, yatıştırıcı, çaresiz, diğerlerine odaklı ve duygularını ifade etmeyen bir kişilik olarak tanımlanmaktadır. Eysenck (1990) 'kansere eğilimli kişiliği' tanımlamış ve bunun strese çaresizlik ve umutsuzlukla tepki veren ve yaşam olaylarına karşı duygusal tepkilerini bastıran bireylerin karakteristik özelliği olduğunu öne sürmüştür. Kissen (1966) tarafından yapılan erken bir çalışma, kişilik ve kanser arasındaki bu ilişkiyi desteklemiş ve akciğer kanserine yakalanan ağır sigara içicilerinin duyguları için zayıf gelişmiş bir çıkış noktası olduğunu, bunun da belki de C tipi kişiliğe işaret ettiğini bildirmiştir. 1987 yılında Shaffer ve arkadaşları, 30 yıl boyunca tıp öğrencilerinde kişiliğin öngörü kapasitesini ve kanser gelişimiyle ilişkisini incelemek için ileriye dönük bir çalışma yürütmüştür. Takip sırasında, kansere yakalanma olasılığı daha yüksek olan birey tipini, öz farkındalığı zayıf, kendini feda eden ve kendini suçlayan ve duygusal olarak kendini ifade edemeyen kişiler olarak tanımlamışlardır. Bu çalışmanın sonuçları, bu tür bir kişiliğe sahip olan bireylerin kansere yakalanma olasılığının olmayanlara göre 16 kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, kanser ve kişilik arasındaki ilişki basit bir ilişki değildir. Hastalıkla ilişkili olduğu tahmin edilen farklı kişilik tiplerinin birbirinden farklı olmadığı ve ayrıca kanserli insanların sağlıklı insanlardan ya da kalp hastalığı olan insanlardan tahmin edilen yönde tutarlı bir şekilde farklı olmadığı ileri sürülmüştür (Amelang ve Schmidt-Rathjens 1996).
- 8 *Dayanıklılık.* Kobasa ve arkadaşları (1982) 'dayanıklılık' adı verilen ve üç bileşeni olan bir başa çıkma tarzı tanımlamıştır: kontrol, bağlılık ve meydan okuma. Düşük kontrol, stres karşısında çaresizlik hissi gösterme eğilimine işaret eder. Bağlılık, yabancılaşmanın zıttı olarak tanımlanır: bağlılığı yüksek bireyler işlerinde, değerlerinde ve kişisel ilişkilerinde anlam bulurlar. Meydan okumada yüksek olan bireyler, potansiyel olarak stresli olayları beklenen başarı ile karşılanması gereken bir meydan okuma olarak görürler. Dayanıklılık kanser gelişiminde koruyucu olabilir.

Kanserin psikolojik sonuçları

Duygusal tepkiler

Kanser hastalarının yüzde 20'sinde şiddetli depresyon, keder, kontrol eksikliği, kişilik değişikliği, öfke ve anksiyete görülebilir. Pinder ve arkadaşları (1993) ameliyat edilebilir meme kanseri olan kadınların duygusal tepkilerini incelemiş ve bunların ruh halinin çok az bozulmasından klinik depresyon ve anksiyete durumlarına kadar geniş bir yelpazede farklılık gösterebileceğini bildirmiştir. Meme kanseri hastalarının duygusal durumlarının geçirdikleri ameliyatın türüyle (Kiebert ve ark. 1991), radyoterapi alıp almamalarıyla (Hughson ve ark. 1987) ve orta vadede sadece kemoterapiden etkilenmeleriyle (Hughson ve ark. 1986) ilgisi yok gibi görünmektedir. Bununla birlikte, ruh halindeki kalıcı bozulma önceki psikiyatrik geçmiş (Dean 1987), sosyal destek eksikliği (Bloom 1983), yaş ve yakın ilişki eksikliği (Pinder ve ark. 1993) ile ilişkili görünmektedir. Pinder ve arkadaşları (1993) ayrıca ilerlemiş kanser hastalarında psikolojik morbiditenin fonksiyonel duruma (hastanın fiziksel olarak ne kadar iyi işlev gördüğü) ilişkili olduğunu bildirmiş ve düşük fonksiyonel durumun daha yüksek depresyon seviyeleriyle ilişkili olduğunu ve bunun da düşük sosyal sınıfla ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Bununla birlikte, ruh halinin düşmesi kanserin tek duygusal sonucu değildir. Meme kanseri olan kadınlar sıklıkla kadınlık duygularında, çekiciliklerinde ve beden imajlarında değişiklikler olduğunu bildirmektedir. Bu durumun lumpektomi yerine radikal mastektomi yapılan kadınlarda daha fazla olduğu (örn. Moyer 1997) ve çeşitli etnik gruplarda ortaya çıktığı gösterilmiştir (örn. Petronis ve ark. 2003).

Bilişsel tepkiler

Araştırmalar kansere verilen bilişsel tepkileri de incelemiş ve 'mücadele ruhu'nun anksiyete ve depresyonla negatif ilişkili olduğunu, 'kadercilik', 'çaresizlik' ve 'endişeli meşguliyet'in ise düşük ruh haliyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Watson ve ark. 1991). Taylor (1983) meme kanseri olan 78 kadının bilişsel uyumunu incelemiştir. Bu kadınların kansere üç şekilde tepki verdiklerini bildirmiştir. İlk olarak, kanser hastalarının neden kansere yakalandıklarını anlamaya çalıştıkları bir anlam arayışına girmişlerdir. Rapor edilen anlamlar arasında stres, kalıtsal faktörler, doğum kontrol hapları gibi yutulan kanserojenler, kimyasal atıklar gibi çevresel kanserojenler, diyet ve memeye alınan bir darbe yer almaktadır. İkinci olarak, kanserlerini ve herhangi bir nüksetmeyi kontrol edebileceklerine inanarak bir ustalık duygusu kazanmaya da çalışmışlardır. Bu kontrol girişimleri meditasyon, olumlu düşünme ve asıl nedenin artık yürürlükte olmadığına dair bir inancı içeriyordu. Üçüncü olarak, kadınlar kendilerini geliştirme sürecine başladılar. Bu süreç, kadınların kendi durumlarını tanıdıkları diğer kişiler açısından analiz etme eğiliminde oldukları sosyal karşılaştırmayı içeriyordu. Taylor, kadınların kendilerini daha kötü durumda olan diğerleriyle karşılaştırarak kendi durumlarına ilişkin inançlarını geliştirdikleri 'aşağı doğru karşılaştırma' yaptıklarını ileri sürmüştür. Taylor'ın bilişsel adaptasyon teorisine göre, anlam, ustalık ve kendini geliştirme kombinasyonu, başa çıkma girişimlerinin merkezi bir bileşeni olan yanılsamalar yaratmaktadır. Bu teori 3. Bölümde daha ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

Psikoloji ve semptomların hafifletilmesi

Psikolojinin kanser semptomlarının hafifletilmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında da rolü vardır (yaşam kalitesi teorisi ve ölçümü ile ilgili bir tartışma için 16. Bölümüne bakınız). Cartwright ve arkadaşları (1973) kanser hastalarının çok zorlayıcı ağrı, nefes alma güçlükleri, kusma, uykusuzluk, bağırsak ve mesane kontrolünün kaybı, iştahsızlık ve zihinsel karışıklık gibi deneyimlerini tanımlamıştır. Bu nedenle psikososyal müdahaleler, kanser hastalarının bazı semptomlarını hafifletmek ve yaşam kalitelerini iyileştirmek için kullanılmıştır:

- 1 *Ağrı yönetimi.* Psikolojinin ana rollerinden biri ağrı yönetimidir ve bu, çeşitli farklı ağrı yönetimi teknikleri aracılığıyla gerçekleşmiştir (bkz. Bölüm 12). Örneğin, biofeedback ve hipnozun ağrıyı azalttığı gösterilmiştir. Turk ve Rennert (1981) kanserli hastaları ağrılarını tanımlamaya ve izlemeye teşvik etmiş, başa çıkma becerileri geliştirmeye teşvik etmiş, gevşeme becerilerini öğretmiş, olumlu imgeleme yapmaya ve başka şeylere odaklanmaya teşvik etmiştir. Bu tekniklerin ağrı deneyimini azaltmada başarılı olduğunu bildirmişlerdir.
- 2 *Sosyal destek müdahaleleri.* Sosyal destek müdahaleleri, kontrolü ve anlamlı faaliyetleri vurgulayan ve inkarı azaltmayı ve umudu teşvik etmeyi amaçlayan destek gruplarının sağlanması yoluyla da kullanılmıştır. Bu müdahalenin uzun ömürlülük üzerinde herhangi bir etkisi olmasa da, kanser hastasının hayatının anlamlılığını artırabileceği öne sürülmüştür. Bu doğrultuda, Holland ve Holahan (2003) 56 kadında sosyal destek, başa çıkma ve meme kanserine olumlu uyum arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Sonuçlar, daha yüksek düzeyde algılanan sosyal destek ve yaklaşım başa çıkma stratejilerinin olumlu uyumla ilişkili olduğunu göstermiştir.
- 3 *Bulantı ve kusmanın tedavisi.* Psikoloji, kanser hastalarının yaşadığı bulantı ve kusmanın tedavisine de dahil olmuştur. Kanser hastalarına genellikle kanserlerinin tedavisi olarak kemoterapi önerilmektedir ve bu da ileriye dönük bulantı, kusma ve anksiyeteye neden olabilmektedir. Yanıt koşullandırma ve görsel imgeleme, rahatlama, hipnoz ve duyarsızlaştırmanın kanser hastalarında bulantı ve kaygıyı azalttığı gösterilmiştir. Redd (1982) ve Burish ve arkadaşları (1987) kanser hastalarının yüzde 25-33'ünün koşullu kusma ve yüzde 60'ının beklenti anksiyetesi gösterdiğini öne sürmüştür. Gevşeme ve rehberli imgelemenin bu sorunları azaltabileceği bildirilmektedir.
- 4 *Beden imajı danışmanlığı.* Kanser hastalarının yaşam kalitesi, özellikle meme kaybının ardından ve daha genel olarak vücudun çeşitli bölümlerinin kaybindan kaynaklanan yasla başa çıkmada, değiştirilmiş beden imajı danışmanlığı yoluyla da iyileştirilebilir.
- 5 *Bilişsel adaptasyon stratejileri.* Araştırmalar ayrıca bilişsel adaptasyon stratejileri kullanılarak yaşam kalitesinin de iyileştirilebileceğini göstermektedir. Taylor (1983) bu tür stratejileri hastaların öz değerlerini, başkalarına yakın olma becerilerini ve yaşamlarının anlamlılığını iyileştirmek için kullanmıştır. Bu tür yöntemlerin kendini aşmayı içerdiği öne sürülmüştür ve bu da yine iyilik halinin iyileşmesi ve hastalıkla ilgili sıkıntıların azalmasıyla ilişkilendirilmiştir.
- 6 *Simontonların çalışmaları.* Simonton ve Simonton (1975), kanser hastalarının yaşam kalitesini iyileştirmek için psikososyal faktörleri ve müdahaleleri tüm kişi yaklaşımını kullanarak uyguladıkları için iyi bilinmektedir. Bu, aşağıdaki süreçleri içerir: (1) kas gerginliğini ve dolayısıyla ağrıyı azaltmayı amaçlayan gevşeme; (2) kanser hastalarının olumlu bir şeye odaklanmaya teşvik edildiği zihinsel imgeleme (bu, iyileşme yeteneğine dair bir inanç geliştirmeyi, dolayısıyla ağrıyı, gerginliği ve korkuyu azaltmayı amaçlar); ve (3) iyi olma hissini artırmayı amaçlayan egzersiz programları. 1975 yılında Simonton ve Simonton, 18 ay boyunca 152 kanser hastası arasında tüm kişi yaklaşımını kullanarak tedaviye yönelik olumlu bir tutumu teşvik etmiş ve bu müdahalenin tedaviye iyi bir yanıt verdiğini ve yan etkileri azalttığını savunmuştur. Bu yöntemler şu anda Birleşik Krallık'taki Penny Brohn Cancer Care'de de kullanılmaktadır.

Adjuvan psikolojik terapi

Greer ve diğerkleri (1992), fiziksel müdahalelere ek olarak meme kanserli hastalara adjuvan psikolojik terapi önerilmesini önermiştir. Bu, kanser hastalarını kanserlerinin kişisel anlamını ve bununla başa çıkmak için neler yapabileceklerini incelemeye teşvik etmeyi içerir (bkz. **Focus on Research 14.2**, s. 328).

Uzun ömürlülükte psikolojik faktörler

Psikolojinin kanserdeki rolüne ilişkin son soru ise uzun ömürlülükle olan ilişkisidir: psikososyal faktörler uzun ömürlülüğü etkiler mi?

Bilişsel tepkiler ve uzun ömür

Greer ve arkadaşları (1979) meme kanseri teşhisine verilen bilişsel tepkiler ile hastalıktan kurtulma süreleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri ileriye dönük bir çalışma yürütmüşlerdir. Yarı yapılandırılmış mülakatlar kullanarak üç tip yanıtlayıcı tanımlamışlardır: 'mücadele ruhu' olanlar, hastalıklarının sonuçlarını inkar edenler ve umutsuz/yardımsız yanıt verenler. Yazarlar, 'mücadele ruhu' ya da 'inkar' gösteren grupların diğerk gruba göre daha uzun bir hastalıktan kurtulma süresine sahip olduğunu bildirmiştir. Buna ek olarak, 15 yıllık bir takipte, hem mücadele ruhu hem de inkar yaklaşımı da uzun ömürlülüğü öngörmüştür. Bununla birlikte, bu çalışmada sorunlar vardı. Yazarlar başlangıçta lenf nodu tutulumu gibi bazı önemli fizyolojik prognostik göstergeleri ölçmemiştir çünkü bu ölçümler o sırada mevcut değildi. Bu fizyolojik faktörler, hastaların hem hastalıksız aralıklarına hem de sağkalımlarına katkıda bulunmuş olabilir. Daha yakın zamanda, Gidron ve arkadaşları (2001) çaresizlik ve kötümserlik olarak tanımlanan umutsuzluğun meme kanserindeki değişiklikleri öngörmedeki rolünü incelemiştir. Meme kanseri tanısı konmuş 49 İsrailli kadından başlangıçta klinik veriler, umutsuzluk ölçümleri, yaşam değişiklikleri ve duygulanım ölçümleri toplanmıştır. Takip verileri dört aylık bir süre boyunca toplanmıştır. Sonuçlar umutsuzluğun ruh haliyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak, çaresizlik (karamsarlık değil) meme kanseri gelişimi için belirteç olarak kullanılan CA15-3'teki değişiklikleri öngörmüştür.

Yaşam stresi ve hastalıktan arınma aralığı

Bir vaka kontrol çalışmasında Ramirez ve arkadaşları (1989) ameliyat edilebilir meme kanserinde yaşam stresi ve nüks arasındaki ilişkiyi incelemiştir. İlk meme kanseri nüksü gelişen 50 kadın ve remisyonunda olan 50 kadında hastalıksız dönem boyunca meydana gelen yaşam olayları ve zorluklar kaydedilmiştir. İki denek grubu, prognozla ilişkili olduğu düşünülen temel fiziksel ve patolojik faktörler ile yaşam olayları ve zorluklarla ilişkili olduğu düşünülen sosyodemografik değişkenler açısından eşleştirilmiştir. Sonuçlar, şiddetli olarak değerlendirilen yaşam olaylarının meme kanserinin ilk nüksü ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, çalışma kesitsel nitelikte olup, nedenselliğin belirlenmesinde etkileri bulunmaktadır.

Kişilik / başa çıkma tarzı ve uzun ömürlülük

1991 yılında Eysenck ve Grossarth-Maticek, sağlıklı (kontrol grubu) 'risk altındaki' bireyler ile çatışmadan kaçınma ve duyguları bastırma tipi kişilik (C tipi/kansere yatkın kişilik) gösteren başka bir grup bireyi (deney grubu) seçtikleri bir çalışma rapor etmişlerdir. Deney grubuna stresle başa çıkma yöntemlerini değiştirmek amacıyla bilişsel davranış terapisi uygulanmıştır. Takipte, yazarlar bu grubun, terapi almayan kontrol grubuna kıyasla ölüm oranında bir düşüş gösterdiğini bildirmiştir.



Teoriyi pratiğe dökmek - kanser semptomlarını tedavi etmek

Adjuvan psikolojik terapinin kanserin psikolojik sekelleri üzerindeki etkilerini inceleyen randomize kontrollü bir çalışma (Greer ve ark. 1992).

Araştırmalar kanser olmanın psikolojik sonuçlarını incelemiştir. Bu çalışma, adjuvan psikolojik terapinin (APT) bir sonucu olarak kanser hastalarının psikolojik durumundaki değişiklikleri incelemiştir. Çalışma, APT alan hastaların yaşam kalitesi ölçümlerindeki değişiklikleri tedavi almayan hastalarla karşılaştırmak için randomize kontrollü bir çalışma tasarımı kullanmıştır.

Arka plan

Kanıtlar, kanser hastalarının önemli bir azınlığının, özellikle depresyon ve anksiyete açısından psikolojik rahatsızlık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, kanser hastalarının duygusal refahını iyileştirmek için bir dizi psikoterapötik yöntem geliştirilmiştir. Bununla birlikte, bu tür prosedürlerin etkinliğini değerlendirmek çeşitli etik ve metodolojik sorunları gündeme getirmektedir ve bunlar Greer ve diğerleri (1992) tarafından ele alınmıştır. Bunlar (1) kontrol grubuna sahip olmanın etik hususları (psikolojik sıkıntı çeken hastalara terapi verilmeyebilir mi?); (2) herhangi bir psikolojik müdahalenin özgüllüğü (danışmanlık ve psikoterapi gibi terimler belirsizdir ve değerlendirilen herhangi bir prosedür açıklığa kavuşturulmalıdır); ve (3) seçilen sonuç ölçütleri (birçok psikolojik durum ölçütü, bireyin psikolojik durumunun değil kanserin bir sonucu olarak değişebilen kilo kaybı ve yorgunluk gibi kanser hastaları için uygun olmayan maddeler içerir). Bu çalışmanın yazarları, APT'nin kanser hastalarının psikolojik durumu üzerindeki etkilerini bu sorunlar ışığında incelemeyi amaçlamıştır.

Metodoloji

Konular

Birleşik Krallık'taki Royal Marsden Hastanesi'ne başvuran toplam 174 hasta aşağıdaki kriterler kullanılarak çalışmaya dahil edilmiştir: (1) serebral tümörler ve iyi huylu cilt kanserleri dışında herhangi bir kanser türü; (2) en az 12 aylık yaşam beklentisi; (3) 18-74 yaş arası; (4) belirgin zihinsel bozukluk, psikotik hastalık veya intihar riski olmaması; (5) hastaneye 65 km mesafede ikamet ediyor olmak; ve (6) anksiyete, depresyon ve çaresizlik için bir dizi kesme noktasının üzerinde ve mücadele ruhu için bir kesme noktasının altında tanımlanan psikolojik morbidite. Toplamda 153 denek başlangıç ve sekiz haftalık ölçümleri, 137 denek ise tüm ölçümleri tamamlamıştır.

Tasarım

Tüm denekler başlangıçta psikolojik durumlarına ilişkin ölçümleri tamamlamıştır. Daha sonra ya deney grubuna (ve sekiz haftalık APT aldılar) ya da kontrol grubuna ayrıldılar. Denekler daha sonra sekiz hafta ve dört ay sonra takip ölçümlerini tamamladılar.

Önlemler

Denekler başlangıçta (randomizasyondan önce), sekiz haftalık ve dört aylık takiplerde aşağıdaki ölçümleri tamamlamıştır:

- *Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği.*
- *Kansere zihinsel uyum ölçeği:* Bu ölçek uyumun dört boyutunu ölçer - mücadele ruhu, çaresizlik, endişeli meşguliyet ve kadercilik.

- *Hastalığa psikososyal uyum ölçeği*: Bu ölçek sağlık bakımına yönelimi, işe uyumu, ev ortamını, cinsel ilişkileri, geniş aile ilişkilerini, sosyal çevreyi ve psikolojik sıkıntıyı ölçer.
- *Rotterdam semptom kontrol listesi*: Bu liste yaşam kalitesini hem fiziksel hem de psikolojik semptomlar açısından ölçer.

Müdahale

Denekler rastgele deney (APT) ya da kontrol grubuna ayrılmıştır. ATP, özellikle kanser hastaları için geliştirilmiş bir bilişsel davranış tedavisidir. Terapi, bireysel hastalar ve eşleriyle (uygunsa) haftada yaklaşık sekiz adet bir saatlik seansı içermektedir. Ancak, bu çalışmadaki birçok hasta bu seansların hepsine katılmamış ve bazıları dört ay boyunca ek seanslar almıştır. Terapi, kanserin hasta için kişisel anlamına odaklanmış, başa çıkma stratejilerini incelemiş ve terapist ile hasta tarafından ortaklaşa tanımlanan mevcut sorunları vurgulamıştır. APT aşağıdaki bilişsel davranış tekniklerini kullanmaktadır:

- Hastanın güçlü yönlerini belirlemek ve bunları özsaygıyı geliştirmek, çaresizlik hissinin üstesinden gelmek ve mücadele ruhunu teşvik etmek için kullanmak.
- Hastalara anksiyete ve depresyonlarının altında yatan otomatik düşünceleri tespit etmeyi öğretmek ve bu düşüncelere meydan okumak için araçlar geliştirmek.
- Hastalara stresle başa çıkmanın bir yolu olarak hayal gücünü ve rol yapmayı nasıl kullanacaklarını öğretmek.
- Kontrol duygusunu teşvik etmek için hastaları kendilerine zevk ve başarı hissi veren faaliyetler yapmaya teşvik etmek.
- Duyguların ifade edilmesini ve açık iletişimi teşvik etmek.
- Kaygıyı kontrol etmek için rahatlamayı öğretmek.

Sonuçlar

Sonuçlar, sekizinci haftada APT alan hastaların kontrol hastalarına kıyasla mücadele ruhu puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu ve çaresizlik, endişeli meşguliyet, kadercilik, anksiyete, psikolojik semptomlar ve sağlık hizmetlerine yönelim puanlarının anlamlı derecede düşük olduğunu göstermiştir. Dört ay sonra, APT alan hastaların anksiyete, psikolojik semptomlar ve psikolojik sıkıntı puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktü.

Sonuç

Yazarlar, APT'nin artan psikolojik sorunlar gösteren kanser hastalarının psikolojik iyilik halini iyileştirdiği ve bu iyileşmelerin bazılarının dört aya kadar devam ettiği sonucuna varmışlardır. APT'nin 'kansere hastalarının yaşam kalitesinin psikolojik boyutunda iyileşme' ile ilgili olduğunu öne sürmektedirler.

bilişsel davranış terapisi. Temoshok ve Fox (1984) tarafından yapılan bir başka çalışmada, meme kanseri olan kadınların 15 yıllık takibinden elde edilen sonuçlar, kötü sonucun pasif, çaresiz başa çıkma tarzıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, farklı hastalıklarla ilişkili olduğu öngörülen kişilik tarzlarının farklı olup olmadığı sorgulanmıştır (Amelang ve Schmidt- Rathjens 1996).

Psikolojik faktörler ile uzun ömürlülük arasında bir ilişki yoktur

Ancak, tüm araştırmalar psikolojik faktörler ile uzun ömürlülük arasında bir ilişki olduğuna işaret etmemektedir. Barraclough ve arkadaşları (1992) bir grup meme kanseri hastasında başlangıçta ciddi yaşam olaylarını, sosyal zorlukları ve depresyonu ölçmüş ve 42 ay sonra onları takip etmiştir. Toplam 204 denekten 26'sı ölmüş ve yüzde 23'ü nüksetmiştir. Ancak sonuçlar, bu sonuçlar ile başlangıçta ölçülen psikososyal faktörler arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir. Bu sonuçlar daha önceki çalışmalar ışığında tartışmalara neden olmuş ve yaşam olayları ile sonuçlar arasında bir ilişki bulunmamasının Barraclough ve arkadaşlarının çalışmasındaki kadınların ileri yaşta olmasından, kullanılan kısa takip süresinden ve bildirilmeyen kemoterapi kullanımından kaynaklanabileceği öne sürülmüştür (Ramirez ve ark. 1992).

Sonuç olarak

Psikoloji, sadece kanserin başlangıcıyla ilgili olabilecek inançlar ve davranışlar açısından değil, aynı zamanda psikolojik sonuçlar, semptomların tedavisi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, hastalıksız aralıklar ve uzun ömür açısından da kanseri anlamada önemli bir role sahip görünmektedir.



Sorular

- 1 Psikolojik faktörlerin tam gelişmiş AIDS'e ilerlemedeki rolünü tartışınız.
- 2 HIV virüsünün bulaşması ne ölçüde bilgi eksikliğinden kaynaklanıyor?
- 3 AIDS öldürür. Tartışın.
- 4 Hastaların AIDS ilaçlarını neden almadıklarını açıklayabilecek faktörleri tartışın.
- 5 Kanser başlangıcında psikolojinin rolünü tanımlayın.
- 6 Meme kanseri tanısını takiben hastalıksız bir dönem geçirilmesinde psikolojik faktörlerin rolünü tartışınız.
- 7 Psikolojik faktörler kanserden kurtulma süreciyle ne ölçüde ilişkilidir?

Tartışma için

HIV ya da kanser geçirmiş birini tanıyor musunuz? Davranış, inanç ve başa çıkma gibi psikolojik faktörlerin sağlık durumlarını nasıl etkilediğini düşünün.

Sağlık psikolojisinde varsayımlar

Psikolojik faktörlerin hastalıktaki rolünün incelenmesi, sağlık psikolojisindeki bazı varsayımların altını çizmektedir:

- 1 *Zihin-beden ayrımı.* Psikolojinin hastalıktaki rolünü incelerken, psikoloji ve hastalığın (bedenin) birbirinden ayrı olduğu dolaylı olarak varsayılmaktadır. Bu, birbiriyle etkileşim halinde olan ancak ayrı olan fiziksel ve zihinsel bir dünyaya sahip bir birey modelini teşvik eder. Bu etkileşim, sağlık ve hastalığa bütüncül bir yaklaşım girişimi olsa da, yine de özünde düalisttir.
- 2 *Korelasyonel çalışmalar.* Sağlık psikolojisi alanında yapılan araştırmaların çoğu kesitseldir (yani aynı anda ölçülen değişkenler arasındaki ilişkiyi inceler). Örneğin, "Başa çıkma tarzı ile bağışıklık durumu arasındaki ilişki nedir?" ve "Yaşam stresörleri ile hastalık arasındaki ilişki nedir? Kesitsel tasarımlar kullanan çalışmalar genellikle nedensellik hakkında ifadelerde bulunur (örneğin, 'başa çıkma tarzı bağışıklık durumundaki değişikliklere neden olur', 'stresörler hastalığa neden olur'). Ancak, bu değişkenler arasındaki ilişkinin ya ters yönde nedensel olması (örneğin, hastalık yüksek stres faktörü raporlarına neden olur, 'Şu anda hastayım ve son altı ayı farklı hatırlıyorum') ya da hiç olmaması (örneğin, 'Hastayım ve son zamanlarda hayatımda çok sayıda stresli olay oldu ama bunlar birbiriyle ilgisiz' (üçüncü değişken sorunu)) oldukça olasıdır. Prospektif çalışmalar bu sorunu çözmek için kullanılır, ancak prospektif çalışmalar bile sadece değişkenler arasındaki korelasyonu inceler - nedensellikten bahsetmek hala zordur.

Daha fazla okuma

Barracclough, J. (2000) *Kanser ve Duygu: Psiko-onkoloji İçin Pratik Bir Kılavuz*. Chichester: Wiley. Bu kitap, kanserin başlangıcı, ilerlemesi ve iyileşmesi açısından psikolojik faktörler ve kanser arasındaki bağlantıları araştıran araştırma ve teorilerin kapsamlı ve erişilebilir bir incelemesini sunmaktadır.

Mulder, C.L. ve Antoni, M.H. (1992) Psychosocial correlates of immune status and disease progression in HIV-1 infected homosexual men: review of preliminary findings and commentary, *Psychology and Health*, 6: 175-92.

Bu makale, HIV enfeksiyonunun seyrinde davranışsal ve psikolojik faktörlerin rolüne ilişkin literatürü gözden geçirmektedir. Ayrıca psikonöroimmünolojiye iyi bir giriş niteliğindedir.

Vedhara, K. ve Irwin, M. (eds) (2005) *Human Psychoneuroimmunology*. Oxford: Oxford Üniversitesi Yayınları.

Bu kitap, PNI üzerine yapılan araştırmalara mükemmel ve güncel bir genel bakış sağlamakta ve temel kavramları, araştırmaları ve yöntemleri kapsamaktadır.

Obezite ve koroner kalp hastalığı

Hastalık seyri boyunca psikoloji (2)

Bölüme genel bakış

Bu bölüm, obezite ve koroner kalp hastalığına odaklanarak hastalık seyri boyunca psikolojinin rolünü göstermektedir. İlk olarak obezitenin tanımları, yaygınlığı ve potansiyel sonuçları incelenmektedir. Daha sonra fizyolojik faktörlerin ve davranışların obeziteye neden olmadaki rolü incelenmektedir. Bölüm daha sonra obezite tedavisini incelemekte ve "obezite tedavi edilmeli mi?" sorusunu gündeme getirmektedir. Bölümde daha sonra koroner kalp hastalığı ele alınmaktadır. Bu hastalığın ne olduğu ve nasıl tanımlandığı açıklandıktan sonra etiyolojisinde psikolojinin rolü incelenmektedir. Son olarak, psikolojinin tedavi ve rehabilitasyondaki rolü incelenmektedir.

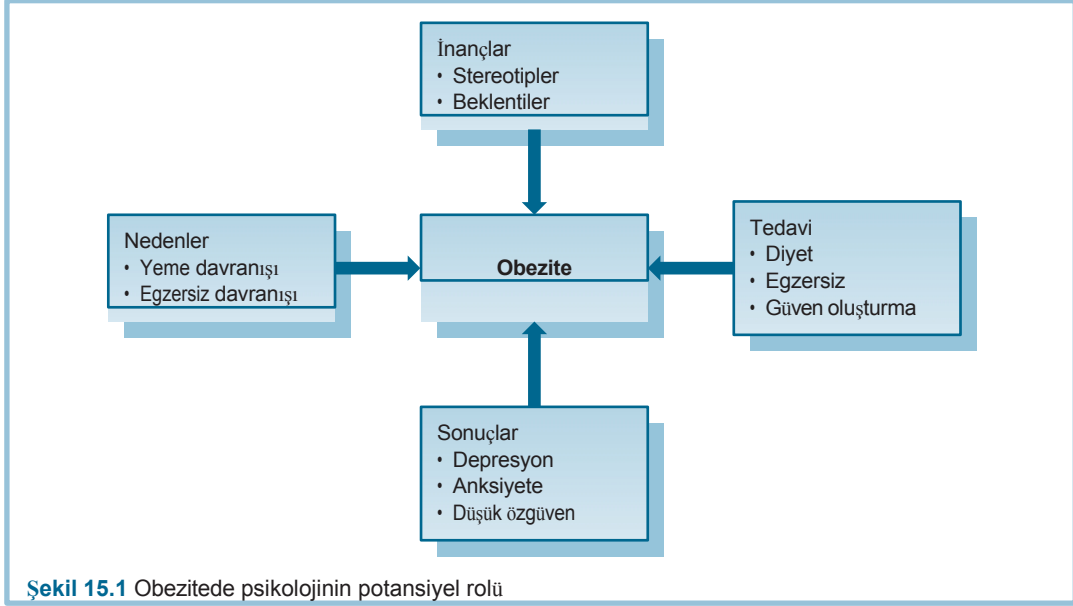
Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- Obezite nedir?
- Obeziteye ne sebep olur?
- Obezite tedavisi
- Obezite hiç tedavi edilmeli mi?
- Koroner kalp hastalığı nedir?
- Koroner kalp hastalığı başlangıcında psikolojinin rolü
- Davranışsal risk faktörlerinin öngörülmesi ve değiştirilmesi
- Psikoloji ve hastaların rehabilitasyonu

Obezite

Obezitede psikolojik faktörlerin rolü

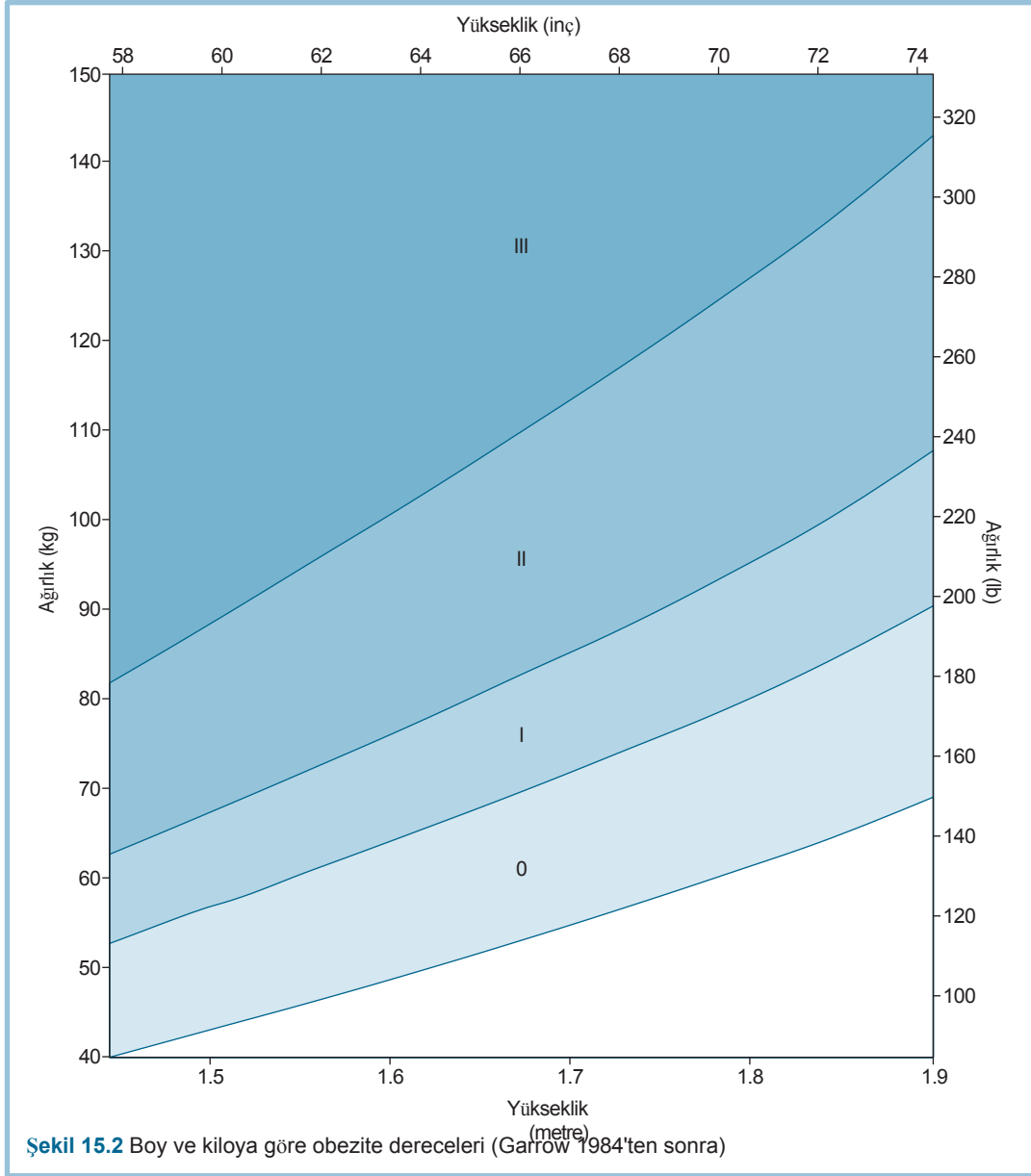
Bu bölümde obezitenin ne olduğu araştırılmakta ve ardından obezitenin sonuçları, nedenleri ve tedavisi açısından anlaşılmasında psikolojinin rolü incelenmektedir. Obezitede psikolojik faktörlerin potansiyel rolü Şekil 15.1'de gösterilmektedir.



Obezite nedir?

Obezite çeşitli şekillerde tanımlanabilir:

- **Nüfus ortalamaları.** Nüfus ortalamaları, belirli bir nüfus göz önüne alındığında ortalama ağırlıkların araştırılmasını ve bir kişinin aşırı kilo yüzdesi açısından ortalamanın altında mı, ortalama mı yoksa ortalamanın üstünde mi olduğuna karar verilmesini içerir. Stunkard (1984) obezitenin hafif (yüzde 20-40 fazla kilolu), orta (yüzde 41-100 fazla kilolu) ya da şiddetli (yüzde 100 fazla kilolu) obezite olarak kategorize edilmesini önermiştir. Bu yaklaşım, hangi nüfusun dikkate alındığına bağlı olduğu için sorunludur - bir kişi Hindistan'da obez olabilir ancak ABD'de olmayabilir.
- **VKİ.** Vücut kitle indeksi (VKİ), ağırlık (kg)/boy (m²) denklemi kullanılarak hesaplanır. Bu, normal kilolu (20-24,9), fazla kilolu (1. derece, 25-29,9), klinik obezite (2. derece, 30-39,9) ve şiddetli obezite (3. derece, 40) olarak kategorize edilen bir rakam üretir (bkz. Şekil 15.2). Bu, obezitenin en sık kullanılan tanımıdır. Ancak, kas ve yağ arasındaki ağırlık farklılıklarına izin vermez - bir vücut geliştirmeci obez olarak kabul edilir.
- **Bel çevresi.** BMI obezitenin en sık kullanılan ölçütüdür ancak yağın konumunun analizine izin vermez. Bu önemlidir çünkü diyabet gibi bazı sorunlar alt vücut yağından ziyade abdominal yağ tarafından tahmin edilmektedir. Araştırmacılar başlangıçta obeziteyi değerlendirmek için bel:kalça oranlarını kullanmışlardır ancak son zamanlarda bel çevresi tek başına tercih edilen yaklaşım haline gelmiştir. Bel çevresi erkeklerde 102 cm'den, kadınlarda 88 cm'den büyük olduğunda kilo azaltılması önerilmektedir (Lean ve ark. 1995, 1998). Bel çevresindeki azalma kardiyovasküler risk faktörlerinde azalma ile ilişkilidir ve abdominal obezite insülin direnci ve tip 2 diyabet gelişimi ile ilişkilidir (Chan ve ark. 1994; Han ve ark. 1997). Bel çevresi birinci basamakta rutin tarama için temel olarak önerilmiştir (Despres ve ark. 2001), ancak Little ve Byrne (2001) böyle bir programın uygulanmasından önce daha fazla kanıtı ihtiyaç olduğunu savunmuştur.



- **Vücut yağ yüzdesi.** Sağlık çoğunlukla kilodan ziyade yağ ile ilişkili olduğundan, araştırmacılar ve klinisyenler vücut yağ yüzdesini doğrudan ölçmek için yöntemler de geliştirmişlerdir. En basit haliyle bu, normalde üst kol ve üst ve alt sırt çevresindeki kaliperler kullanılarak deri kıvrım kalınlığının değerlendirilmesini içerir. Bu yöntem, ileri derecede obez olan ve karın bölgesinde yağ bulunmayan bireyler için uygun değildir. Daha ileri düzeyde, vücut yağı, kişinin eli ve ayağı arasında elektrik akımı geçirmeyi içeren biyoelektrik empedans kullanılarak ölçülebilir. Su elektriği ilettiğinden ve yağ bir yalıtkan olduğundan, akımın empedansı su ve yağ arasındaki oranı hesaplamak için kullanılabilir ve bu nedenle vücut yağ yüzdesinin genel bir tahmini yapılabilir.

Obezite ne kadar yaygındır?

Birleşik Krallık'ta obezite oranları artmaktadır. Obezite VKİ'nin 30'un üzerinde olması olarak tanımlanırsa, raporlar 1980'de erkeklerin yüzde 6'sının ve kadınların yüzde 8'inin obez olduğunu ve bu oranın 1994'te yüzde 13 ve yüzde 16'ya, 2005'te ise sırasıyla yüzde 18 ve yüzde 24'e yükseldiğini göstermektedir. Chinn ve Rona (2001) İngiltere'deki çocuklar için 1994 yılında erkeklerin yüzde 9'unun ve kızların yüzde 13,5'inin aşırı kilolu olduğunu, erkeklerin yüzde 1,7'sinin ve kızların yüzde 2,6'sının obez olduğunu ve bu rakamların on yıl öncesine göre yüzde 50'den fazla olduğunu bildirmiştir. ABD için yapılan tahminler Amerikalı yetişkinlerin yaklaşık yarısının aşırı kilolu, üçte birinin obez olduğunu, kadınların son yıllarda özellikle ağırlaştığını ve aşırı kilolu çocukların yaygınlığının son 20 yılda iki katına çıktığını göstermektedir (Ogden ve ark. 1997d; National Institutes of Health 1998). Dünya genelinde en yüksek obezite oranları Tunus, ABD, Suudi Arabistan ve Kanada'da, en düşük oranlar ise Çin, Mali, Japonya, İsveç ve Brezilya'da görülmektedir; Birleşik Krallık, Avustralya ve Yeni Zelanda ise aralığın ortasında yer almaktadır. Avrupa genelinde en yüksek oranlar Litvanya, Malta, Rusya ve Sırbistan'da, en düşük oranlar ise İsveç, İrlanda, Danimarka ve Birleşik Krallık'tadır. Genel olarak, Kuzey ve Batı Avrupa'daki insanlar Doğu ve Güney Avrupa'ya göre daha zayıftır ve kadınların obez olma olasılığı erkeklere göre daha yüksektir.

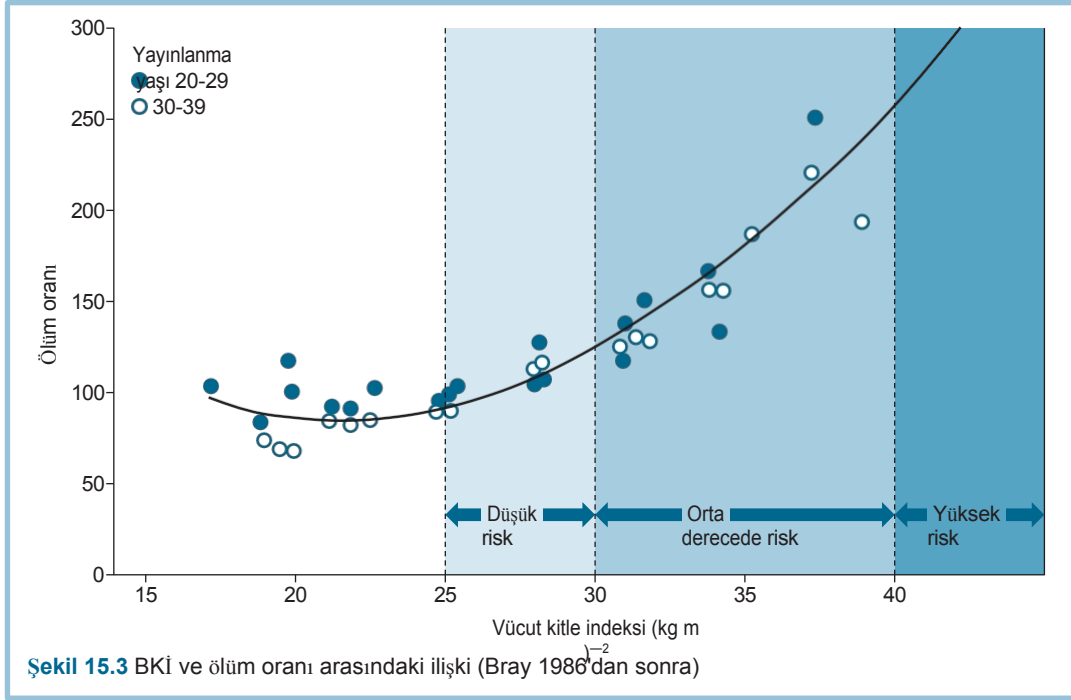
Obezite ile ilgili sorunlar nelerdir?

Fiziksel sorunlar

Obezite kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, eklem travması, sırt ağrısı, kanser, hipertansiyon ve ölüm oranı ile ilişkilendirilmiştir. Obezitenin etkileri fazla kilonun taşındığı yerle ilgilidir; vücudun üst kısmında, özellikle de karın bölgesinde depolanan kilo, vücudun alt kısmında taşınan kiloya kıyasla sağlığa daha zararlıdır. Erkeklerin üst vücutlarında yağ depolama olasılığı kadınlardan daha yüksek olmasına ve bu nedenle obez olduklarında daha fazla risk altında olmalarına rağmen, kadınların kilo konusunda erkeklerden daha fazla endişe duyduklarını ve çoğu tedavi çalışmasının kadınları incelediğini belirtmek ilginçtir. VKİ ile ölüm oranı arasındaki ilişki Şekil 15.3'te gösterilmektedir. Çoğu sorunun şiddetli obezite ve ilk yüzde 10'luk dilimde yer alan kilolar ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Wooley ve Wooley 1984); ancak 14.077 kadın üzerinde yapılan bir çalışma VKİ ile kan basıncı, kolesterol ve kan şekeri gibi kalp hastalığı risk faktörleri arasında doğrudan doğrusal bir ilişki olduğunu göstermiştir (Ashton ve ark. 2001). Benzer çalışmalar da spektrumun alt aralığındaki VKİ artışları ile hipertansiyon (National Institutes of Health 1998), diyabet (Ford et al. 1997) ve kalp krizi (Willett et al. 1995) arasında bir ilişki olduğunu bildirmiştir (literatürün sistematik bir incelemesi için Romero-Corral et al. 2006'ya bakınız).

Psikolojik sorunlar

Araştırmalar psikolojik sorunlar ve obezite arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Zayıflıkla ilgili çağdaş kültürel takıntı, hem yetişkinlerde hem de çocuklarda bulunan şişmanlıktan kaçınma ve obezlere suç atfetme, basmakalıp olarak çekici zayıf imajına uymayan bireylerde düşük benlik saygısını ve zayıf benlik imajını teşvik edebilir. Bazı çalışmalar obezite nedeniyle cerrahi tedavi bekleyen kişilerde depresyon düzeylerini araştırmış ve bu hastaların ortalama kilodaki bireylere kıyasla daha fazla depresif semptom bildirdiklerini tutarlı bir şekilde göstermiştir (örn. Bull ve ark. 1983; Wadden ve ark. 1986). Buna ek olarak, Rand ve MacGregor (1991) gastrik bypass ameliyatı sonrasında kilo veren bireylerin sağır, disleksik, diyabetik, kalp hastası ya da akneli olmayı tercih ettiklerini belirttikleri sonucuna varmıştır.



eski kilolarına dönmekten daha fazla. Daha yakın bir zamanda Simon ve arkadaşları (2006) ABD'de 9000'den fazla yetişkin üzerinde geniş bir araştırma yapmış ve obezitenin yaşam boyu majör depresyon, bipolar bozukluk, panik bozukluk veya agorafobi tanısında artışla ilişkili olduğu sonucuna varmıştır. Buna paralel olarak, Ogden ve Clementi (baskıda) obez olma deneyimi üzerine nitel bir çalışma yürütmüş ve obezlerin kilolarının öz kimliklerini etkilediği çok sayıda olumsuz yol tarif ettiklerini ve bu durumun durumlarını damgalayan bir toplumda yaşamının daha da kötüleştiğini bildirmişlerdir. Bununla birlikte, depresyondaki obez bireylerin depresyonda olmayanlara kıyasla obeziteleri için tedavi arayışına girme olasılıkları daha yüksektir ve oldukça mutlu olan ve bu nedenle sağlık profesyonelleriyle temasa geçmeyen birçok obez birey olabilir. Ross (1994) bu olasılığı ele almış ve 2000'den fazla yetişkinden oluşan rastgele bir örneklemeyle telefonla görüşmüştür. Bu kişiler farklı kilolarda olan ve kiloyla ilgili herhangi bir sorun için yardım arama sürecinde olmayan bireylerdi. Bu geniş ölçekli çalışmanın sonuçları, fazla kilonun depresyonla ilişkisiz olduğunu göstermiştir. Ross'un çalışmasında hem fazla kilolu hem de depresyonda olan ve en eğitilmiş olma eğiliminde olan küçük bir alt grup vardı. Ross, bu kişilerin kilo vermek için diyet yaptıklarını ve sıkıntılı olanın kilodan ziyade kilo verme çabası olduğunu savunmuştur. Dolayısıyla, birçok obez insan obezitelerini olumsuz şekillerde deneyimleyebilse de, vücut büyüklüğü ile psikolojik sorunlar arasında basit bir ilişki olduğuna dair tutarlı bir destek bulunmamaktadır.

Obeziteye ne sebep olur?

Obezitenin nedenlerine ilişkin teoriler hem fizyolojik teorileri hem de davranışsal teorileri içermektedir.

Fizyolojik teoriler

Çeşitli fizyolojik teoriler obezitenin olası nedenlerini açıklamaktadır.

Genetik teoriler

Ebeveynlerin aşırı kilolu olma olasılığı ailelerin kilosuyla ilişkilidir. Örneğin, bir obez ebeveynne sahip olmanın obez bir çocuk doğurma olasılığı yüzde 40, iki obez ebeveynne sahip olmanın ise yüzde 80'dir. Buna karşılık, zayıf ebeveynlerin aşırı kilolu çocuklar doğurma olasılığı çok düşüktür, yaklaşık yüzde 7'dir (Garn ve ark. 1981). Bu gözlem, dünyanın farklı bölgelerinden farklı ortamlarda yaşayan popülasyonları inceleyen çalışmalarda da tekrarlanmıştır (Maes ve ark. 1997). Ancak ebeveynler ve çocuklar hem çevreyi hem de genetik yapıyı paylaşmaktadır, dolayısıyla bu benzerlik her iki faktörden de kaynaklanıyor olabilir. Bu sorunu ele almak için araştırmalar ikizleri ve evlat edinilenleri incelemiştir.

- *İkiz çalışmaları.* İkiz çalışmaları, aynı genlere ancak farklı çevrelere sahip olan ve ayrı yetiştirilen tek yumurta ikizlerinin ağırlıklarını incelemiştir. Çalışmalar ayrıca, farklı genlere ancak benzer çevrelere sahip olan ve birlikte yetiştirilen tek yumurta ikizlerinin ağırlıklarını da incelemiştir. Sonuçlar, ayrı yetiştirilen tek yumurta ikizlerinin, birlikte yetiştirilen tek yumurta ikizlerine kıyasla ağırlık bakımından daha benzer olduğunu göstermektedir. Örneğin, Stunkard ve arkadaşları (1990) ayrı yetiştirilen 93 çift tek yumurta ikizinin VKİ'sini incelemiş ve genetik faktörlerin vücut ağırlıklarındaki varyansın yüzde 66-70'ini açıkladığını, bunun da obezitenin belirlenmesinde güçlü bir genetik bileşen olduğunu düşündüğünü bildirmiştir. Bununla birlikte, genetiğin rolü daha hafif ikiz çiftlerinde daha ağır çiftlere göre daha büyük görünmektedir.
- *Evlatlık çalışmaları.* Araştırmalar, evlat edinilen kişiler üzerinden obezitede genetiğin rolünü de incelemiştir. Bu tür çalışmalarda evlat edinilenlerin kilosu hem evlat edinen ebeveynleri hem de biyolojik ebeveynleri ile karşılaştırılmıştır. Stunkard, Sorensen ve diğerleri (1986) Danimarka'da 540 yetişkin evlatlık, evlat edinen ebeveynleri ve biyolojik ebeveynleri hakkında bilgi toplamıştır. Sonuçlar, evlat edinilen kişinin ağırlık sınıfı (zayıf, orta ağırlıkta, fazla kilolu, obez) ile biyolojik ebeveynlerinin ağırlık sınıfı arasında güçlü bir ilişki olduğunu, ancak evlat edinen ebeveynlerinin ağırlık sınıfı ile bir ilişki olmadığını göstermiştir. Bu ilişki genetiğin önemli bir rol oynadığını göstermektedir ve tüm vücut ağırlığı aralığında da bulunmuştur. İlginç bir şekilde, biyolojik annenin kilosuyla olan ilişki biyolojik babanın kilosuyla olan ilişkiden daha büyüktür.

Dolayısıyla araştırmalar, obezitenin öngörülmesinde genetiğin güçlü bir rolü olduğunu göstermektedir. Araştırmalar ayrıca bu ağırlığın birincil dağılımının (üst ve alt vücut) da kalıtsal olduğunu göstermektedir (Bouchard ve ark. 1990). Ancak bu genetik yatkınlığın kendini nasıl ifade ettiği belirsizdir. *Meta- bolik hız, yağ hücrelerinin sayısı ve iştahın düzenlenmesi* genetikten etkilenen üç faktör olabilir.

Metabolik hız teorisi

Vücut, egzersiz ve fiziksel aktivite için ve hayatta kalmak için gerekli olan tüm kimyasal ve biyolojik süreçleri (örn. solunum, kalp atış hızı, kan basıncı) yürütmek için enerji kullanır. Bu enerji kullanım oranına 'istirahat metabolizma hızı' denir ve bu hızın yüksek oranda kalıtsal olduğu bulunmuştur (Bouchard ve ark. 1990). Daha düşük metabolizma hızlarının obezite ile ilişkili olabileceği, çünkü daha düşük metabolizma hızına sahip kişilerin dinlenirken daha az kalori yaktıkları ve bu nedenle yaşamlarını sürdürmek için daha az gıda alımına ihtiyaç duydukları ileri sürülmüştür.

ABD'de yapılan araştırmalar metabolizma hızı ile kilo alımı arasındaki ilişkiyi

değerlendirmiştir. Phoenix'teki bir grup, 126 Pima yerlisinin metabolik hızlarını izleyerek değerlendirmiştir.

40 dakikalık bir süre boyunca nefes alma. Çalışma, anormal derecede yüksek obezite oranına (yaklaşık yüzde 80-85) sahip oldukları ve ilginç bir popülasyon olarak kabul edildikleri için Pima yerlileri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Denekler hareketsiz kaldı ve tüketilen oksijen ve üretilen karbondioksit seviyeleri ölçüldü. Araştırmacılar daha sonra dört yıllık bir süre boyunca kilo ve metabolizma hızındaki değişiklikleri takip etmiş ve önemli miktarda kilo alan kişilerin çalışmanın başında en düşük metabolizma hızına sahip olanlar olduğunu tespit etmiştir. Bir başka çalışmada, 95 denek bir solunum odasında 24 saat geçirmiş ve kullanılan enerji miktarı ölçülmüştür. Denekler iki yıl sonra takip edilmiş ve araştırmacılar başlangıçta düşük seviyede enerji kullanımı gösterenlerin aynı zamanda önemli bir kilo artışı gösterme olasılığının dört kat daha fazla olduğunu bulmuşlardır (Brownell 1989'dan aktarılmıştır).

Bu sonuçlar, metabolizma hızı ile kilo alma eğilimi arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Eğer durum buysa, o zaman bazı bireylerin obez olmaya yatkın olması mümkündür çünkü hayatta kalmak için daha zayıf bireylere göre daha az kaloriye ihtiyaç duyarlar. Dolayısıyla obez olmaya yönelik genetik bir eğilim kendini düşük metabolik hızlarla ifade edebilir. Ancak, bu öngörünün aksine, obez insanların genellikle zayıf insanlardan daha düşük metabolik hızlara sahip olduğunu gösteren hiçbir kanıt yoktur. Aslında araştırmalar, aşırı kilolu insanların benzer boydaki zayıf insanlardan biraz daha yüksek metabolik hızlara sahip olma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Görünüşte çelişkili olan bu bulguları açıklamak için, obez insanların başlangıçta daha düşük metabolik hızlara sahip olabileceği, bunun da kilo alımıyla sonuçlandığı ve bu kilo alımının da metabolik hızda bir artışa neden olduğu öne sürülmüştür (Ravussin ve Bogardus 1989).

Yağ hücresi teorisi

Obez olmaya yönelik genetik eğilim, yağ hücrelerinin sayısı açısından da kendini gösterebilir. Ortalama kilodaki insanlar genellikle yaklaşık 25-35 milyar yağ hücresine sahiptir ve bu hücreler enerji fazlası dönemlerinde yağ depolanması ve enerji açığı dönemlerinde yağın mobilize edilmesi için tasarlanmıştır. Hafif obez bireyler genellikle aynı sayıda yağ hücresine sahiptir ancak boyut ve ağırlık olarak büyümüşlerdir. Ancak ağır obez bireyler 100-125 milyara kadar daha fazla yağ hücresine sahiptir (Sjostrom 1980). Hücre sayısı temel olarak genetik tarafından belirlenir; ancak mevcut hücre sayısı tükendiğinde, önceden var olan preadipositlerden yeni yağ hücreleri oluşur. Hücre sayısındaki bu büyümenin çoğu gebelik ve erken çocukluk döneminde gerçekleşir ve yetişkinliğe ulaşıldığında sabit kalır. Bu alandaki çalışmalardan elde edilen sonuçlar net olmasa da, bir birey daha fazla yağ hücresi ile doğarsa, o zaman doldurmak için hemen daha fazla hücre var gibi görünmektedir. Buna ek olarak, araştırmalar yağ hücrelerinin bir kez yapıldıktan sonra asla kaybedilemeyeceğini göstermektedir (Sjostrom 1980). Çok sayıda yağ hücresine sahip obez bir kişi bu hücreleri boşaltabilir ancak asla onlardan kurtulamayacaktır.

İştah düzenlemesi

Genetik bir yatkınlık da iştah kontrolü ile ilgili olabilir. Son yıllarda araştırmacılar obeziteden sorumlu geni ya da genler topluluğunu belirlemeye çalışmışlardır. Küçük hayvanların kullanıldığı bazı çalışmalarda ileri derecede obezite ile ilişkili tek bir gen tespit edilmiş olsa da, insanlar için bu çalışma hala belirsizliğini korumaktadır. Bununla birlikte, beyne yemeyi bırakmasını söylemekten sorumlu olan leptini üreten 'ob geninde' bir kusur bulunan iki çocuk tespit edilmiştir (Montague ve ark. 1997). Obezlerin leptin üretmediği ve bu nedenle aşırı yemek yedikleri ileri sürülmüştür. Bunu desteklemek için araştırmacılar bu iki çocuğa günlük leptin enjeksiyonu yapmış ve bu da gıda alımında azalma ve ayda 1-2 kg oranında kilo kaybı ile sonuçlanmıştır (Farooqi ve ark. 1999). Buna rağmen, genetiğin iştah kontrolü üzerindeki rolünü inceleyen araştırmalar henüz çok erken aşamadır.

Davranışsal teoriler

Obezitenin davranışsal teorileri hem fiziksel aktiviteyi hem de yeme davranışını incelemiştir.

Fiziksel aktivite

Obezite prevalansındaki artışlar, ulaşım sistemlerindeki gelişmeler ve tarım toplumundan endüstriyel ve giderek daha fazla bilgiye dayalı bir topluma geçiş nedeniyle günlük enerji harcamalarındaki azalmalarla aynı zamana denk gelmektedir. Basit bir örnek olarak, ABD'deki bir telefon şirketi, bir yıl boyunca bir dahili telefonun bir bireyi yaklaşık bir mil yürümekten kurtardığını, bunun da 2-3 lb yağ veya 10,500 kcal'ye eşdeğer olabileceğini öne sürmüştür (Stern 1984). Ayrıca, şu anda erkeklerin sadece %20'si ve kadınların %10'u aktif mesleklerde çalışmaktadır (Allied Dunbar National Fitness Survey 1992) ve birçok insan için boş zamanlar hareketsizlik tarafından domine edilmektedir (Central Statistical Office 1994). Aktivite seviyelerindeki değişikliklere ilişkin veriler sorunlu olsa da, televizyon izleme konusunda 1960'larda ortalama bir izleyici haftada 13 saat televizyon izlerken, İngiltere'de bu sürenin şu anda iki katına çıkarak haftada 26 saate ulaştığını gösteren faydalı bir veri tabanı bulunmaktadır (General Household Survey 1994). Bu durum, hem çocuklar hem de yetişkinler tarafından video ve bilgisayar oyunlarının kullanımının artmasıyla daha da kötüleşmektedir. Bu nedenle obezitenin hareketsizlikten kaynaklanabileceği öne sürülmüştür. Glasgow'da 1964 ve 1971 yıllarında ergenlik çağındaki erkek çocuklarla yapılan bir araştırmada, günlük gıda günlükleri günlük enerji alımının 2795 kcal'den 2610 kcal'ye düştüğünü gösterirken, 1971 yılındaki erkek çocuklarda vücut yağ oranının yüzde 16,3'ten yüzde 18,4'e yükseldiği görülmüştür. Bu durum, azalan fiziksel aktivitenin artan vücut yağ oranıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Durnin ve ark. 1974). Obezitede fiziksel aktivitenin rolünü incelemek için araştırmalar şu soruları sormuştur: "Obezitedeki değişiklikler aktivitedeki değişikliklerle ilişkili midir?", "Obezler daha az egzersiz yapar mı?", "Egzersizin gıda alımı üzerinde nasıl bir etkisi vardır?" ve "Egzersizin enerji harcaması üzerinde nasıl bir etkisi vardır? Bu sorular şimdi incelenecektir.

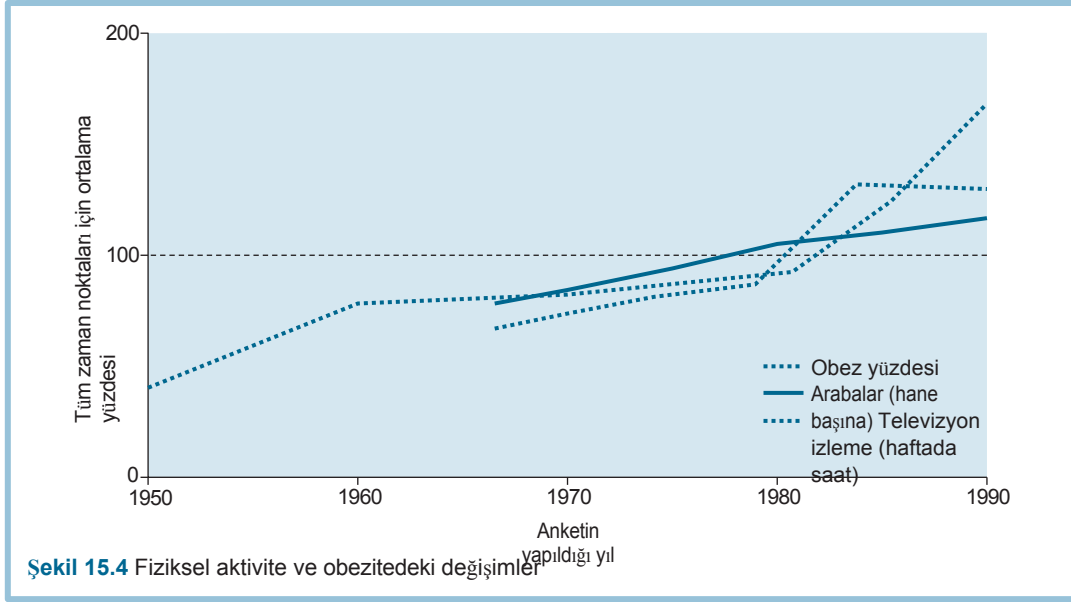
Obezitedeki değişiklikler aktivitedeki değişikliklerle ilişkili midir?

Bu soruya iki şekilde cevap verilebilir: birincisi, bir popülasyona ilişkin epidemiyolojik veriler kullanılarak; ikincisi ise, bireylere ilişkin ileriye dönük veriler kullanılarak.

1995 yılında Prentice ve Jebb, 1950'den 1990'a kadar araba sahipliği ve televizyon izleme ile ölçülen fiziksel aktivite değişiklikleri hakkında epidemiyolojik veriler sunmuş ve bunları obezite prevalansındaki değişikliklerle karşılaştırmıştır. Bu çalışmanın sonuçları, hem araba sahipliği hem de televizyon izlemedeki artış ile obezitedeki artış arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (bkz. Şekil 15.4). 'Şu anda İngiltere'de yaygın olan düşük fiziksel aktivite seviyelerinin, enerji ihtiyacını büyük ölçüde azaltarak obezitenin gelişiminde önemli, belki de baskın bir rol oynaması gerektiği sonucuna varmak makul görünmektedir' yorumunu yapmışlardır (Prentice ve Jebb 1995). Ancak, elde ettikleri veriler sadece korelasyoneldir. Bu nedenle obezite ve fiziksel aktivitenin ilişkili olup olmadığı (üçüncü faktör sorunu - başka bir değişken hem obeziteyi hem de aktiviteyi belirliyor olabilir) ve aktivitedeki düşüşlerin obezitede artışa mı neden olduğu yoksa aslında obezitedeki artışların mı aktivitede düşüşe neden olduğu belirsizliğini korumaktadır. Buna ek olarak, veriler nüfus düzeyindedir ve bu nedenle önemli bireysel farklılıkları gözden kaçırabilir (yani obez olan bazı insanlar aktif olabilir ve zayıf olanlar inaktif olabilir).

Aktivite ve obezite arasındaki ilişkiyi değerlendirmeye yönelik alternatif bir yaklaşım olarak, Finlandiya'da 12.000 yetişkin üzerinde yapılan büyük bir çalışmada, beş yıllık bir takip süresi boyunca fiziksel aktivite düzeyleri ile aşırı kilo alımı arasındaki ilişki incelenmiştir (Rissanen ve ark. 1991). Sonuçlar, düşük aktivite seviyelerinin kilo alımı için diğer başlangıç

ölçümlerinden daha büyük bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, bu veriler ileriye dönük olmasına rağmen, üçüncü bir faktörün ilişkiyi açıklaması hala mümkündür (yani başlangıçta daha düşük aktivite seviyesine sahip olanlar kadınlardı, daha



kadınların çocuk sahibi olması ve bu nedenle daha fazla kilo alması). Deneysel veriler bir araya getirilmediği sürece, nedensellik ile ilgili sonuçlar sorunlu olmaya devam etmektedir.

Obezler daha mı az egzersiz yapıyor?

Araştırmalar ayrıca obez ve obez olmayanlar arasındaki farklılıkları incelemek için kesitsel bir tasarım kullanarak aktivite ve obezite arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Özellikle 1960'lar ve 1970'lerde yapılan birkaç çalışmada obezlerin obez olmayanlara göre daha az egzersiz yapıp yapmadıkları incelenmiştir. Bullen ve arkadaşları (1964) zaman atlamalı fotoğrafçılık kullanarak obez ve normal kilolu olarak kabul edilen kızları bir yaz kampında gözlemlemiştir. Yüzme sırasında obez kızların yüzmeye daha az, yüzmeye ise daha fazla zaman ayırdıklarını ve tenis oynarken obez kızların normal kilodaki kızlara kıyasla zamanın yüzde 77'sinde hareketsiz kaldıklarını ve zamanın sadece yüzde 56'sında hareketsiz kaldıklarını rapor etmişlerdir. Buna ek olarak, araştırmalar obezlerin obez olmayanlara kıyasla günlük olarak daha az yürüdüklerini ve merdiven kullanma ya da yürüyen merdivenlerden çıkma olasılıklarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Ancak, azalan egzersizin obezitenin bir nedeni mi yoksa bir sonucu mu olduğu belirsizdir. Obezlerin utanma ve damgalanma gibi faktörler nedeniyle daha az egzersiz yapmaları ve egzersizin obezitenin nedeninde değil ancak sürdürülmesinde rol oynaması mümkündür.

Egzersizin gıda alımı üzerinde nasıl bir etkisi vardır?

Egzersiz ve gıda alımı arasındaki ilişki karmaşıktır; araştırmalar egzersizin yeme davranışını artırabileceğini, azaltabileceğini veya hiçbir etkisi olmayabileceğini öne sürmektedir. Örneğin, haftada yaklaşık 65 km koşan orta yaşlı erkek koşucular üzerinde yapılan bir çalışma, artan kalori alımının artan egzersizle ilişkili olduğunu ve koşucuların hareketsiz kontrol grubundan daha fazla yediğini ortaya koymuştur (Blair ve ark. 1981). Bununla birlikte, askeri öğrenciler üzerinde yapılan bir başka çalışmada, azalan gıda alımının artan egzersizle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Edholm ve ark. 1955). Sıçanlar üzerinde de, artan egzersiz ile azalan gıda alımı arasında daha tutarlı bir ilişki olduğunu gösteren çok sayıda araştırma yapılmıştır. Ancak, bu tür sonuçların insanlar için ne ölçüde genelleştirilebileceği tartışmalıdır.

Egzersiz enerji harcaması üzerinde nasıl bir etkisi vardır?

Egzersiz kalori yaktırır. Örneğin, 10 dakika uyumak 16 kcal, ayakta durmak 19 kcal, koşmak 142 kcal, alt katta yürümek 88 kcal ve üst katta yürümek 229 kcal yakar (Brownell 1989). Ayrıca, kullanılan kalori miktarı bireyin vücut ağırlığı ile birlikte artmaktadır. Bu nedenle egzersiz uzun zamandır bir kilo verme yöntemi olarak önerilmektedir. Bununla birlikte, egzersizin yaktığı kalori miktarı ortalama bir öğündeki kalori miktarına kıyasla nispeten azdır. Buna ek olarak, egzersiz metabolizma hızını artırmak için bir araç olarak önerilmektedir. Ancak, sadece yoğun ve uzun süreli egzersizin metabolizma hızı üzerinde bir etkisi olduğu görülmektedir.

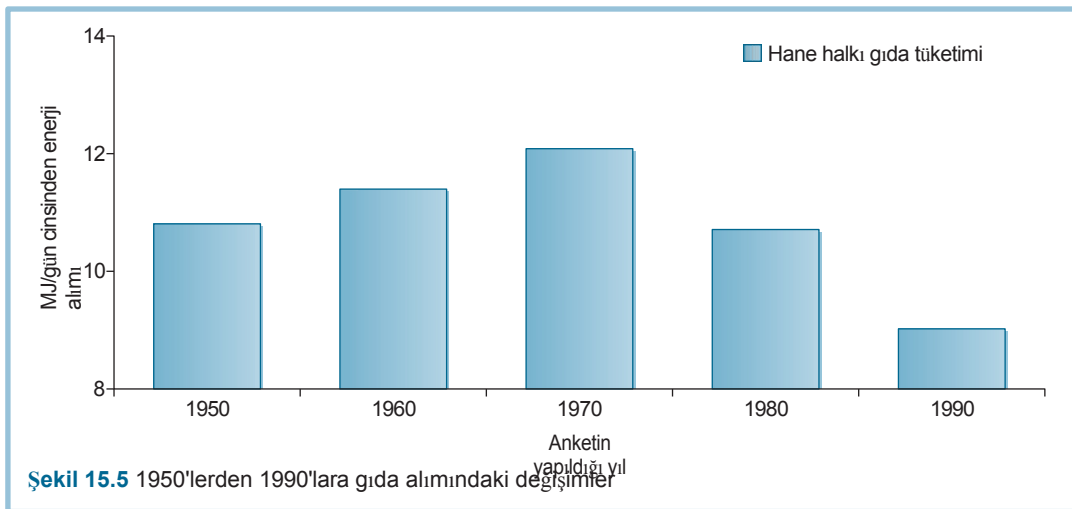
Bu nedenle obezitede egzersizin rolü hala belirsizdir. Toplumda aktivitenin azalması ile obezitenin artması arasında bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna ek olarak, ileriye dönük veriler bu ilişkiyi desteklemekte ve düşük aktivite seviyelerinin önemli bir risk faktörü olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca, kesitsel veriler obezlerin obez olmayanlara göre daha az egzersiz yaptığını göstermektedir. Bununla birlikte, hareketsizliğin obezitenin bir nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu tartışmalıdır. Tanımlanamayan üçüncü bir faktörün bu ilişkiyi yaratıyor olması mümkündür ve egzersizin gıda alımını azaltmada ve enerji harcamasını teşvik etmede bir rolü olup olmadığı da tartışmalıdır. Bununla birlikte, egzersizin psikolojik ve genel sağlık üzerinde etkileri olabilir ve bu da obezlere kilo vermeyi teşvik etmek veya sadece kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamak açısından fayda sağlayabilir (egzersizin ruh hali ve sağlık üzerindeki etkileri için Bölüm 7'ye bakınız).

Yeme davranışı

Obezitenin nedenlerini anlamaya yönelik alternatif bir yaklaşım olarak, araştırmalar yeme davranışını incelemiştir. Araştırmalar şu soruları sormuştur: "Gıda alımındaki değişiklikler obezitedeki değişikliklerle ilişkili midir?", "Obezler obez olmayanlardan farklı nedenlerle mi yemek yerler?" ve "Obezler obez olmayanlardan daha mı fazla yemek yerler?" Bu sorular şimdi incelenecektir.

Gıda alımındaki değişiklikler obezitedeki değişikliklerle ilişkili midir?

Birleşik Krallık Ulusal Gıda Anketi, son 50 yılda gıda alımındaki değişiklikleri değerlendirmek için analiz edilebilen evdeki gıda alımına ilişkin verileri toplamaktadır. Bu veri tabanından elde edilen sonuçlar, 1950 ve 1970 yılları arasında genel kalori tüketiminin artmasına rağmen, 1970 yılından bu yana yediğimiz miktarda belirgin bir azalma olduğunu göstermektedir (bkz. Şekil 15.5).



Prentice ve Jebb (1995) enerji alımı ve yağ alımı açısından gıda alımındaki değişiklikler ile obezitedeki değişiklikler arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Elde ettikleri sonuçlar, obezitedeki artış ile gıda alımındaki değişiklikler arasında belirgin bir ilişki olmadığını göstermiştir (bkz. Şekil 15.6).

Bu nedenle, nüfus verileri kullanıldığında, gıda alımındaki değişiklikler ile obezitedeki değişiklikler arasında bir ilişki olmadığı görülmektedir.

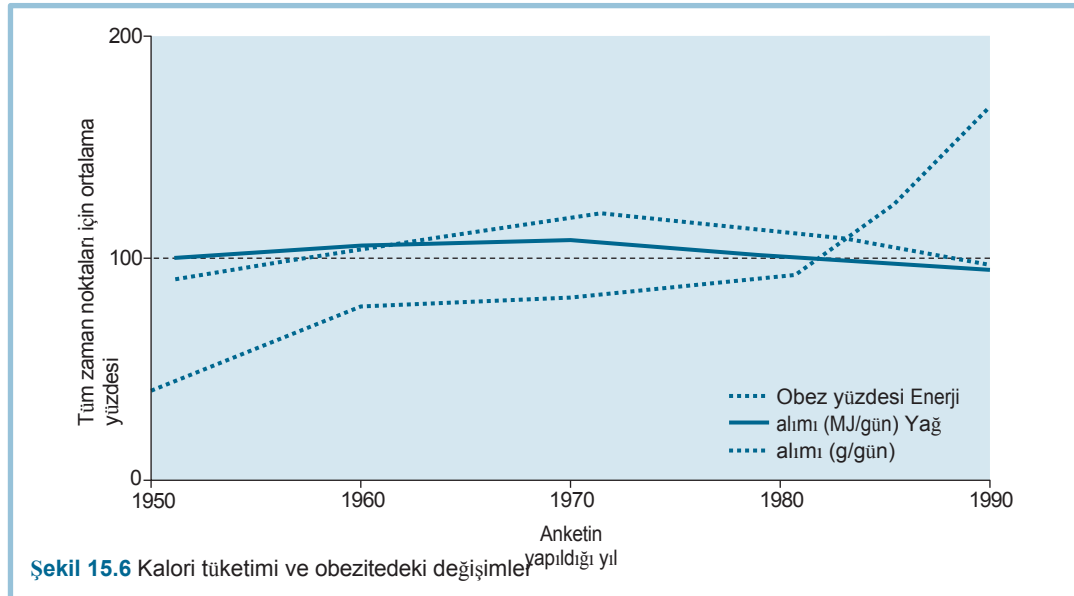
Obezler obez olmayanlardan farklı nedenlerle mi yemek yiyor?

1960'lar ve 1970'ler boyunca yeme davranışı teorileri, kilonun tahmin edilmesinde gıda alımının rolünü vurgulamıştır. Obezite üzerine yapılan ilk çalışmalar, obezlerin normal kilodaki insanlardan farklı nedenlerle yemek yediği varsayımına dayanıyordu (Ferster ve ark. 1962). Schachter'in dışsallık teorisi, tüm insanların yiyeceklerin görüntüsü, tadı ve kokusu gibi çevresel uyaranlara karşı duyarlı olmasına ve bu tür uyaranların aşırı yemeye neden olabilmesine rağmen, obezlerin dışsal ipuçlarına karşı oldukça ve bazen kontrolsüz bir şekilde duyarlı olduğunu öne sürmüştür. Normal kilolu bireylerin çoğunlukla içsel ipuçlarına (örn. açlık, tokluk) yanıt olarak yemek yedikleri ve obez bireylerin içsel ipuçlarına yetersiz, dışsal ipuçlarına ise aşırı yanıt verme eğiliminde oldukları ileri sürülmüştür. Bu bakış açısıyla, araştırmalar obez ve obez olmayan bireylerin günün saati, yiyeceklerin görüntüsü, yiyeceklerin tadı ve yiyecek ipuçlarının sayısı ve belirginliği gibi dış ipuçlarına yanıt olarak yeme davranışlarını ve yeme tarzlarını incelemiştir (örneğin Schachter 1968; Schachter ve Gross 1968; Schachter ve Rodin 1974). Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar oldukça tutarsız sonuçlar vermiştir. Bu nedenle araştırmalar obezlerin obez olmayanlara göre daha fazla yemek yiyip yemediğini de incelemiştir.

Obezler obez olmayanlardan daha mı fazla yemek yiyor?

Obezler tarafından yenilen miktarı inceleyen araştırmalar ya tüketilen miktara odaklanmıştır veya tüketilen gıdanın türüne bağlı değildir.

Obezlerin obez olmayanlardan farklı nedenlerle yemek yediklerine inanıldığı için, daha fazla yediklerine de inanılıyordu. Bu nedenle araştırmalar, obezlerin restoranlarda ve evde gıda alımını araştırmış ve hangi yiyecekleri satın aldıklarını incelemiştir. Örneğin, Coates ve arkadaşları (1978) obezlerin belki de evde aşırı yemek yediğini ve obez olmayanların evlerine gittiğini öne sürmüştür.



60 orta sınıf ailenin dolaplarında neler saklandığını incelediler. Ailelerin tüm üyelerini tartmışlar ve vücut ölçüleri ile evde tükettikleri yiyeceklerin kütlesi ve türü arasında bir ilişki bulamamışlardır. Spitzer ve Rodin (1981), obezlerin obez olmayanlardan daha fazla yiyip yemedikleri sorununa açıklık getirmek amacıyla, yeme davranışı üzerine yapılan araştırmaları incelemiş ve 'laboratuvar çalışmalarında vücut ağırlığının yenilen miktar üzerindeki etkilerini inceleyen yirmi dokuz çalışmadan sadece dokuzunun aşırı kilolu deneklerin zayıf deneklerden önemli ölçüde daha fazla yediğini rapor ettiğini' öne sürmüştür. Dolayısıyla "Obezler obez olmayanlara göre daha fazla/farklı mı yiyor?" sorusunun cevabı "hayır" gibi görünmektedir; obezlerin (diğerlerine kıyasla) aşırı yemesi gerekmemektedir. Aşırı yeme 'vücudun ihtiyacı olanla kıyaslandığında' olarak tanımlanırsa, obezlerin fazla vücut yağına sahip oldukları için aşırı yedikleri söylenebilir. Son yıllarda yapılan araştırmalar, obezlerin yeme davranışlarına tüketilen kalori ya da yenen miktar açısından değil, daha spesifik olarak yenen yiyecek türü açısından odaklanmıştır.

Nüfus verileri 1970'lerden bu yana kalori tüketiminin azaldığını ve bu azalmanın obezitedeki artışla ilgisi olmadığını göstermektedir (bkz. Şekil 15.5 ve 15.6). Ancak bu veriler aynı zamanda karbonhidrat tüketimi ile yağ tüketimi arasındaki oranın değiştiğini de göstermektedir; artık daha az karbonhidrat tüketirken oransal olarak daha fazla yağ tüketiyoruz (Prentice ve Jebb 1995). Geliştirilen bir teoriye göre, obezler genel olarak obez olmayanlardan daha fazla yemese de, oransal olarak daha fazla yağ yiyebilirler. Ayrıca, tüm kalorilerin eşit olmadığı (Prentice 1995) ve yağdan alınan kalorilerin karbonhidratlardan alınan kalorilere kıyasla daha fazla kilo alımına yol açabileceği ileri sürülmüştür. Bu teoriyi desteklemek üzere İskoçya'da 11.500 kişi üzerinde yapılan bir araştırma, diyetlerinde en düşük oranda karbonhidrat tüketen erkeklerin obez olma ihtimalinin en yüksek oranda karbonhidrat tüketenlere kıyasla dört kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Benzer bir ilişki kadınlar için de bulunmuştur, ancak aradaki fark sadece iki ila üç kattır. Bu nedenle, nispeten daha düşük karbonhidrat tüketiminin daha düşük obezite seviyeleriyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Bolton-Smith ve Woodward 1994). Leeds'te yapılan benzer bir çalışma da obezitenin yağ oranı teorisine destek sağlamıştır (Blundell ve Macdiarmid 1997). Bu çalışmada, enerjilerinin yüzde 45'inden fazlasını yağdan elde eden yüksek yağlı beslenenlerin obez olma ihtimalinin, enerjilerinin yüzde 35'inden azını yağdan elde edenlere kıyasla 19 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Dolayısıyla bu çalışmalar, obezlerin obez olmayanlara kıyasla genel olarak daha fazla yemediklerini ya da obez olmayanlara kıyasla daha fazla kalori, karbonhidrat ya da yağ tüketmediklerini göstermektedir. Ancak karbonhidrat miktarına kıyasla daha fazla yağ tüketmektedirler; diyetlerindeki yağ oranı daha yüksektir. Peki yağ tüketimindeki göreceli artışın obezite ile nasıl bir ilişkisi olabilir?

Bu sonuçların olası bir açıklaması olarak, araştırmalar yağ ve karbonhidratın rolünü incelemiştir. iştahın düzenlenmesindeki farklılıklar. Üç olası mekanizma önerilmiştir (Blundell ve ark. 1996; Blundell ve Macdiarmid 1997):

- 1 *Kompleks karbonhidratların enerji kullanımına faydaları.* Karbonhidratları yakmak için yağdan daha fazla enerji gerektiği öne sürülmüştür. Ayrıca, vücut yağ yerine karbonhidrat yakmayı tercih ettiğinden, karbonhidrat alımına karbonhidrat oksidasyonunda bir artış eşlik eder. Buna karşılık, artan yağ alımına yağ oksidasyonunda bir artış eşlik etmez. Bu nedenle karbonhidratlar yakılır, yağlar depolanır.
- 2 *Kompleks karbonhidratların açlığa faydaları.* Kompleks karbonhidratların (ekmek, patates, makarna, pirinç gibi) hacimleri ve içerdikleri lif miktarı nedeniyle açlığı azalttığı ve daha az gıda alımına neden olduğu öne sürülmüştür. Buna ek olarak, yeme isteğini de kapatırlar. Bu nedenle karbonhidratlar daha hızlı tok hissetmenizi sağlar.
- 3 *Yağın açlığa maliyeti.* Yağın yeme arzusunu kapatmadığı ve tokluk hissetmeden daha fazla

yağ yemeyi kolaylaştırdığı öne sürülmüştür.

Tüm bu araştırmalar ne anlama geliyor?

Obezitenin nedenlerine ilişkin kanıtlar bu nedenle karmaşıktır ve aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- Obezitenin genetik bir temeli olduğuna dair iyi kanıtlar vardır. Bunun nasıl ifade edildiğine dair kanıtlar ise zayıftır.
- Obezite prevalansı, fiziksel aktivitedeki azalmaya benzer bir oranda artmıştır.
- Obezlerin obez olmayanlara göre daha az egzersiz yaptığına dair bazı kanıtlar vardır.
- Obezite prevalansı, kalori tüketimindeki genel düşüşle ilgisi olmayan bir oranda artmıştır.
- Obezlerin obez olmayanlardan daha fazla kalori aldığına dair hiçbir kanıt yoktur.
- Yağ oranındaki göreceli artış obezitedeki artışa paraleldir.
- Obezler, obez olmayanlara göre orantılı olarak daha fazla yağ

tüketebilir. Bu nedenle aşağıdaki hususlar muhtemel

görünmektedir:

- Bazı bireyler genetik olarak obez olma eğilimine sahiptir.
- Obezite yetersiz egzersizle ilişkilidir.
- Obezite nispeten daha fazla yağ ve nispeten daha az karbonhidrat tüketmekle ilişkilidir.

Bu nedenle obezitenin nedenleri karmaşık ve belirsiz kalmaktadır. Belki de doğru sonuçlara varılabilmesi için tüm et- rilerin entegrasyonuna ihtiyaç vardır.

Kutu 15.1 ... obezite ve KKH araştırmaları ile ilgili bazı sorunlar

Aşağıda, bu alandaki araştırmalarla ilgili göz önünde bulundurmak isteyebileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır.

- 1 Obezitenin ölçülmesi ve tanımlanması, vücut ağırlığı ve vücut boyutunun değerlendirilmesine dayandığından sorunludur, oysa sağlık durumuyla en çok bağlantılı olan faktör muhtemelen vücut yağıdır. Bu nedenle araştırmalar, obezitenin sonuçlarına ilişkin çelişkili kanıtlar gösterebilmektedir ve bu da muhtemelen gerçek ölçümün ne olması gerektiği (yani vücut yağı) için vekil ölçümler (yani BMI ve bel çevresi) kullanmanın dezavantajlarını göstermektedir.
- 2 Obezite biyolojik faktörlerin (örneğin genetik), sosyal faktörlerin (örneğin gıda endüstrisi, şehir planlaması) ve psikolojik faktörlerin (örneğin diyet, egzersiz, inançlar) bir ürünüdür. Araştırmalar, bu faktörlerin bir kısmının etkisine odaklanma eğilimindedir. Hepsinin nasıl etkileşime girdiği belirsizliğini korumaktadır. Bu da çoğu araştırmanın obezite sorununun karmaşıklığını gözden kaçırdığı anlamına gelmektedir. Bununla birlikte, eğer araştırmalar tüm bu faktörleri ele almaya çalışsaydı, çalışmalar hantal hale gelecek ve sonuçlar uygulamaya konulamayacak kadar karmaşık olacaktı.
- 3 KKH, stres ve davranışların hastalık üzerindeki etkisini göstermektedir. Araştırmalar, bu faktörlerin KKH'yi nasıl öngörebileceği ve KKH'nin gelişmesini önlemek veya gelecekte bir miyokard enfarktüsünün yeniden meydana gelmesini önlemek için nasıl değiştirilebileceği üzerine odaklanmaktadır. Bunun merkezinde stres ve davranışın ölçümü yer almaktadır ki bu da öz bildirime dayandığı için sorunludur. Bu durum, KKH olduğu tespit edilen ve sağlık uzmanları tarafından kendilerine verilen tavsiyelere uyuyormuş gibi görünmek isteyen kişiler için özellikle önyargılı olabilir.

Obezite tedavisi

Geleneksel tedavi yaklaşımları

Obeziteye yönelik geleneksel tedavi yaklaşımı düzeltici bir yaklaşımdı; obezitenin aşırı yeme ve hareketsizliğin bir ürünü olduğu varsayılıyordu. Bu nedenle tedavi yaklaşımları obezleri 'normal' beslenmeye teşvik etmeye odaklanmış ve bu da sürekli olarak onları diyetle sokmayı içermiştir. Stuart (1967) ve Stuart ve Davis (1972) obezite için gıda alımını izlemeyi, uygunsuz yeme ipuçlarını değiştirmeyi ve uygun davranış için kendi kendini ödüllendirmeyi içeren ve hastaneler ve klinikler tarafından yaygın olarak benimsenen bir davranış programı geliştirmiştir. Program, can sıkıntısı veya depresyon gibi ruh hali ipuçlarına ya da yiyeceklerin görüntüsü ve kokusu veya yemek yiyen diğer insanların görüntüsü gibi dış ipuçlarına yanıt olarak değil, fizyolojik açlığa yanıt olarak yemek yemeyi teşvik etmeyi amaçlamıştır. 1958'de Stunkard, obezlerde kilo kaybını teşvik etmek için son 30 yılda yapılan girişimleri gözden geçirdiği çalışmasını şu ifadeyle sonuçlandırmıştır: "Obezlerin çoğu obezite tedavisinde kalmayacaktır. Tedavide kalanların çoğu kilo vermeyecek ve kilo verenlerin çoğu da kilolarını geri alacaktır" (Stunkard 1958). Etkinliklerine ilişkin daha yeni değerlendirmeler, geleneksel davranışsal tedavilerin başlangıçta haftada ortalama 0,5 kg kilo kaybına yol açabilmesine rağmen (Brownell ve Wadden 1992), 'obezite için davranışsal tedavilerle elde edilen kilo kayıplarının iyi korunmadığını' göstermektedir.

Bununla birlikte, obezitenin sadece davranışsal bir sorun olmadığı artık genel kabul görmektedir, Brownell ve Steen'in 1987'de biraz iyimser bir şekilde söylediği gibi, 'psikolojik sorunlar artık sadece bireyin aşırı kilolu olmasından kaynaklanmamaktadır'. Bu nedenle geleneksel davranış programları, obezleri normal kilolu bireyler gibi 'normal' beslenmeye teşvik ederek obezitenin nedenleri hakkında bazı asılsız varsayımlarda bulunmaktadır.

Çok boyutlu davranış programları

Obezite için geleneksel tedavi paketlerinin başarısızlığı, daha uzun tedavi süreleri, takibe önem verilmesi ve obezite tedavisine çok boyutlu bir bakış açısı getirilmesiyle sonuçlanmıştır. Son zamanlardaki kapsamlı, çok boyutlu bilişsel davranışsal paketler obezite tedavisine bakış açısını genişletmeyi amaçlamakta ve geleneksel kendini izleme yöntemlerini bilgi, egzersiz, bilişsel yeniden yapılandırma, tutum değişikliği ve nüks önleme ile birleştirmektedir (örn. Brownell 1990). Brownell ve Wadden (1991) çok yönlü bir yaklaşıma duyulan ihtiyacı, hastaların bir tedavi programına giriş için taranmasının önemini ve bireyi en uygun paketle eşleştirmeye ihtiyacını vurgulamıştır. Son teknoloji ürünü davranışsal tedavi programları, obezleri obez olmayanlardan daha az yemeye teşvik etmek yerine, normalde yediklerinden daha az yemeye teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Bu tedavi yaklaşımının etkinliğinin analizi, tedavi programı sırasında ortalama kilo kaybının haftada 0,5 kg olduğunu, kilo kaybının yaklaşık yüzde 60-70'inin ilk yıl boyunca korunduğunu, ancak üç ve beş yıl sonraki takiplerde başlangıçtaki kiloya geri dönme eğiliminde olduğunu göstermektedir (Brownell ve Wadden 1992). Obeziteye yönelik tedavi müdahalelerinin kapsamlı bir incelemesinde Wilson (1994), 1970'lerden bu yana obezite tedavisinin etkinliğinde bir iyileşme olmasına rağmen, başarı oranlarının hala düşük olduğunu öne sürmüştür.

Wadden (1993), hem ılımlı hem de ılımlı olmayan yöntemlerin kısa ve uzun vadeli etkinliğini incelemiştir. kilo kaybı üzerinde ciddi kalori kısıtlaması. Dört davranış dergisinde randomize kontrol denemelerini içeren tüm çalışmaları gözden geçirmiş ve bulgularını Stunkard'ın (1958) bulgularıyla karşılaştırmıştır. Wadden şu sonuca varmıştır: 'Araştırmacılar kilo kaybına neden olma konusunda önemli ilerleme kaydetmiştir.

Stunkard'ın incelemesinden bu yana geçen 35 yılda kilo kaybı. Hastaların yüzde 80'inin artık 20 hafta boyunca tedavide kalacağını ve yüzde 50'sinin 20 lb veya daha fazla kilo kaybı sağlayacağını belirtmektedir. Dolayısıyla modern kilo verme yöntemleri kısa vadede daha iyi sonuçlar vermektedir. Bununla birlikte Wadden, 'araştırma çalışmalarında tedavi edilen obez hastaların çoğunun kaybettikleri kiloları geri aldıkları' sonucuna da varmaktadır. Bu sonuç, yazarların dahil etme kriterlerine uyan 92 çalışmanın tespit edildiği obezitenin tedavisi ve önlenmesine yönelik girişimlerin sistematik bir incelemesi tarafından da desteklenmiştir (NHS Centre for Reviews and Dissemination 1997). İnceleme, obezite için diyet, egzersiz, davranışsal, farmakolojik ve cerrahi müdahalelerin etkinliğini incelemiş ve 'bu incelemeye dahil edilen çalışmaların çoğunun ya tedavi sırasında ya da müdahale sonrasında kilo geri alımı gösterdiği' sonucuna varmıştır. Buna göre, uzun vadeli kilo kaybı için tablo hala oldukça kötümserdir.

Obezite tedavisinde diyetin rolü

Şu anda mevcut olan cerrahi müdahaleler hariç (daha sonra bakınız), tüm obezite tedavi programları şu veya bu şekilde diyet önerilmesini içermektedir. Geleneksel tedavi programları obez bireyin anormal davranışlarını düzeltmeyi amaçlarken, yeni paketler obezlerin normalde yediklerinden daha az yiyerek enerji dengelerini yeniden ayarlamaları gerektiğini öne sürmektedir. Ancak her iki tedavi tarzı da kilo vermek için bireyin yeme davranışına bilişsel kısıtlama getirmesi gerektiğini öne sürmektedir. Obezlerin yemeği reddetmelerini ve fizyolojik tokluk sınırlarını geçersiz kılmak için bilişsel sınırlar koymalarını önerirler. Bu da kısıtlı yemenin tüm sorunlu sonuçlarını beraberinde getirir (bkz. Bölüm 6).

Psikolojik sorunlar ve obezite tedavisi

Wadden ve arkadaşları (1986) diyet yapmanın bir grup obez hastada depresyonun artmasına yol açtığını, McReynolds (1982) ise devam eden obezite tedavisi ile psikolojik rahatsızlık arasında bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Buna ek olarak, Loro ve Orleans (1981) tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçları, obez diyet yapanların 'anksiyete, hayal kırıklığı, depresyon ve diğer hoş olmayan duygular' tarafından tetiklenen tıknırcasına yeme atakları rapor ettiklerini göstermiştir. Bu durum, obezlerin diyetle obez olmayanlarla aynı şekilde, düşük ruh hali ve aşırı yeme ataklarıyla yanıt verdiğini ve her ikisinin de kilo verme girişimlerine zarar verdiğini göstermektedir. Obezler gıda alımlarına bilişsel bir sınır koymaya teşvik edilmekte, bu da inkar, suçluluk duygusu ve kaçınılmaz aşırı yeme tepkisini beraberinde getirmektedir. Sonuç olarak herhangi bir kilo kaybı, diyet sırasında meydana gelen birçok bilişsel ve duygusal değişikliğe bir yanıt olan aşırı yeme atakları tarafından engellenir.

Fizyolojik sorunlar ve obezite tedavisi

Obezlere diyet yapısını dayatmanın psikolojik sonuçlarına ek olarak, gıda kısıtlaması girişimlerine eşlik eden fizyolojik değişiklikler de vardır. Heatherton ve arkadaşları (1991) obez olmayanlarda kısıtlamanın, obezlerde kilo döngüsü veya 'yo-yo' diyet süreciyle paralellik gösteren kilo dalgalanmasını öngördüğünü bildirmiştir. Sıçanlar üzerinde yapılan araştırmalar, tekrarlanan kilo verme girişimlerinin ardından yeniden kilo almanın, metabolik hızın azalması ve vücut yağ yüzdesinin artması nedeniyle daha fazla kilo vermenin giderek zorlaşmasıyla sonuçlandığını göstermektedir (Brownell ve ark. 1986a). İnsanlarda yapılan araştırmalar, yo-yo diyeti yapan diyetisyenlerde ve sporcularda da benzer sonuçlar bulmuştur (Brownell ve ark. 1989). Araştırmalar ayrıca kilo dalgalanmasının sağlık üzerinde olumsuz etkileri olabileceğini de ortaya koymuştur; kilo dalgalanması ile ölüm oranı ve KKH'den kaynaklanan hastalıklar (Hamm ve ark. 1989) ve tüm nedenlere bağlı ölüm oranı (Lissner ve ark. 1991) arasında bir ilişki olduğunu gösteren raporlar bulunmaktadır. Bu nedenle, tekrarlanan başarısız diyet

girişimleri fiziksel sağlık için statik olarak obez kalmaktan daha zararlı olabilir.

Diyet, obezite ve sağlık

Kısıtlama teorisi (bkz. Bölüm 6) diyet yapmanın olumsuz sonuçları olduğunu öne sürmektedir, ancak obezite tedavisi diyet yapmayı bir çözüm olarak önermektedir. Bu paradoks şu şekilde özetlenebilir:

- Obezite fiziksel bir sağlık riskidir, ancak kısıtlı yemek yeme kilo döngüsünü teşvik edebilir, bu da sağlığa zararlıdır.
- Obezite tedavisi gıda alımını azaltmayı amaçlar, ancak kısıtlı yeme aşırı yemeyi teşvik edebilir.
- Obezler zayıf olmaları yönündeki sosyal baskılardan psikolojik olarak zarar görebilir (diyet yapmayan obezlerde psikolojik sorunlara dair kanıtlar az olsa da), ancak başarısız diyet girişimleri onları depresyona sokabilir, kendilerini başarısız ve kontrolsüz hissedebilirler. Wooley ve Wooley (1984: 187) kilo verme girişimlerinde başarılı olan az sayıdaki obezin 'aslında kilo takıntısı, yarı açlık ve kronik açlığın ürettiği tüm semptomlarla dolu bir hayata mahkum olduklarını ... ve açık bir yeme bozukluğu geliştirmeye tehlikeli bir şekilde yakın göründüklerini' öne sürmektedir.

Eğer kısıtlama teorisi obeziteye uygulanırsa, obezler gıda alımlarını kısıtlamaları için teşvik edilmemelidir. Obezite aşırı yemekten kaynaklanmayabilir, ancak kısıtlı yemek bir tedavi olarak öneriliyorsa aşırı yemek obezitenin bir sonucu olabilir.

Obezite hiç tedavi edilmeli mi?

Obezitenin tedavisine ilişkin sorunlar, obezitenin tedavi edilip edilmemesi gerektiği sorusunu gündeme getirmektedir. Buna cevap verebilmek için tedavinin faydalarını, tedavi alternatiflerini ve bireysel sorumluluğun rolünü incelemek gerekmektedir.

Tedavinin faydaları

Başarısız obezite tedavisi olumsuz ruh haliyle ilişkili olsa da, gerçek kilo kaybının sevinç, özgüven ve artan iyi olma hissi gibi olumlu değişikliklerle ilişkili olduğu bulunmuştur (Stunkard 1984). Bu durum, başarısız diyet girişimlerinin zihinsel olarak yıpratıcı olmasına karşın, başarılı tedavinin psikolojik ödülleri de beraberinde getirebileceğini göstermektedir. Obezite tedavisinin fiziksel etkileri de benzer bir sonuç örüntüsü göstermektedir. Yo-yo diyeti ve kilo dalgalanması KKH ve ölüm olasılığını artırabilir, ancak sadece yüzde 10'luk gerçek kilo kaybı kan basıncında iyileşme ve tip II diyabet için faydalar sağlayabilir (Blackburn ve Kanders 1987; Wing ve ark. 1987). Bu sonuçlar yine gerçek kilo kaybının faydalı olabileceğini göstermektedir. Halmi ve arkadaşları (1980) ağır obezlerde kilo kaybının önemli psikolojik ve fiziksel faydaları olduğunu bildirmiştir. Ameliyat olan bir grup ağır obez denek ile davranışsal diyet programı alan bir karşılaştırma grubunu karşılaştırmışlardır. Sonuçlar, ameliyat grubunun hem kilo kaybı hem de kiloyu koruma oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak, diyet grubunda, yemekle meşgul olma ve depresyon gibi psikolojik özelliklerde ameliyat grubuna göre önemli ölçüde daha fazla değişiklik bildirilmiştir (Halmi ve ark. 1980). Böylece ameliyat yoluyla kalıcı kilo kaybı hem fiziksel hem de psikolojik faydalar getirmiştir. Bu nedenle kilo kaybı obezlerde faydalı olabilir, ancak sadece tedavi başarılı ve sonuçlar kalıcı ise. Bu nedenle diyet bir tedavi olarak reddedilebilir ancak kilo kaybı yine de faydalı olarak görülebilir.

Şiddetli obezitenin tedavisi için bir argüman oluşturulabilir, ancak yalnızca olumlu bir sonuç elde edilebilirse Başarısız tedavi, hiç tedavi girişiminde bulunmaktan daha zararlı olabileceğinden, garantilidir.

Tedavi alternatifleri

Diyetle ilgili sorunlar

Kısıtlama teorisinin sonuçları, obezlerin kısıtlı yemekten kaçınmaları gerektiğini göstermektedir. Diyet yapmak az bir kilo kaybı şansı ve hem olumsuz fiziksel hem de psikolojik sonuçlara yol açma ihtimali sunmaktadır. Diyetin tedavi denkleminde çıkarılması bizi öncelikle ilaç tedavisi ve ameliyatla başa bırakır.

Obezitenin ilaçla tedavisi

İlaç tedavisi Birleşik Krallık'ta yalnızca BMI değeri 30 veya daha fazla olan hastalar için yasal olarak mevcuttur ve hükümet organları obezite karşıtı ilaçların kullanımı konusunda giderek daha kısıtlayıcı hale gelmiştir. Örneğin, hem fenfluramin hem de deksfenfluramin, kilo vermede oldukça etkili olmalarına rağmen kalp hastalıklarıyla ilişkili oldukları gerekçesiyle yakın zamanda piyasadan çekilmiştir. Mevcut tavsiyeler, ilaçların yalnızca diğer yaklaşımlar başarısız olduğunda kullanılması gerektiğini, ilk etapta üç aydan uzun süre reçete edilmemeleri gerektiğini ve kiloda yüzde 10'luk bir azalma sağlanamazsa kesilmeleri gerektiğini belirtmektedir (Kopelman 1999). Şu anda diyet ve egzersiz programlarıyla birlikte sunulan iki grup obezite karşıtı ilaç mevcuttur. Birinci grup ilaçlar merkezi sinir sistemi üzerinde çalışır ve iştahı bastırır. Bunlardan en yaygın olarak kullanılanları katekolamin yolu üzerinde etkili olan fentermin ve noradronerjik ve serotonerjik yollar üzerinde etkili olan sibutramindir. Bulantı, ağız kuruluğu ve kabızlık gibi yan etkileri olsa da bu ilaçların etkinliğine dair bazı kanıtlar vardır (Lean 1997). İkinci grup ilaçlar gastrointestinal sistem üzerinde etkilidir ve bunlardan daha başarılı olanları yağ emilimini azaltır. Orlistat bunlardan biridir ve obez deneklerde önemli ölçüde kilo kaybına neden olduğu gösterilmiştir (James ve ark. 1997; Sjostrom ve ark. 1998; Rossner ve ark. 2000). Bununla birlikte, sıvı dışkı, tuvalete gitme aciliyeti ve özellikle yüksek yağlı bir yemekten sonra belirgin olan anal sızıntı gibi bir dizi hoş olmayan yan etki eşlik edebilir. Orlistat yağ emilimini azaltarak çalışmak üzere tasarlanmış olsa da, yağ yemek hoş olmayan sonuçlara neden olduğu için muhtemelen caydırıcı bir etkiye de sahiptir. Ogden ve Sidhu (2006) hastaların Orlistat alma deneyimlerini araştıran nitel bir çalışma yürütmüş ve obeziteye tıbbi bir yaklaşım teşkil etmesine rağmen, ilaca bağlılık ve davranış değişikliği süreçlerine bir pencere açtığı ve ayrıca bireyin psikolojik durumu üzerinde bazı ilginç etkileri olduğu sonucuna varmıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, ilaca bağlılığın obez olmanın günlük sıkıntılarından ziyade bir yaşam olayı tarafından kilo vermeye motive edilmekle ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, hoş olmayan, oldukça görsel yan etkiler, yenilen yağ ile vücut yağı arasındaki ilişkiye dair bir eğitim olarak kabul edilirse, davranışa vurgu yapan bir modeli teşvik ederek hastanın sorun modelini değiştirmeye yardımcı olmuştur. Böyle bir davranışsal obezite modeli daha sonra davranış değişikliği ile ilişkilendirilmiştir. Bu, Bölüm 3'te açıklanan eşleştirilmiş modellerin önemine benzemektedir.

Obezitenin cerrahi tedavileri

Obezite için 21 farklı cerrahi prosedür olmasına rağmen (Kral 1983, 1995), en popüler ikisi gastrik bypass ve gastrik bantlamadır. Halmi ve arkadaşları (1980) ameliyat sonrasında yüksek düzeyde kilo kaybı ve bunun sürdürülmesi ile birlikte tokluk, beden imajı ve yeme davranışında değişiklikler olduğunu bildirmiştir. Stunkard, Stinnett ve diğerleri (1986) bir yıl sonra kilo kaybının ortalama olarak fazla kilonun yüzde 50'si kadar olduğunu öne sürmüştür. Aslında, Stunkard (1984: 171) 'Şiddetli obezite ... en etkili şekilde cerrahi önlemlerle, özellikle de obeziteyi azaltan önlemlerle tedavi edilir' demiştir.

midenin büyüklüğü ve büyük gastrointestinal sisteme açılımı'. Yakın zamanda İsveç'teki araştırmacılar, obezite için cerrahi ya da geleneksel tedavi gören yaklaşık 1000 eşleştirilmiş hasta çiftini araştıran büyük ölçekli İsveç Obez Denekler (SOS) çalışmasını gerçekleştirmişlerdir (Torgerson ve Sjostrom 2001). Sonuçlar, geleneksel grupta sadece 0,5 kg'a kıyasla cerrahi grupta iki yıl sonra ortalama 28 kg kilo kaybı olduğunu göstermiştir. Sekiz yıl sonra cerrahi gruptaki kilo kaybı yüksek kalırken (ortalama 20 kg), kontrol grubu ortalama 0,7 kg kazanmıştır. Cerrahi gruptaki kilo kaybı iki yıl içinde diyabet ve hipertansiyonda, sekiz yıl içinde ise diyabette azalma ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışma, cerrahinin hem kilo kaybı hem de kilonun korunması için etkili olabileceğini ve kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinde azalmayı beraberinde getirdiğini göstermiştir. Obezitenin cerrahi yönetimi ABD (Institute of Medicine 1995) ve Birleşik Krallık'taki (Garrow 1997) uzman komiteler tarafından onaylanmıştır ve VKİ'si 40 kg/m² üzerinde olan (veya obezite komplikasyonları olan > 35), diyet veya farmakolojik müdahalelerle kilo veremeyen kişiler için olası yan etkilerin farkında oldukları sürece önerilmektedir. Ancak obezite cerrahisi sadece kiloyu etkilemez. Bazı araştırmalar, bireyin psikolojik durumunun sağlık durumu ve psikolojik morbidite gibi yönlerinde ameliyat sonrası değişiklikleri de araştırmış ve bir dizi çalışma, özellikle sürekli kilo kaybı gösteren hastalarda önemli iyileşmeler olduğunu göstermiştir. Örneğin, kesitsel araştırmalar cerrahi hastalarda kontrol grubuna kıyasla yaşam kalitesinde iyileşme olduğunu göstermiştir (De Zwann ve ark. 2002; Ogden ve ark. 2005) ve bu durum retrospektif ya da uzunlamasına tasarımlar kullanan çalışmalarla desteklenmiştir. Özellikle, SOS hastalarının geniş ölçekli bir takibinde, Karlsson ve arkadaşları (1998) duygudurum bozuklukları, zihinsel refah, sağlık algıları ve sosyal etkileşim açısından sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde bir iyileşme olduğunu bildirmiştir. Bocchieri ve arkadaşları (2002) obezite cerrahisinin psikososyal sonuçlar üzerindeki etkisini inceleyen literatürün çoğunu kapsamlı bir şekilde gözden geçirmiş ve genel olarak 'ampirik kanıtların ... olumlu bir yöne işaret ettiği' sonucuna varmıştır (s. 164). Ogden ve arkadaşları (2006a) hastaların obezite cerrahisi deneyimlerini araştırmak için nitel bir çalışma yürütmüştür. Hastaların ilaç alma deneyimlerine paralel olarak (bkz. önceki bölüm), ameliyat bir tıbbi yönetim şekli olarak kabul edilse de, bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ameliyatın bireyin psikolojik durumu üzerinde de bazı derin etkileri olduğunu göstermektedir. Özellikle, sağlık durumu ve yaşam kalitesine ilişkin nicel çalışmalarda tanımlanan kilo kaybıyla ilişkili tüm iyileşmelerin yanı sıra, hastalar bilişsel durumlarında ameliyat sürecine özgü bazı değişiklikler de tanımlamıştır. Hastalar özellikle, ne kadar ve ne yiyecekleri konusunda kontrol ve sınırlı seçenek dayatarak, ameliyatın ve midelerini çok daha küçük hale getirme sürecinin paradoksal olarak kendilerini kiloları ve yeme davranışları üzerinde daha fazla kontrol sahibi hissetmelerini sağladığını anlatmışlardır. Kontrolü mide boyutlarına devretmek, kendilerini davranışları üzerinde daha fazla kontrol sahibi hissetmelerini sağlamıştır. Bu durum, Bölüm 4'te tartışılan iletişim ve seçimle ilgili literatürün çoğuyla tezat oluşturmaktadır.

Başarı hikayeleri

Müdahalelerin etkinliğini inceleyen randomize kontrol çalışmaları, bireylerin çoğunluğunun başlangıçta kilo vermesine rağmen, büyük çoğunluğun sonunda başlangıçtaki kilolarına geri döndüğünü göstermektedir. Bununla birlikte, her denemede küçük bir azınlık sadece başlangıçta kilo vermekle kalmayıp bu kaybı başarıyla sürdürmektedir. Klem ve arkadaşları (1997) hem kilo vermiş hem de kilo vermeyi sürdürmüş 784 erkek ve kadının psikolojik durumlarını incelemiş ve kilo vermenin psikolojik sıkıntı ile ilişkili olmadığı sonucuna varmıştır. Buna karşın, Wooley ve

Wooley (1984: 187), 'başarı öykülerinin' azınlığının 'aslında kilo takıntısı, yarı açlık ve kronik açlığın ürettiği tüm semptomlarla dolu bir hayata mahkum olduklarını ... ve açık bir yeme bozukluğu geliştirmeye tehlikeli bir şekilde yakın göründüklerini' öne sürmüştür.

Başarısız olanların çoğunluğu ile uzun vadeli başarılı olanların azınlığını birbirinden ayıran faktörler nelerdir? Bugüne kadar bazı çalışmalar özellikle bu azınlık grubunu incelemiştir. Bu araştırma, obezite tedavisi denemelerinden elde edilen verilerle birlikte, başarılı kilo kaybı ve idamesini öngören ve/veya bunlarla ilişkili olan faktörler hakkında bazı ön bilgiler sağlamaktadır. Literatür özellikle profil özellikleri, tarihsel faktörler, yardım arama davranışları ve psikolojik faktörler olarak kavramsallaştırılabilecek bir dizi değişkenin rolünü vurgulamaktadır.

- *Profil özellikleri.* Araştırmalar başlangıçtaki VKİ'nin kilo kaybı ve devamlılığını öngördüğünü göstermektedir; ancak bazı çalışmalar başlangıçtaki düşük kilonun daha fazla başarı öngördüğünü gösterirken (Stuart ve Guire 1978; Neumark-Sztainer ve ark. 1995; Ogden 2000), diğer çalışmalar ters etki göstermektedir (Wadden ve ark. 1992). Araştırmalar ayrıca ev dışında çalışmanın, daha yüksek gelirin ve daha yaşlı olmanın kilo verme ve korumada belirleyici olduğunu göstermektedir (Neumark-Sztainer ve ark. 1995; Wong ve ark. 1997; Ogden 2000). Veriler çelişkili olsa da bazı araştırmalar cinsiyete de bakmıştır (örn. Colvin ve Olson 1983).
- *Tarihsel faktörler.* Bazı araştırmalar, bireyin önceki diyet denemelerinin ve kilo geçmişinin başarılı kilo kaybı ve korunması için önemli olduğuna işaret etmektedir. Özellikle, çalışmalar daha uzun süre diyet yapma geçmişinin ve daha fazla sayıda diyet denemesinin başarıyı öngördüğünü göstermektedir (Hoiberg ve ark. 1994; Ogden 2000). Buna karşın Kiernan ve arkadaşları (1998) çalışmalarında, tekrarlanan kilo kaybı geçmişi olmayanlarda başarının daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Dolayısıyla 'dene, dene ve tekrar dene' anlayışının diyet için geçerli olup olmadığı belirsizliğini korumaktadır. Sigara içme davranışındaki değişikliklerin (örn. Klesges ve Klesges 1988) ve bireyin üreme geçmişinin başarıya katkıda bulunan faktörler olması da mümkündür çünkü kilo alımı ve korunması genellikle sigarayı bırakma ve doğumu takip eder (örn. Ohlin ve Rossner 1990).
- *Yardım arama davranışları.* Başarının belirleyicisi olan çeşitli yardım arama faktörleri var gibi görünmektedir. Öncelikle araştırmalar, kullanılan kilo verme yöntemlerinin türleri ve yoğunluğunun rolünü vurgulamaktadır. Örneğin, Ogden (2000) kalori kontrollü diyetlerin devamlılıktan ziyade kilo kaybı ve geri kazanımı ile ilişkili olduğunu bildirmesine rağmen birçok çalışma diyet değişikliklerinin önemini vurgulamıştır (örn. Kayman ve ark. 1990; McGuire ve ark. 1999). Birçok çalışma egzersizin ve fiziksel aktivitede genel artışın rolünü de vurgulamıştır (Haus ve ark. 1994; Hoiberg ve ark. 1994; French ve Jeffrey 1997; Klem ve ark. 1997; Wong ve ark. 1997). Ayrıca araştırmalar, bir dizi sağlık uzmanıyla teması içeren farklı müdahalelerin göreceli etkinliğini vurgulamıştır. Bunlar arasında BDT, danışmanlık, kendi kendine yardım grupları gibi psikolojik müdahaleler ve ilaç tedavisi ve ameliyatı içeren tıbbi müdahaleler yer almaktadır (inceleme için bkz. NHS Centre for Reviews and Dis- semination 1997). Bu araştırmadan çıkan genel sonuç, müdahale ne kadar yoğun, takip süresi ne kadar uzun ve profesyonel temas ne kadar fazla olursa, başarılı kilo kaybı ve koruma olasılığının o kadar yüksek olduğudur.
- *Psikolojik faktörler.* Rodin ve arkadaşları (1977) başarılı kilo kaybının temel psikolojik belirleyicilerini değerlendirmek üzere tasarlanmış bir çalışmanın sonuçlarını rapor etmiştir. Sonuçlar, bireyin obezitenin nedenleri hakkındaki inançlarının ve kilo verme motivasyonlarının rolüne işaret etmiştir. Motivasyonlara benzer bir odaklanma Williams ve arkadaşları (1996) tarafından da rapor edilmiş ve sonuçlar motivasyon tarzının kilo

verme ve korumada belirleyici olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, Kiernan ve arkadaşları (1998), kilo verme konusunda daha memnuniyetsiz olan bireylerin

Başlangıçtaki vücut şekillerinin daha başarılı olması, çekiciliğe verilen yüksek değer tarafından yönlendirilen kilo verme motivasyonlarının da önemli olabileceğini düşündürmektedir. Ogden (2000), obez olan (BMI > 29.9), obez olmayan (BMI < 29.9) olarak kabul edilecek kadar kilo veren ve bu kilo kaybını en az üç yıl boyunca sürdüren bireyler olarak sınıflandırılan kilo kaybını yeniden kazananlar, stabil obezler ve kilo kaybını sürdürenler arasındaki psikolojik faktörlerdeki farklılıkları incelemiştir. Sonuçlar, kilo vermeyi sürdürenlerin depresyon ve düşük benlik saygısı gibi sonuçları açısından obezitenin psikolojik modelini destekleme ve benlik saygılarını artırmak ve kendilerini daha iyi hissetmek gibi psikolojik nedenlerle kilo vermeye motive olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca, genetik ve hormon dengesizliğini de içeren tıbbi nedensellik modelini daha az desteklediklerini göstermişlerdir. Bu sonuçlar, bireyin ne yaptığının değil, neye inandığının da başarı için belirleyici olduğunu ortaya koymuştur. Buna göre, obez bir kişinin kilo vermesi ve bu kiloyu koruması için hem davranışlarını değiştirmesi hem de kendi davranışlarının önemli olduğuna inanması gerekmektedir. Ayrıca, davranış değişikliğinin sonuçlarını değerli olarak algılamaları gerekmektedir. Bu durum, obezite ilacı almanın psikolojik etkilerini inceleyen araştırmayı (Ogden ve Sidhu 2006) desteklemekte ve Bölüm 3'te açıklanan eşleştirilmiş modellerin rolünü yansıtmaktadır.

Özetle, bireylerin küçük bir azınlığı, profil özellikleri, diyet geçmişleri, yardım arama davranışları ve obeziteye ilişkin inançlarıyla ilişkili olarak başarılı kilo kaybı ve koruma göstermektedir.

"Obezite tedavi edilmeli mi?" sorusunu yanıtlamak için aşağıdaki noktaları göz önünde bulundurmak gerekir:

- Obezite bir sağlık riskidir.
- Obezite, fizyolojik ve davranışsal faktörlerin bir araya gelmesinden kaynaklanır - sadece aşırı yemenin bir ürünü değildir.
- Obeziteyi diyetle tedavi etmek kişisel sorumluluğu vurgular ('kendini iyi edebilirsin'), ancak kilo sorununu daha da kötüleştirebilecek aşırı yeme ile sonuçlanabilir.
- Obezitenin ilaçlarla ve/veya ameliyatla tedavi edilmesi fizyolojik nedenleri vurgulamakta ve obezleri tıp mesleğinin ellerine teslim etmektedir ('sizi iyileştirebiliriz'). Bu, kilo kaybıyla sonuçlanabilir ancak yan etkileri vardır ve tıbbi komplikasyonlara ve yeniden kilo alımına neden olabilir. Obeziteye yönelik bu tıbbi yaklaşımların bireyin psikolojik durumu üzerinde de etkisi vardır.
- Bu nedenle herhangi bir tedavi müdahalesi, kilo kaybının potansiyel faydalarını (örn. özgüvenin artması, KKH riskinin azalması, vb.) müdahalenin potansiyel maliyetlerine (örn. aşırı yeme, kilo dalgalanmaları) karşı tartmalıdır.

Sonuç

Obezite çeşitli sağlık sorunlarıyla ilişkilidir ve etiyolojisini anlamak amacıyla bir dizi teori geliştirilmiştir. Özellikle araştırmalar, obeziteye güçlü bir genetik yatkınlık olabileceğini, bunun da yetersiz hareketlilik ve göreceli olarak aşırı yağ tüketimine yansıdığını öne sürmüştür. Bununla birlikte, obezitenin nedenlerini inceleyen araştırmalar genellikle çelişkilidir, bu da hikayenin henüz tamamlanmadığını göstermektedir. Bu bölümde ayrıca obezite tedavisi davranışsal müdahaleler, cerrahi ve ilaçlar açısından incelenmiştir. Araştırmalar gösteriyor ki

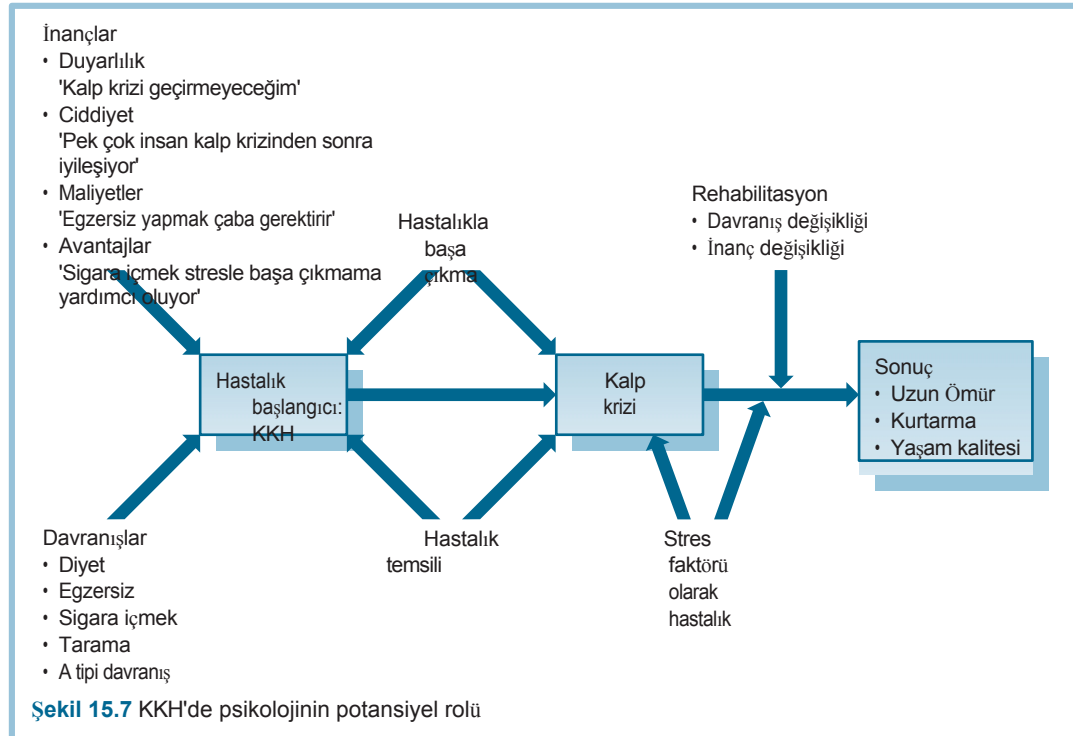
Müdahale biçimleri kilo kaybını teşvik etmede etkilidir, ancak kilonun korunması diyetle dayalı tedaviler için özellikle zayıftır. Tüm tedavilerin yan etkileri olduğu göz önüne alındığında, "Obezite hiç tedavi edilmeli mi?" sorusu ortaya çıkmaktadır. Cevap, herhangi bir müdahalenin maliyet ve faydaları değerlendirildiği ve hem fiziksel hem de psikolojik sonuçları dikkate alındığı sürece tedavi edilmesi gerektiği gibi görünmektedir.

Koroner kalp hastalığı (KKH)

Bu bölümde koroner kalp hastalığının ne olduğu ve KKH'nin anlaşılmasında psikolojinin rolü KKH hakkındaki inançlar, KKH'nin psikolojik etkisi, davranışsal risk faktörlerinin öngörülmesi ve değiştirilmesi ve hasta rehabilitasyonu açısından incelenmektedir (bkz. Şekil 15.7).

KKH nedir?

'Koroner kalp hastalığı' (KKH) terimi, düzgün çalışmayan koroner arterleri içeren bir kalp hastalığını ifade eder. En önemli hastalıklar anjina, akut miyokard enfarktüsü (MI - kalp krizi) ve ani kardiyak ölümdür. KKH'nin tüm bu formları, kan akışını engelleyen yağ birikintileri nedeniyle arterlerin daralmasını içeren aterosklerozdan kaynaklanır. Anjina, göğüste bazen sol koldan aşağıya yayılan güçlü bir ağrıdır. Koroner arterlere kan akışı, kalp kasının oksijensiz kalmasına yol açacak kadar kısıtlandığında gelişir. Akut MI, kan akışı bir eşik seviyesinin altında kısıtlandığında ve bazı kalp dokuları tahrip olduğunda ortaya çıkar. Ayrıca bir kan pıhtısı kalbe giden kan akışını daha da kısıtladığında da meydana gelebilir. Ani kardiyak ölüm tipik olarak daha önceki MI'lar nedeniyle kalbi hasar görmüş hastalarda meydana gelir, ancak daha önce sağlıklı arterlere sahip görünen hastalarda da meydana gelebilir.



KKH prevalansı

KKH, 65 yaş altı erkeklerde ölümlerin %33'ünden ve tüm ölümlerin %28'inden sorumludur. Birleşik Krallık'ta önde gelen ölüm nedenidir ve 1992 yılında milyonda erkeklerde 4300, kadınlarda ise 2721 ölüme neden olmuştur. KKH'nin 1985-86 yıllarında Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmetine (NHS) yaklaşık 390 milyon sterline mal olduğu tahmin edilmektedir. KKH'den en yüksek ölüm oranları işçi sınıfındaki erkek ve kadınlar ile Asya kökenli erkek ve kadınlarda görülmektedir. Orta yaşlarda ölüm oranı erkeklerde kadınlardan beş kata kadar daha yüksektir; ancak KKH'nin hem erkekler hem de kadınlar için önde gelen ölüm nedeni olduğu yaşlılık döneminde bu durum dengelenmektedir. İlginç bir şekilde, kadınlar hem ruh hali hem de aktivite kısıtlamaları açısından erkeklere göre MI'dan daha kötü iyileşme göstermektedir.

KKH için risk faktörleri

KKH için birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Bunlardan bazıları şu şekilde değerlendirilmektedir: (1) eğitim durumu, sosyal hareketlilik, sosyal sınıf, yaş, cinsiyet, stres reaktivitesi, aile öyküsü ve etnik köken gibi *değiştirilemez*; veya (2) sigara içme davranışı, obezite, hareketsiz yaşam tarzı, algılanan iş stresi ve kişilik gibi *değiştirilebilir*. Ancak, bunlardan bazılarının değiştirilip değiştirilemeyeceği tartışmalıdır.

KKH'de psikolojinin rolü

KKH'de psikolojinin rolü şimdi şu açılardan incelenecektir: (1) KKH hakkındaki inançlar; (2) MI'nin psikolojik etkisi; (3) risk faktörlerinin öngörülmesi ve değiştirilmesi; ve (4) hasta rehabilitasyonu.

KKH hakkındaki inançlar

Bölüm 3, insanların hastalıkları hakkında sahip oldukları inanç türlerini tanımlamış ve bu inançların hastalığın gelişimini ve ilerlemesini nasıl etkileyebileceğini araştırmıştır. Bazı araştırmalar, özellikle nedenlerle ilgili inançlara odaklanarak insanların KKH hakkında sahip oldukları inançları incelemiştir. Örneğin, French, Marteau ve arkadaşları (2002) halk üyelerinin MI'yı nasıl anladıklarını araştırmış ve doğrudan MI'ya neden olan proksimal nedenler ile diğer nedensel faktörlerin aracılık ettiği distal nedenler hakkındaki inançlar arasında ayırım yapmıştır. Sonuçlar, katılımcıların KKH olmamasına rağmen bunun nedenleri hakkında oldukça karmaşık inançlara sahip olduklarını göstermiştir. Özellikle iş türü, stres ve yüksek tansiyon yoluyla işleyen uzak bir MI nedeni olarak görülmüştür: stresin davranıştan ziyade yüksek tansiyon yoluyla işlediği ve genlerin KKH üzerinde herhangi bir davranışsal veya fizyolojik sürecin aracılık etmediği doğrudan bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. French, Maissi ve diğerleri (2005) ayrıca MI geçirmiş 12 hastada insanların MI hakkındaki inançlarını araştırmıştır. Sonuçlar, insanların MI'nın birçok olası nedeninin farkında olmalarına rağmen, MI'ları için genellikle semptomlarıyla ilişkili olan tek bir nedene odaklanma eğiliminde olduklarını göstermiştir. Bu durum, MI'yı neden 'şimdi' geçirdiklerini anlama ihtiyacından kaynaklanıyordu ve ayrıca kendilerini ya da başkalarını suçlamama arzusuyla motive olurken aynı zamanda gelecekte başka bir MI geçirme konusunda kontrol sağlamaya çalışıyorlardı. Gudmundsdottir ve arkadaşları (2001) da insanların KKH hakkındaki inançlarını araştırmış ancak geçtiğimiz yıl içinde MI geçirmiş olan kişilerin inançlarını incelemiştir. Boylamsal bir tasarım kullanarak hastaların inançlarını hastaneye kabul edildikten sonraki 72 saat içinde değerlendirmişler ve hastalarla MI nedenleri hakkında görüşmüşlerdir. Daha sonra hastalar bir sonraki yıl boyunca üç kez takip edilmiştir. Buna ek olarak, çalışmada nedensel atıfları araştırmak için dört farklı yöntem kullanılmıştır. Bunlar spontane atıflar (yani hastalıkla ilgili açık bir soruya verilen yanıtlar), ortaya çıkarılmış atıflar (yani MI'nın nedenine ilişkin açık bir

soruya verilen yanıtlar), işaretlenmiş atıflar (yani bir

olası nedenler) ve en önemli atıf (yani verilen listeden seçilen neden). Sonuçlar, tüm yöntemlerden elde edilen en yaygın nedenlerin 'sigara içmek', 'stres', 'ailede var', 'çalışmak' ve 'yağlı yiyecekler yemek' olduğunu göstermiştir. Sonuçlar ayrıca zaman içinde bazı değişiklikler göstermiş, hastaların zaman geçtikçe davranışlarını ve/veya kişiliklerini suçlama olasılıkları azalmıştır. Dolayısıyla hem KKH hastaları hem de bu hastalığa sahip olmayanlar, MI'nın nedeni hakkında daha sonraki riskli davranışlarını etkileyebilecek ve hastalandıktan sonra bir uyum sürecini yansıtabilecek inançlara sahip görünmektedir.

KKH'nin psikolojik etkisi

Araştırmalar, MI geçirmenin psikolojik etkilerini psikolojik morbidite ve anksiyete ve depresyon ölçümleri açısından ele almıştır. Örneğin, Lane ve arkadaşları (2002) MI'dan hemen sonra, MI'dan 2-15 gün sonra ve 4 ve 12 ay sonra depresyon ve anksiyetede değişiklikleri değerlendirmek için uzun süreli bir tasarım kullanmıştır. Sonuçlar, hastaneye yatış sırasında hastaların yüzde 30,9'unun depresyon puanlarının ve yüzde 26,1'inin anksiyete puanlarının yükseldiğini göstermiştir. Sonuçlar ayrıca psikolojik morbiditedeki bu artışın çalışma yılı boyunca devam ettiğini göstermiştir. Bazı araştırmalar, psikolojik morbiditedeki bu tür değişikliklerin değiştirilip değiştirilemeyeceğini de araştırmıştır. Örneğin, Johnston, Foulkes ve arkadaşları (1999) hemşire danışman liderliğindeki kardiyak danışmanlığın normal bakıma kıyasla etkisini değerlendirmiştir. Çalışmada bir yıllık takip süresi olan bir RCT tasarımı kullanılmış ve hastalar ve eşleri hastaların ilk MI geçirmelerinden sonraki 72 saat içinde çalışmaya alınmıştır. Sonuçlar, hastaların hastanedeyken anksiyete ve depresyon düzeylerinde özellikle artış olmamasına rağmen, danışmanlık almayanların taburcu olduktan sonra bu faktörlerde artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Danışmanlığın bu artışı en aza indirdiği görülmüştür. Hastaların aksine, partnerler hastalar hala hastanedeyken çok yüksek anksiyete ve depresyon seviyeleri göstermiştir. Bu durum danışmanlık alanlarda normal seviyelere düşmüştür. Ancak, depresyon ve anksiyete KKH'nin tek sonuçları olmayabilir. Bury (1982), hastalığın, insanların "burada neler oluyor?" sorusunu sormasını gerektiren ve belirsizlik duygusuna yol açan bir tür biyografik bozulma olarak görülebileceğini savunmuştur. Radley (1984, 1989), insanların KKH'ye nasıl uyum sağladıklarını ve nasıl tepki verdiklerini araştırmak için bu perspektiften yararlanmıştır. Radley, özellikle KKH teşhisi konan hastaların semptomların ve toplumun ikili taleplerini çözmeye çalıştığını savunmaktadır. Radley, KKH gibi kronik bir hastalığı olan kişilerin, hasta olmuş ancak tekrar iyi olabilecek biri olarak yeni bir kimlik oluşturmaya ihtiyaç duyduklarını öne sürmektedir. Bu ihtiyaç, sağlıkları konusunda endişelenen aile ve arkadaşların oluşturduğu bir zeminde ortaya çıkar ve genellikle hasta kişinin, işlerin 'normale döndüğünü' anlatmak için ısrarla 'sağlıklı bir şekilde' hareket etmesiyle sonuçlanır. Bu yaklaşım, 3. Bölümde açıklanan başa çıkma ve dengenin yeniden kurulması teorilerinde yansımaları bulmaktadır. Hastalığın sonuçları, bir sonraki sayfada yer alan **Araştırma Odağı 15.1**'de ele alınan bozulma, engellilik ve handicap bağlamında da incelenmiştir.

KKH için davranışsal risk faktörlerinin öngörülmesi ve değiştirilmesi

KKH, bir dizi risk faktörü ile güçlü bir şekilde bağlantılıdır. Bazı araştırmalar bu risk faktörlerinin değiştirilip değiştirilemeyeceğini ele almıştır:

- 1 *Sigara içmek.* KKH'den kaynaklanan her dört ölümden birinin sigaradan kaynaklandığı düşünülmektedir. Günde 20'den fazla sigara içmek orta yaşlarda KKH riskini üç kat artırmaktadır. Buna ek olarak, sigarayı bırakmak, daha önce bir kalp krizi geçirmiş olanlarda başka bir kalp krizi riskini yarıya indirebilir. Sigarayı bırakma konusu Bölüm

5'te ele alınmaktadır.



Bir teorinin test edilmesi - hastalığın sonuçları

Hastalığın WHO tarafından tanımlanan yapılar üzerindeki etkisini araştırmak (Johnston ve Pollard 2001).

Arka plan

1980 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO 1980) hastalıkların oluşumunu tanımlamak için bir model önermiştir. Modelin amacı terminolojiyi netleştirmek ve hastalığı anlamak için basit bir tıbbi bakış açısının ötesine geçen bir yapı sunmaktır. Model, hastalığın önce sakatlığa, sonra engelliliğe, sonra da özürüllülüğe yol açtığını ya da sakatlıktan özürüllülüğe doğru bir yol izlediğini öne süren bir hastalık sonuçları dizisi önermiştir. Bu yapılar aşağıdaki gibi tanımlanmıştır. Bozulma, yapı veya işlev kaybı veya anormallidir ve genellikle bireyden ziyade organ düzeyinde faaliyet gösterir. Akciğer kanseri akciğerlerde bozulmaya neden olabilir ve kalp hastalığı kardiyovasküler sistemde bozulmaya yol açar. Engellilik, faaliyetleri gerçekleştirme yeteneğinin kısıtlanması veya eksikliği anlamına gelir ve birey düzeyinde işler. Örneğin, akciğer kanseri ve kalp hastalığının her ikisi de merdiven çıkamama ile sonuçlanabilir. Son olarak, handicap dezavantaj ve rol kısıtlaması anlamına gelir ve sosyal bağlamları içinde var oldukları için birey düzeyinde işler. Akciğer kanseri ve kalp hastalığı bireyin gelir elde etmesini ve mali açıdan bağımsız olmasını engelleyebilir. DSÖ modeli bu kavramları birbirinden ayrı olarak ele almakta ve aralarında bir dereceye kadar nedensel bağlantı olduğunu öne sürmektedir.

Amaçlar

Bu makalede Johnston ve Pollard, ilk olarak mevcut ölçümlerin üç ana kavramın ayrılmasına izin verip vermediğini görmek ve ikinci olarak bunlar arasındaki nedensel bağlantı için herhangi bir destek olup olmadığını değerlendirmek için DSÖ hastalık dizileri modelini ampirik olarak test etmeyi amaçlamıştır.

Metodoloji

Tasarım

Çalışmada üç hasta grubu ile kesitsel ve boylamsal tasarımlar kullanılmıştır. Engelli yetişkinler kesitsel bir tasarım kullanılarak incelenmiş, MI ve inme hastaları ise boylamsal bir tasarım kullanılarak araştırılmıştır.

Katılımcılar

- *MI hastaları:* 108 erkek ve kadın hasta MI geçirdikten sonra koroner bakım ünitesine kabul edildikten sonraki 72 saat içinde çalışmaya alınmıştır. Bu kişilerle hastaneye kabul edildiklerinde ve taburcu edildikten 1 hafta, 2 ay, 6 ay ve 12 ay sonra görüşülmüştür.
- *İnme hastaları:* 68 erkek ve kadın inme nedeniyle hastaneye kabul edildikten sonraki 20 gün içinde çalışmaya alınmıştır. Bu kişilerle hastanede ve taburcu olduktan 1 ve 6 ay sonra görüşülmüştür.
- *Engelli hastalar:* 101 erkek ve kadın engelli yetişkin birinci basamak veri tabanından seçilmiştir. Bu kişilerle bir kez görüşülmüştür.

Ölçümler

- *Değer düşüklüğü*: MI ve inme hastaları duruma özgü bozulma ölçümlerini tamamlamıştır. Bunlar inme hastaları için Orgogozo nörolojik indeksi (Orgogozo ve ark. 1983) ve Norris hastane mortalitesi indeksidir (Norris ve ark. 1969). Engelli hastalar için değer düşüklüğü, mevcut değer düşüklüğü kriterleri kullanılarak hastanın aile hekimi tarafından değerlendirilmiştir.
- *Engellilik ve handikap*: tüm hastalar hastalık etki profilini (Bergner ve ark. 1981) ve fonksiyonel sınırlamalar profilini (Patrick ve Peach 1989) doldurmuştur. İnme hastaları ayrıca gözlemci tarafından değerlendirilen engellilik ölçeği (Partridge ve ark. 1987) ile tamamlanan Barthel indeksini (Mahoney ve Barthel 1965) doldurmuştur.

Uzman jüri üyelerinin kullanılması

Bozukluk, engellilik ve özürüllüğe ilişkin ayrı ölçütler geliştirmek amacıyla, bağımsız uzman jüri üyelerinden ölçütleri DSÖ tanımlarına göre engellilik veya özürüllük olarak derecelendirmeleri istenmiştir. Bu yeni ölçeklerin psikometrik özellikleri daha sonra güvenilirlik ve geçerlilik açısından değerlendirilmiştir.

Veri analizi

Veriler, üç kavramın ayrı olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceğini değerlendirmek ve ardından aralarındaki nedensel ilişkileri incelemek için analiz edilmiştir.

Sonuçlar

Sonuçlar, üç yapı olan bozulma, engellilik ve handikapın inme hastaları için ayrı yapılar olarak değerlendirilebileceğini ancak MI hastaları veya engelli yetişkinler için değerlendirilemeyeceğini göstermiştir. Bu nedenle nedensellik analizi için inme hastalarına odaklanılmıştır. Bu analiz, hastalığın farklı sonuçları arasında basit bir nedensel ilerleme olmadığını öne sürerek, değer düşüklüğünün engellilik ve handikapı öngörmediğini göstermiştir. Bununla birlikte, engellilik sürekli olarak handikapı öngörmüştür.

Sonuçlar

Yazarlar, DSÖ modelinin desteklenmemesinin üç olası açıklaması olduğunu öne sürmektedir. Birincisi, sonuçlar kullanılan ölçüm araçlarıyla ilgili olabilir. İkincisi ve bununla bağlantılı olarak, sonuçlar bozulmanın kavramsallaştırılmasını yansıtır olabilir. Üçüncüsü (ve yazarlar tarafından tercih edilen açıklama) DSÖ modeli çok basittir. Yazarlar, bozukluk, engellilik ve handikap arasındaki geçişin model tarafından tanımlanmayan çok sayıda başka değişkeni içerebileceğini savunmaktadır. Özellikle, başlangıçtaki bozukluktan sosyal işlevsellikte sınırlı olmaya geçişin psiko-mantıksal faktörlerle ilgili olabileceğini öne sürmektedirler. Sağlıklı insanlar inançları ve ruh hallerinin bir sonucu olarak belirli şekillerde davranırlar. Yazarlar, bunun bir tür bozukluğu olan kişiler için de geçerli olduğunu savunmaktadır - sadece bozuklukları bu psikolojik faktörleri etkileyebilir. İnsanların hastalıklarını deneyimleme ve yönetme biçimlerinde çok fazla değişkenlik vardır. Psikolojik faktörler bu değişkenliği, bir dizi aşamadan basit bir geçişten daha iyi açıklıyor olabilir.

2 *Diyet.* Diyet, özellikle de kolesterol seviyeleri de KKH ile ilişkilendirilmiştir. Bir toplumun en yüksek kolesterol seviyesine sahip yüzde 20'lik kesiminin kalp hastalığından ölme olasılığının, en düşük seviyeye sahip yüzde 20'lik kesime kıyasla üç kat daha fazla olduğu öne sürülmüştür. Kolesterol seviyeleri tüketilen doymuş yağ miktarına göre belirlenebilir (çoğunlukla hayvansal yağlardan elde edilir). Kolesterolün azaltılması toplam yağların ve doymuş yağların azaltılması, çoklu doymamış yağların artırılması ve diyet liflerinin artırılması yoluyla sağlanabilir. Diyet değişikliği Bölüm 6'da ve diyet bölümünde ele alınmaktadır.

3 *Yüksek tansiyon.* Yüksek tansiyon da KKH için bir risk faktörüdür - tansiyon ne kadar yüksekse risk de o kadar fazladır. Bir toplumun ortalama kan basıncında 10 mmHg'lik bir düşüşün kalp hastalığına bağlı ölüm oranını yüzde 30 oranında azaltabileceği öne sürülmüştür. Kan basıncının genetik, obezite, alkol alımı ve tuz tüketimi gibi çok sayıda faktörle ilişkili olduğu görülmektedir.

Diğer olası davranışsal risk faktörleri arasında egzersiz ve kahve, alkol ve yumuşak su tüketimi yer almaktadır. KKH için risk faktörleri anlaşılabilir ve muhtemelen bireyin sağlık inançları incelenerek ve değiştirilerek değiştirilebilir (bkz. Bölüm 2, 6, 7 ve 9).

4 *A tipi davranış ve düşmanlık.* A tipi davranış ve bununla ilişkili bir özellik olan düşmanlık, muhtemelen KKH için en kapsamlı şekilde incelenmiş risk faktörüdür (ayrıntılar için bkz. Bölüm 11). A tipi davranış ile KKH arasındaki ilişkiyi destekleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Rosenman ve ark. 1975; Jenkins ve ark. 1979; Haynes ve ark. 1980). Bununla birlikte, araştırmalar A tipi davranış ile KKH arasında bir ilişki olmadığını da bildirmiştir (örn. Johnston ve ark. 1987). Son araştırmalar daha çok stres tepkiselliğini öngördüğü ve KKH gelişimiyle bağlantılı olduğu gösterilen düşmanlık üzerine odaklanmıştır (örn. Williams ve Barefoot 1988; Houston 1994; Miller ve ark. 1996).

5 *Stres.* Stres de KKH'nin bir belirleyicisi olarak kapsamlı bir şekilde incelenmiştir ve araştırmalar stres reaktivitesi ile KKH, yaşam olayları ile KKH ve iş stresi ile KKH arasında bağlantılar olduğunu göstermiştir (bkz. Bölüm 10 ve 11). Stres yönetimi, halihazırda KKH teşhisi konmuş kişilerde stresi azaltmak için kullanılmaktadır (bkz. s. 361). Ancak, hasta olmayan örneklerde de stresi azaltmak için müdahaleler geliştirilmiştir. Örneğin Jones ve Johnston (2000), daha önce önemli ölçüde sıkıntı bildiren 79 öğrenci hemşirede sıkıntıyı azaltmak için bir stres yönetimi müdahalesi geliştirmiş ve değerlendirmiştir. Müteakip değişiklikler bekleme listesindeki bir kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, müdahalenin anksiyete, depresyon ve aile içi memnuniyette önemli azalmalar sağladığını göstermiştir. Buna ek olarak, hemşireler doğrudan başa çıkmada artış göstermiştir. Bu son bulguya paralel olarak, bazı araştırmalar insanların stresli durumlarla nasıl başa çıktıklarını doğrudan sorgulamıştır. Kaluza (2000) 82 sağlıklı çalışan erkek ve kadının başa çıkma profillerini değiştirmek için tasarlanmış bir müdahaleyi değerlendirmiştir. Müdahale 12 hafta sürmüş ve atılmanlık, bilişsel yeniden yapılandırma, zaman yönetimi, rahatlama, fiziksel aktiviteler ve keyifli aktivitelerin programlanmasına odaklanmıştır. Değişiklikler hiçbir müdahale almayan bir kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, duygu odaklı başa çıkma ve sorun odaklı başa çıkmada, bireyin orijinal başa çıkma profilleriyle ilişkili önemli gelişmeler olduğunu göstermiştir. Özellikle, başlangıçta daha problem odaklı olanlar daha duygu odaklı hale gelirken, daha kaçınmacı olanlar daha problem odaklı hale gelmiştir. Yazarlar, müdahalenin dengesiz başa çıkma profillerini değiştirdiğini öne sürmektedir. Ayrıca, bu değişiklikler iyi olma halindeki iyileşmelerle de ilişkilidir.

KKH'li hastaların psikolojisi ve rehabilitasyonu

Psikoloji, anjina, ateroskleroz veya kalp krizi açısından KKH teşhisi konmuş bireylerin rehabilitasyonunda da rol oynar. Rehabilitasyon programları sağlık eğitimi, gevşeme eğitimi ve danışmanlık gibi bir dizi teknik kullanır ve KKH hastalarını risk faktörlerini değiştirmeye teşvik etmek için geliştirilmiştir. Araştırmalar, rehabilitasyon programlarına katılımın ön belirleyicilerini ve bu programların egzersiz, A tipi davranış, genel yaşam tarzı faktörleri, hastalık bilişleri ve stres gibi faktörleri değiştirip değiştiremeyeceğini araştırmıştır.

Rehabilitasyon alımının öngörülmesi

Kalp krizi (MI) birçok batı ülkesinde erken ölümlerin birincil nedeni olmasına rağmen, hastaların yüzde 60'ından fazlası MI geçirdikten sonra hayatta kalmaktadır. Dahası, risk faktörleri değiştirilebilirse, yeni bir MI geçirme olasılığı büyük ölçüde azalır. Bu nedenle rehabilitasyon programları bu risk faktörlerini azaltmak üzere tasarlanmıştır. Ancak rehabilitasyonun faydalarına rağmen birçok hasta derslerin bir kısmına ya da tamamına katılmamaktadır. Örneğin, literatürün sistematik bir incelemesinde, 15 çalışmadaki katılım oranları yüzde 13 ila 74 arasında değişmekle birlikte, katılımı neyin oluşturduğu da birkaç seansı kaçırmaktan tüm seansları kaçırmaya kadar değişmektedir (Cooper ve ark. 2002a). Peki rehabilitasyon etkili olabiliyorsa insanlar neden gelmiyor? Cooper ve arkadaşları (2002a) Avrupa, ABD, Kanada ve Yeni Zelanda'dan hastaları kapsayan 15 kardiyak rehabilitasyon çalışmasında katılmamayı öngören faktörleri araştırmış ve katılmayanların daha yaşlı, daha düşük gelirli ve daha yoksun olma ihtimalinin daha yüksek olduğu, hastalıklarının ciddiyetini inkar ettikleri, hastalıklarının sonucunu etkileyebileceklerine daha az inandıkları ve doktorlarının rehabilitasyonu tavsiye ettiğini daha az algıladıkları sonucuna varmışlardır. Ayrıca, yaşlılar gibi kadınların da rehabilitasyon için sevk edilme olasılığı erkeklere göre daha düşüktür.

Egzersizin değiştirilmesi

Rehabilitasyon programlarının çoğu, fiziksel iyileşmenin psikolojik ve sosyal iyileşmeyi de destekleyeceği varsayımıyla egzersiz yoluyla fiziksel işlevselliğin restorasyonunu vurgulamaktadır. Bu egzersiz temelli programların meta-analizleri kardiyovasküler mortalite üzerinde olumlu etkileri olabileceğini öne sürmüştür (örn. Oldridge ve ark. 1988). Ancak bu tür meta analizler sorunludur çünkü olumlu sonuçlar yayınlama yönünde bir eğilim vardır ve bu da genel tabloyu etkilemektedir. Ayrıca, bu egzersiz temelli programların sigara, diyet ve A tipi davranış gibi egzersiz dışındaki risk faktörlerini etkileyip etkilemediği de şüphelidir.

A tipi davranışın değiştirilmesi

Tekrarlayan koroner önleme projesi Friedman ve arkadaşları (1986) tarafından A tipi davranışları değiştirmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu program şu sorulara dayanıyordu: A tipi davranış değiştirilebilir mi? Eğer öyleyse, böyle bir değişiklik kalp krizinin tekrarlama olasılığını azaltabilir mi? Çalışma 1000 denek ve beş yıllık bir müdahaleyi içeriyordu. Deneklerin hepsi kalp krizi geçirmiş ve üç gruptan birine ayrılmıştır: kardiyoloji danışmanlığı, A tipi davranış değişikliği veya tedavi yok. A tipi davranış modifikasyonu, A tipi inanç ve değerlerin tartışılmasını, iş taleplerini azaltma yöntemlerinin tartışılmasını, rahatlamayı ve bireylerin bilişsel çerçevesini değiştirmeye yönelik eğitimi içeriyordu. Beş yıl sonra, sonuçlar A tipi modifikasyon grubunun kalp krizi nüksünde azalma gösterdiğini ortaya koymuştur; bu da sadece A tipi davranışın değiştirilebileceğini değil, aynı zamanda değiştirildiğinde yeniden enfarktüsün de azalabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, A tipi davranış ile KKH arasındaki ilişki hala tartışmalıdır ve son tartışmalar A tipinin zaman zaman KKH'ye karşı koruyucu olabileceğini öne sürmektedir.

Genel yaşam tarzı faktörlerinin değiştirilmesi

Ayrıca, sigara ve diyet gibi diğer risk faktörlerini değiştirmeye odaklanan rehabilitasyon programları da geliştirilmiştir. Örneğin, van Elderen ve arkadaşları (1994) hastaneye yattıktan sonra kardiyovasküler hastalığı olan hastalar için telefonla haftalık takiplerin yapıldığı bir sağlık eğitimi ve danışmanlık programı geliştirmiştir. Otuz KKH hastası ve eşlerine bu müdahale önerilmiş ve sadece standart tıbbi bakım alan 30 kişilik bir kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, iki ay sonra, sağlık eğitimi ve danışmanlık alan hastaların fiziksel aktivitelerinde daha fazla artış ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarında daha fazla azalma olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak, deneysel koşuldaki (sağlık eğitimi ve danışmanlık alan) denekler arasında, partnerleri de programa katılmış olanlar, aktivitelerinde ve diyetlerinde daha fazla gelişme göstermiş ve ayrıca sigara içme davranışlarında azalma göstermiştir. Sağlık eğitimi ve danışmanlık programına katılan denekler 12. ayda yeme davranışlarındaki iyileşmeyi sürdürmüştür. Yazarlar, bu çalışmanın az sayıda hastayı içermesine rağmen, sonuçların rehabilitasyon programlarına sağlık eğitimi ve danışmanlığının dahil edilmesi için bir miktar destek sağladığı sonucuna varmışlardır. Ancak daha yakın zamanda, van Elderen ve Dusseldorp (2001) daha çelişkili sonuçlar veren benzer bir çalışmanın sonuçlarını rapor etmiştir. KKH'li hastalara ve eşlerine hastaneden taburcu olduktan sonra sağlık eğitimi, psikolojik girdi, standart tıbbi bakım ve fiziksel eğitim sağlamanın göreceli etkisini araştırmışlardır. Genel olarak, tüm hastalar ilk üç ay boyunca yaşam tarzlarını iyileştirmiş ve sonraki dokuz ay boyunca yeme alışkanlıklarında ekstra iyileşme göstermiştir. Bununla birlikte, bir yıllık takipte birçok hasta sigara kullanımını tekrar artırmış ve hareketsiz yaşam tarzlarına geri dönmüştür. Farklı müdahale biçimlerinin göreceli etkileri açısından sonuçlar, yazarların daha önceki çalışmalarından daha karmaşıktı. Sağlık eğitimi ve psikolojik müdahalenin yeme alışkanlıkları üzerinde standart tıbbi bakım ve fiziksel eğitime göre daha iyi bir etkisi olmasına rağmen, yaşam tarzındaki bazı değişiklikler sadece ikincisini alan hastalarda daha belirgindi. Örneğin, sağlık eğitimi ve psikolojik müdahale almak hareketsiz bir yaşam tarzını bırakmayı daha zor hale getirmiş ve sağlık eğitimi almak sigarayı bırakmayı daha zor hale getirmiş gibi görünmektedir. Bu nedenle, bazı çalışmalar rehabilitasyon programlarına sağlık eğitimi ve danışmanlığın eklenmesini desteklese de, bazen bunun bir maliyeti olabilir.

Hastalık bilişlerinin değiştirilmesi

Araştırmalar, hastaların MI'larına ilişkin inançlarının rehabilitasyona katılım, işe dönüş ve uyum açısından sağlık sonuçlarıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir (hastalık bilişleri ve sonuçları için bkz. Bölüm 3). Bu doğrultuda, Petrie ve arkadaşları (2002) hastalık bilişlerini değiştirmek için tasarlanmış bir müdahale geliştirmiş ve bunun bir dizi hasta çıktısı üzerindeki etkisini araştırmıştır. Müdahale özellikle bir psikolog ile yaklaşık 40 dakikalık üç seanstan oluşmuş ve hastaların MI'ları hakkındaki inançlarını ele almak ve değiştirmek için tasarlanmıştır. Birinci seansta psikolog MI'nın semptomları açısından doğası hakkında bir açıklama yapmış ve hastaların MI'nın nedenleri hakkındaki inançlarını araştırmıştır. 2. oturumda psikolog, nedenlerle ilgili inançları daha fazla araştırmış, hastanın gelecekte yeni bir MI riskini en aza indirmek için bir plan geliştirmesine yardımcı olmuş ve hastanın durumuyla ilgili kontrol inançlarını artırmaya çalışmıştır. Son oturumda bu eylem planı gözden geçirilmiş, ilaçlarla ilgili endişeler araştırılmış ve egzersiz sırasında nefes darlığı gibi iyileşme sürecinin bir parçası olan semptomlar, şiddetli göğüs ağrısı gibi daha ileri bir patolojinin göstergesi olanlardan ayırt edilmiştir. Müdahale boyunca bilgi ve tartışma, belirli inanç ve endişeleri hedef almıştır

hastanın. Sonuçlar, müdahaleyi alan hastaların takip sırasında sonuçları, zaman çizelgesi, kontrol/tedavi ve semptom sıkıntısı ile ilgili inançlar açısından MI'ları hakkında daha olumlu görüşler bildirdiklerini göstermiştir (bu boyutların açıklaması için bkz. Bölüm 3). Buna ek olarak, hastaneden ayrılmaya daha hazırlıklı olduklarını, işe daha hızlı döndüklerini ve daha düşük oranda anjina semptomları bildirdiklerini rapor etmişlerdir. Rehabilitasyona katılımda herhangi bir farklılık bulunmamıştır. Dolayısıyla müdahalenin bilişleri değiştirdiği ve MI sonrası hastaların fonksiyonel sonuçlarını iyileştirdiği görülmüştür.

Stresin değiştirilmesi

Stres yönetimi, bireylere stres teorilerini öğretmeyi, stresi tetikleyebilecek faktörlerin farkında olmalarını teşvik etmeyi ve stresi azaltmak için 'kendi kendine konuşma', rahatlatma teknikleri ve zaman yönetimi ve problem çözme gibi genel yaşam yönetimi yaklaşımları gibi bir dizi strateji öğretmeyi içerir. Stres yönetimi, yüksek kan basıncı (Johnston ve ark. 1993), kan kolesterolü (Gill ve ark. 1985) ve A tipi davranış (Roskies ve ark. 1986) dahil olmak üzere KKH için bazı risk faktörlerini azaltmak için başarıyla kullanılmıştır. Ayrıca, bazı çalışmalar kalp krizi ve/veya ölümün habercisi olan anjinayı azaltabileceğini de göstermektedir. Örneğin, Gallacher ve arkadaşları (1997) 452 erkek anjina hastasını rastgele bir şekilde stres yönetimi almak ya da hiç müdahale etmemek üzere ayırmıştır. Sonuçlar, altı aylık takipte, stres yönetimi alanların dinlenirken göğüs ağrısı sıklığında azalma olduğunu göstermiştir. Benzer bir çalışmada, Bundy ve arkadaşları (1998) stres yönetimi ve egzersizin anjina üzerindeki hem bağımsız hem de birleşik etkisini, bekleme listesinden alınan bir kontrol grubuyla karşılaştırarak incelemiştir. Sonuçlar, hem stres yönetimi hem de egzersiz yapanların daha az anjina atağı geçirdiğini ve ilaç tedavisine daha az ihtiyaç duyduğunu göstermiştir. Dolayısıyla stres yönetiminin anjinayı azalttığı ve bunun da miyokard enfarktüsü oluşumunu azaltabileceği görülmüştür.

Sonuç

KKH batı dünyasında yaygın bir ölüm nedenidir. İnsanların KKH hakkındaki inançları, teşhisin psikolojik sonuçları, risk faktörlerinin belirlenmesi ve değiştirilmesi (örneğin sigara, diyet, egzersiz, A tipi davranış ve stres) ve halihazırda hastalığı olan bireylerde risk faktörlerini değiştirmek için tasarlanmış programların geliştirilmesi ve değerlendirilmesi açısından psikolojinin hastalıktaki rolünü göstermektedir.

Sonuç olarak

Obezite ve KKH gibi hastalıklar, bir hastalığın seyri boyunca psikolojinin rolünü göstermektedir. Örneğin, psikolojik faktörler hastalığın başlangıcında (örn. sağlık inançları, sağlık davranışları, kişilik, başa çıkma mekanizmaları), hastalığın ilerlemesinde (örn. psikolojik kon- sekanslar, adaptasyon, sağlık davranışları) ve uzun ömürlülükte (örn. sağlık davranışları, başa çıkma mekanizmaları, yaşam kalitesi) rol oynamaktadır. Bu psikolojik faktörler aynı zamanda diyabet, astım, kronik yorgunluk sendromu ve mul- tiple skleroz gibi çok sayıda diğer kronik ve akut hastalıkla da ilgilidir. Bu durum, hastalığın en iyi şekilde biyomedikal bir sorun olarak değil, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin karmaşık bir etkileşimi olarak kavramsallaştırılabileceğini göstermektedir.



Sorular

- 1 Obezite ne ölçüde fizyolojik faktörlerle açıklanabilir?
- 2 Psikolojik faktörlerin obezite prevalansındaki son artışı açıklamadaki rolünü tartışınız.
- 3 Obezite bir yeme bozukluğudur. Tartışın.
- 4 Obeziteyi tedavi etmek, çözdüğünden daha fazla soruna yol açmaktadır. Tartışın.
- 5 KKH yaşam tarzının kaçınılmaz bir ürünüdür. Tartışın.
- 6 Psikolojik faktörlerin KKH'nin başlangıcı ve ilerlemesindeki rolünü tartışınız.
- 7 Yeniden enfarktüs ne ölçüde önlenabilir?

Tartışma için

Obezite ve KKH ile ilgili literatür ışığında, alternatif bir kronik hastalığın (örn. diyabet, multipl skleroz) seyri boyunca psikolojik faktörlerin olası rolünü tartışınız.

Sağlık psikolojisinde varsayımlar

Obezite ve KKH üzerine yapılan araştırmalar, sağlık psikolojisindeki bazı varsayımların altını çizmektedir:

- 1 *Hastalıkta davranışın rolü.* Yirminci yüzyıl boyunca sağlık ve hastalıkta davranışsal faktörlere giderek daha fazla vurgu yapılmıştır. Araştırmalar obezite sorununu da aynı perspektiften incelemiş ve aşırı yemenin nedensel bir faktör olarak rolünü değerlendirmiştir. Ancak, belki de tüm sorunlar davranışların ürünü değildir.
- 2 *Faydalı olduğu ölçüde tedavi.* İlaç ve cerrahi müdahaleler, etkisiz oldukları ya da olumsuz sonuçlar doğurdukları tespit edildiğinde durdurulmaktadır. Ancak sigarayı bırakma, egzersiz ve kilo verme programları gibi davranış değişikliğini teşvik eden davranışsal müdahaleler, başarılarına ilişkin kanıtlar zayıf olsa bile geliştirilir ve teşvik edilir. Sağlık psikolojisinde, davranışsal programlar hiç yoktan iyi olacak kadar nötr olarak değerlendirilmektedir. Ancak diyetle obezite tedavisi, sağlık için bireysel sorumluluğu teşvik etmenin ve davranışları değiştirmeye çalışmanın potansiyel olumsuz yan etkilerine bir örnektir. Belki de davranışsal müdahalelerin diğer tıbbi tedaviler kadar olumsuz sonuçları olabilir.

3 *Zihin-beden sorunu.* Obezite ve KKH üzerine yapılan araştırmalar, zihin ve beden arasındaki ilişki sorununu gündeme getirmektedir. Teoriler ya fizyo-mantıksal ya da psikolojik olarak ele alınmakta ve tedavi perspektifleri de benzer şekilde bölünmekte, dolayısıyla bireylere ilişkin düalist bir model sürdürölmektedir.

Daha fazla okuma

Brownell, K.D. (1991) Personal responsibility and control over our *health*: when expectation exceeds reality, *Health Psychology*, 10: 303-10.

Bu makale, sağlık için hasta sorumluluğuna yapılan vurguyu tartışmakta ve obezleri diyet yapmaya teşvik etmenin, kontrol edilemeyi kontrol etmeye çalışmanın bir örneği olabileceğini öne sürmektedir.

Ogden, J. (2003) *Yeme Psikolojisi: Sağlıktan Düzensiz Davranışa*. Oxford: Blackwell. Bu kitap, sağlıklı beslenmeden diyet ve beden memnuniyetsizliğine, obezite ve yeme bozukluklarına kadar yeme davranışının sürekliliğini açıklamaktadır. Özellikle obezite ve tedavisinin detaylı bir analizini sunmaktadır.

Romero-Corral, A., Montori, V.M., Somers, V.K., Korinek, J., Thomas, R.J., Allison, T.G., Mookadam, F. ve Lopez-Jimenez, F. (2006) Koroner arter hastalığında vücut ağırlığının toplam mortalite ve kardiyovasküler olaylarla ilişkisi: kohort çalışmalarının sistematik bir incelemesi, *Lancet*, 368: 666-78.

Bu makale, vücut ağırlığı ve KKH arasındaki bağlantıları inceleyen araştırmaların güncel bir analizini sunmaktadır.

Bölüm 16

Kadın Sağlığı sorunlar

Bölüme genel bakış

Kadınlara özgü birçok sağlık alanı vardır. Bu bölüm bunların hepsini kapsamayı amaçlamamaktadır ancak dört temel sağlık konusunu açıklayacaktır. İlk olarak, düşük yapmanın psikolojik etkileri incelenecektir. Daha sonra, sağlık sistemleriyle temas ve kısa ve uzun vadeli psikolojik sonuçlar açısından gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili konular açıklanacaktır. Daha sonra hamilelik, anneliğe geçiş ve doğum deneyimine odaklanılacaktır. Son olarak, kadınların menopoz deneyimlerini inceleyecektir. Bu kadın sağlığı sorunlarının çoğu farklı şekillerde yönetilmektedir. Bu bölümün merkezinde, kullanılan tedavi veya müdahale şeklinin kadınların deneyimlerini nasıl etkileyebileceğine dair bir açıklama da yer alacaktır.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- Düşük
- Hamileliğin sonlandırılması
- Hamilelik ve doğum
- Menopoz

Düşük

Düşük, bilinen gebeliklerin yüzde 15-20'sinde görülen nispeten yaygın bir olgudur ve bunların yüzde 80'i ilk üç aylık dönemde meydana gelmektedir (Broquet 1999). Düşük ya da 'spontan abortus', bir fetüsün anne dışında yaşamını sürdürebilmesi için yirminci gebelik haftasından önce gebeliğin istenmeyen bir şekilde sona ermesi olarak tanımlanmaktadır (Borg ve Lasker 1982). Düşük yapma sıklığına rağmen, erken gebelik kaybının sonuçlarını tanımlayan ve inceleyen araştırmalar ancak son 10-15 yıl içinde yapılmaya başlanmıştır. Bu bölümde, düşük yapmanın psikolojik sonuçları nicel ve nitel araştırmalar açısından incelenecek ve ardından düşüğün nasıl yönetildiğinin kadınların deneyimleri üzerindeki etkisi incelenecektir.

Nicel araştırma

Nicel araştırmalar, kadınların düşüğe verdikleri tepkileri keder, depresyon ve anksiyete veya başa çıkma açısından kavramsallaştırma eğiliminde olmuştur.

- *Yas.* Araştırmaların ana alanlarından biri, düşüğü bir kayıp olayı olarak kavramsallaştırmış ve düşükten sonra kadınların sevdikleri birinin ölümüne paralel yas aşamaları yaşadıklarını varsaymıştır (Herz 1984). Tanımlanan başlıca belirtiler üzüntü, kaybedilen çocuğa duyulan özlem, kayıp hakkında başkalarıyla konuşma isteği ve anlamlı açıklamalar arayışıdır (Herz 1984; Beutel ve ark. 1995; Athey ve Spielvogel 2000). Buna ek olarak, araştırmalar düşük deneyimine özgü yas tepkilerine de ışık tutmuştur. Örneğin, kadınlar genellikle sağlıklı bir hamilelik geçiremedikleri için kendilerini başarısız olarak algırlar ve bu kayıp genellikle toplum tarafından kabul edilmez çünkü yapılabilecek herhangi bir ritüel yoktur (Herz 1984).
- *Depresyon ve anksiyete.* Diğer araştırmalar düşük sonrası depresyon ve anksiyeteye odaklanmıştır. Friedman ve Gath (1989), düşükten dört hafta sonra kadınlarda psikiyatrik 'vaka'lığı değerlendirmek için mevcut durum muayenesini (PSE) kullanmıştır. Örneklemin yüzde 48'inin ölçekten 'vaka' olarak nitelendirilebilecek kadar yüksek puan aldığını tespit etmişlerdir ki bu oran genel popülasyondaki kadınlardan dört kat daha yüksektir. Analiz edildiğinde, bu kadınların hepsi depresif bozukluğa sahip olarak sınıflandırılmıştır. Klier ve diğerleri (2000) de benzer şekilde, düşük yapan kadınların, toplumdan alınan bir kohortla karşılaştırıldığında, kayıplarını takip eden altı ay içinde minör depresif bozukluk geliştirme riskinin önemli ölçüde arttığını bulmuştur. Thapar ve Thapar (1992) da düşük yapan kadınların hem ilk görüşmede hem de altı haftalık takipte kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde anksiyete ve depresyon yaşadığını bulmuştur. Buna karşın Prettyman ve arkadaşları (1993) hastane anksiyete ve depresyon ölçeğini (HADS) kullanmış ve düşükten 1, 6 ve 12 hafta sonra depresyondan ziyade anksiyetenin baskın yanıt olduğunu bulmuştur. Ayrıca Beutel ve arkadaşları (1995), düşükten hemen sonra örneklemin çoğunluğunun, toplumdaki bir kohort ve hamile bir kontrol grubuna kıyasla yüksek düzeyde psikolojik morbidite yaşadığını ve bunların çoğunun 12 aylık takibe kadar devam ettiğini bildirmiştir. Yazarlar, depresyon ve yasin gebelik kaybına verilen iki farklı tepki olarak değerlendirilmesi gerektiği, yasin normal bir tepki olduğu ve depresyonun ancak belirli koşullar sağlandığında geliştiği sonucuna varmıştır. Bu çalışma aynı zamanda büyük bir azınlığın düşük sonrası olumsuz bir duygusal tepki göstermediğini ortaya koymuş, bu da anksiyete, depresyon ve yas üzerine odaklanmanın yanlış gebelik deneyiminin sadece bir kısmına dokunabileceğini düşündürmüştür.
- *Başa çıkma.* Az sayıda çalışma düşük deneyimini başa çıkma bakış açısıyla ele almıştır. Örneğin, Madden (1988) düşükten iki hafta sonra kadınlarla 65 yapılandırılmış görüşme yapmış ve kendini suçlamaktan ziyade, düşük için dışsal suçlama ve gelecekteki gebeliklerin sonucunu kontrol edebilme becerisinin düşük sonrası depresif semptomların belirleyicisi olduğu sonucuna varmıştır. Tunaley ve arkadaşları (1993) düşük deneyimini incelemek için anlam, kendini geliştirme ve ustalıkla odaklanan bilişsel adaptasyon teorisinden (Taylor 1983) yararlanmıştır (bkz. Bölüm 3). Örneklemin yüzde 86'sının düşüğün neden meydana geldiğine dair tıbbi açıklamalardan, kalp hastalığı (örneğin French ve ark. 2001) ve meme kanseri (Taylor 1983) atıfları üzerine yapılan çalışmalarda yansımaları bulan cezalandırma ve yargılama duygularına kadar uzanan bir dizi kendi nedenlerini oluşturduklarını bulmuşlardır. Kendini geliştirme açısından, örneklemin yüzde 50'si üreme sorunu yaşayan kadınlarla aşağı yönlü sosyal karşılaştırmalar yapmıştır.

lemeler. Kendilerini kendilerinden daha kötü durumda olan kadınlarla kıyaslayarak kendi öz saygılarını artırabiliyorlardı. Hakimiyet arayışı daha az görünürdü. Örneklemdeki kadınların genel olarak hayatları üzerinde kontrol sahibi olmaya çalıştıklarına dair çok az kanıt vardı. Örneklemen yüzde 81'i gelecekteki düşükleri önlemek için değişiklikler yapabileceklerine inanmakla birlikte, bu değişikliklerin gelecekteki sonuçlar üzerinde yaratacağı farka ya çok az güvenmişler ya da hiç güvenmemişlerdir (Tunaley ve ark. 1993).

Bu nedenle nicel araştırma, düşük yapmaya verilen tepkiyi yas, kaygı, depresyon ve başa çıkma açısından incelemiştir. Diğer araştırmalar, kadınların düşük yapma deneyimlerini daha geniş bir şekilde değerlendirmek için nitel bir yöntem kullanmıştır.

Nitel araştırma

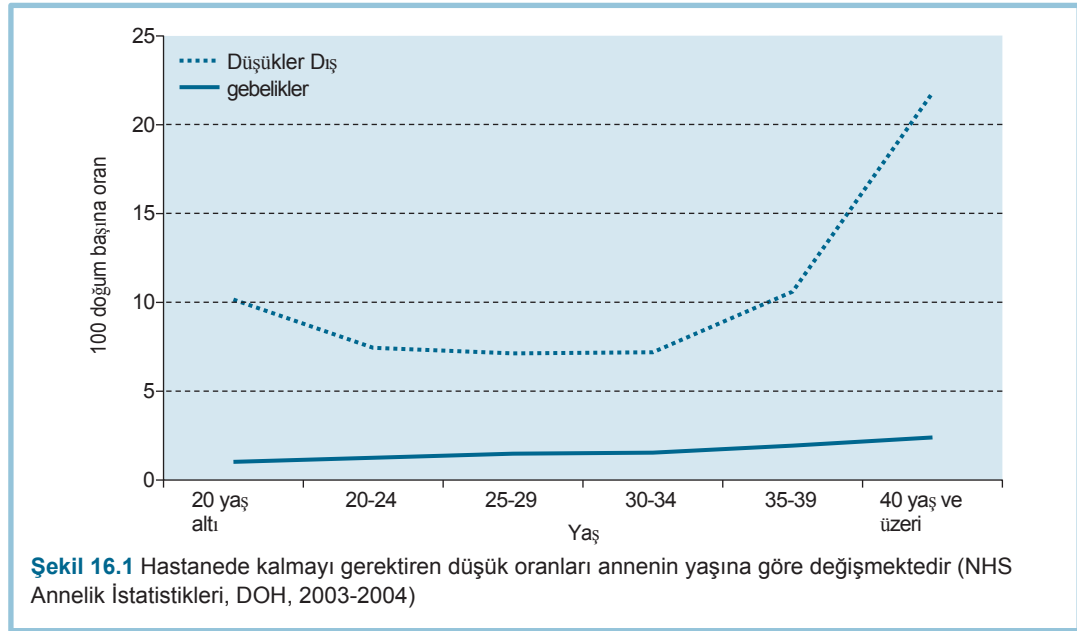
Erken bir çalışmada Hutti (1986) iki kadınla iki zaman noktasında derinlemesine görüşmeler yapmıştır. Sonuçlar, her iki kadının da benzer bir olaylar envanterine atıfta bulunmasına rağmen, bu olaylara atfettikleri önemin farklı olduğunu ve önceki deneyimlerine bağlı olduğunu göstermiştir. Örneğin, kadınlardan biri daha önce düşük yapmış ve tıbbi tedavisi üzerinde daha fazla kontrol sahibi olarak tanımlanmıştır; ilk düşüğüne kıyasla kederinin daha az şiddetli olduğunu düşünmektedir. Buna karşılık, ilk düşük deneyimini yaşamış olan kadın, düşüğü 'çocuk doğuran bir kadın olarak kendini algılamasına yönelik ciddi bir tehdit' olarak tanımlamıştır (s. 383). Daha geniş bir ölçekte, Bansen ve Stevens (1992) ilk gebelik kaybını istenen bir gebelikte yaşamış 10 kadına odaklanmıştır. Yazarlar, yanlış gebeliğin toplum içinde tartışılmayan 'sessiz bir olay' olduğu sonucuna varmışlardır. Kadınlar deneyimlerini paylaşmadıklarını ve sonuç olarak kendilerini izole edilmiş hissettiklerini belirtmişlerdir. Kayıpları hakkında konuşma fırsatı bulduklarında, düşük yapmanın ne kadar yaygın olduğunu fark etmişler ve bu onlar için bir teselli kaynağı olmuştur. Yazarlar, düşük yapmanın kadınların şimdiki yaşamlarına bakışlarını değiştiren ve geleceğe yönelik planlarını etkileyen önemli bir yaşam olayı olduğu sonucuna varmışlardır (Bansen ve Stevens 1992). Maker ve Ogden (2003), beş hafta öncesine kadar düşük yapmış 13 kadından oluşan heterojen bir örneklemle derinlemesine görüşmeler gerçekleştirmiştir. Kadınlar deneyimlerini üç aşamada kavramsallaştırılan bir dizi tema kullanarak tanımlamışlardır: kargaşa, uyum ve çözüm. Çoğunluk için kargaşa aşaması, hazırlıksız olma hissi ve olumsuz duygularla karakterize edilmiştir. İstenmeyen bir hamilelik geçirmiş olan bazı kadınlar, düşük yapmanın yarattığı fiziksel travma karşısında şok yaşadıklarını ancak bu deneyimi bir rahatlama olarak nitelendirdiklerini ifade etmiştir. Kadınlar daha sonra sosyal karşılaştırmalar, paylaşım ve anlam arayışını içeren bir uyum dönemi tanımlamışlardır. Bu dönem, özellikle daha önce düşük yapmış olan azınlığın tatmin edici bir tıbbi açıklamanın yokluğundan dolayı hayal kırıklığına uğramasına neden olan nedenselliğe odaklanmayı da içeriyordu. Son çözüm aşaması, olumsuz duyguların azalması, bazılarının düşüğün bir öğrenme deneyimi olduğuna inanması ve bu deneyimi hayatlarına entegre etmeleri ile karakterize edilmiştir. Bu çözümleme çocuk sahibi olanlar için daha olumlu, düşük ilk düşükleri değilse daha olumsuz görünmektedir. Yazarlar, düşüğün psikolojik morbiditeyi tetikleyen bir unsur olmaktan ziyade, kargaşa, uyum ve çözüm aşamalarını içeren bir süreç olarak kavramsallaştırılması gerektiğini savunmuştur.

Tedavi şeklinin etkisi

Düşükler hamilelik boyunca meydana gelebilir ancak çoğu ilk trimesterde meydana gelir (Steer ve ark. 1989). Yakın zamana kadar, ilk trimester düşüklerinin standart yönetimi aşağıdakileri içermektedir

Bazen D&C (dilatasyon ve küretaj) olarak da bilinen tutulan gebe kalma ürünlerinin (ERPC) boşaltılması. Bu işlemde genel ya da lokal anestezi kullanılır ve rahim iç tabakası ve eğer hala oradaysa fetüs cerrahi olarak çıkarılır. Bu işlem zaman zaman enfeksiyona, rahim delinmesine ve bağırsak hasarına neden olur ve anesteziyle ilişkili tüm riskleri beraberinde getirir. Ayrıca Birleşik Krallık'ta jinekolojinin cerrahi iş yükünün büyük bir kısmını oluşturmaktadır (MacKensie ve Bibby 1978). Beklenti yönetimi olası bir alternatiftir ve İngiltere'deki birçok klinik tarafından benimsenmiştir. Bu, düşüğün doğal seyrine bırakılmasını içerir ve düşük gerçekleşirken kadının evde olmasını sağlar. Denemeler beklenti yönetiminin daha az enfeksiyona neden olabileceğini (Neilson ve Hahlin 1995) ve gözlemsel çalışmaların genellikle gebelik ürünlerinin tamamen boşaltılmasıyla sonuçlandığını göstermektedir (Sairam ve ark. 2001; Luise ve ark. 2002). Uygulanabilir, etkili ve güvenli görünmektedir ve birçok kadın tarafından tercih edilen bir tedavi olabilir (Luise ve ark. 2002). Düşüğün cerrahi tedavisinin oranları yaşa göre değişmektedir ve Şekil 16.1'de gösterilmiştir.

Kadınların ne bekledikleri veya her bir tedavi yaklaşımına ilişkin sonraki deneyimleri hakkında çok az şey bilinmektedir. Ogden ve Maker (2004) kadınların belirli bir tedaviye karar verme nedenlerini ve tedavi türünün sonraki deneyimleri üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Beklenen tedavinin seçilmesinde doğal bir çözüm arzusu ve ameliyat korkusu etkili olmuştur. Kadınlar, ağrı ve kanamanın kendilerini bir şeylerin yanlış gittiği konusunda endişelendirdiğini ve bu deneyimin ne kadar yorucu olacağı konusunda hazırlıksız hissettiklerini anlatmıştır. Bazıları düşük ilerledikçe desteklerinin nasıl azaldığını da anlatmıştır. Bunun aksine, ameliyatı seçen kadınlar hızlı bir çözüme değer vermiş ve hastane personelinin desteğine odaklanmıştır, ancak bazıları duygusal ihtiyaçlarının her zaman karşılanmadığını belirtmiştir. Dolayısıyla, tedavi şekli düşüğün nasıl deneyimlendiğini etkiliyor gibi görünmektedir. Ayrıca, gebelik yönetimi giderek yaygınlaşsa da, kadınlar bunun kendilerini nasıl hissettireceği konusunda hazırlıksız hissetmektedir.



Düşük araştırması ile ilgili sorunlar

Düşükle ilgili araştırmalar aşağıdaki açılardan sorunludur:

- 1 Düşük yapmak çok yaygın bir durumdur. Birçok kadın aile hekimlerini ziyaret ettiklerinde ya da bir hastane kliniğine sevk edildiklerinde sağlık uzmanlarıyla temasa geçer. Ancak bazılarında geç dönem olarak kabul edilen erken düşükler ya da tıbbi müdahale olmaksızın kendiliğinden düzelecek düşükler görülmektedir. Bugüne kadar yapılan araştırmaların çoğu yardım arayanlara odaklanmıştır. Bu da temsil gücü olmayan bir örneklem sunmakta ve düşük yapan ancak hiç yardım istemeyen kadınlar hakkında çok az şey bilindiği anlamına gelmektedir.
- 2 Düşükleri inceleyen araştırmalar ya nicel ya da nitel yöntemler kullanma eğilimindedir. Bugüne kadar karma yöntemler kullanılmamış ya da iki literatür gerçek anlamda bütünleştirilmemiştir. Gelecekteki araştırmaların, nitel yaklaşımlardan elde edilen bulguları alması ve bunları nicel olarak test etmesi gerekmektedir.
- 3 Beklenti yönetiminin kullanımı nispeten yenidir. Kadınların bu yaklaşımla ilgili deneyimleri, profesyonellerin bu yaklaşımı önermedeki aşinalık eksikliği nedeniyle renklenmektedir. Beklenti yönetimi daha 'normal' bir yaklaşım haline geldikçe, kadınların bu yaklaşımı nasıl deneyimlediklerini keşfetmek için araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.
- 4 Bugüne kadar yapılan araştırmalar kadınların düşük deneyimlerine odaklanmıştır. Gelecekteki araştırmalar, erkeklerin bu tür bir gebelik kaybı hakkında ne hissettiklerini keşfedebilir.

Sonuç

Düşük yapmanın psikolojik etkilerini inceleyen araştırmalarda hem nicel hem de nitel araştırma yöntemleri kullanılmıştır. Sonuçlar, düşük yapmanın keder, kaygı ve depresyon duygularına yol açabileceğini göstermektedir. Buna ek olarak, kadınlar düşüklerini bir dizi aşamayı içeren bir süreç olarak deneyimlemekte ve bu da kadınların hem geçmiş hem de gelecek deneyimlerini yeniden değerlendirmelerine neden olabilmektedir. Ayrıca araştırma, bir kadının deneyiminin nasıl yönetildiğinden açıkça etkilendiğini ve düşüğün tıbbi yönetiminin ameliyatla ilişkili riskleri beraberinde getirmesine rağmen, daha 'doğal' bir yaklaşımın kadınları yanlış biçimlendirilmiş ve hazırlıksız hissettirebileceğini göstermektedir.

Hamileliğin sonlandırılması

1967 yılında Birleşik Krallık'ta Kürtaj Yasası kabul edilmiş ve kürtaj (hamileliğin sonlandırılması olarak da bilinir - TOP) yasal hale getirilmiştir. Her ne kadar bu durum kürtajın sadece 'talep üzerine' yapılabileceği anlamına gelmese de, Yasa birçok kadın tarafından memnuniyetle karşılanmış ve daha sonra kürtajın doğumdan fiziksel ve ruhsal açıdan daha az zararlı olduğu düşüncesiyle yasal bir kürtaja erişebilmişlerdir. Günümüzde kürtaj Ulusal Sağlık Hizmeti, kar amacı güden özel hizmetler ya da alternatif olarak yasanın yürürlüğe girmesinden kısa bir süre sonra hayırsever kuruluşlar tarafından kurulan kar amacı gütmeyen uzman hizmetler aracılığıyla yapılabilmektedir. Bunlardan sonuncusu, hem kendi bünyelerinde hem de NHS bünyesinde, gündüz bakımı, lokal anestezi kullanımı ve son zamanlarda tıbbi kürtajın başlatılması gibi uygulamalar da dahil olmak üzere, iyileştirilmiş hükümlerin geliştirilmesi ve uygulanmasında öncülük etmeye devam etmektedir. Ayrıca, acente sözleşmelerinin devreye girmesiyle bu tür uzmanlık hizmetleri sağlık otoritelerinin ve pratisyen hekimlerin NHS içindeki yetersiz kürtaj hizmetleriyle başa çıkma çabalarını sağlamıştır (Munday 1994). Yasalar kürtaj kararını doktorların eline bıraksa da (Green- wood 2001), uygulamada bu kararı kadınlar

vermekte ve onların seçimlerine saygı duyulmaktadır (Lee 2003).

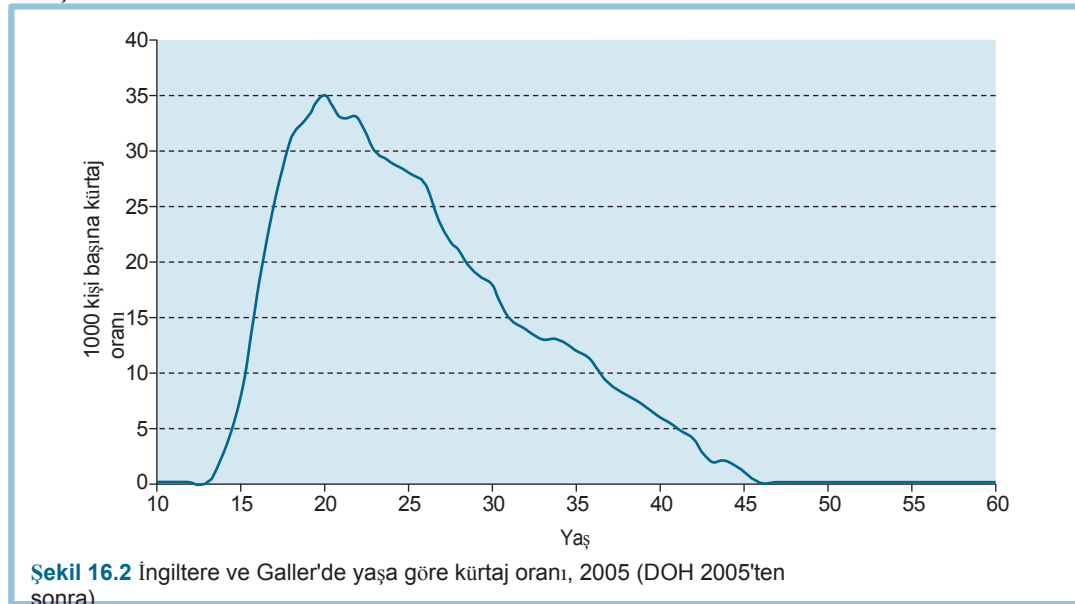
Kürtaj ABD'de ve çoğu Avrupa ülkesinde de yasaldir. İngiltere ve Galler'de her üç kadından birinin yaşamı boyunca kürtaj yaptırma olasılığı vardır (The Abortion Statistics England and Wales 2001'den hesaplanmıştır); ancak insan fetüsünün ahlaki statüsü ve dolayısıyla kürtajla ilgili tartışmalar devam etmektedir (Gillon 2001). Yaşa göre kürtaj oranı Şekil 16.2'de gösterilmektedir.

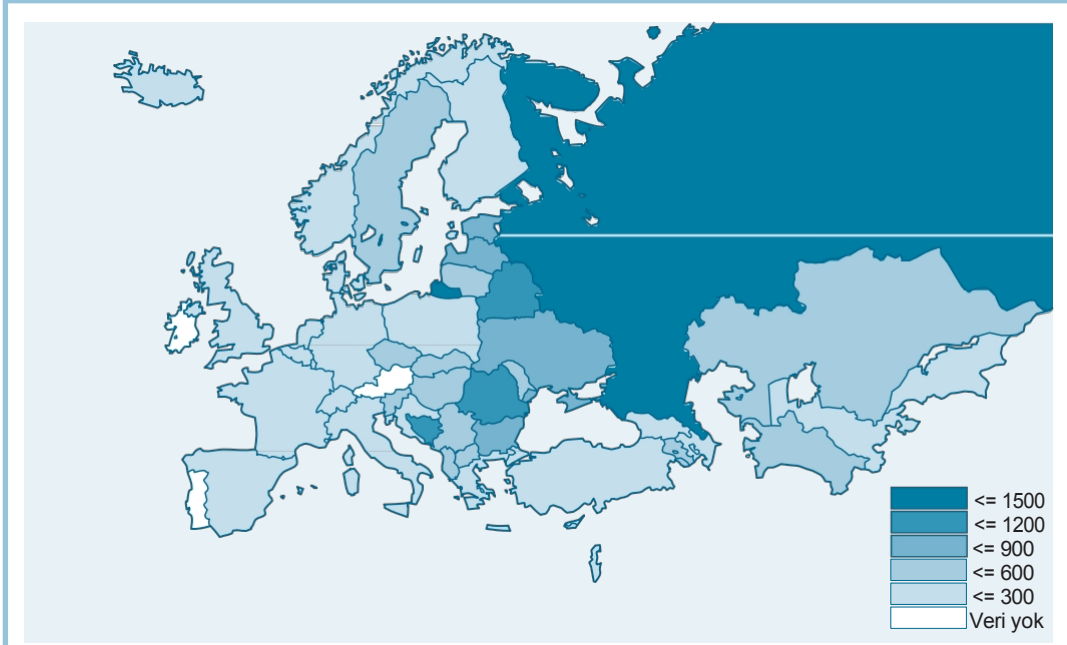
Yakın zamana kadar tüm kürtajlar, D&C ve genel anestezi kullanılarak fetüsün cerrahi olarak alınmasını içeriyordu. Ancak günümüzde kadınlar kürtajlarını genel ya da lokal anestezi ile D&C, genel ya da lokal anestezi içerebilen ya da anestezi içermeyen bir emme tekniği ya da düşüğe neden olan kürtaj hapi (daha sonraki düşükler doğum eylemi başlatılarak kontrol altına alınabilir) kullanarak yaptırmayı seçebilmektedir. Kürtaj prosedürünün türü gebeliğin süresine, kadının tercihin ve ilgili klinik tarafından tercih edilen yöntemlere bağlıdır. Birleşik Krallık'ta kürtaj 24. gebelik haftasına kadar yasaldir, ancak kürtajlar ilk üç aylık dönemde gerçekleşmektedir. Kürtaj, bir kadının hayatını kurtarmak dışında her koşulda bazı ülkelerde yasa dışıdır. Bu ülkeler arasında Brezilya, Şili, Meksika, Venezuela, Angola, Kongo, Mali, Nijer, Nijerya, Uganda, Afganistan, İran, Mısır, Libya, Suriye, Bangladeş, İrlanda ve Malta bulunmaktadır. Buna ek olarak, birçok ülke kürtaja yalnızca kadının sağlığını korumak için izin vermektedir. Bu ülkeler arasında Arjantin, Peru, Kamerun, Etiyopya, Malavi, Zimbabve, Kuveyt, Suudi Arabistan, Pakistan, Tayland, Polonya ve Portekiz bulunmaktadır. Dünya genelinde kürtaj oranları Şekil 16.3'te, güvenli olmayan kürtaj oranları ise Şekil 16.4'te gösterilmektedir.

Kürtaj konusuna odaklanan araştırmalar, kürtaj yaptırmaya karar verme, hizmetlerin sağlanması, kadınların bu hizmetlerle ilgili deneyimleri, kürtaj yaptırmaya deneyimleri, kürtaj yaptırmaya uzun vadeli sonuçları ve kullanılan müdahale şeklinin etkisi gibi bir dizi konuyu ele almıştır. Bu araştırma şimdi açıklanacaktır.

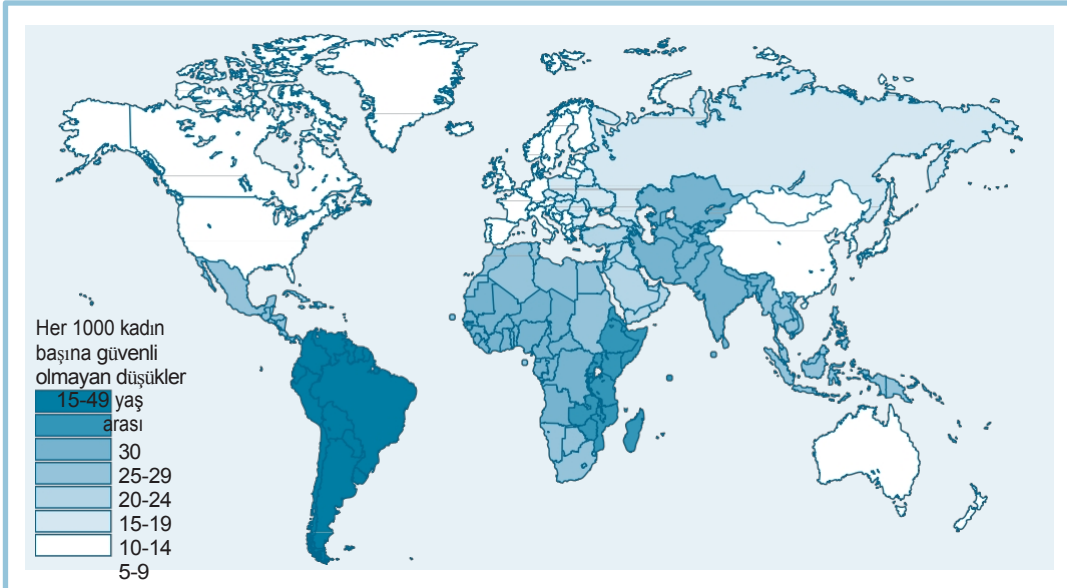
Kürtaj yaptırmaya karar vermek

Araştırmalar, kadınların kürtaj yaptırıp yaptırmamaya nasıl karar verdiklerini ve bu kararı hangi faktörlerin etkilediğini araştırmıştır. Freeman ve Rickels (1993), ABD'de 13-17 yaş arası 300'den fazla siyahi genci iki yıl boyunca takip eden Penn State çalışmasının sonuçlarını rapor etmiştir.





Şekil 16.3 Dünya çapında kürtaj oranları



Şekil 16.4 Dünya çapında güvenli olmayan düşük oranları

Hamile olan ve bebeği doğurmak isteyen ($n = 137$), ilk hamileliğini sonlandırmış olan ($n = 94$) veya hiç hamile kalmamış olan ($n = 110$). Sonuçlar, doğum kontrolü kullanımı ve hamileliğin anlamı da dahil olmak üzere bir dizi faktörü araştırmak üzere analiz edilmiştir. Çalışma ayrıca gençlerin hamileliklerini sürdürmeye karar verip vermemeleri ile ilgili faktörleri de incelemiştir. Nicel veriler kullanılarak elde edilen sonuçlar, kürtaj yaptırmayı tercih edenlerin

hanelerinde daha fazla istihdam olduğu, hala okulda olma olasılıklarının daha yüksek olduğu, okulda daha iyi ders notları aldıkları ve erken çocuk doğurmayı onaylamayan arkadaşları ve aileleri olduğunu bildirmişlerdir. Sonuçlar ayrıca, annelerinin henüz ergenlik çağındayken çocuk sahibi olmayı onaylamadığına inanmanın ve kürtaj yaptırmalarını çok destekleyen bir anneye sahip olmanın kürtaj yaptırmanın en iyi belirleyicisi olduğunu göstermiştir. Benzer bir şekilde, Lee ve arkadaşları (2004) Birleşik Krallık'ta hamile kalmış ve hamileliğini sürdürmüş ya da kürtaj yaptırmış 15-17 yaşları arasındaki 103 kadınla ve kürtaj oranlarının yüksek olduğu topluluklardaki yaşlı insanlarla derinlemesine görüşmeler içeren nitel bir çalışma yürütmüştür. Görüşmelerde kadınların karar verme süreçleri üzerindeki etkiler araştırılmıştır. Sonuçlar, kararlarının soyut ahlaki görüşlerden ziyade çoğunlukla yaşamlarının sosyal ve ekonomik bağlamıyla ilgili olduğunu göstermiştir. Ayrıca sonuçlar, yaşları ne olursa olsun kadınların karar verme süreçlerini benzer faktörlerin etkilediğini göstermektedir. Örneğin, kürtaj yaptırma kararı sosyal yoksunlukla ilişkiliydi. Özellikle sonuçlar, yoksun bölgelerdeki genç kadınlarda daha fazla sayıda gebe kalma olmasına rağmen, bu kadınların daha az yoksun bölgelerdekilere göre gebeliklerini sonlandırma olasılıklarının daha düşük olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak, gelecekteki yaşamlarının yüksek öğrenim ve kariyer içereceğine inanan, şimdiki yaşamlarından beklentileri daha yüksek olan, finansal bağımsızlık eksikliği olan ve anne olmaları halinde kendilerini destekleyecek istikrarlı ilişkilerden yoksun olduklarını düşünenlerin kürtaj yaptırma olasılığı daha yüksektir. Buna karşılık, bebeği aldırılmamak, anneliğin eksiklik ya da kayıpla ilişkilendirilmeyen olumlu bir bakış açısıyla ilişkiliydi ve anneliği ödüllendirici olarak gören, sorumlulukla ilişkilendiren ve bir başarı olarak görenlerin hamileliği sürdürme olasılığı daha yüksekti. Ayrıca, karar verme sürecinin kadınların ailelerinin ve toplumlarının görüşleriyle oldukça ilişkili olduğu görülmüştür. Örneğin, bazı kadınlar erken yaşta çocuk sahibi olmanın kendi çevreleri tarafından kabul edilebilir ve normal bir durum olarak görüldüğünü ve bu kişilerin bebeği doğurma eğiliminde olduğunu anlatmıştır. Buna karşılık kürtaj yaptıranlar, ailelerinin kürtajı pragmatik bir şekilde gördüklerini ve genç anneliği daha olumsuz bir olay olarak değerlendirdiklerini anlatmışlardır. Son olarak, kadınların çoğu kürtaj yaptırıp yaptırmamaya bir sağlık uzmanıyla herhangi bir temas kurmadan önce karar vermiş olsa da, sonuçlar aynı zamanda kürtaj oranı ile yerel aile planlaması hizmeti sağlanması, daha yüksek oranda kadın pratisyen hekim ve kürtaj hizmeti veren daha büyük bir bağımsız bölüm arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu durum, karar verme sürecinin büyük bir kısmının profesyonel temastan önceki sosyal ve ekonomik faktörlerden etkilenmesine rağmen, hizmet sunumu gibi yapısal faktörlerin de rol oynadığını göstermektedir. Kürtaj yaptırmaya karar vermek, kadının hayatının bağlamı ve kendisi için önemli olan kişilerin inançları ve sunduğu destekle ilişkili görünmektedir.

Hizmetlerin sağlanması

Daha önce açıklanan yapısal faktörlerin rolü doğrultusunda, bazı araştırmalar hizmetlerin hem sağlanması hem de erişilebilirliğindeki değişiklikleri incelemiştir. Örneğin, araştırmalar Birleşik Krallık'ta NHS kapsamında kürtaj hizmetinin giderek artmasına rağmen, farklı sağlık otoritelerinde NHS hizmetinin düzeyinde büyük farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur (Clarke ve ark. 1983; Paintin 1994; Kürtaj Yasası Reform Derneği 1997). Özellikle rakamlar, İngiltere ve Galler'de kürtajların ortalama yüzde 70,5'inin NHS tarafından finanse edildiğini, ancak bu rakamın bölgesel ve ilçe sağlık yetkilileri arasında yüzde 28 ila 96 arasında değiştiğini ortaya koymuştur (Office for National Statistics Population and Health Monitors 1995). Kürtaj Yasası Reform Derneği tarafından hazırlanan bir raporda bu farklılığın nedenleri incelenmiş ve birçok sağlık otoritesi ve pratisyen hekimler tarafından gayri resmi araç testi uygulandığı ve bunun sonucunda

kürtaj hizmetlerinin bilinen yerel ihtiyacın altında belirlenmesi (Kürtaj Yasası Reform Derneği 1997). Bu bakış açısıyla yapılan diğer çalışmalar kürtaj hizmetlerine erişim ve kullanım aşamalarını haritalandırmıştır. Örneğin Clarke ve diğerleri (1983), NHS kürtaj hizmetlerinin cömertçe sunulmasına rağmen, çalışmalarındaki kadınların yarısının kürtajlarını neden özel ya da hayır amaçlı bir klinikte yaptırdıklarını incelemiştir. Çalışma, kadınların NHS'yi atlamalarının önemli bir nedeninin, kendi GP'leri ya da başka bir doktor tarafından NHS'de kürtaj yaptırmanın zor olduğunun düşünülmesi ya da gerçekten söylenmiş olması olduğunu göstermiştir. NHS'de kürtaj yaptırmamanın diğer nedenleri arasında kürtajı geciktirmek istememek, özel bir klinikte daha iyi kişisel muamele beklentisi ve anonimliği sağlamak istemek yer almaktadır. Sonuçlar ayrıca kadınların yerel NHS hastanelerinden duyarsız muamele görmekten korktuklarını göstermiştir ki bu da Birleşik Krallık'ta kürtaj hastaları arasında yapılan bir anketle örtüşmektedir (Pro-choice Alliance 1993). Bu durum, kadınların kürtaj deneyimlerine ilişkin çalışmalarla da desteklenmekte ve kadınların uzman bağımsız klinikler tarafından yönetildiklerinde daha olumlu bir deneyim yaşayabileceklerini göstermektedir (Lee ve ark. 2004).

Kadınların hizmet deneyimleri

Sosyolojik araştırmalar, kadınların kürtaj yaptırma deneyimlerinin önemini vurgulamıştır. Bazıları için bu, bir kadının deneyimini etkilemesi muhtemel olan faktörlerin incelenmesini içermiştir. Örneğin, raporlar hizmetlerin sağlanmasına ilişkin kararların genellikle ahlaki yargılara dayandığını göstermektedir (MacIntyre 1977). Buna ek olarak, hizmetlere yönlendirmelerin ve dolayısıyla hizmetlere erişimin de sağlık ihtiyacından ziyade kadının koşullarına (örneğin medeni durum) ilişkin yargı ve varsayımlardan etkilendiği gösterilmiştir (MacIntyre 1977). Dolayısıyla, birçok yazar bu tür yargılayıcı bir bağlamın kadınların bu tür hizmetlere ilişkin deneyimlerini olumsuz etkileyebileceğini belirtmiştir (Doyal 1985; Simms 1985; Stacey 1988; Hadley 1996). Buna karşın, bazı psikolojik araştırmalar kadınların deneyimlerini doğrudan incelemiştir. Cerrahi kürtajla ilgili olarak, Avustralya'da kadınların kürtaj yaptırma deneyimlerine ilişkin yakın tarihli bir analiz (Ryan ve ark. 1994), mevcut hizmet sunumundaki kısıtlamaların ve kadınların kürtaj yaptırmak istedikleri yasal ve sağlık bağlamlarının, kadınların deneyimleri ve tedavileri üzerinde etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle, kürtajı çevreleyen yasalardaki karışıklıkların, belirli bir vakada belirli bir GP veya jinekoloğun uyguladığı kendine özgü uygunluk kriterlerinin bir sonucu olarak kadınların uzun süren sevk prosedürleriyle karşı karşıya kalmasına yol açabileceğini bildirmişlerdir. Ayrıca, kadınların kürtaj hizmetlerinin nasıl iyileştirilebileceğine dair pek çok fikri olduğunu tespit etmişlerdir. Bunlar, bilgiye erişilebilirliğin önemi ve kürtajın elektif değil acil bir prosedür olarak ele alınmasına yönelik tavsiyeler gibi spesifik konulardan, kadınların kendi kararlarına sahip çıkmaları ve saygı duymaları ve kürtajı çevreleyen damganın kaldırılmasıyla ilgili kürtajın daha geniş sosyal bağlamına kadar uzanıyordu. Harden ve Ogden (1999a) yaşları 16 ila 24 arasında değişen 54 kadınla kürtajdan üç saat sonrasına kadar yaşadıkları deneyimler hakkında görüşmüştür. Genel olarak, istenmeyen bir gebeliğe sahip olmanın, kontrol eksikliği ve statü kaybı duygularının eşlik ettiği nadir bir olay olarak deneyimlendiğini bildirmişlerdir. Ayrıca, kürtajı ayarlama ve yaptırma süreci statü, kontrol ve normalliğin yeniden tesis edilmesine yol açmıştır. Ancak bu süreç bazen erişilemeyen bilgiler, yargılayıcı sağlık çalışanları ve kürtajın genel olarak olumsuz bir deneyim olarak görüldüğü daha geniş sosyal bağlam tarafından engellenmiştir. Ancak bu olumsuz deneyimlerin çoğu kürtaj hizmetine erişimle ve hizmetin kendisinde çalışanlardan ziyade hizmete kapı bekçiliği yapan profesyonellerle ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle, genç kadınların deneyimleri geniş kapsamlı ve çeşitli olsa da, çoğu

Olumlu ve hatta zaman zaman olumsuz beklentilerin destekleyici personel tarafından telafi edilmesi, kürtaj hizmetlerinin yirminci yüzyılın sonlarında önceki on yıllarda öne sürüldüğü kadar yargılayıcı olmayabileceğini göstermektedir.

Kürtajın psikolojik etkileri

Kürtajın psikolojik sonuçlarını ele alan çok sayıda araştırma yapılmıştır (kapsamlı bir inceleme için Coleman ve ark. 2005'e bakınız). Bunların bir kısmı kürtaj sonrası duygusal tepkilerin boyutunu araştırmıştır. Örneğin, Zolese ve Blacker (1992) kadınların yaklaşık yüzde 10'unun kürtajdan sonra şiddetli veya kalıcı depresyon veya anksiyete yaşadığını ileri sürmektedir. Diğer yazarlar, bu durumun daha yaygın olabileceğini öne sürmek için sıkıntılı kadınların vaka çalışmalarını kullanmışlardır (Butler ve Llanedeyrn 1996). Buna karşın, Major ve arkadaşları (2000) örneklemelerinin yüzde 20'sinin kürtajdan sonraki iki yıl içinde klinik depresyon yaşadığını bulmuş olsalar da, bunun nüfus oranlarına eşdeğer olduğunu savunmaktadırlar. Adler ve arkadaşları (1990) yöntemsel olarak en sağlam ABD çalışmalarını gözden geçirmiş ve ciddi olumsuz tepkilerin görülme sıklığının düşük olduğu, sıkıntının kürtajdan önce en yüksek düzeyde olduğu ve tepkilerin genellikle olumlu olduğu sonucuna varmıştır. Kürtajın stres ve başa çıkma çerçevesinde değerlendirilebileceğini ve sıkıntı yaşayan az sayıdaki kadının halk sağlığı açısından önemsiz olduğunu savunmaktadırlar. Bazı araştırmalar kürtaj sonrasında ne tür psikolojik tepkilerin ortaya çıktığını da ele almıştır. Söderberg ve arkadaşları (1998) kürtajdan bir yıl sonra geniş bir İsveçli kadın örneklemiyle ($n = 845$) görüşmeler yapmış ve yüzde 55'inin bir tür duygusal sıkıntı yaşadığını bulmuştur. Buna karşın, Kero ve arkadaşları (2004) İsveç'te kürtajdan bir yıl sonra 58 kadınla görüşmüş ve çoğunun kürtajdan sonra sıkıntı yaşamadığı ve yarısından fazlasının sadece olumlu deneyimler bildirdiği sonucuna varmıştır. Diğer araştırmacılar kürtajdan sonra rahatlamının yaygın olarak ifade edildiğini bulmuşlardır (Rosenfeld 1992) ve Major ve arkadaşları (2000) örneklemelerinin yüzde 72'sinin iki yıl sonra kararlarından memnun olduğunu bulmuşlardır. Benzer şekilde, Alex ve Hammarström (2004) İsveç'te beş kadının deneyimleri üzerine bir çalışma yürütmüş ve kadınların olgunluk ve deneyim duygusu kazandıklarını bildirdikleri sonucuna varmıştır.

Kürtaj yaptırmanın uzun vadeli etkileri

Bu nedenle, bazı kadınlar kürtaj sonrası duygusal sıkıntı yaşasa da, diğerleri rahatlama, normale dönüş ve memnuniyet gibi daha olumlu tepkiler veriyor gibi görünmektedir. Ancak bu duygusal durumlar zaman içinde devam ediyor mu? Russo ve Zierk (1992) kürtajdan sekiz yıl sonra kadınları takip etmiş ve onları çocuğu aldırانlarla karşılaştırmıştır. Kürtaj yaptırmanın istenmeyen doğum yaptırmaya kıyasla daha yüksek küresel özsaygı ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır; bu da başlangıçtaki olumsuz tepkilerin zamanla azaldığını düşündürmektedir. Benzer bir şekilde, Major ve arkadaşları (2000) duygusal tepkilerin zaman içindeki değişimini araştırmış ve kürtaj zamanı ile iki yıl arasında olumsuz duyguların arttığını ve karardan duyulan memnuniyetin azaldığını bildirmiştir. Bu sonuçlar da doğrusal bir değişim modeline işaret etmektedir, ancak daha iyi bir uyumdan ziyade daha kötüye doğru bir değişim söz konusudur. Buna karşın, bazı araştırmacılar duygusal tepkilerin her zaman doğrusal bir şekilde değişmediğini savunmuştur. Örneğin Kumar ve Robson (1987) hamilelik sırasında nevroitik rahatsızlıkların daha önce kürtaj yaptırmış olanlarda yaptırmamış olanlara kıyasla önemli ölçüde daha yüksek olduğunu bulmuş ve bunun kürtajla ilgili çözülmemiş duyguların hamilelikle birlikte yeniden ortaya çıkmasından kaynaklandığını öne sürmüştür. Buna karşın, Adler ve arkadaşları (1990), diğer yaşam stres faktörleriyle ilgili araştırmaların, olaydan birkaç ay ila bir yıl sonra ciddi olumsuz tepkiler yoksa, bunların daha sonra ortaya çıkma ihtimalinin düşük olduğunu ortaya koyduğunu savunmuştur.

Bu nedenle araştırma, hem kürtaja verilen ilk duygusal tepkiler hem de bu tepkilerin zaman içinde nasıl değiştiği açısından değişkenliği göstermektedir. Bazı araştırmalar, ilk tepkideki değişkenliği hangi faktörlerin açıklayabileceğini ele almıştır. Örneğin, kürtaja karşı olan bir topluma mensup olanlarda (Major ve Gramzow 1999), karar vermekte zorluk yaşayanlarda (Lyndon ve ark. 1996) ve daha genç olanlarda, evli olmayanlarda, kürtajı gebeliğin ilerleyen dönemlerinde yaptıranlarda (geciktiren kadınların özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir), düşük öz saygı ya da dış kontrol odağı gösterenlerde, birden fazla kürtaj yaptıranlarda ve gebelik ya da kürtaj için kendini suçlayanlarda ani sıkıntının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Harris 2004). Ayrıca, fetüsün insani niteliklerine inanmak da daha yüksek düzeyde sıkıntı ile ilişkilendirilmiştir (Conklin ve O'Connor 1995). Goodwin ve Ogden (2006) kadınların kürtajdan dokuz yıl sonrasına kadar kürtajla ilgili tepkilerini araştırmış ve kürtajla ilgili duygularının zaman içinde nasıl değiştiğine inandıklarını incelemiştir. Sonuçlar, birkaç kadının duygularında doğrusal bir değişim örüntüsü bildirmesine rağmen, bazılarının olaydan yıllar sonra devam eden kalıcı üzüntü, olaydan bir süre sonra olumsuz yeniden değerlendirme ve olay sırasında olumlu bir değerlendirme ve daha sonra olumsuz duygular olmadığını da içeren farklı örüntüler tanımladığını göstermiştir. Sonuçlar ayrıca bu değişkenliğe ilişkin bazı bilgiler de sağlamaktadır. Hiç üzülmediklerini ya da doğrusal bir iyileşme yaşamadıklarını ifade edenler aynı zamanda fetüsü daha az insan olarak kavramsallaştırma eğiliminde olmuş, daha fazla sosyal desteğe sahip olduklarını bildirmiş ve kürtajın toplum tarafından desteklendiğine dair bir inanç ya da toplumun yargılayıcı olduğuna dair bir inanca karşı savunma becerisi tanımlamıştır. Bunun aksine, sürekli üzüntü veya olumsuz değerlendirme içeren duygusal değişim örüntüleri, fetüse yönelik daha insani bir bakış açısı, sosyal destek eksikliği ve toplumun ya aşırı yargılayıcı olduğu ya da kürtajın bir kadın üzerinde yaratabileceği etkiyi göz ardı ettiği inancıyla iç içe geçmiştir.

Müdahale şeklinin etkisi

Kürtaj, D&C (cerrahi), vakum aspirasyonu (emme) veya kürtaj hapı (tıbbi) kullanılarak gerçekleştirilebilir ve genel veya lokal anestezi içerebilir veya içermeyebilir. Bazı araştırmalar, prosedür türünün kadınların deneyimleri üzerindeki göreceli etkisini araştırmıştır. Örneğin, Slade ve arkadaşları (1998) tıbbi ya da cerrahi kürtaj yaptıranın etkisini incelemiştir. Sonuçlar, cerrahi prosedürü tercih edenlerin daha uzun süre beklemek zorunda kaldıklarını ve kürtaj sırasında daha ilerlemiş olduklarını, ancak iki grubun da kürtaj öncesinde benzer duygusal tepkiler gösterdiğini ortaya koymuştur. Ancak kürtajdan sonra, tıbbi prosedür daha stresli olarak görülmüş ve daha fazla sonlandırma sonrası sorunla ilişkilendirilmiş ve yaşamlarında daha yıkıcı olarak görülmüştür. Ayrıca, fetüsü görmek kabuslar, geriye dönüşler ve istenmeyen düşünceler gibi daha müdahaleci olaylarla ilişkilendirilmiştir. Tıbbi grubun %53'ü aynı işlemi tekrar yaptıracağını söylerken, cerrahi grubun %77'si bu yönde görüş bildirmiştir. Benzer şekilde, Goodwin ve Ogden (2006) çalışmalarında kürtaj hapı tekniğinin bazı kadınlar için diğer yöntemlere kıyasla daha olumsuz bir deneyime yol açabileceğini, çünkü bazı kadınların fetüsün vücutlarından atıldığını gördüklerini belirttiklerini ileri sürmektedir. Buna karşın, Lowenstein ve arkadaşları (2006) kürtajın cerrahi ve tıbbi yönetimini karşılaştırmış ve kürtajı takip eden iki hafta içinde anksiyete açısından bir fark olmadığını bildirmiştir. Buna paralel olarak, Howie ve arkadaşları (1997) tıbbi kürtaj ya da vakum aspirasyonu yaptırdıktan iki yıl sonra duygusal değişimde bir fark olmadığını bildirmiştir. Belki de müdahale şekli kadınların deneyimlerinde kısa vadeli farklılıklara yol açmakta, ancak bir süre sonra farklılıklar kaybolmaya başlamaktadır. Bu yeni müdahale biçimlerinin artan kullanımı göz önüne alındığında, kadınların kısa ve uzun vadeli uyumları üzerindeki ilişkisel etkilerini değerlendirmek için araştırmalara ihtiyaç vardır.

Sonlandırma araştırması ile ilgili sorunlar

İnsanlar sonlandırma konusunda son derece güçlü görüşlere sahiptir ve bu görüşler 'pro-choice' ve 'pro-life' gibi ittifaklara yansımaktadır. Ne kadar uğraşırlarsa uğraşınsınlar, araştırmacılar kendi siyasi veya ahlaki pozisyonlarından muaf değildir. Bu nedenle, sonlandırmanın etkisini inceleyen araştırmalar sorunludur çünkü araştırmacının kendi görüş ve deneyimlerinin araştırma sürecini etkileme olasılığı yüksektir. Örneğin, fesih lehine ya da aleyhine ideolojik bir pozisyon araştırma tasarımının seçimini, katılımcıların seçimini, verilerin analiz edilme biçimlerini ya da verilerin yorumlanma ve sonuçların sunulma biçimlerini etkileyebilir. Ayrıca, bu tür görüşlerin varlığı, kadınların deneyimlerine ilişkin daha siyah ve beyaz bir bakış açısını da teşvik edebilir. Örneğin, yaşam yanlısı bir araştırmacı, sonlandırmanın kabul edilebilir olduğu (araştırmacının kendi inançlarına aykırı) zamanları gösteren kadın deneyimleriyle karşılaşabilir ancak bunu rapor etmekte isteksiz olabilir. Benzer şekilde, kürtaj yanlısı bir araştırmacı, kürtajın her zaman 'iyi bir şey' olmadığını gösteren verilerle karşılaşabilir, ancak bu tür anlatıları literatüre eklemek konusunda benzer şekilde isteksiz olabilir. Dolayısıyla, sonlandırmanın son derece ahlaki doğası, araştırmayı önyargıya açık hale getirmektedir. Dahası, konunun ahlaki doğasına ilişkin bir anlayışın varlığı bile araştırmacıları pozisyonlarında daha kutuplaşmış olmaya teşvik edebilir.

Sonuç

Kürtajı inceleyen araştırmalar, kadınların hizmetlere erişim deneyimlerine, gebeliğin sonlandırılmasının kısa ve uzun vadeli etkilerine ve tedavi şeklinin kadınların deneyimleri üzerindeki etkisine odaklanmıştır. Genel olarak araştırma, hizmetlere erişimin bölgeye göre değiştiğini ancak özel uzmanlaşmış hizmetlerin devlet tarafından işletilen hizmetlerden daha olumlu bir şekilde deneyimlendiğini göstermektedir. Ayrıca sonuçlar, bazı kadınların kürtaj sonrasında olumsuz ruh hali değişiklikleri bildirmesine rağmen, birçoğunun nor- maliteye dönüş ve rahatlama tanımladığını, ancak bunun bir dizi bireysel ve sosyal faktörün yanı sıra kullanılan müdahalenin türüne göre değiştiğini göstermektedir.

Kutu 16.1 ... kadın sağlığı araştırmaları ile ilgili bazı sorunlar

Aşağıda, bu alandaki araştırmalarla ilgili olarak göz önünde bulundurmak isteyebileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır.

- 1 Kadın sağlığı araştırmalarının çoğu siyasi ve ideolojik bakış açıları üretmektedir. Örneğin, terminasyon ve menopoza yönetimi neyin doğru ya da yanlış olduğuna dair güçlü bir algı yaratabilir. Dolayısıyla bu alanlardaki araştırmalar, hangi soruların sorulduğu, verilerin nasıl toplandığı ve sonuçların nasıl yorumlanıp sunulduğu açısından önyargılı olabilir.
- 2 Kadın sağlığının birçok alanı sürekli değişmektedir. Örneğin, menopoza için HRT kullanımı, düşüklerin ve sonlandırmaların yönetimi ve doğum yapmanın sosyal bağlamı yıldan yıla değişmektedir. Bu nedenle bu alanlardaki sonuçları zaman içinde özetlemek zordur.
- 3 Kadın sağlığı alanındaki araştırmalar genellikle psikolojinin sadece bir tanesi olduğu birçok farklı teorik perspektiften ele alınmaktadır. Sosyoloji, toplumsal cinsiyet çalışmaları, tıp ve antropolojiden araştırma ve teorileri entegre etmek ya çelişkili sonuçlar doğurabilir ya da o kadar karmaşık ve çok faktörlü sonuçlar doğurur ki bunları özetlemek veya faydalı bir uygulamaya dönüştürmek zorlaşır.

Hamilelik ve doğum

Doğum kontrol yöntemlerine erişimin artması, giderek daha fazla sayıda kadının çocuk sahibi olup olmayacağına ve ne zaman olacağına karar verebilmesini sağlamıştır ve birçok gelişmiş ülkede doğurganlık oranları artık ikame oranlarının altında olmasına rağmen, kadınların çoğunluğu anne olmayı tercih etmektedir. Annelik genellikle bir kadının hayatının ve kimliğinin merkezinde yer alır ve Oakley (1974) bir kadın için nihai tatminin ancak çocuk sahibi olmakla elde edilebileceği inancını yansıtmak üzere 'annelik gizemini' tanımlamıştır. Nicolson (1999b) da "annelik içgüdüsünün" evrimsel psikoloji tarafından anneliği normal olarak sunmak için kullanıldığını savunmakta ve Nicolson (1990) medya imgelerinin sürekli olarak mutlu anneleri, yardımsever eşleri ve mutlu bebekleri ile nasıl tasvir ettiğini anlatmaktadır. Buna karşın, pek çok psikolojik araştırma hamilelik ve annelikle ilgili sorunları incelemiştir. Örneğin, araştırmalar hamilelik sırasındaki anksiyeteyi, doğum sırasındaki komplikasyonları, anneliğe uyumsuzluğu ve anneliğin bir yaşam krizi olarak başlangıcını incelemiştir. Bu bölümde hamilelik ve doğumun iki yönüne odaklanılacaktır: doğum deneyimi ve kadınların anneliğe geçiş sürecini nasıl deneyimledikleri.

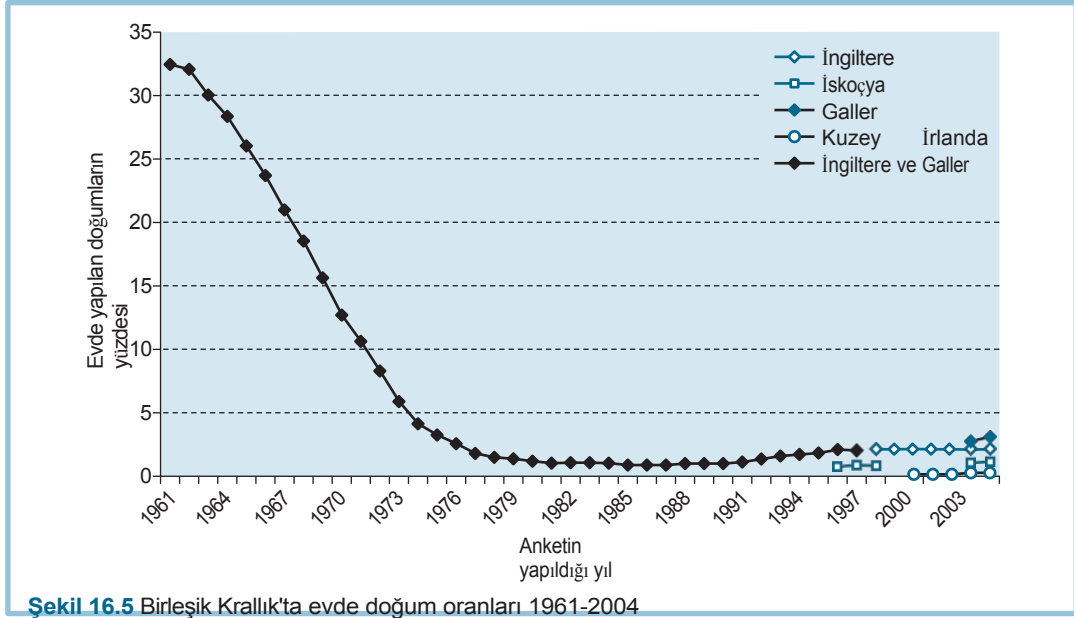
Doğum deneyimi

Doğumu inceleyen araştırmaların çoğu kadınların ağrı deneyimlerine ve ağrı yönetiminin etkinliğine odaklanmaktadır. Bu bölüm, kadınların doğum sürecine ilişkin deneyimlerine daha geniş bir açıdan ve doğum yerinin bu deneyimler üzerindeki etkisine odaklanacaktır.

Doğum yeri

On dokuzuncu yüzyılın sonlarında, bebeğini evde doğurmak varlıklı kadınların ayrıcalığıydı (Foster 1995). Özel sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından desteklenen evde doğum, yüksek anne ölüm oranları ve sağlıksız koşullarıyla hastane doğumlarına karşı güvenli ve tercih edilebilir bir alternatif olarak görülüyordu. Ancak yirminci yüzyılın büyük bir bölümünde tıp profes-yoneli bu durumu tersine çevirmeye kararlıydı. Hastane doğumları giderek artan bir şekilde en güvenli doğum yeri olarak tavsiye edilmiş ve sezaryen, forseps ve indüklenmiş doğumlar gibi çok çeşitli olası tıbbi müdahaleler güvenlik tartışmasının merkezi bileşenleri olarak sunulmuştur. Ancak 1990'larda bakış açısında bir değişim yaşanmış ve o zamandan bu yana evde doğumlar yeniden gündeme gelmeye başlamıştır. Tew (1990), doğum güvenliğine ilişkin araştırmaları kapsamlı bir şekilde inceledikten sonra, bebek ve anne hastalık ve ölümlerindeki değişikliklerin tıbbi müdahalelerin kullanımından ziyade beslenme ve genel sağlığa bağlı olduğunu savunmuştur. Dahası, Winterton Raporu (Sağlık Bakanlığı 1992) 'tüm kadınların hastanelerde doğum yapmasını teşvik etme politikasının güvenlik gerekçesiyle haklı gösterilemeyeceğini' savunmuştur. Ayrıca bu rapordaki tavsiyelere cevaben 1992 yılında hükümet tarafından Uzman Annelik Grubu kurulmuş ve Cumberledge *Çocuk Doğumunu Değiştirme* Raporunu hazırlamıştır (Sağlık Bakanlığı 1993). Bu raporda da sistematik olarak hastane doğumlarının tavsiye edilmesi politikası sorgulanmış ve doğum yeri ile ilgili ayrı bir bölüm eklenmiştir. Özellikle, *Changing Childbirth* belgesi, bireyin ihtiyaçlarını karşılayan kadın merkezli bir hizmetin geliştirilmesi çağrısında bulunmuş ve kadınların 'bebeklerinin nerede doğmasını istediklerini seçebilmelerini' önermiştir. Bu nedenle, evde doğum yapmanın potansiyel faydaları, azınlıkta kalmalarına rağmen artık ciddi bir şekilde dikkate alınmaktadır (bkz. Şekil 16.5).

Bugüne kadar yapılan araştırmalar, kadınların hastanede veya hastanede doğum yapma deneyimlerini incelemiştir. evde doğum ve doğum yerinin kadınların deneyimleri üzerindeki etkisi hakkında sonuçlar çıkarmıştır.



Şekil 16.5 Birleşik Krallık'ta evde doğum oranları 1961-2004

Hastanede doğum yapmak

Bazı araştırmalar kadınların hastanede doğum yapma deneyimlerini incelemiştir (Oakley 1980; Green ve ark. 1988; Ogden ve ark. 1998; Weaver 1998). Genel olarak, araştırmalar her hamile kadının çocuğunun sağlıklı olmasını istediğini ve doğum deneyiminin nihayetinde amaca giden bir yol olarak görüldüğünü gösterse de (Martin 1989; Walton ve Hamilton 1995), araştırmalar kadınların hastanede doğum deneyimlerinin bazı yönlerinden genellikle memnun olmadıklarını göstermektedir. Örneğin, araştırmalar kadınların mahremiyetten yoksun olduklarını ve makinelerin bulundukları ortamı kişisel olmaktan çıkardığını düşündüklerini göstermektedir. Ayrıca, çevrelerindeki çok sayıda profesyonelin kendilerini nasıl müdahaleci hissettirebildiğini ve bunun da anonimlik hissine yol açtığını; nasıl karanlıkta bırakıldıklarını ve tıbbi müdahalelerin nasıl gereksiz veya müdahaleci olarak görülebildiğini anlatmaktadırlar (Ogden ve ark. 1998). Ayrıca, pek çok araştırma hastanede doğumun kadının doğum deneyimini kontrol edemediği hissine kapılmasına, kendini savunmasız ve güçsüz hissetmesine yol açabileceğini göstermektedir (Oakley 1980; Weaver 1998). Buna karşın araştırmalar, bazı kadınların hastanenin kendilerini rahat hissettirme çabalarından etkilendiğini, sağlık personelinin bir destek kaynağı olarak görüldüğünü ve tıbbi müdahalelerin ağrının giderilmesi için hoş bir fırsat olarak değerlendirildiğini de göstermektedir (Ogden ve ark. 1998). Bugüne kadar yapılan hiçbir araştırma bu değişken deneyimin arkasındaki nedenleri araştırmamış olsa da, olası açıklayıcı faktörler arasında kadınların önceki beklentileri ve deneyimleri, hastanede sağlanan bakımın kalitesi ve doğumun tıbbi gereklilikleri yer almalıdır.

Evde doğum yapmak

Araştırmalar ayrıca kadınların evde doğum yapma deneyimlerini, karar verme süreçleri, gerçek doğum deneyimi ve uzun vadeli etkileri açısından incelemiştir.

Karar verme

Evde doğum yapmayı seçme süreciyle ilgili olarak araştırmalar, bazı kadınların hamileliklerinin başından itibaren evde doğum yapmak istediklerini açıkça belirttiklerini ve

engeller ne olursa olsun seçimlerinin arkasında durmaya kararlı olsalar da, çoğunluk için evde doğum yapma kararı bazen birbiriyle çelişen bir dizi faktörün dengelenmesini gerektirmektedir (Wesson 1990; Mosse 1993; Ogden ve ark. 1997a). Kadınların göz önünde bulundurduğu faktörler arasında kendi evlerinde olmanın faydaları, hastanede olmanın algılanan olumsuz yönleri ve ev ortamının görece güvenliği yer almaktadır. Özellikle, acil bir durumda hastaneler daha güvenli olarak görülse de, evde doğumu tercih eden kadınlar hastanelerin hastalık ve rahatsızlıklarla ilişkilendirildiğini ve bu nedenle bazı açılardan kendi evlerinden daha tehlikeli olduğunu düşünmektedir. Kadınlar ayrıca kararlarını destekleyen bir dizi profesyonel ve meslekten olmayan görüşe maruz kaldıklarını bildirmiş ve aile doktorlarının, ebelerinin, eşlerinin, arkadaşlarının ve ailelerinin görüşlerinin evde doğuma karar vermelerine ve bu kararı hayata geçirmelerine yardımcı olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, kadınlar evde doğum yapmalarını engelleyen çeşitli engeller olduğunu da bildirmiştir. Örneğin, bazı pratisyen hekimler ve ebeler engelleyici olarak tanımlanırken, eşler, aileler ve arkadaşlar bazen hevesiz, endişeli ve kadının sağlığı için kaygılı veya kendi potansiyel katılımları konusunda endişeli olarak görülmektedir (Wesson 1990; Mosse 1993; Ogden ve ark. 1997a).

Evde doğum deneyimi

Araştırmalar ayrıca kadınların evde doğumu nasıl deneyimlediklerini de incelemiştir. Kadınlar özellikle normallik hissini, huzurlu atmosferi ve çevrelerindeki diğer insanların rolünü vurgulamaktadır. Buna ek olarak, kadınlar ortamın bu yönlerinin kendilerini kontrol altında hissetmeleri, ağrıları ve deneyimlerini kendileri için önemli olan diğer kişilerle paylaşabilmeleri açısından deneyimlerini nasıl etkilediğini anlatmaktadır. Örneğin, ortamın tanıdık olması, doğuma kadar geçen süreyi diğer aile üyeleriyle birlikte normal yaşamlarına entegre etmelerine yardımcı olmuştur. Doğum üzerinde bir sahiplik duygusu hissettikleri için kontrol duygularını arttırmış ve eşe de bir rol sağlamıştır. Ayrıca, ağrıyı nasıl deneyimlediklerini de etkilediği görülmüştür. Dolayısıyla, genel olarak, kadınlar evde olmanın doğum deneyimlerini iyileştirdiğine dair inançlarını ifade etmektedir (Oakley 1986; Drew ve ark. 1989; Seguin ve ark. 1989; Ogden ve ark. 1997b, 1997c). Dolayısıyla araştırma, evde doğumun genel olarak olumlu bir şekilde değerlendirildiğini göstermektedir.

Evde doğum yapmanın uzun vadeli etkisi

Bazı araştırmalar evde doğum yapmanın uzun vadeli etkilerini de incelemiş ve kadınların evde doğum yapabilmelerinin kendilerini daha özgüvenli ve çocuklarıyla başa çıkma konusunda daha donanımlı hissetmelerini sağladığını belirtmiştir. Ayrıca, kadınlar evde doğumun vücutlarının düzgün çalıştığına dair kendilerine nasıl güven verdiğini anlatmaktadır. Kadınlar ayrıca evde doğumun geçmişteki olayları yeniden değerlendirmeleri ve gelecektekileri yorumlamaları açısından da etkisini anlatmaktadır. Evde doğum, bazı kadınların ölüm ve zor doğumlar gibi geçmişteki olumsuz olayları daha olumlu bir çerçeveye oturtmalarına yardımcı olmuş gibi görünmektedir. Ayrıca, evde doğumun kadınların gelecekte çeşitli kişilerle kuracakları ilişkileri yorumlamaları üzerinde kalıcı bir olumlu etkisi olduğu görülmüştür (Wesson 1990; Mosse 1993; Ogden ve ark. 1997a, 1997b, 1997c).

Doğum yerinin etkisi

Dolayısıyla araştırma, evde yapılan doğumların hastanede yapılan doğumlara kıyasla daha olumlu bir şekilde değerlendirildiğini göstermektedir. Genel olarak doğum deneyimi üzerine yapılan araştırmalar, daha iyi bir deneyimin kontrol hissi ve eşlerden alınan destekle ilişkili olduğunu göstermektedir (Oakley 1986). Evde doğum bu şekilde olumlu bir deneyim olabilir çünkü olumlu bir doğum deneyimiyle ilişkili olan bu faktörlerin doğumun evde gerçekleşmesi halinde ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir (Oakley 1986; Drew ve ark. 1989; Seguin ve ark.

1989; Ogden ve ark. 1997b, 1997c; Weaver 1998). Ancak,

Hastane ve evde doğum deneyimlerinin doğrudan karşılaştırılmasında çeşitli sorunlar bulunmaktadır. Özellikle, bugüne kadar yapılan hiçbir araştırma, doğum yerinin ve kadının deneyimlerinin etkisini araştırmak için randomize bir kontrol denemesi gerçekleştirilmemiştir. Bunun başlıca nedeni, farklı doğumların farklı tıbbi gereklilikleri ve nihai olarak bebeğin ve annenin güvenliğini koruma ihtiyacıdır, ancak doğumlar arasında hastanede veya evde gerçekleşmelerinin dışında çok sayıda farklılığa neden olmaktadır. Örneğin, evde doğumu tercih eden anneler, fiziksel sağlık, sosyal sınıf, beklentiler, doğumla ilgili inançlar, eşlerinin desteği, önceki doğum deneyimleri, kendi doğum yerleri, ağrıyla başa çıkma becerileri ve engellerle karşılaştıklarında evde doğumu müzakere etme becerileri gibi çok çeşitli faktörler açısından hastanede doğumu tercih eden annelerden farklı olabilir. Ayrıca, doğumlar bebeğin büyüklüğü, bebeğin gebelik süresi ve bebeğin gebelik sırasındaki sağlığı gibi faktörler açısından da farklılık gösterebilir. Buna ek olarak, evde destek ve toplum ebelerine erişim, evde doğumlar için tıbbi destek ve bebeklerin nerede doğması gerektiğine dair inançlardaki genel kültürel farklılıklar da dahil olmak üzere birçok yapısal faktör doğum yerini belirlemektedir. Bu nedenle kanıtlar evde doğumun daha olumlu bir doğum deneyimi ile ilişkili olduğunu ve bunun da kadın üzerinde daha uzun vadeli bir etkisi olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, bu tür sonuçların, bu alandaki araştırmalarla ilgili büyük metodolojik sorunların anlaşılması bağlamında çıkarılması gerekmektedir.

Anneliğe geçiş süreci

Araştırmalar ayrıca kadınların anne olduklarında nasıl hissettiklerini ve anneliğin öz saygı, kimlik, evlilik kalitesi, refah ve yaşam kalitesi gibi bir dizi faktör üzerindeki etkilerini de incelemiştir. Bu bölümde, anneliğin olumsuz etkilerini vurgulayan araştırmalar ile daha olumlu bir bakış açısını ve daha geniş bir perspektifi ele alan araştırmalar incelenecektir.

Anneliğin olumsuz etkisi

Genel olarak çoğu araştırma, anneliğin ölçülen psikolojik faktörlerin çoğu üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu göstermektedir. Örneğin, Feldman ve Nash (1984), anne-baba adaylarının ilk çocuklarının doğumu konusunda iyimser ve heyecanlı olmalarına rağmen, ebeveynliğin kendisinin beklenmedik karışıklık ve sıkıntılarla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, Elliott ve Huppert (1991) 5 yaşın altında çocuğu olan kadınların refah düzeyinin daha düşük olduğunu ve 5 yaşın altında birden fazla çocuğu olanların refah düzeyinin daha da düşük olduğunu bildirmiş, Willen ve Montgomery (1993) ise çocuk sahibi olmanın duygusal ayrılık, yabancılaşma ve hayal kırıklığı ile ilişkili olduğu sonucuna varmıştır. Ayrıca, Belsky ve Rovine (1990) boylamsal bir çalışma sonucunda, bir çocuğun doğumundan sonra evlilik kalitesi düşerken, zaten gergin olan ilişkilerin ebeveynlikten sonra en fazla bozulacağı sonucuna varmıştır.

Oakley (1980), anneliğin neden bu kadar zararlı etkileri olabileceğini araştırmak amacıyla, hamileyken ve doğumdan kısa bir süre sonra kadınlarla 66 görüşme gerçekleştirmiştir. Bu kadınların deneyimlerinin detaylı bir analizini sunan Oakley, hamileliğin dört önemli değişiklik nedeniyle kadınlar için büyük bir kimlik kaybına yol açtığını ileri sürmektedir: hasta olmak, ücretli çalışmayı bırakmak, ev kadını olmak ve anne olmak. Ayrıca, bu değişikliklerin hepsinin toplum tarafından daha düşük statü ile sonuçlandığı düşünüldüğünden, kadın tarafından kayıp olarak deneyimlendiğini savunmaktadır. Diğer araştırmalar, anneliğin ardından psikolojik durumdaki değişikliklerle ilgili faktörlerin neler olduğunu araştırmıştır. Bunların çoğu eşlerin rolleri ve iş bölümü konusunu ele almıştır. Örneğin araştırmalar, bir çocuğun doğumunu takiben eşler arasında ev işlerinde algılanan eşitsizliğin evlilik kalitesinin düşmesiyle ilişkili olduğunu (Terry ve ark. 1991) ve bu durumun özellikle kadınların karşılanmayan yüksek

beklentileri varsa geçerli olduğunu göstermektedir (Nicolson 1990a; Hackel ve Ruble 1992).

Daha olumlu bir bakış açısı

Tüm araştırmalar hamilelik ve anneliğin sistematik olarak olumsuz olaylar olduğunu göstermemektedir. Örneğin, Moss ve diğerleri (1987) İngiliz çiftlerin ebeveyn olma deneyimlerini araştırmış ve yüzde 90'ının evliliklerinde önemli bir bozulma olmadığını bildirmiştir. Benzer şekilde, Palkovitz ve Copes (1988) ilk çocuklarının doğumundan sonraki bir ay içinde yeni ebeveynlerle iletişime geçmiş ve her iki ebeveynin de özsayıgılarında artış olduğunu bildirmiştir. Ayrıca araştırmalar, çocuk doğurmayı geciktirmiş yaşlı annelerin, çocuklarıyla daha fazla ilgilenen yaşlı babaların ve daha uzun süredir birlikte olan çiftlerin anneliğe daha olumlu tepkiler verdiğini göstermektedir (Robinson ve ark. 1988; Dion 1995; Cooney ve ark. 1993). Bu tür ebeveynlerin işbölümü konusunda daha az geleneksel yaklaşımlara sahip olma ve ebeveynliğe başlamadan önce yaşam hedeflerine ulaşmanın önemine inanma olasılıklarının daha yüksek olduğu öne sürülmüştür (Robinson ve ark. 1988; Cooney ve ark. 1993; Dion 1995).

Daha geniş bir bakış açısı

Psikolojik araştırmaların çoğu, anneliğin etkisini, psikolojik morbiditenin yönlerine odaklanarak önceden var olan ölçümleri kullanarak değerlendirmiştir. Buna karşın, bazı nitel araştırmalar daha geniş bir bakış açısı benimsemiştir. Smith (1994a, 1994b, 1999) dört kadının hamilelik ve erken annelik deneyimleri üzerine derinlemesine bir idiografik vaka çalışması analizi gerçekleştirmiş ve dört zaman noktasında görüşmeler yapmıştır: üç, altı ve dokuz aylık hamilelik ve ardından çocuğun doğumundan beş ay sonra. Kadınlar ayrıca hamilelik boyunca günlük tutmuş ve beşinci ayda, görüşmelerden elde edilen gerçek zamanlı anlatımlarla karşılaştırma yapabilmek için hamilelik dönemine ilişkin geriye dönük bir anlatım yazmaları istenmiştir. Çalışma boyunca kadınlar, kendilerini daha kontrollü hissetme ve dışsal olaylarla daha az ilgilenme, daha özgüvenli hissetme, doğumu ilkel bir deneyim olarak görme, doğum sürecini merak etme ve ağrı konusunda korku ve endişe duyma, bebeğin bağımsız bir varlık haline geldiğini fark etme, eşleri ve anneleri gibi diğer önemli kişilerle bağlantı kurma ve gelecekteki benlikleriyle yüzleşme gibi bir dizi deneyimlerini ifade etmişlerdir. Analizden, kadınların hamilelik ve annelik deneyimlerini ve bu deneyimlere ilişkin düşüncelerinin zaman içinde nasıl değiştiğini gösteren üç ana tema ortaya çıkmıştır. İlk olarak, anlatılar kadınların hamilelik sürecini nasıl doğum yapmaya ve anne olmaya hazırlık olarak gördüklerini göstermektedir. İkinci olarak sonuçlar, dikkatin kadınların dış dünyasından hamileliğin iç dünyasına doğru kaymasına yansıyan kademeli bir içe doğru hareket olduğunu göstermiştir; bu sayede iş gibi dış faktörler, kontrol altına alma ve özgüven duygusunun iç dünyasına kıyasla önemsiz görünmektedir. Üçüncü olarak, sonuçlar, kadınların kendilerini bebek, eşleri ve diğer kilit kişileri içeren bir birimin parçası olarak kavramsallaştırmalarıyla daha ilişkisel bir benliğe doğru bir kayma olduğunu göstermiştir. Genel olarak, Smith (1994a, 1994b, 1999) hamileliğin kadınların aynı anda hem daha özerk hem de daha bağlı hale geldiği bir dönem olduğu ve bu faktörlerin birbirini dışlamadığı sonucuna varmıştır. Ayrıca, hamileliğin annelik için bir metafor sunduğunu ve annelerin gelecekteki yeni rollerini prova etmelerini ve kabullenmelerini sağladığını belirtmektedir. Benzer bir şekilde, Millward (2006) kadınların hamilelik ve işe dönüş deneyimlerini incelemiş ve çocuk sahibi olduktan sonra çalışmayı tercih eden kadınların bir yandan anne olarak ihtiyaç ve endişelerini yönetirken diğer yandan da işyerlerindeki kimliklerini korumakta zorlandıkları sonucuna varmıştır. Bu konu **Focus on Research 16.1**'de derinlemesine ele alınmıştır.



Deneyimi keşfetmek - anneliğe geçiş

Kadınların doğumdan sonra işe dönme deneyimlerini araştıran bir çalışma (Millward 2006).

Arka plan

Kadınlar Birleşik Krallık'taki işgücünün yaklaşık yüzde 45'ini oluşturmaktadır ve çoğu kadın bir süre sonra çocuk sahibi olduğundan, her kuruluş bir süre sonra anneleri istihdam edecektir. Ayrıca, doğumdan hemen sonra işe dönen kadınların oranı 1983'ten bu yana iki katına çıkmıştır ve çocuk sahibi olan kadınların yaklaşık üçte ikisi dokuz ay içinde yeniden ekonomik olarak aktif hale gelmiştir. Bu çalışmada, kadınların doğumdan sonra işe dönme deneyimlerini araştırmak için nitel bir tasarım kullanılmıştır. Bu çalışma, çalışmaya devam etmeyi tercih eden annelerin anneliğe geçiş sürecindeki karmaşıklıklara dair dengeli bir bakış açısı sunması bakımından ilgi çekicidir.

Metodoloji

Tasarım

Çalışmada derinlemesine görüşmelerin yapıldığı nitel bir tasarım kullanılmıştır.

Örnek

On kadınla hamilelik sırasında görüşülmüş ve bunlardan sekizi ile işe döndükten sonra tekrar görüşülmüştür.

Veri analizi

Transkriptler yorumlayıcı fenomenolojik analiz kullanılarak analiz edilmiştir (Smith 2003).

Sonuçlar

Analizden iki ana tema ortaya çıkmıştır. Bunlar kimlikteki değişimler ve değişen psikolojik sözleşmelerdir:

- *Kimlik değişimleri.* Transkriptler, kadın ile diğerlerinin algılanan tepkileri arasındaki dinamikten kaynaklanan kimlik değişikliklerini göstermektedir. Bunlar üç geçiş aşamasında tanımlanmıştır: izin öncesi, doğum izni, izin sonrası. İzin öncesi dönemde kadınlar, fiziksel olarak daha görünür hale gelmelerine rağmen, bir çalışan olarak şirket için görünmez hale geldiklerini hissettiklerini anlatmışlardır. Şirketin geleceğine ilişkin beklentilerden dışlandıklarını, bunun da güvensizlik, kafa karışıklığı, endişe ve yabancılaşma hissine yol açtığını anlattılar. Bu durum pek çok vakada anneliğin beraberinde bir onaylanma duygusu getireceği hissiyle tezat oluşturuyordu. Doğum izni döneminde kadınlar işe dönmeyen bebek için iyi olup olmayacağı ve işe dönmeyi kendilerine haklı gösterip gösteremeyecekleri konusunda bir dizi ikilem yaşamışlardır. 'İyi anne evde kalır' kıyaslamasına başvurdukları görülmüştür. Bu dönemde bazıları iş kimliklerini kaybetmekten korktuklarını, bazıları da işe dönmek istedikleri için kendilerini suçlu hissettiklerini ifade etmiştir. İzin sonrası dönemde tüm kadınlar yeniden bütünleşmenin zor olduğunu ve bazılarının kendilerini hem bir çalışan hem de bir anne olarak yeniden değerlendirmekte zorlandığını ifade etmiştir. Bu kısmen iki yaşam rolünü yönetmenin pratikliğinden, kısmen de çalışan bir anneden ziyade değerli bir çalışan olarak görülme ihtiyacından kaynaklanıyordu. Tüm kadınlar, deneyimlerini iş yerindeki diğer kişilerle paylaşabildikleri, sosyal karşılaştırmalar yapabildikleri ve rol modellerden yararlanabildikleri takdirde onaylanma elde ettiklerini ifade etmiştir.

- *Değişen psikolojik sözleşmeler.* Psikolojik sözleşme, işveren ve çalışan arasındaki bir dizi şart ve koşuldan oluşan bir değişim sürecini tanımlar. Bu çalışmada neredeyse tüm kadınlar bir dizi performans beklentisinin farkında olduklarını ve artık bunları karşılayamayacaklarına dair bir korku duyduklarını ifade etmiştir. İzin öncesi dönemde tüm kadınlar, yorgunluk ve kendilerine uyguladıkları iç baskılardan kaynaklanan mola verme ihtiyacı nedeniyle performans beklentilerini karşılayamayacakları için kendilerini suçlu hissettiklerini söylemiştir. İşe döndüklerinde bağlılıklarının ve isteklerinin sorgulandığını hissetmişler ve ya yeni annelik statüleriyle ilgili yorumlardan dolayı kendilerini küçümsemiş hissetmişler ya da statülerindeki değişikliklerin kabul edilmesinden dolayı rahatlamışlardır. Buna ek olarak, birçoğu farklı sorumlulukları olan yarı zamanlı görevlere geri dönmüştür. Bazıları hala eski işlerini yapmalarının beklendiğini hissetmiş ve buna içerlemiş, bazıları ise eski işlerini statüleriyle birlikte geri istediklerini belirtmiştir.

Sonuç

Dolayısıyla sonuçlar, doğumdan sonra işe dönmenin kimlik ve psikolojik sözleşme değişikliklerini beraberinde getirdiğini göstermektedir. Yazar, özellikle kadınların bir yandan kurumun değerli bir üyesi olarak kimliklerini korumaya çalışırken bir yandan da anne olarak ihtiyaçları, endişeleri ve hakları ile mücadele ettikleri sonucuna varmaktadır. Bu çalışma, anne olmanın karmaşıklığını irdelemesi ve çocuk sahibi olmanın artılarını ya da eksilerini vurgulama eğiliminde olan literatürün çoğuna bir panzehir sunması açısından ilginçtir.

Hamilelik ve doğumu inceleyen araştırmalarla ilgili sorunlar

Bu alandaki araştırmalarla ilgili bazı sorunlar aşağıdaki gibidir:

- 1 Doğum yerinin doğum deneyimi üzerindeki etkisinin araştırılması, randomize çalışmaların yokluğu ve çocuklarını evde doğuran kadınlar ile hastanede doğuran kadınlar arasındaki büyük farklılıklar nedeniyle engellenmektedir.
- 2 Kadınların hastanede doğum deneyimleri, hastane personelinin tutumuna çok bağlıdır ve bu tutum büyük ölçüde değişiklik gösterir. Olumsuz deneyimler, genel olarak hastanelerden ziyade belirli bir hastane veya belirli personelden kaynaklanıyor olabilir.
- 3 Kadınların annelik deneyimlerini inceleyen çalışmalar genellikle ebeveyn olmanın birçok olumsuz sonucu olduğunu öne sürüyor gibi görünmektedir. Durum böyle olabilir. Ancak bu aynı zamanda psikologların olumsuz yapılarla ve olumsuz sonuçlara odaklanma eğilimini de yansıtır olabilir. Kadınlar ölçülen alanlarda bozulma göstergeleri de, aynı zamanda henüz değerlendirilmemiş alanlarda iyileşme gösteriyor olabilirler.

Sonuç

Artık daha fazla kadın çocuk sahibi olup olmamayı seçebiliyor olsa da, çoğunluk hala çocuk sahibi olmakta ve hamilelik ve anne olmak birçok kadının hayatının merkezi bir parçası olmaya devam etmektedir. Bu bölümde kadınların doğum deneyimleri ve anneliğe geçiş sürecinin etkileri incelenmiştir. Kadınların doğum deneyimlerini inceleyen araştırmalar, bu deneyimlerin ne kadar çeşitli olabileceğini ve bazı kadınların hastaneleri mahremiyetten yoksun bulup kendilerini kontrol dışı hissederken, bazılarının evde doğumdan duydukları bağımsızlık ve kontrolden hoşlandıklarını, diğerlerinin ise

hastane ortamında alabilecekleri tıbbi destek ve ağrı kesici fırsatlarını memnuniyetle karşılarlar. Anneliğe geçişi inceleyen araştırmalar, anneliğin bir kadının sağlığı ve refahı üzerinde çeşitli zararlı etkileri olabileceğini, ancak bunların tüm kadınlar için geçerli olmadığını ve çocuk sahibi olmayı erteleyenlerde daha az olduğunu göstermektedir.

Menopoz

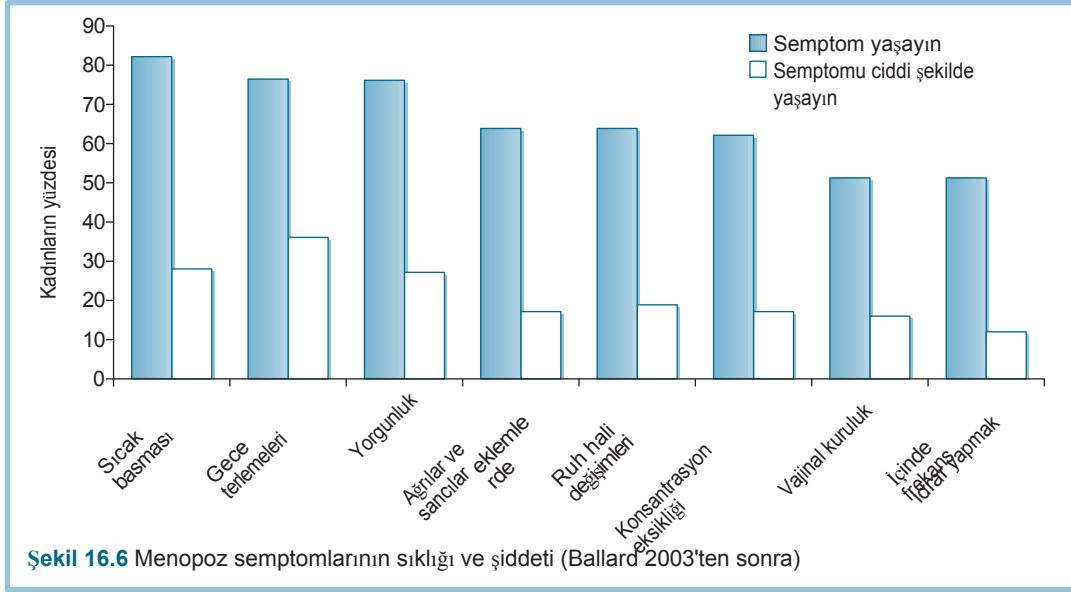
'Menopoz' kelimesi aylık adet kanamalarının sona ermesi anlamına gelir ve ortalama bir kadın için 51 yaşında ortaya çıkar ve kadınların yüzde 80'i 54 yaşına kadar menopoza girer. Genel olarak menopoz, üç aşamaya göre sınıflandırılmış bir geçiş dönemi olarak kabul edilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü 1996). Menopoz öncesi, son adet döneminin sonuna kadar kadının üreme hayatının tamamını ifade eder. Peri-menopoz, hormonal değişikliklerin gerçekleştiği son adet döneminden önceki zamandır ve son adet döneminden bir yıl sonrasına kadar devam eder. Menopoz sonrası aşama ise son adet döneminden sonraki herhangi bir zamanı ifade eder ancak 12 aylık adet görmeme döneminden sonra geriye dönük olarak tanımlanmalıdır. Bu nedenle menopoz, kadının yumurta üretimini durdurması ve döllenmeye hazırlık için rahim zarını uyarmak için artık gerekli olmadığından üretilen östrojen seviyesinin azalmasıyla nihayetinde kaybolan biyolojik işlevdeki kademeli bir değişimin son noktasını yansıtır. Bir doktorun bir kadını menopozda olarak tanımlayabilmesi için gereken süre 12 ay üst üste adet görmenin kesilmesidir ve araştırmalar kadınların yaklaşık yüzde 75'inin menopozla ilgili olarak doktorlarına başvurduğunu göstermektedir (Hope ve ark. 1998). Her ne kadar menopoz zamanını belirleyen güçlü bir genetik faktör olsa da, anneler ve kızları benzer yaşlarda menopoza girme eğiliminde olsalar da, sigara içmek daha erken menopoza ve daha kilolu olmak daha geç menopoza neden olabilir. Menopoz, adetlerin kesilmesine ek olarak, yaşanırken başka semptomları da beraberinde getirir ve kadınlık hormonlarındaki azalmaya bağlı olarak daha uzun vadeli fiziksel değişikliklere neden olur.

Semptomlar

Menopoz döneminde kadınlar, bazıları açıkça östrojendeki azalmayla bağlantılı olan, bazıları ise kaynağı belirsiz olan bir dizi semptom bildirmektedir. Bunlar, semptomların karmaşık doğasını ve sosyal ve psikolojik faktörlerin semptom algısını etkilemedeki rolünü göstermektedir. En yaygın semptomlar şunlardır:

- adet düzeninde ve ağırlığında değişiklik
- sıcak basması
- gece terlemeleri
- yorgunluk
- zayıf konsantrasyon
- eklemlerde ağrı ve sızılar
- vajinal kuruluk
- idrar yapma sıklığında değişiklikler.

Geniş çaplı bir anketin bir parçası olarak 413 kadın menopoz semptomları deneyimleri ve şiddet algıları hakkında bir anket doldurmuş ve sonuçlar en yaygın semptomların sıcak basması, gece terlemesi ve yorgunluk olduğunu ve bunların arasında gece terlemesinin en fazla sıkıntıya neden olduğunu ve üçte birinden fazlasının gece terlemelerini şiddetli olarak tanımladığını göstermiştir (Ballard 2003). Bu çalışmanın sonuçları Şekil 16.6'da gösterilmektedir.



Fiziksel değişiklikler

Kadınlar ayrıca menopoz geçtikten sonra da devam eden bir dizi fiziksel değişiklik yaşarlar. Özellikle göğüslerinde değişiklikler görülür ve yaşlı kadınların göğüs kanserini kontrol etmek için düzenli mamografi yaptırmaları önerilir. Menopoz sonrası kandaki kolesterolde bir artış olur ve bu da kadınları kalp hastalığı riskiyle karşı karşıya bırakır; kemik kaybı daha hızlı hale gelir ve osteoporoz olasılığını artırır; idrar organları daha az elastik ve esnek hale gelebilir ve bu da birçok kadının idrar kaçırma sorunu yaşamasına neden olur ve son olarak kadınlar vajinal kuruluk yaşar ve bu da cinsel ilişkiyi rahatsız edici hale getirir.

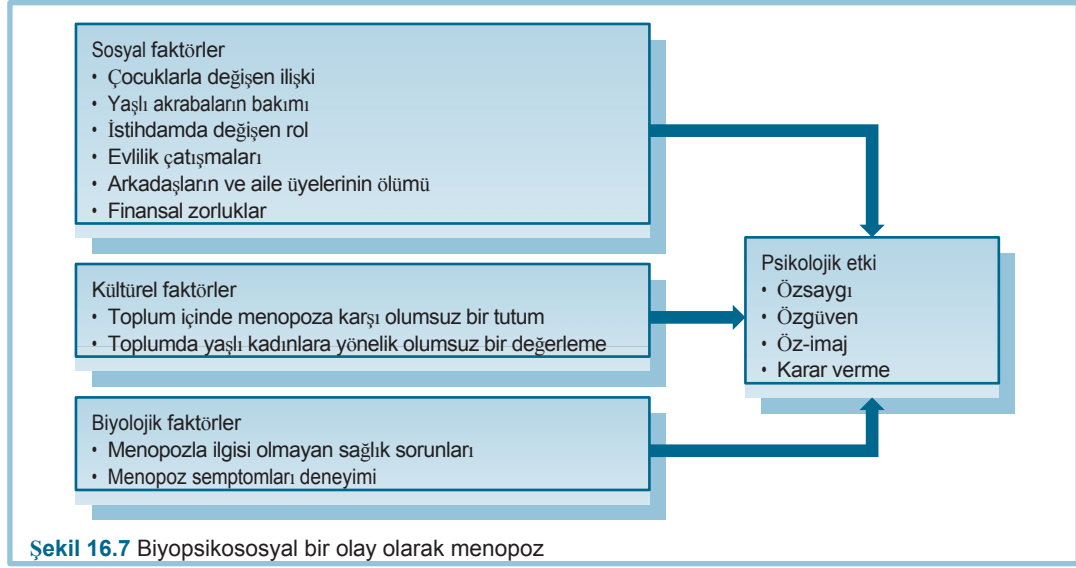
Dolayısıyla menopoz, bir kadının üreme kapasitesinin sona ermesi anlamına gelir ve beraberinde çok çeşitli semptomlar ve fiziksel değişiklikler getirir. Ballard (2003) menopoz deneyiminin bir dizi sosyal, kültürel ve biyolojik faktörden nasıl etkilendiğini ve bunların da birey üzerinde psikolojik bir etki yarattığını anlatmaktadır. Bu durum, menopozun neden 'yaşamın değişimi' olarak da adlandırıldığını yansıtmaktadır. Bu durum Şekil 16.7'de gösterilmektedir.

Menopozun etkilerini inceleyen araştırmalar, bir yaşam geçişi olarak menopoz deneyiminin ve bu geçişi etkileyen sosyal ve psikolojik faktörlerin altını çizmiştir. Bu bölüm şimdi bu farklı alanları inceleyecektir.

Bir geçiş dönemi olarak menopoz

Mart 1946'nın ilk haftasında doğan kişilerden düzenli olarak veri toplayan daha büyük ölçekli bir kohort çalışmasının bir parçası olarak (bkz. Wadsworth 1991; Wadsworth ve Kuh 1997; Ballard ve ark. 2001), 1572 kadın menopoz yıllarını anlatmıştır. Kadınlar genel olarak semptomları ve sağlıkları ile ilgili soruları doldurmuş ve daha sonra yüzde 65'i 'serbest görüşler' bölümünü de doldurmuştur. Bu veriler daha sonra hem nicel hem de nitel yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir. Bu çalışmadan yazarlar, kadınların menopozu beş aşamadan oluşan bir statü geçişi olarak deneyimledikleri sonucuna varmışlardır. Bunlar aşağıdaki gibidir:

- 1 *Semptom beklentileri.* Sonuçlar, menopoz başlamadan önce kadınların semptomları araştırdığını ve herhangi bir biyolojik değişikliğin işaretlerini aradığını göstermektedir. Bu noktada bazı kadınlar doktordan yardım istemekte ve daha fazla bilgi edinmeye başlamaktadır.



- Semptomların yaşanması ve kontrol kaybı.** Kadınlar daha sonra gece terlemeleri, ateş basmaları ve ruh hali değişimleri gibi semptomlar yaşamaya başlarlar; bu semptomlar bazılarının kendilerini iyi hissetmelerine engel olur ve kendilerini kontrolsüz hissetmelerine neden olabilir.
- Menopozun teyit edilmesi.** Kadınlar kontrol kaybı hissettiklerinde, kontrolü yeniden kazanmak için doktorlarını ziyaret ederek menopozun başlangıcını doğrulamaya çalışırlar. Doktor, menopozun başladığını doğrulamak için hormon seviyelerini ölçmek üzere kan testleri kullanabilir ve bu aşamada birçok kadına hormon replasman tedavisi (HRT) önerilir.
- Kontrolü yeniden kazanmak.** Kadınlar çeşitli yollarla kontrolü yeniden kazanmaya çalışır. Bazıları HRT alarak semptomlarının etkisini en aza indirmeye çalışırken, diğerleri sıcak basması ile başa çıkmak için farklı kıyafetler giymek veya alternatif ilaçlar almak gibi bir dizi yöntem dener.
- Menstrüasyondan kurtuluş.** Regl döneminin sona ermesi kadınlar tarafından genellikle memnuniyetle karşılanır, çünkü çoğunluk için aile büyüklüğü ile ilgili kararlar uzun zaman önce verilmiştir. Bu nedenle kadınlar, artık adet dönemlerinin ağrı ve kanamalarını ve bunun neden olabileceği rahatsızlıkları yaşamak zorunda olmadıkları için rahatlamış hissederler.

Bu nedenle menopoz, kadınların içinden geçtiği, beklenti ve kontrol kaybı duygusuyla başlayıp özgürlük ve yeniden kazanılan kontrol duygusuyla sona eren bir süreç olarak görülmektedir. Birçok kadın ve doktor için bu geçiş HRT kullanımı yoluyla yönetilmektedir çünkü menopozla ilişkili semptomlar ve değişiklikler hormon seviyelerindeki değişikliklere bağlanmaktadır. Ancak bazı araştırmacılar için bu bakış açısı menopozun aşırı tıbbileştirilmesi olarak görülmekte ve tıbbın kadınların bedenlerini kontrol altına alması için bir platform sağlamaktadır (Oakley 1984; Doyal 1994). Büyük ölçekli kadın sağlığı çalışmasının (Ballard ve ark. 2001) sonuçları, birçok kadının menopozu tıbbi bir olay olarak kavramsallaştırmasına rağmen, aynı zamanda bu dönemde meydana gelen karmaşık sosyal ve psikolojik değişiklikler içinde konumlandıklarını göstermektedir.

Sosyal faktörler ve menopoz

Menopoz, bir kadının hayatında muhtemelen bir dizi başka değişikliğin de yaşıandığı bir dönemde gerçekleşir. Bu değişikliklerin menopoz üzerinde doğrudan ya da dolaylı bir etkisi olsun ya da olmasın

Araştırmalar, menopozun bu değişiklikler bağlamında anlaşılması gerektiğine işaret etmekte ve bu değişiklikleri ve menopoz üzerindeki etkilerini aşağıdaki gibi tanımlamaktadır (Ballard ve ark. 2001; Ballard 2003):

- 1 *Yaşlı akrabalar.* Menopoz döneminde kadınlar genellikle yaşlı akrabalarının bakımından da giderek daha fazla sorumlu olduklarını fark ederler. Üstelik bu durum, kadınların çocuklarının evden ayrılmasıyla yeni keşfettikleri özgürlüğün tadını çıkarmaya başladıkları bir döneme denk gelebilir. Yaşlı akrabaların ek baskısı kadınların kendilerini stres altında ve suçlu hissetmelerine neden olabilir ve fiziksel sağlıklarını etkileyebilir, tüm bunlar menopoz semptomlarını şiddetlendirebilir.
- 2 *İstihdam ve finans alanındaki değişiklikler.* Orta yaşlarda birçok kadın, çocukların evden ayrılmasıyla birlikte çalışma saatlerini artırır. Bu durum beraberinde yeni fırsatlar ve yeniden doğuş hissi getirebilir. Bununla birlikte, özellikle de kadınlar hala evin birincil sorumluluğuna sahipse, ekstra bir stres faktörü de olabilir. Bunun aksine, bazı kadınlar orta yaşlarda emekli olur ve bu da yeniden uyum sağlama ve yeni bir benlik imajı geliştirme ihtiyacı açısından kendi stres setlerini beraberinde getirir. İstihdamdaki bu iki tür değişiklik de menopozu ve buna bağlı semptomları etkileyebilir.
- 3 *Değişen ilişkiler.* Menopoz döneminde kadınlar genellikle anne rollerinde değişiklikler yaşarlar çünkü bu dönem çocukların evden ayrıldığı dönemdir ve çocuksuz yeni bir yaşamı yeniden müzakere ederken eşleriyle ilişkilerinde bir değişiklik olur. Bu tür değişiklikler, bir dönemin sonunu yansıttığı için menopozun daha önemli görünmesine neden olabilir.
- 4 *Ailenin veya arkadaşların ölümü.* Kadınlar ellili yaşlarına geldiklerinde benzer yaşlardaki aile bireylerinin veya arkadaşlarının ölümünü deneyimleyebilirler. Menopoz, kayıp duygusuyla daha da şiddetlenebilecek bir ölümlülük hissini temsil edebilir.

Ballard ve diğerlerine (2001) göre bu sosyal faktörler menopoz dönemiyle birlikte var olur ve menopozun deneyimlenme biçimlerini etkileyebilir. Bunun sonucunda da bireyin psikolojik durumunda değişiklikler meydana gelir.

Menopozun psikolojik etkileri

Sıcak basması, gece terlemesi, konsantrasyon eksikliği ve yorgunluk gibi semptomların tümü dikkat dağınıklığı, odaklanma, ruh hali, anlam ve çevre gibi süreçlerden etkilendiği için psikolojik faktörler menopozu semptom algısı açısından etkiler (bkz. Bölüm 3). Buna ek olarak, menopozun bireyin psikolojik durumu üzerinde daha doğrudan etkileri vardır. Ballard (2003) bunları aşağıdaki gibi tanımlamaktadır:

- 1 *Vücut imajındaki değişiklikler.* Menopoz, daha kuru bir cilt, değişen yağ dağılımı ve daha yumuşak göğüsler gibi fiziksel değişiklikleri beraberinde getirir ve tüm bunlar bir kadının beden imajını etkileyebilir. Buna ek olarak, 50 yaşına gelmek de, özellikle yaşlanmayı daha az çekici olmakla ilişkilendiren bir toplumda, bir dönüm noktası olarak görülmektedir. Ballard (2003), kadınların kendilerini aniden aynada yakalayıp "bu benim annem" ya da "yaşlanıyorsun" diye düşünebildiklerine dair ilginç betimlemeler sunmaktadır. Beden imajı ve beden memnuniyetsizliğindeki bu tür değişiklikler Bölüm 5'te anlatılanlarla uyumludur.
- 2 *Ruh hali değişiklikleri.* Bazı kadınlar anksiyete ve depresyon gibi ruh halleri yaşadıklarını, bazıları ise panik atak geçirdiklerini bildirmektedir. Menopozla birlikte ortaya çıkan birçok yaşam değişikliği göz önüne alındığında, kadınların ruh hallerinde değişiklikler yaşamaları şaşırtıcı değildir. Ancak, birçok kadın duygusal değişimlerini doğrudan değişen hormon seviyeleriyle bağlantılı olarak görmektedir. Dolayısıyla bu durum, atıfta bulunma

sorununu ortaya çıkarmaktadır.

Menopozdaki kadınların duygusal değişimleri biyolojik durumlarına atfedilerek 'dengesiz' görünmelerine neden olmaktadır. Bununla birlikte, 'gerçek' biyolojik mekanizmaların göz ardı edildiği ve duyguların uygunsuz bir şekilde daha sosyal nedenlere atfedildiği ters bir sorun da vardır.

- 3 *Öz saygı ve özgüven.* Bazı kadınlar öz saygılarında ve özgüvenlerinde de azalma olduğunu bildirmektedir. Yemek pişirmek veya çalışmak gibi günlük işlerde kendilerine güvenmediklerini ve ilişkilerini daha az yönetebildiklerini ifade etmektedirler.
- 4 *Konsantrasyon eksikliği.* Çeşitli araştırmalar, kadınların menopozun konsantrasyon ve hafıza açısından bilişsel işlevlerini nasıl bozduğunu tanımladıklarını bildirmektedir (Rubin ve Quine 1995; Ballard ve ark. 2001). Ancak kontrollü koşullarda yapılan deneysel çalışmalar, standart yaş etkilerinin ötesinde menopoza atfedilebilecek herhangi bir bilişsel gerilemeye dair kanıt göstermemektedir (Herlitz ve ark. 1997).

Dolayısıyla, kadınların menopoz deneyimlerini inceleyen araştırmalar, menopozun semptomlar ve uzun vadeli fiziksel değişikliklerin eşlik ettiği bir geçiş olarak deneyimlendiğini göstermektedir. Bu faktörlerin birçoğu kadının biyolojisindeki temel değişimlerle ilgili olsa da, araştırma aynı zamanda menopoz deneyiminin kadının psikolojik durumunu etkileyen diğer sosyal değişimler bağlamında anlaşılması gerektiğine işaret etmektedir. Dolayısıyla menopoz, bir kadının orta yaş döneminde başına gelen bir dizi değişikliğin bir parçası olarak kavramsallaştırılabilir.

Yönetim şeklinin etkisi

Menopoz çeşitli şekillerde yönetilebilir. Bazı kadınlar sadece hayatlarına devam eder ve belirtilerin geçmesini bekler. Ateş basması durumunda giysilerini çıkarmayı kolaylaştırmak için kalın kazaklar yerine kat kat giysiler giymek, gece terlemeleriyle başa çıkmak için pencere açık uyumak ve vajinal kuruluğu yönetmek için kayganlaştırıcılar satın almak gibi 'ticaretin hilelerini' kullanarak bu semptomları yönetebilirler, ancak semptomlarını mutlaka doktora sunmazlar. Diğerleri ise daha doğal bir yaklaşımı tercih ederek semptomların giderilmesi için bitkisel ilaçlar, homeopati ve akupunktur gibi alternatif ilaçları deneyebilir. Ancak birçoğu doktorlarını ziyaret etmekte ve kendilerine HRT reçete edilmektedir. Ayrıca, HRT alan kadınların sayısı 1981 ve 1990 yılları arasında üç kat artarak yüzde 19'a yükselmiş ve 2000 yılında yüzde 60'a çıkmıştır (Moorhead ve ark. 1997; Kuh ve ark. 2000; Ballard 2002b). HRT başlangıçta menopoz semptomlarını azaltmak için geliştirilmiştir ancak daha sonra osteoporoz, Alzheimer hastalığı, kardiyovasküler hastalık ve depresyonu tedavi ettiği ve önlediği gösterilmiştir. Ancak kendi riskleri de vardır ve meme ve endometriyal kanser, kalp krizi, serebrovasküler hastalık ve tromboembolik hastalıkla ilişkilendirilmiştir (kapsamlı bir inceleme için Kadın Sağlığı Girişimi Araştırmacıları Yazı Grubu 2002; Beral ve ark. 2005'e bakınız). Araştırmalar, kadınların HRT alıp almamaya nasıl karar verdiklerini ve HRT almanın semptomlar üzerindeki etkisini araştırmıştır.

Menopozu nasıl yöneteceğinize karar vermek

HRT menopoz semptomlarını hafifletmeye yardımcı olabilir ve menopozla ilişkili hastalıklara karşı koruma sağlayabilir. Ancak aynı zamanda kanıtlar, uzun vadeli sağlık sorunları riskini artırabileceğini göstermektedir. Bu nedenle kadınlar, menopozlarını nasıl yöneteceklerine karar vermek istiyorlarsa HRT'nin artılarını ve eksilerini tartmalıdır. Ballard (2002b) kadınların neden HRT aldıklarını araştırmak için menopoz çağındaki 413 kadının anket verilerini analiz etmiştir. Sonuçlar ana nedenin şu olduğunu göstermiştir

Kadınların HRT alma nedeni, özellikle ateş basması, yorgunluk ve sinirlilik gibi semptomların giderilmesidir. Benzer şekilde, Welton ve arkadaşları (2004) yaşları 50 ila 69 arasında değişen 82 kadınla sekiz odak grup çalışması gerçekleştirmiştir. Sonuçlar, HRT kullanan kadınlar için ana nedenin, uzun vadedeki maliyet veya faydalardan bağımsız olarak yaşam kalitesinde algılanan iyileşme olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, Ballard (2002b) yüzde 58'inin osteoporozu önlemek için de HRT aldığını bildirmiştir. Dolayısıyla semptomların giderilmesi, karar verme sürecini etkileyen ana faktör olacaktır. Ancak hastalıktan korunmanın da bir rolü olduğu görülmektedir. Karar verme sürecini daha iyi anlamak için Buick ve arkadaşları (2005) 1980 ve 2002 yılları arasında kadınların HRT hakkındaki inançlarını araştırmak üzere sistematik bir literatür taraması gerçekleştirmiştir. Analizlerinden elde edilen sonuçlar daha önce açıklanan sonuçları desteklemekte ve HRT kullanımının ve bırakılmasının uzun vadeli faydalardan ziyade semptomların giderilmesiyle ilgili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, sonuçlar HRT'yi reddeden kadınların genellikle menopozun kimyasal müdahale gerektirmeyen doğal bir olay olduğuna inandıklarını ve kadınların HRT'nin faydalarına ilişkin inançlarının genellikle potansiyel advers olaylara ilişkin endişeleriyle çeliştiğini göstermektedir (ilaçlara ilişkin inançların tartışılması için Bölüm 3'e bakınız). Ancak tüm kadınlar HRT kullanmamaktadır ve Wathen (2006) kadınların tamamlayıcı ve alternatif ilaç (TAT) kullanımını araştırmıştır. Bu çalışmada karma yöntem yaklaşımı kullanılmış ve Kanadalı örneklemenin yüzde 57'sinin HRT'ye alternatif olarak TAT'ı düşündüğü ya da kullandığı ve bu kadınların daha genç olma eğiliminde olduğu ve TAT'ı denemeyenlere kıyasla daha kötü semptomlar yaşadığı rapor edilmiştir.

HRT'nin semptomlar üzerindeki etkisi

Kadınlar, şiddetleri ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkileri bakımından farklılık gösteren çok çeşitli menopoz semptomları bildirmektedir. HRT bu semptomları hafifletmek için icat edilmiştir ve daha önce de açıklandığı gibi HRT kullananlar bunu çoğunlukla semptomları hafifletmek için yapmaktadır. Birçok araştırma HRT'nin menopoz semptomlarını gerçekten ne ölçüde hafiflettiğini araştırmıştır. Hasta açısından bakıldığında, araştırmalar kadınların HRT aldıklarında kendilerini daha iyi hissettiklerini ve semptomlarında ve yaşam kalitelerinde iyileşmeler olduğunu bildirdiklerini göstermektedir. Örneğin, Abraham ve arkadaşları (1995) 60 kadının menopoz öncesi dönemde ve 10 yıl sonra menopoz sonrası dönemde HRT hakkındaki inançlarını araştırmıştır. Bunlardan 38'i HRT kullanmıştır. Sonuçlar, kadınların çoğunun HRT'nin ateş basması, spesifik olmayan duygusal değişiklikler, vajinal kuruluk, uykusuzluk ve kas tonusu kaybına yardımcı olduğuna inandığını göstermiştir. Buna karşın, HRT'nin plaseboya kıyasla etkinliğini araştıran büyük bir randomize çalışma, HRT'nin sanıldığı kadar etkili olmayabileceğini göstermiştir (Utian ve ark. 1999). Özellikle bu çift kör plasebo kontrollü çalışma HRT'nin sadece sıcak basması ve gece terlemesi gibi vazomotor semptomları hafifletmede etkili olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, başka bir plasebo kontrollü çalışma HRT'nin sadece vajinal kuruluğu, idrar yapma sıklığını ve üriner enfeksiyonlara yakalanma eğilimini iyileştirdiğini göstermiştir (Eriksen ve Rasmussen 1992). Bu veriler uykusuzluk ve ruh hali üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını göstermektedir. Ayrıca, plasebo kontrollü olduklarından, bu tür değişikliklerin sadece kadınların kendilerini daha iyi hissetmek istemelerine bağlanamayacağını düşündürmektedir. Rymer ve arkadaşları (2003) HRT'nin etkinliğini araştırmış ve algılanan etkinlik ile gerçek etkinlik arasındaki bu tutarsızlığın bir domino etkisi gösterebileceğini öne sürmüştür. Özellikle, HRT sadece östrojen eksikliğiyle doğrudan açıklanabilen sıcak basması ve vajinal kuruluğu hafifletebilirken, bu tür değişiklikler ruh halini, uykuyu ve genel yaşam kalitesini iyileştirebilir.

Menopoz araştırmaları ile ilgili sorunlar

Menopoz üzerine yapılan araştırmalarla ilgili sorunlar şunlardır:

- 1 Menopoz, sınıf, kültür ya da zaman farkı gözetmeksizin tüm kadınların başına gelir. Ancak bugüne kadar yapılan araştırmaların çoğu, menopozun genellikle tıbbi olarak yönetilmesi gereken bir olay olarak görüldüğü batılı kadınların deneyimlerini incelemiştir. Diğer kültürlerin menopozla ilgili çok farklı inanç ve deneyimlere sahip olması ve bunun yönetim stratejilerini etkilemesi muhtemeldir. Kültürel faktörlerin menopoz deneyimini nasıl etkilediğini keşfetmek için daha fazla kültürler arası araştırmaya ihtiyaç vardır.
- 2 HRT'nin riskleri ve faydaları hakkında sürekli yeni araştırmalar yayınlanmaktadır. Bu nedenle, kadınların HRT'ye ilişkin inançlarını ve kullanımlarını inceleyen çalışmalar, verilerin toplandığı zaman ve o zamanki mevcut kanıt durumu içinde konumlandırılmalıdır. Bu, çalışmaların bir araya getirilmesinin sorunlu olduğu ve zaman içinde sonuçlar çıkarmanın zor olduğu anlamına gelmektedir.
- 3 Menopoz ve HRT, araştırmacılar, klinisyenlerde ve hastalarda herhangi bir tıbbi müdahalenin gerekliliği, HRT'nin tehlikeleri ve menopozla ilgili hastalıkların tehlikeleri konusunda güçlü inançlar yaratmaktadır. Bu nedenle araştırmaların yorumlanması sorunludur, çünkü sonuçlar ve sonuçların sunulma biçimleri ilgili kişilerin inançlarını yansıtabilir.
- 4 Menopoz ve HRT üzerine yapılan araştırmalar, semptomlar, yan etkiler ve uzun vadeli maliyet ve faydalar ilgili tüm taraflar için farklı anlamlar taşıyacağından, risk analizi ve risk iletişiminin karmaşık bir sorun olduğunu göstermektedir. Literatürde, tüm bu riskler ve olasılıklar içinde 'gerçek' durumunu bulmaya çalışma eğilimi vardır. Gelecekteki psiko-mantıksal araştırmalar, farklı risklerin nasıl yönetildiği ve iletildiği üzerine odaklanabilir ve bunları sentezlemeye çalışmayabilir.

Sonuç

Menopoz, bir kadının üreme hayatının sonunu yansıtır ve beraberinde bir dizi semptom ve uzun vadeli fiziksel değişiklikler getirir. Araştırmalar kadınların menopozu nasıl deneyimlediklerini araştırmış ve bunun bir dizi psiko-mantıksal değişim ve değişiklikle sonuçlanan bir yaşam geçişi olarak kabul edildiğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte araştırmalar, bu değişikliklerin bazılarının menopozun biyolojik doğasıyla doğrudan ilişkili olsa da, aynı zamanda bir kadının hayatında meydana gelen çok sayıda sosyal değişiklik tarafından yaratıldığını veya şiddetlendiğini de öne sürmektedir. Dolayısıyla menopoz en iyi biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörlerin bir araya geldiği bir dönem olarak anlaşılabilir. Araştırmalar ayrıca kadınların menopozlarını nasıl yönetmeyi seçtiklerini ve HRT'nin menopoz semptomları üzerindeki etkisini de incelemiştir. Sonuçlar, birçok kadının HRT'yi öncelikle semptomları hafifletmek için seçtiğini, ancak semptomlar üzerindeki etkisinin bir zamanlar inanıldığı kadar basit olmayabileceğini göstermektedir.

Sonuç olarak

Sağlık alanında kadınlara özgü pek çok alan vardır. Bu bölümde bu alanlardan dördü, en çok araştırma yapılan ve sağlık psikolojisi camiasının ilgi alanlarını en yakından yansıtan alanlar olduğu için seçilmiştir. Düşük, sonlandırma, doğum ve menopoz genellikle kadınların katlanmak zorunda kaldığı olumsuz olaylar olarak kabul edilir. Bu bölümde açıklanan çalışmalardan elde edilen sonuçlar, bunlar kadınlar için zor ve genellikle hoş olmayan zamanlar olsa da, birçok kadının bu deneyimlerden fayda da görebildiklerini bildirdiklerini göstermektedir. Özellikle düşük bazen kadının hayatında bir dönüm noktası olarak görülmekte ve geçmiş ve gelecekteki benliğini yeniden değerlendirmesine olanak tanımaktadır; sonlandırmaya genellikle rahatlama ve normale dönüş duyguları eşlik etmektedir; doğum beraberinde yeni bir kimlik ve benlik duygusu getirmektedir; ve menopoz yeni bir yaşam dönemi ve özgürleşme duygusu getirmektedir. Ayrıca araştırma, kadınların bu olaylara ilişkin deneyimlerinin yönetim şekline nasıl etkilendiğini de göstermektedir; zira hepsi tıbbi ya da daha doğal bir şekilde yönetilebilmektedir.



Sorular

- 1 Kadınların düşüğe verdikleri tepkiler, yas sonrası tepkilere ne ölçüde benzemektedir?
- 2 Kürtaj deneyimine ilişkin araştırma yapmanın doğasında var olan sorunları tartışınız.
- 3 Kürtaj yaptırma deneyimi sosyal bağlamdan ne ölçüde etkilenmektedir?
- 4 'Annelik, nihai tatmin getiren doğal bir durumdur'. Tartışın.
- 5 Kadınların menopoz deneyimleri ne ölçüde bu dönemde meydana gelen biyolojik değişikliklere bir yanıtır?
- 6 Kadınların sağlık sorunlarına ilişkin deneyimleri, seçilen yönetim biçiminden nasıl etkilenmektedir?

Tartışma için

Tanıdığınız birinin (anneniz, arkadaşınız, vb.) menopozu nasıl yaşadığını düşünün. Bu deneyimin aynı zamanda değişmekte olan diğer faktörlerden nasıl etkilenmiş olabileceğini düşünün.

Sağlık psikolojisinde varsayımlar

- 1 *Zihin-beden ayrımı.* Araştırmalar genellikle zihin ve beden birbirinden ayrı olduğunu varsayar. Kadın sağlığı sorunları, düşük, sonlandırma, hamilelik ve menopoz gibi faktörlerin neden olduğu fiziksel değişikliklerin bireyin psikolojik durumu üzerinde nasıl doğrudan bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu açıdan bakıldığında beden zihni etkilemektedir. Bununla birlikte, gerçek fiziksel değişikliklerin kendilerinin de bireyin psikolojisinden etkilenmesi muhtemeldir.

- 2 **İlerleme.** Genellikle araştırma ve teknolojinin gelişmelere yol açtığı varsayılır. Kadın sağlığı sorunları açısından, HRT'nin icadı ve sonlandırma ve düşük yönetimi için yeni prosedürlerin geliştirilmesi gibi, bu sorunların nasıl yönetildiği konusunda değişikliklerle sonuçlanan birçok gelişme olmuştur. Ancak bu tür gelişmelerin faydalı olup olmadığı belirsizdir çünkü bunlar genellikle iyatrojenez sorununu ortaya koymaktadır; yeni çözümler olmalarına rağmen zarar verebilmektedirler.
- 3 **Teori üretme olarak araştırma.** Araştırma objektif olmayı, fikirleri keşfetmeyi ve üretmeyi amaçlar. Kadın sağlığı alanında yapılan pek çok araştırma oldukça tartışmalıdır ve oldukça politize ve ideolojik alanlara değinmektedir. Bu nedenle araştırmanın araştırmacı önyargısına açık olması ve istenen nesnelliğin araştırmacının kendi bakış açısı tarafından baltalanması muhtemeldir.

Daha fazla okuma

Clements, S. (1998) *Psychological Perspectives on Pregnancy and Childbirth*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Bu kitap, kadınların doğum öncesi bakım deneyimleri, doğum sonrası TSSB ve erkeklerin baba olma deneyimleri de dahil olmak üzere doğum ve hamileliğin çeşitli yönlerini açıklayan bölümlerden oluşan bir derlemedir. Psikolojik bir bakış açısıyla yazılmıştır ve mevcut bölümde ele alınmayan bazı alanları iyi bir şekilde kapsamaktadır.

Freeman, E.W. ve Rickels, K. (1993) *Early Childbearing: Siyah Ergenlerin Hamilelik, Kürtaj ve Çocuk Doğurma Konusundaki Perspektifleri*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Bu kitap, Penn'in siyahi gençlerin deneyimleri üzerine yaptığı çalışmaya dayanmakta ve gençlerin hamilelik, kürtaj ve çocuk doğurma konusundaki inançlarını detaylı bir şekilde açıklamaktadır. Ayrıca kararlarının ve davranışlarının uzun vadeli etkilerini araştırmakta ve bunları literatür içinde konumlandırmaktadır. Çok özel bir örnekleme odaklanmasına rağmen, sonuçlar daha geniş literatürde yankı bulmaktadır.

Lee, C. (1998) *Kadın Sağlığı: Psikolojik ve Sosyal Perspektifler*. Londra: Sage.

Bu kitap, adet öncesi sendrom, doğum sonrası depresyon ve doğurganlık kontrolü de dahil olmak üzere, bu bölümde ele alınmayan kadın sağlığına ilişkin çok çeşitli konuları kapsamaktadır. Bu nedenle, bu kitapta ele alınmayan alanlara ilişkin faydalı bir arka plan sunmaktadır.

Moulder, C. (1998) *Understanding Pregnancy Loss: Perspectives and Issues in Care*. Londra: Macmillan.

Bu kitap, yanlış doğum, terminasyon ya da ölü doğum yapmış kadınların deneyimlerinden yararlanan ve onların deneyimlerini mevcut literatür içinde konumlandıran mükemmel bir kitaptır. Kitapta, hastaneye yatmadan önceki sağlık hizmetleri, hastanede yaşanan deneyimler, sağlık çalışanlarının görüşleri ve taburcu olduktan sonraki bakım da dahil olmak üzere bir dizi faktör incelenmektedir.

Sağlık ölçümü durum

Ölüm oranlarından yaşam kalitesine

Bölüme genel bakış

Bu bölüm, sağlık durumunun ölüm oranlarından yaşam kalitesine kadar farklı şekillerde ölçülmesini incelemektedir. Ayrıca, yaşam kalitesinin hem yaşam kalitesini öngören faktörler (sonuç değişkeni olarak yaşam kalitesi) hem de yaşam kalitesi ile uzun ömürlülük arasındaki ilişki (öngörücü olarak yaşam kalitesi) açısından araştırmalarda nasıl kullanıldığı açıklanmaktadır.

Bu bölüm şunları kapsamaktadır

- Ölüm oranları
- Morbidite oranları
- İşlevsellik ölçümleri
- Öznel sağlık durumu
- Yaşam kalitesi ölçümleri
- Yaşam kalitesinin tahmin edilmesi
- Yaşam kalitesi ve uzun ömür

Ölüm oranları

En basit haliyle, sağlık durumunun bir ölçüsü çok kaba bir ölüm oranı şeklini alır; bu oran basitçe bir yıl içinde ölenlerin sayısının önceki ya da sonraki yıllarla karşılaştırılmasıyla hesaplanır. Sorulan soru şudur: "Bu yıl ölen insan sayısı arttı mı, azaldı mı yoksa aynı mı kaldı? Ölüm oranındaki bir artış sağlık durumundaki bir azalma, bir azalma ise sağlık durumundaki bir artış olarak görülebilir. Ancak bu yaklaşım bir payda gerektirir: kimlerin risk altında olduğuna dair bir ölçü. Bu nedenle ölüm oranının bir sonraki en temel şekli, incelenen nüfusun büyüklüğünü yansıtan bir payda içerir. Böyle bir

Ölçüm, farklı nüfuslar arasında karşılaştırma yapılmasına olanak tanımaktadır: Bournemouth ile karşılaştırıldığında Londra'da belirli bir yılda daha fazla insan ölebilir, ancak Londra sadece daha büyüktür. Sağlık durumunun anlamlı bir ölçüsünü sağlamak için ölüm oranları yaşa (Bournemouth daha yaşlı bir nüfusa sahiptir ve bu nedenle her yıl daha fazla insanın öleceğini tahmin edebiliriz) ve cinsiyete (erkekler genellikle kadınlardan daha genç ölür ve bunun dikkate alınması gerekir) göre düzeltilir. Ayrıca, ölüm oranları ya bebek ölüm oranları gibi yaşa özgü ya da ani ölüm oranları gibi hastalığa özgü olacak şekilde üretilebilir. Çalışılan nüfus doğru bir şekilde belirlendiği, düzeltildiği ve spesifik olduğu sürece, ölüm oranları kolay erişilebilir ve basit bir ölçüm sağlar: ölüm iyi ve güvenilir bir sonuçtur.

Morbidite oranları

Laboratuvar ve klinik araştırmacıları ile epidemiyologlar ölüm oranlarını sağlık durumunun mükemmel bir ölçütü olarak kabul edebilirler. Ancak, sosyal bilimcilerin tıp dünyasıyla yana gelmesi bu pozisyona meydan okuyarak şu soruyu gündeme getirmiştir: "Sağlık gerçekten de sadece ölümün olmaması mıdır? Buna yanıt olarak, hastalık üzerine artan bir odaklanma olmuştur. Ancak, ölüm oranlarına odaklanmanın doğasında bulunan basitlik vurgusu doğrultusunda, birçok hastalık ölçümü hala sayım ve kayıt yöntemlerini kullanmaktadır. Örneğin, hastalık yaygınlık oranlarının pahalı ve zaman alıcı üretimi, belirli bir nüfus içinde kaç kişinin belirli bir sorundan muzdarip olduğunu basitçe saymak için büyük "vaka" anketlerini içerir. Benzer şekilde, hastalık devamsızlık oranları sadece hastalık nedeniyle kaybedilen günleri sayar ve vaka yükü değerlendirmeleri belirli bir zaman dilimi içinde pratisyen hekimlerini veya hastanelerini ziyaret eden kişilerin sayısını sayar. Bu tür morbidite oranları genel nüfus düzeyinde ayrıntılar sağlar. Bununla birlikte, morbidite her bir birey için işlevsellik ölçütleri kullanılarak da ölçülür.

İşlevsellik ölçümleri

İşlevsellik ölçümleri "Aşağıdaki görevleri ne ölçüde yapabiliyorsunuz?" sorusunu sorar ve genellikle günlük yaşam aktivitesi ölçekleri (ADL'ler) olarak adlandırılır. Örneğin, Katz ve arkadaşları (1970) yaşlılarda işlevsellik düzeylerini değerlendirmek için günlük yaşam aktiviteleri indeksini tasarlamıştır. Bu ölçek terapist ve/veya bakımının doldurması için geliştirilmiştir ve değerlendiriciden bireyi banyo, giyinme, kontinans ve beslenme gibi bir dizi boyutta değerlendirmesini istemiştir. ADL'ler ayrıca bireylerin kendilerinin doldurması için de geliştirilmiştir ve "Yıkanırken/turnak keserken/otobüse yetişmek için koşarken/merdiven inip çıkarken zorlanıyor musunuz ya da zorlanır mıydınız?" gibi sorular içerir. İşlevsellik ölçümleri ya tek başlarına ya da öznel sağlık durumu ölçümlerini içeren daha karmaşık bir değerlendirmenin parçası olarak uygulanabilir.

Öznel sağlık durumu

Son yıllarda, sağlık durumu ölçümleri giderek artan bir şekilde öznel sağlık durumu ölçümlerini tercih etmektedir ve bunların hepsinin ortak bir noktası vardır: bireylerden sağlıklarını değerlendirmelerini istemektedirler. Bunlardan bazıları öznel sağlık ölçümleri olarak adlandırılırken, diğerleri yaşam kalitesi ölçekleri veya sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri olarak adlandırılmaktadır. Bununla birlikte, öznel sağlık durumu ve yaşam kalitesi alanındaki literatür iki ana soruyla boğuşmaktadır: "Yaşam kalitesi nedir?" ve "Nasıl ölçülmelidir?"

Yaşam kalitesi nedir?

'Yaşam kalitesi' terimi üzerine yapılan bir Medline aramasının raporları, kullanımında 40 atıftan (1966-74) 1907 atıfa (1981-85) ve 5078 atıfa (1986-90) bir artış olduğunu göstermektedir (Albrecht 1994). Yaşam kalitesinin revaçta olduğu açıktır. Ancak, bugüne kadar gerçekte ne olduğu konusunda bir fikir birliği yoktur. Örneğin, 'hastalık, yaralanma, tedavi veya politikadan etkilenen bozukluklar, fonksiyonel durumlar, algılar ve sosyal fırsatlar tarafından değiştirilen yaşam süresine verilen değer' (Patrick ve Ericson 1993), 'kişinin yaşamını karakterize eden özelliklerin olumlu veya olumsuzluğunun kişisel bir ifadesi' (Grant vd. 1990) ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından 'kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri ve çevresindeki göze çarpan özelliklerle olan ilişkisinden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavram' olarak tanımlanmıştır (WHOQoL Group 1993). Ayrıca, bazı araştırmacılar yaşam kalitesi kavramlarını birbirinin yerine kullanılabilecek kavramlar olarak ele alırken, diğerleri bunların ayrı olduğunu savunmaktadır (Bradley 2001).

Tanımlamayla ilgili bu tür sorunlar, yaşam kalitesini operasyonel hale getirmenin çeşitli yollarıyla sonuçlanmıştır. Örneğin, kabul edilebilir bir yaşam kalitesi tanımına ilişkin tartışmaların ardından, Avrupa Kanseri Tedavisi Araştırma Örgütü yaşam kalitesini 'fonksiyonel durum, kanser ve tedaviye özgü semptomlar, psikolojik sıkıntı, sosyal etkileşim, finansal/ekonomik etki, algılanan sağlık durumu ve genel yaşam kalitesi' açısından operasyonel hale getirmiştir (Aaronson ve ark. 1993). Bu doğrultuda, ölçümleri bu farklı boyutları yansıtan maddelerden oluşmuştur. Benzer şekilde, Rand Corporation sağlık bataryaları üzerinde çalışan araştırmacılar da yaşam kalitesini 'fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlamaları, duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlamaları, ruh sağlığı, enerji/canlilik, ağrı ve genel sağlık algısı' olarak operasyonel hale getirmiş ve ölçeklerinin temel boyutlarını oluşturmuşlardır (örn. Stewart ve Ware 1992). Ayrıca, Fallowfield (1990) yaşam kalitesinin dört ana boyutunu psikolojik (ruh hali, duygusal sıkıntı, hastalığa uyum), sosyal (ilişkiler, sosyal ve boş zaman aktiviteleri), mesleki (ücretli ve ücretsiz iş) ve fiziksel (hareketlilik, ağrı, uyku ve iştah) olarak tanımlamıştır.

Kavramsal bir çerçeve oluşturma

Yaşam kalitesinin tanımlanmasındaki sorunlara cevaben, araştırmacılar son zamanlarda bu yapı için daha net bir kavramsal çerçeve oluşturmaya çalışmışlardır. Özellikle, araştırmacılar yaşam kalitesi ölçümlerini ya ölçümü kimin yaptığına göre ya da ölçümün nesnel veya öznel olarak kabul edilip edilmediğine göre ayırmışlardır.

Tedbiri kim tasarlıyor?

Browne ve diğerleri (1997) standart ihtiyaçlar yaklaşımı ile psikolojik süreçler perspektifi arasında ayrım yapmıştır. Bunlardan ilki, 'iyi ya da kötü yaşam kalitesini neyin oluşturduğu konusunda bir fikir birliği olduğu ya da en azından araştırma yoluyla keşfedilebileceği' varsayımına dayandığı şeklinde tanımlanmaktadır (Browne vd. 1997: 738). Buna ek olarak, standart ihtiyaçlar yaklaşımı yaşam kalitesinin merkezinde isteklerden ziyade ihtiyaçların olduğunu ve bu ihtiyaçların araştırmacılar da dahil olmak üzere herkes için ortak olduğunu varsayar. Buna karşılık, psikolojik süreçler yaklaşımı yaşam kalitesini 'yaşamın kişisel olarak göze çarpan yönlerinin bireysel değerlendirmelerinden inşa edilen' bir şey olarak görmektedir (Browne vd. 1997: 737). Bu nedenle Browne ve arkadaşları yaşam kalitesi ölçümlerini ya araştırmacılar ya da bireylerin kendileri tarafından tasarlanan ölçümler olarak kavramsallaştırmıştır.

Ölçüm nesnel mi yoksa öznel mi?

Muldoon ve arkadaşları (1998) yaşam kalitesi için, değerlendirilen alanların nesnel olarak doğrulanabilme derecesine dayanan alternatif bir kavramsal çerçeve sunmuştur. Yaşam kalitesi ölçümlerinin nesnel işlevselliği değerlendirenler ve öznel refahı değerlendirenler olarak ikiye ayrılması gerektiğini savunmuşlardır. Bunlardan ilki, bireyin işlevsellik düzeyini tanımlayan ve doğrudan gözlemlenen davranışsal performansla göre doğrulanması gerektiğini savundukları ölçümleri yansıtırken, ikincisi bireyin kendi iyi olma haline ilişkin kendi değerlendirmesini tanımlamaktadır.

Bu nedenle, yaşam kalitesi ölçümlerini çevreleyen sorunları açıklığa kavuşturmak için bazı ilerlemeler kaydedilmiştir. Bununla birlikte, araştırmacılar ve klinisyenler arasında bir fikir birliği oluşana kadar, yaşam kalitesinin ne olduğu ve yaşam kalitesinin öznel sağlık durumu ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden farklı olup olmadığı belirsizliğini korumaktadır. Aslında, Annas (1990) bu terimi kullanmayı tamamen bırakmamız gerektiğini savunmuştur. Ancak, 'yaşam kalitesi', 'öznel sağlık durumu' ve 'sağlıkla ilgili yaşam kalitesi' kullanılmaya ve ölçümleri yapılmaya devam etmektedir. Geliştirilen ölçüm yelpazesi şimdi (1) tek boyutlu ölçümler ve (2) çok boyutlu ölçümler açısından ele alınacaktır.

Nasıl ölçülmelidir?

Tek boyutlu ölçümler

Birçok ölçüm sağlığın belirli bir yönüne odaklanmaktadır. Örneğin Goldberg (1978) genel sağlık anketini (GHQ) geliştirmiştir ve bu ankette "Son zamanlarda: yaptığınız işe konsantre olabildiniz mi/insanlarla sohbet etmek için çok zaman harcadınız mı/ kendinizi mutlu ya da depresif hissettiniz mi?" gibi sorular sorarak ruh halinizi değerlendirmektedir. GHQ'nun 30, 28 veya 20 maddeden oluşan uzun formları ve 12 maddeden oluşan kısa formu mevcuttur. Kısa form genel olarak ruh halini araştırmak için kullanılırken ve bireyin göreceli ruh h a l i n e ilişkin sonuçlar verirken (yani, kişi normalden daha iyi mi yoksa daha kötü mü?), uzun formlar 'durumsallığı' tespit etmek için kullanılmıştır (yani, kişi depresyonda mı değil mi?). Diğer tek boyutlu ölçümler arasında şunlar yer almaktadır: hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADS) (Zigmond ve Snaith 1983) ve Beck depresyon envanteri (BDI) (Beck v d . 1961); ağrı düzeylerini değerlendiren McGill ağrı anketi (Melzack 1975); öz saygı ölçeği (Rosenberg 1965) ve öz saygı envanteri (Coopersmith 1967) gibi öz saygı ölçümleri; sosyal destek ölçümleri (örn. Sarason ve ark. 1983, 1987); hayattan memnuniyet ölçümleri (örn. Diner ve ark. 1985); ve semptom ölçümleri (örn. deHaes ve ark. 1990). Dolayısıyla, bu tek boyutlu ölçümler sağlığı, sağlığın belirli bir yönü açısından değerlendirir ve kendi başlarına veya diğer ölçümlerle birlikte kullanılabilir.

Çok boyutlu ölçümler

Çok boyutlu ölçümler sağlığı en geniş anlamda değerlendirir. Ancak bu, bu tür ölçümlerin her zaman uzun ve karmaşık olduğu anlamına gelmez. Örneğin, araştırmacılar genellikle "Sağlığınızın mükemmel/iyi/fena olmadığını söyleyebilir misiniz?" veya "Mevcut sağlık durumunuzu 'kötü' ile 'mükemmel' arasında değişen bir ölçekte değerlendirin" gibi tek bir madde kullanmaktadır. Ayrıca, bazı araştırmacılar katılımcılardan 'mümkün olan en iyi' ile 'mümkün olan en kötü' arasında bir ölçekte sağlıkları hakkında göreceli bir yargıda bulunmalarını istemektedir. Bu basit ölçümler daha uzun ölçümler kadar detay vermese de, diğer daha karmaşık ölçümlerle yüksek korelasyon gösterdikleri ve bir sonuç ölçütü olarak faydalı oldukları gösterilmiştir (Idler ve Kasl 1995).

Temelde, araştırmacılar bileşik ölçekler kullanma eğiliminde olmuştur. Yaşam kalitesini tanımlamanın birçok yolu olduğundan, birçok farklı ölçüm geliştirilmiştir. Bazıları yaşlılar (Lawton 1972, 1975; McKee ve ark. 2002), çocuklar (Maylath 1990; Jirojanakul ve Skevington 2000) veya yaşamın son yılındaki kişiler (Lawton ve ark. 1990) gibi belirli popülasyonlara odaklanmaktadır. Diğerleri ise diyabet (Brook vd. 1981; Bradley 1996; Bradley vd. 1999), artrit (Meenan vd. 1980), kalp hastalığı (Rector vd. 1993), HIV (Skevington ve O'Connell 2003) ve böbrek hastalığı (Bradley 1997) gibi belirli hastalıklara odaklanmaktadır. Buna ek olarak, tüm bireylere uygulanabilecek genel yaşam kalitesi ölçümleri de geliştirilmiştir. Bunlar arasında Nottingham sağlık profili (NHP) (Hunt vd. 1986), kısa form 36 (SF36) (Ware ve Sherbourne 1992), hastalık etki profili (SIP) (Bergner vd. 1981) ve WHOQoL-100 (Skevington 1999; Skevington vd. 2004a, 2004b) bulunmaktadır. Bu genel ölçümleri kullanan araştırmalar, farklı kültürlerden gelen, farklı sağlık düzeylerine ve farklı ekonomik güvence düzeylerine sahip kişilerde yaşam kalitesini incelemiştir (örn. Skevington ve ark. 2004a, 2004b). Tüm bu ölçütler çok geniş kapsamlı oldukları ve bu nedenle her şeyi kapsayan, muğlak ve odaksız bir yaşam kalitesi tanımına yol açtıkları için eleştirilmiştir. Buna karşılık, çok odaklı oldukları ve yaşam kalitesinin ilgili birey için özel öneme sahip olabilecek yönlerini potansiyel olarak gözden kaçırdıkları için de eleştirilmişlerdir. Özellikle, bireylerden önceden tanımlanmış bir dizi soruyu yanıtlamalarını ve araştırmacılar tarafından geliştirilen ifadeleri derecelendirmelerini isteyerek, bireyin kendi endişelerinin gözden kaçırılabilceği öne sürülmüştür. Bu durum, bireysel yaşam kalitesi ölçümlerinin geliştirilmesine yol açmıştır.

Bireysel yaşam kalitesi ölçümleri

Öznel sağlık durumu ölçümleri bireyin kendi sağlığını değerlendirmesini ister. Bu, bakıcılar, araştırmacılar veya bir gözlemci tarafından doldurulan mortalite, morbidite ve çoğu işlevsellik ölçümlerinin aksine bir durumdur. Bununla birlikte, bu tür ölçümler bireylerin kendi sağlıklarını değerlendirmelerini sağlasa da, hangi boyutlarda değerlendireceklerini seçmelerine izin vermez. Örneğin, bir bireyin iş hayatını soran bir ölçüm, işin bu kişi için önemli olduğunu varsayar, ancak bu kişi çalışmak istemeyebilir. Dahası, aile hayatını soran bir ölçek, ailesini görmediği için mutlu olan birine soruyu yöneltiyor olabilir. Araştırmacı olan bir grup birey, başka bir grup bireyin yaşam kalitesi için neyin önemli olduğunu nasıl bilebilir? Bu bakış açısı doğrultusunda araştırmacılar, deneklerden sadece kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerini değil, aynı zamanda hangi boyutlarda değerlendirilmeleri gerektiğini de tanımlamalarını isteyen bireysel yaşam kalitesi ölçümleri geliştirmişlerdir. Bu tür bir ölçüm olan bireysel yaşam kalitesini değerlendirme programı (SEIQoL) (McGee ve ark. 1991; O'Boyle ve ark. 1992), deneklerden yaşamlarında kendileri için önemli olan beş alanı seçmelerini, bunları önem derecelerine göre ağırlıklandırmalarını ve ardından her bir boyuttan şu anda ne kadar memnun olduklarını derecelendirmelerini istemektedir (bkz. bir sonraki sayfadaki **Araştırma Odağı 17.1**).

Sağlık durumu mortalite oranları, morbidite, işlevsellik düzeyleri ve öznel sağlık ölçümleri açısından değerlendirilebilir. Öznel sağlık ölçümleri, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleriyle önemli ölçüde örtüşmektedir. Bu farklı ölçümler, bir dizi perspektif arasında bir geçişi göstermektedir (bkz. şekil 17.1).



Teoriyi pratiğe dökmek - kalça protezi ameliyatını değerlendirmek

Kalça protezi uygulanan hastalarda bireysel yaşam kalitesi (O'Boyle ve ark. 1992).

Bu makale, psiko-mantıksal bir çerçevede geliştirilen bir ölçüm aracının cerrahi bir müdahalenin etkisini değerlendirmek için nasıl kullanılabileceğini göstermesi açısından ilginç bir çalışmadır. Ayrıca, bileşik ölçeklerin kullanımını bireysel bir yaşam kalitesi ölçeği ile karşılaştırmıştır.

Arka plan

Çok sayıda yaşam kalitesi ölçümü mevcut olup, bunların çoğu hastalardan bir grup araştırmacının yaşam kalitesini yansıttığını düşündüğü bir dizi ifadeyi derecelendirmelerini istemektedir. Ancak bu yaklaşımın gerçekten hastanın ne düşündüğüne ulaşip ulaşmadığı belirsizdir. Bu nedenle O'Boyle ve arkadaşları (1992) kendi yaşam kalitesi ölçütlerini geliştirmişlerdir ve bu ölçüt hastaların kendilerinden kendileri için neyin önemli olduğuna karar vermelerini istemektedir. Buna bireysel yaşam kalitesi değerlendirme çizelgesi (SEIQoL) adı verilmiştir. Ayrıca, yazarlar SEIQoL kullanarak elde ettikleri sonuçları daha geleneksel değerlendirme araçlarıyla karşılaştırmak istemişlerdir: 'SEIQoL'un "Hasta ne düşünüyor?" sorusuna cevap verip veremeyeceğini bilmek istedik. '.

Metodoloji

Konular

Dublin'de bir hastaneye kalça osteoartriti nedeniyle başvuran ardışık hastalardan çalışmaya katılmaları istenmiştir. Bunlar yaş, cinsiyet ve sınıf açısından yerel genel muayenehanelerden kontrol denekleriyle eşleştirildi. Çalışma, kalça protezi ameliyatı geçiren 20 denek ve 20 kontrol grubundan oluşmuştur.

Tasarım

Çalışmada, tek taraflı total kalça protezi ameliyatından önce (başlangıç) ve sonra (altı aylık takip) tamamlanan ölçümlerle tekrarlanan ölçümler tasarımı kullanılmıştır.

Önlemler

Denekler başlangıçta ve takipte aşağıdaki ölçümleri tamamlamıştır:

- *Bireysel yaşam kalitesi.* Bu, aşağıdaki aşamaları içermektedir. İlk olarak, deneklerden yaşam kaliteleri için en önemli olduğunu düşündükleri beş yaşam alanını listelemeleri istenmiştir. İkinci olarak, deneklerden her bir alanı şu anki durumlarına göre 'olabildiğince iyi' ile 'olabildiğince kötü' arasında değişen bir şekilde derecelendirmeleri istenmiştir. Son olarak, her bir yaşam alanını ağırlıklandırmak için deneklere, seçilen beş alanla etiketlenmiş, rastgele oluşturulmuş 30 varsayımsal insan profili sunulmuş ve bu insanların her birinin yaşam kalitesini derecelendirmeleri istenmiştir. Bu üç derecelendirme daha sonra toplam yaşam kalitesi puanını hesaplamak için kullanılmıştır (yani her bir mevcut derecelendirme toplanmış ve alan başına ağırlıklandırma ile çarpılmıştır).
- *Global sağlık durumu.* Denekler fiziksel, sosyal ve duygusal işlevselliği değerlendiren McMaster sağlık indeksi anketini doldurmuştur (Chambers ve ark. 1982).
- *Hastalığa özgü sağlık durumu.* Denekler, işlevselliğin dokuz yönünü değerlendiren artriti etki ölçeğini doldurmuştur: hareketlilik, fiziksel aktivite, el becerisi, ev aktiviteleri, sosyal aktivite, günlük yaşam aktiviteleri, ağrı, anksiyete ve depresyon (Meenan ve ark. 1980).

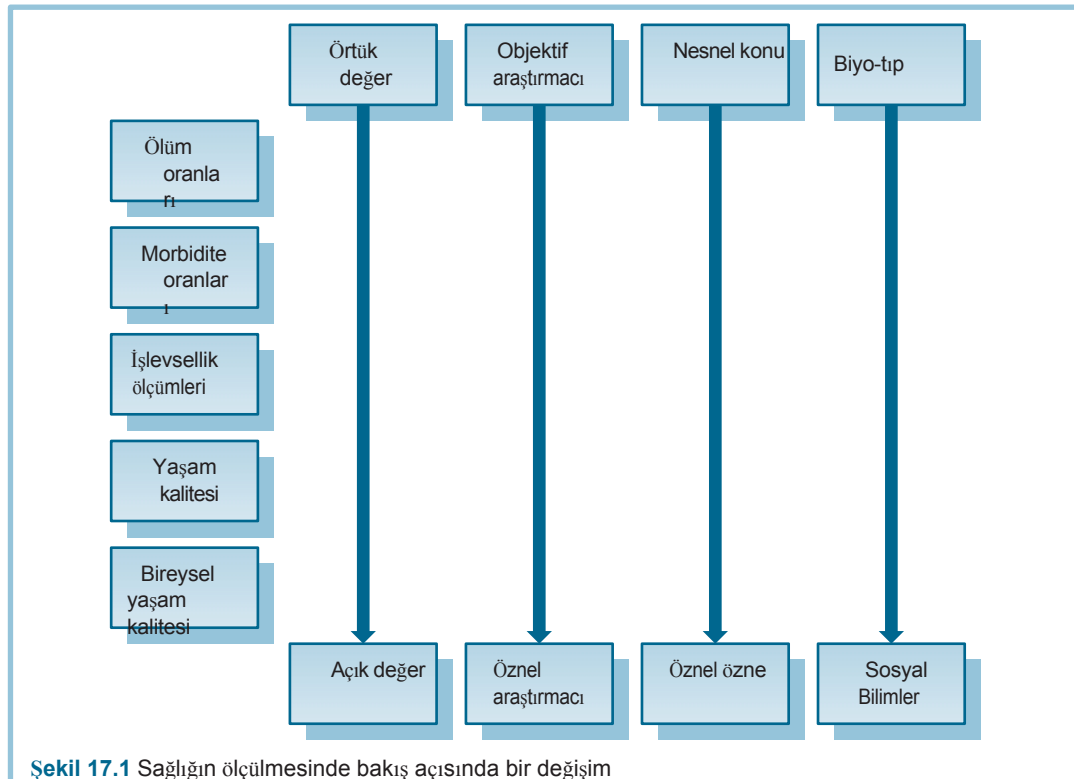
Sonuçlar

Sonuçlar, bireysel yaşam kalitesi ölçeğinin bir parçası olarak seçilen yaşam alanları açısından analiz edilmiş ve kalça protezi operasyonunun etkisi, başlangıçtan takibe kadar tüm ölçümlerdeki değişiklikler ve bu değişikliklerde hastalar ile kontroller arasındaki farklılıklar açısından değerlendirilmiştir.

- *Seçilen yaşam alanları.* Sosyal/boş zaman aktiviteleri ve aile her iki grup tarafından da en sık aday gösterilen alanlar olmuştur. Mutluluk, entelektüel işlev ve yaşam koşulları en az sıklıkla aday gösterilmiştir. Sağlık, bağımsızlık ve finansmanı daha sık değerlendiren hastalara kıyasla kontrol grubu tarafından daha sık aday gösterilmiştir.
- *Kalça protezi ameliyatının etkisi.* Sonuçlar, kalça protezi ameliyatının ardından tüm yaşam kalitesi ölçümlerinin iyileştiğini göstermiştir.

Sonuç

Yazarlar, kendi bireysel yaşam kalitesi ölçümlerinin hastaların görüşlerini ortaya çıkarmak için kullanılabileceği ve ayrıca zaman içinde yaşam kalitesindeki değişiklikleri tespit edebileceği sonucuna varmıştır. Ayrıca, "SEIQoL gibi hasta merkezli bir ölçümün, özellikle de ortaya çıkarılan ipuçlarının önemli bir avantajı, tüm hastalar, hastalıklar ve hastalıklar için uygulanabilir olması ve herhangi bir kültüre özgü olmamasıdır". Dolayısıyla bu çalışma, cerrahi bir prosedürün etkinliğinin değerlendirilmesinde bireysel bir yaşam kalitesi ölçütünün kullanışlılığını göstermektedir.



Şekil 17.1 Sağlık ölçülmesinde bakış açısında bir değişim

Bakış açısında bir değişim

Değer

Ölüm oranlarından öznel sağlık ölçümlerine geçiş, örtük değerden bu değeri açık hale getirme girişimlerine doğru bir geçişi temsil etmektedir. Örneğin, mortalite ve morbidite ölçümleri, ölçtükleri şeyin mutlak bir sağlık endeksi olduğunu varsaymaktadır. Üzerinde çalışılan deneklere "Merdivenleri çıkamamanız kötü bir şey mi?" ya da yakınlarına "Ölmek istediler mi?" diye sorulmaz. Öznel sağlık ölçümleri, "Yapmak istediğiniz şeyleri yapmanız ne ölçüde engelleniyor?" sorusunu sorarak üzerinde çalışılan yapıların içindeki değeri açık hale getirmeye çalışır.

Öznenin öznelliği

Mortalite ve morbidite ölçümlerinin, önyargılarla kirlenmemiş bir gerçekliğe erişen objektif bilimsel ölçümler olduğu varsayılmaktadır. Buna karşın, öznel ölçümler bu yanlılığı ilgilendikleri şeyin özü haline getirmektedir. Örneğin, mortalite verileri hastane kayıtlarından veya ölüm belgelerinden alınır ve morbidite derecelendirmeleri genellikle üzerinde çalışılan bireylerden ziyade sağlık profesyonelleri tarafından yapılır. Ancak öznel sağlık ölçümleri bireylere kendi deneyimlerini ve inançlarını "Sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?" veya "Nasıl hissediyorsunuz?" şeklinde sorar. Objektif olma iddiası taşımazlar ve bireylerin inançlarını dışlamaya çalışmak yerine onları odak noktası haline getirirler.

Araştırmacının öznelliği

Buna ek olarak, sağlık durumu ölçümlerinin araştırmacıyı kavramsallaştırma biçimlerinde de bir değişim söz konusudur. Örneğin, mortalite ve morbidite oranlarının, bunları kimin topladığından bağımsız olarak tutarlı olduğu varsayılır; araştırmacının nesnel bir kişi olduğu varsayılır. Öznel ölçümler ise araştırmacının öznelliği konusunu ele almaya çalışır. Örneğin, öz bildirim anketleri ve kapalı soruların kullanımı araştırmacı girdisini en aza indirmeyi amaçlamaktadır. Ancak, sorulan sorular ve verilen yanıt çerçeveleri hala araştırmacı tarafından seçilmektedir. Buna karşın, SEIQoL (O'Boyle ve ark. 1992) deneğe boş bir sayfa sunmakta ve kendi ölçeğini oluşturmasını istemektedir.

Sağlık tanımı

Son olarak, bu tür değişimler biyotıp ve sağlık psikolojisinin farklı perspektiflerini özetlemektedir. Bu nedenle, sağlık durumu ölümün varlığı ya da yokluğu olarak kabul edilirse, ölüm oranları uygun bir değerlendirme aracı sağlar. Ölüm güvenilir bir sonuç değişkenidir ve mortalite yaklaşık olarak basittir. Ancak sağlık durumu bundan daha karmaşık olarak kabul edilirse, daha karmaşık ölçümlere ihtiyaç duyulur. Morbidite oranları sağlık ve hastalığın süreklilik modelini açıklar ve daha gri alanların değerlendirilmesini kolaylaştırır ve hatta bazı morbidite ölçümleri sağlığın öznel doğasını kabul eder. Bununla birlikte, sağlık psikolojisi sağlık durumunu yalnızca bireylerin kendileri tarafından seçilebilecek ve değerlendirilebilecek karmaşık bir dizi faktörden oluşuyor olarak görüyorsa, o zaman yalnızca bireylerin kendilerinden kendi sağlıklarını derecelendirmelerini isteyen ölçümlerin sağlığın ne anlama geldiğine dair bir sağlık psikolojisi modeliyle tam olarak uyumlu olduğu iddia edilebilir.

Araştırmalarda yaşam kalitesinin kullanılması

Yaşam kalitesi ölçümleri, öznel sağlık ölçümleri ve hem basit hem de birleşik ölçekler şeklinde, sağlık psikolojisi ve tıbbi sosyoloji alanındaki birçok tartışmada merkezi bir rol

oynamaktadır,

Kutu 17.1 ... sağlık durumu araştırmaları ile ilgili bazı sorunlar

Aşağıda, bu alandaki araştırmalarla ilgili göz önünde bulundurmak isteyebileceğiniz bazı sorunlar yer almaktadır.

- 1 Sağlık durumu, ya önceden tanımlanmış alanları içeren ya da alanları oluşturmak için bireyin kendisine güvenen araçlar kullanılarak ölçülebilir. Her ikisi de sorunludur.
- 2 Yaşam kalitesi ölçümleri bazen önemli alanları kaçırdıkları ve çok basit oldukları için eleştirilmektedir. Bazen de aşırı kapsayıcı, hantal ve kullanımı zor oldukları için eleştirilirler. Bu nedenle ölçüm seçimi pragmatik olmalı ve mükemmel teorik ilkelerden ziyade belirli bir kişinin belirli bir zamanda tamamlayabildiği kabul edilen şeyeye dayanmalıdır.
- 3 Sağlık sonuçlarını ölçen araştırmalar genellikle bir dizi sağlık durumu, yaşam kalitesi ve fizyolojik ölçümleri içerir. Çoğu zaman bu ölçümler birbiriyle çelişir. Örneğin, bir müdahale uzun ömürlülüğü artırabilirken, yaşam kalitesi için zararlı olabilir. Bu farklı sonuçların nasıl birleştirileceği belirsizdir ve sağlık profesyonelleri için çalışma veya kafa karışıklığına neden olabilir.

birinci basamak sağlık hizmetleri ve klinik tıp. Finanse edilen çalışmaların çoğunun artık sonuç değişkenleri arasında yaşam kalitesinin bir ölçüsünü de içermesi gerekmektedir ve yalnızca ölüm oranına odaklanan müdahaleler genellikle dar ve eski moda olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, yakın zamanda yapılan bir literatür analizi, yayınlanmış çalışmaların büyük çoğunluğunun hala yaşam kalitesine ilişkin verileri rapor etmediğini ortaya koymuştur (Sanders ve ark. 1998). Örneğin, 1980'den 1997'ye kadar Cochrane Kontrollü Çalışmalar Kaydı'nın değerlendirilmesinin ardından Sanders ve arkadaşları (1998), yaşam kalitesi verilerinin raporlanma sıklığının tüm disiplinlerdeki çalışmalar için yüzde 0,63'ten yüzde 4,2'ye, kanser çalışmaları için yüzde 1,5'ten yüzde 8,2'ye ve kardiyovasküler çalışmalar için yüzde 0,34'ten yüzde 3,6'ya yükselmesine rağmen, tüm çalışmaların yüzde 5'inden daha azının yaşam kalitesine ilişkin veri raporladığını bildirmiştir. Dahası, bu oranın kanser çalışmaları için bile yüzde 10'un altında olduğunu göstermişlerdir. Buna ek olarak, çalışmaların yüzde 72'sinde yerleşik yaşam kalitesi ölçümleri kullanılırken, yüzde 22'sinde yazarların kendileri tarafından geliştirilen ölçümlerin kullanıldığını belirtmişlerdir. Dolayısıyla, yaşam kalitesinin revaçta olmasına ve sonuç araştırmalarının gerekli bir parçası olmasına rağmen, hala yeterince kullanılmadığı görülmektedir. Bir yaşam kalitesi ölçütü içeren çalışmalarda, bu esas olarak bir sonuç değişkeni olarak kullanılmakta ve veriler, müdahalenin yaşam kalitesi de dahil olmak üzere bireyin sağlık durumu üzerinde bir etkisi olup olmadığını değerlendirmek için analiz edilmektedir.

Bir sonuç ölçütü olarak yaşam kalitesi

Araştırmalar, bir dizi müdahalenin bireyin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tekrarlanan ölçümler tasarımı kullanarak incelemiştir. Örneğin, bir meme küçültme ameliyatı çalışmasında kadınların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır (Klassen ve ark. 1996). Çalışmaya, çoğunlukla fiziksel nedenlerle plastik cerrahi için sevk edilen 166 kadın katılmış ve sağlık durumları genel yaşam kalitesini değerlendirmek için SF36, ruh halini değerlendirmek için 28 maddelik GHQ ve Rosenberg'in öz saygı ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar, kadınların operasyondan önce ve sonra genel popülasyondaki kontrol grubu kadınlara kıyasla önemli ölçüde daha iyi yaşam kalitesi bildirdiklerini ve ayrıca operasyonun kadınların fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliklerinde, psikiyatrik morbidite için 'vakalılık' düzeyleri de dahil olmak üzere bir iyileşme ile sonuçlandığını göstermiştir. Buna göre yazarlar, meme küçültme ameliyatının yaşam kalitesi açısından faydalı olduğu ve NHS satın alma sözleşmelerine dahil edilmesi gerektiği sonucuna varmışlardır.

Yaşam kalitesi, hastalığa özgü randomize kontrollü çalışmalar için de bir sonuç değişkeni olarak dahil edilmiştir. Örneğin, Grunfeld ve diğerleri (1996), hastalara yaşam kalitesi sağlamanın göreceli etkisini incelemiştir.

Meme kanseri olan kadınların hastane (rutin bakım) ya da birinci basamak takipleri. Çalışmaya remisyonda olan 296 meme kanserli kadın dahil edilmiş ve bu kadınlar hastanede ya da pratisyen hekimleri tarafından takip edilmek üzere rastgele dağıtılmıştır. Yaşam kalitesi SF36 ve HADS'den bazı boyutlar kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar, genel pratisyenlik bakımının yaşam kalitesinde herhangi bir bozulma ile ilişkili olmadığını göstermiştir. Ayrıca, kanser nüksünün teşhisi için geçen sürenin artmasıyla da ilişkili bulunmamıştır. Bu nedenle yazarlar, meme kanseri remisyondaki kadınların genel muayenehane bakımının hastane bakımı kadar iyi olduğu sonucuna varmışlardır.

Diğer çalışmalar, çeşitli hastalıklar için bir müdahalenin etkisini araştırmıştır. Örneğin, DAFNE çalışma grubu (2002) diyabet hastalarına diyet özgürlüğü ve insülin ayarlamasını birleştiren esnek yoğun tedavinin (normal beslenme için doz ayarlaması - DAFNE) öğretilmesinin etkisini araştırmıştır. Sonuçlar, öz yönetime yönelik bu yaklaşımın hem hastaların glisemik kontrolünü hem de takipteki yaşam kalitelerini iyileştirdiğini göstermiştir. Shepperd ve arkadaşları (1998) da yaşam kalitesini bir sonuç ölçütü olarak kullanmıştır. Kalça protezi, diz protezi ve histerektomi dahil olmak üzere bir dizi sorunu olan hastalar için evde ve hastanede bakımın göreceli etkinliğini incelemişlerdir. Yaşam kalitesi SF36 ve hastalığa özgü ölçümler gibi araçlar kullanılarak değerlendirilmiş ve sonuçlar üç aylık takipte iki grup arasında fark olmadığını göstermiştir. Bu nedenle yazarlar, evde ve hastanede bakım arasında yaşam kalitesi açısından önemli bir fark yoksa, bu farklı bakım biçimlerinin maliyetinin önemli bir faktör haline geldiği sonucuna varmışlardır.

Yaşam kalitesinin bir sonuç ölçütü olarak kullanılmasıyla ilgili sorunlar

Araştırmalar, farklı tasarımlara sahip olan ve belirli hastalıklara odaklanan ya da bir dizi sorunu içeren çalışmalarda yaşam kalitesini bir sonuç ölçütü olarak kullanmaktadır. Ancak, bu tür çalışmalarla ilgili aşağıdaki sorunlar bulunmaktadır:

- Farklı çalışmalar yaşam kalitesini ölçmek için farklı yöntemler kullanmaktadır: çalışmalar arasında genelleme yapmak zordur.
- Bazı çalışmalar 'yaşam kalitesi' terimini kullanırken, diğerleri 'özel sağlık durumu' terimini kullanmaktadır: çalışmalar arasında genelleme yapmak zordur.
- Bazı çalışmalar, farklı yaşam kalitesi ölçümlerinden elde edilen ve birbirine zıt yönde olan sonuçlar bildirmektedir: sonuç çıkarmak zordur.
- Bazı çalışmalar, mortalite veya morbidite verilerinin tersi yönde olan yaşam kalitesi ölçümlerinden elde edilen sonuçları rapor etmektedir: bir müdahalenin iyi veya kötü olduğunu karar vermek zordur.

Uzun ömürlülüğün bir belirleyicisi olarak yaşam kalitesi

Yaşam kalitesinin kullanıldığı araştırmaların çoğu, yaşam kalitesinin belirleyicilerini araştırmakta ve dolayısıyla bu değişkeni son nokta olarak belirlemektedir. Bununla birlikte, yaşam kalitesinin gelecekteki olayların da bir öngörücüsü olması mümkündür. Özellikle, yaşam kalitesi uzun ömürlülüğün bir öngörücüsü olarak görülebilir. Bugüne kadar bu olasılığı doğrudan ele alan bir çalışma bulunmamakla birlikte, dolaylı olarak yaşam kalitesi ve uzun ömür arasında bir ilişki olduğunu öne süren bazı çalışmalar mevcuttur. Örneğin, bazı çalışmalar eşin ölümünden sonraki ilk altı ayda, özellikle kalp hastalığı veya intihar nedeniyle ölüm oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir (örneğin Kaprio ve ark. 1987; Schaefer ve ark. 1995; Martikainen ve Valkonen 1996). Bu durumun yaşam kalitesinin düşmesiyle ilişkili olması mümkündür. Ayrıca, bazı çalışmalar yaşam olayları ile uzun ömürlülük arasında bir bağlantı olduğunu öne sürmektedir (bkz. Bölüm 11 ve 14). Belki bu bağlantılar da yaşam kalitesi ile açıklanabilir. Dolayısıyla yaşam kalitesi sadece kendi başına bir sonuç değişkeni

değil, aynı zamanda gelecekteki diğer sonuçların da bir öngörücüsü olabilir.

Sonuç olarak

Bu bölümde sağlık durumunu ölçmenin farklı yolları incelenmiştir. Özellikle, ölüm oranları, hastalık oranları, işlevsellik ölçümleri, öznel sağlık durumu ölçümleri ve yaşam kalitesinin kullanımı incelenmiştir. Daha sonra, ölüm oranlarından yaşam kalitesine geçişin, örtük değerden açık değere geçişi, hem çalışılan özne hem de araştırmacı adına artan bir özneliği ve sağlığın tanımında biyomedikal bir dikotom modelden daha karmaşık bir psikolojik modele geçişi nasıl yansıttığı açıklanmıştır. Ayrıca, yaşam kalitesi tanımları ve bu karmaşık yapıyı değerlendirmek için geliştirilen çok çeşitli ölçekler ve bunların araştırmada kullanımı incelenmiştir.



Sorular

- 1 Ölüm oranları sağlık durumunun en doğru ölçütüdür. Tartışın.
- 2 Kişinin görüşleri sağlığın ölçülmesinin önüne geçmektedir. Tartışın.
- 3 Araştırmacının görüşleri sağlığın ölçülmesinin önüne geçiyor. Tartışın.
- 4 Yaşam kalitesi ne ölçüde faydalı bir yapıdır?
- 5 Tüm sonuç araştırmaları yaşam kalitesinin değerlendirilmesini içermeli mi?

Tartışma için

En son ne zaman yaşam kalitenizin düştüğünü hissettiğinizi düşünün. Bu sizin için ne anlama geliyordu ve mevcut tedbirlerle bu durum ele alınabilir miydi?

Sağlık psikolojisinde varsayımlar

Sağlık durumunun ölçümü, sağlık psikolojisindeki bazı varsayımların altını çizmektedir:

- 1 *Metodoloji sorunu.* Metodolojinin toplanan verilerden ayrı olduğu varsayılmaktadır. Buna göre, deneklerin kendilerine sorulmadan önce bile faktörleri yaşam kaliteleri için önemli olarak deneyimledikleri varsayılmaktadır. Aile yaşamı, fiziksel uygunluk ve işle ilgili unsurların ancak bireylerden bunları değerlendirmeleri istendiğinde önemli hale gelmesi mümkündür.
- 2 *Zihin-beden ayrımı sorunu.* Birçok sonuç araştırması hem ölüm oranını hem de yaşam kalitesini incelese de, genellikle bu iki faktörün birbirinden ayrı olduğu varsayılır. Bu nedenle araştırmalar, bir müdahalenin ya bireyin yaşam kalitesi ya da uzun ömürlülüğü üzerindeki etkisini araştırmaktadır. Yaşam kalitesinin kendisinin uzun ömürlülük üzerindeki etkisini değerlendiren çok az ilişki vardır. Bu nedenle zihni etkileyen faktörlerin bedeni etkileyenlerden ayrı olduğu düşünülmektedir.
- 3 *İlerleme sorunu.* Geçen yüzyılın başında ölüm oranları çok revaçtayken, yüzyılın sonunda yaşam kalitesi ölçümleri revaçtadır. Bu değişim çoğunlukla sağlık durumunu anlama biçimimizde bir gelişme olarak görülmektedir. Ancak bu bir gelişme olmaktan ziyade, belki de sağlığın ne olduğunu anlamlandırma biçimimizdeki bir değişimi yansıtmaktadır.

Daha fazla okuma

Bowling, A. (2005) *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*, 3. baskı. Maid- enhead: Açık Üniversite Yayınları.

Bu kitap, yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiş farklı ölçeklere son derece kapsamlı bir genel bakıştır. Ayrıca yaşam kalitesinin ne olduğu ve ölçüm yöntemleri üzerine iki ilginç bölüm de içermektedir.

Browne, J., McGee, H.M. ve O'Boyle, C.A. (1997) Conceptual approaches to the assessment of quality of life, *Psychology and Health*, 12: 737-51.

Bu makale, yaşam kalitesini kavramsallaştırmanın olası bir yolunu araştırmakta ve gelecekteki araştırmalar için ileriye dönük bir yol sunmaktadır.

Joyce, C.R.B., O'Boyle, C.A. ve McGee, H.M. (eds) (1999) *Individual Quality of Life*. Londra: Harwood.

Bu derleme kitap, yaşam kalitesinin kavramsal ve metodolojik ilkeleri hakkında ayrıntılı bilgi vermekte ve bireysel ölçümlere odaklanmaktadır. Daha sonra bu ölçümlerin kullanımına ilişkin bazı örnekler ve geleceğe yönelik bazı fikirler sunmaktadır.

Sağlık psikolojisinin varsayımları

Bölüme genel bakış

Bu kitap, sağlık psikolojisindeki bir dizi varsayımın altını çizmiştir. Bu bölüm, bu varsayımları ortaya koymakta ve bireyin değişen doğasını anlamanın bir aracı olarak bir disiplini inceleme olasılığına işaret etmektedir.

Sağlık psikolojisinin varsayımları

Bu kitap boyunca, sağlık psikolojisinin merkezinde yer alan bazı varsayımların altı çizilmiştir. Bunlar aşağıdakileri içerir.

Zihin-beden ayrımı

Sağlık psikolojisi, sağlığa bütüncül bir yaklaşım getirerek bireyin bütünlük bir modelini sunmayı amaçlar. Bu nedenle, zihin-beden ayrımına ilişkin geleneksel tıbbi modele meydan okumakta ve bir bütün olan zihin ve beden kavramını destekleyen teoriler ve araştırmalar sunmaktadır. Örneğin, inançların davranışları etkilediğini ve bunun da sağlığı etkilediğini; stresin hastalığa neden olabileceğini ve ağrının bir duyudan ziyade bir algı olduğunu öne sürmektedir. Buna ek olarak, hastalık bilişlerinin hastalıktan kurtulmayla ve başa çıkmanın da uzun ömürlülükle ilgili olduğunu savunur. Ancak bu yaklaşım gerçekten bütüncül bir bireyi temsil ediyor mu? Tüm bu bakış açıları ve bunları destekleyen araştırmalar zihin ve bedenin etkileşim içinde olduğunu gösterse de, hala ayrı olarak tanımlanmaktadırlar. Zihin, bireylerin psikolojik durumlarını (yani inançlarını, bilişlerini, algılarını) yansıtır ve bu durum bedenlerini (yani hastalığı, bedeni, bedenin sistemlerini) etkiler ancak onlardan ayırır.

Çorbayı bölüştürmek

Sağlık psikolojisi, inançlar (risk algısı, sonuç beklentileri, maliyetler ve faydalar, niyetler, uygulama niyetleri), duygular (korku, depresyon, anksiyete) ve davranışlar (sigara içme, içme, yeme, tarama) gibi değişkenleri ayrı ve ayık olarak tanımlar. Daha sonra bu değişkenlerin birbiriyle nasıl ilişkili olduğunu incelemek için modeller ve teoriler geliştirir. Örneğin, "Hangi inançlar sigara içmeyi öngörür?", "Hangi duygular tarama ile ilişkilidir?" gibi sorular sorar. Bu nedenle şunları ayırır

'çorbayı' ayrı varlıklara ayırır ve sonra onları tekrar bir araya getirmeye çalışır. Ancak, belki de psikoloji ortaya çıkana kadar bu farklı inançlar, duygular ve davranışlar birbirinden ayrı değildi. Tüm farklı inançlar arasında gerçekten bir fark var mıdır? 'Depresyondayım' düşüncesi bir biliş midir yoksa bir duygu mu? Sessizce oturup düşünürken, bir davranışta bulunuyor muyum? Sağlık psikolojisi farklılıkları varsayar ve daha sonra ilişkilendirme arar. Ancak, belki de orijinal ayırım olmadan ilişkilendirilecek hiçbir şey olmazdı!

İlerleme sorunu

Bu kitap, bağımlılıklar, stres ve tarama ile ilgili teoriler gibi teorilerin zaman içinde nasıl değiştiğini göstermiştir. Ayrıca, sosyal bilişsel modeller ve PNI alanlarındaki yeni gelişmeleri de sunmaktadır. Örneğin, ilk stres modelleri basit bir uyaran-tepki yaklaşımına odaklanmıştır. Günümüzde ise değerlendirmeye odaklanıyoruz. Ayrıca, on dokuzuncu yüzyıl bağımlılık modelleri bağımlılığın uyuşturucunun suçu olduğuna inanıyordu. Yirmi birinci yüzyılın başlarında ise bağımlılığı öğrenmenin bir ürünü olarak görüyoruz. Sağlık psikolojisi, teorideki bu değişimlerin dünya hakkındaki bilgilerimizdeki gelişmeyi temsil ettiğini varsayar. Yüz yıl öncesine göre daha fazla şey biliyoruz ve teorilerimiz daha doğru. Ancak, belki de bu tür değişiklikler dünyayı daha iyi değil, farklı görme biçimlerine işaret etmektedir. Belki de bu teoriler bize dünyayı görme konusunda daha iyi olduğumuzdan ziyade, o zamana kıyasla şimdi dünyayı nasıl gördüğümüz hakkında daha fazla şey anlatıyordur.

Metodoloji sorunu

Sağlık psikolojisinde dünya hakkında veri toplamak için araştırma yaparız. Daha sonra dünyanın nasıl olduğunu bulmak için bu verileri analiz ederiz ve metodolojilerimizin topladığımız verilerden ayrı olduğunu varsayarız. Bu doğrultuda, birine uygulama niyetlerini sorduğumuzda, biz sormadan önce böyle bir niyete sahip olduklarını varsayarız. Ayrıca, birine kaygılarını sorduğumuzda, bizimle konuşuyor ya da anketimizi yanıtlıyor olsun ya da olmasın, kaygı adı verilen bir duyguya sahip olduğunu varsayarız. Ancak, yöntemlerimizin topladığımız verilerden ayrı olduğunu nasıl bilebiliriz? Bu araştırma nesnelerinin (inançlar, duygular ve davranışlar) biz onları incelemenden önce var olduğunu nasıl bilebiliriz? Belki de dünyayı inceleyerek gerçekte neler olup bittiğini nesnel olarak incelemiyor, aslında onu değiştiriyor ve hatta belki de yaratıyoruz.

Ölçüm sorunu

Metodoloji sorununa paralel olarak ölçüm sorunu da vardır. Sağlık psikolojisinin farklı alanlarında araştırmacılar yaşam kalitesi, ağrı, stres, inanç ve davranışları değerlendirmek için araştırma araçları geliştirmektedir. Bu araçlar daha sonra araştırmacılar tarafından araştırmadaki deneklerin nasıl hissettiklerini/düşündüklerini/davrandıklarını incelemek için kullanılır. Ancak, bu süreç muazzam bir inanç sıçraması içerir - ölçüm aracımızın gerçekten orada bir şeyi ölçtüğüne dair. Bunu nasıl bilebiliriz? Belki de aracın ölçtüğü şey, sadece aracın ölçtüğü şeydir. Bir depresyon ölçeği 'depresyonu' değil, yalnızca ölçekteki puanı ölçüyor olabilir. Benzer şekilde, bir yaşam kalitesi ölçeği yaşam kalitesini değil, sadece kişinin anketi nasıl doldurduğunu değerlendiriyor olabilir.

Bireyi sosyal bağlamı ile bütünleştirmek

Psikoloji geleneksel olarak bireyin incelenmesidir. Sosyoloji geleneksel olarak sosyal bağlamın incelenmesidir. Ancak son zamanlarda, sağlık psikologları, bu bireysel ve toplumsal bağlamı bütünleştirmek için harekete geçmiştir.

bireyleri sosyal dünyalarıyla ilişkilendirir. Bunu yapmak için sosyal epidemiyolojiye (yani sınıf, cinsiyet ve etnisiteyi araştırmak), sosyal psikolojiye (yani öznel normlara) veya sosyal inşaya (yani nitel yöntemlere) yönelirler. Dolayısıyla sağlık psikologları ya demografik faktörler aracılığıyla bireylerin sosyal dünyalarındaki konumlarına erişmekte ya da bireylere sosyal dünya hakkındaki inançlarını sormaktadır. Ancak bu, bireyi sosyal dünyayla gerçekten bütünleştirir mi? Sosyal bağlam hakkındaki bir inanç hala bireyin inancıdır. Psikoloji bu entegrasyonla gerçekten başarılı olabilir mi? Eğer başarırsa hala psikoloji olur mu?

Veriler teori geliştirmek için toplanır; bu teoriler veri değildir

Sağlık psikologları veri toplar ve bireyler hakkında, örneğin sigara içme, yemek yeme, stres ve ağrı gibi konularda teoriler geliştirir. Bu teoriler daha sonra bize dünya hakkında bir şeyler söylemek için kullanılır. Ancak bu teoriler aynı zamanda veri olarak da kullanılabilir ve dünyayı incelediğimiz gibi, dünya hakkındaki teorilerimizi de inceleyebiliriz. Belki de bu bize *kendi başına* dünya hakkında değil ama onu nasıl gördüğümüz hakkında bilgi verecektir. Dahası, teorilerdeki değişiklikler bize dünyayı görme şeklimizin değiştiğini de söyleyebilir. Aynı şekilde yöntemlerimizi ve ölçüm araçlarımızı da inceleyebiliriz. Bunlar da bize son yüz yılda değişen psikoloji hakkında bir şeyler söyler mi?

Sağlık psikolojisinin farklı alanlarına ilişkin teoriler birbirinden farklıdır

Bu kitap stres, ağrı ve sağlık davranışları ile ilgili birçok teoriyi özetlemiş ancak bu teoriler arasındaki paralellikleri incelememiştir. Belki de bu farklı teoriler arasında sağlık psikolojisindeki 'şemsiye' değişiklikleri yansıtan örüntüler vardır. Belki de bu değişiklikler, psikolojik teorinin bireyi tanımlama biçiminde tutarlı değişimlere işaret etmektedir.

Bir disiplin üzerinde çalışmak

Bu nedenle sağlık psikolojisi disiplininin altında yatan birçok varsayım vardır. Bu varsayımların kabul edilmesi ve anlaşılması, araştırmaya daha eleştirel bir bakış açısının temelini oluşturur. Araştırmalardan elde edilen bulgular hafife alınmaz ve teoriler kendi içsel sınırlılıkları içinde görülebilir. Bununla birlikte, bu varsayımların kendileri araştırma için bir temel sağlar - bir disiplinin nasıl değiştiğine dair araştırma. Ayrıca bu tür bir araştırma, söz konusu disiplinin (bireyin) odak noktasının da nasıl değiştiğine dair içgörüler sağlayabilir. Bu yaklaşım, bir disiplinin sosyal açıdan incelenmesi için bir temel sağlar. Sosyologların bilim insanlarını, biyografi yazarlarının yazarları ve edebiyat kuramcılarının edebiyatı incelediği gibi, bir disiplin de incelenebilir.

Eleştirel bir sağlık psikolojisi

Geçtiğimiz birkaç yıl içinde, sağlık psikolojisinin 'eleştirel sağlık psikolojisi' olarak bilinen bir alt bölümü gelişmiştir. Bu alandaki araştırmacılar, sağlık ve hastalığı anlamaya yönelik nitel, eleştirel ve alternatif yaklaşımları vurgulamaktadır. Ayrıca, sosyal bağlamın rolünü ve sağlığın politik boyutlarını vurgulamaktadırlar. Bu bölümde ele alınan varsayımlardan bazıları eleştirel sağlık psikolojisi alanında da ele alınmaktadır.

Daha fazla okuma

Ogden, J. (1995a) Changing the subject of health psychology, *Psychology and Health*, 10: 257-65.

Bu makale, sağlık psikolojisindeki bazı varsayımları ele almakta ve teori, metodoloji ve psikolojik birey arasındaki karşılıklı ilişkiyi tartışmaktadır.

Ogden, J. (1995b) Psychosocial theory and the creation of the risky self, *Social Science and Medicine*, 40: 409-15.

Bu makale, yirminci yüzyıl boyunca psikoloji teorisinde meydana gelen değişiklikleri incelemekte ve bunları sağlık ve hastalık için risk ve sorumluluk tartışmalarıyla ilişkilendirmektedir.

Ogden, J. (1997) Psikososyal teorilerin retoriği ve gerçekliği: biyotıbbı bir meydan okuma mı?

Sağlık Psikolojisi Dergisi, 2: 21-9.

Bu makale, sağlık psikolojisinin biyotıbbı karşı belirgin meydan okumasını incelemektedir.

Ogden, J. (2002) *Sağlık ve Bireyin İnşası*. Londra: Routledge.

Bu kitap, metodoloji, ölçüm, teori ve sınırların inşasını inceleyerek hem psikolojik hem de sosyolojik teorilerin bireyi nasıl inşa ettiğini araştırmaktadır.

Eleştirel sağlık psikolojisi için okuyun:

Crossley, M. (2000) *Sağlık Psikolojisini Yeniden Düşünmek*. Buckingham: Açık Üniversite Yayınları.

Bu kitap, 'ana akım' sağlık psikolojisinin, sağlık üzerinde etkili olan bazı bağlamsal faktörleri ihmal ettiğini ve nicel metodolojilere aşırı güvendiğini savunmaktadır.

Hardey, M. (1998) *The Social Context of Health*. Buckingham: Açık Üniversite Yayınları.

Bu kitap, hem sağlık anlayışımıza hem de nasıl davranacağımıza dair verdiğimiz kararlara katkıda bulunan bir dizi sosyal faktörün rolünü araştırmaktadır.

Marks, D.F. (2002) Freedom, responsibility and power: contrasting approaches to health psychology, *Journal of Health Psychology*, 7, 5-14.

Metodoloji sözlüğü

B

Denekler arası tasarım: Bu, farklı denek grupları **arasında** karşılaştırmalar yapmayı içerir; örneğin, erkeklerle karşı kadınlar, sağlıkla ilgili bir müdahale teklif edilenlere karşı edilmeyenler.

C

Vaka-kontrol tasarımı: Bu, belirli bir özellik gösteren (örneğin akciğer kanseri - bağımlı değişken) bir grup deneğin alınmasını, bu özelliğe sahip olmayan (örneğin akciğer kanseri olmayan) bir kontrol grubunun seçilmesini ve bu iki grubun bu özelliğe neden olabilecek faktörler açısından geriye dönük olarak incelenmesini içerir (örneğin akciğer kanseri olanlar olmayanlara göre daha mı fazla sigara içiyordu?)

Koşul: deneysel çalışmalar genellikle deneklerin farklı koşullara ayrılmasını içerir; örneğin, bilgiye karşı bilgisizlik, gevşemeye karşı gevşemesizlik, aktif ilaca karşı plasebo ve kontrol koşulu.

Kesitsel tasarım: Farklı değişkenler birbirleriyle aynı zamanda ölçülüyorsa, bir çalışma kesitsel olarak tanımlanır.

D

Bağımlı değişken: bağımsız değişkenin bir sonucu olarak değiştiği görülen özellik; örneğin, davranışsal niyetlerin değiştirilmesi (bağımsız değişken) davranışta bir değişikliğe neden olur (bağımlı değişken).

E

Deneyisel tasarım: Bu, bağımsız değişken (neden) ile bağımlı değişken (etki) arasındaki ilişkiyi özellikle incelemek için değişkenlerin manipüle edildiği kontrollü bir çalışmayı içerir; örneğin, deneysel olarak indüklenen anksiyete ağrı algısını değiştirir mi?

I

Bağımsız değişken: bağımlı değişkenden değişikliğe neden olan özellik; örneğin, sigara içmek (bağımsız değişken) akciğer kanserine (bağımlı değişken) neden olur.

L

Likert ölçeği: değişkenler sayılarla (örn. 1'den 5'e kadar) veya terimlerle (örn. asla/nadiren/bazen/sık sık/çok sık) işaretlenmiş bir ölçek üzerinde ölçülebilir. Kişiden uygun noktayı işaretlemesi istenir.

Boylamsal tasarım: Bu, değişkenlerin bir başlangıç noktasında ölçülmesini ve daha sonra deneklerin daha sonraki bir zamanda takip edilmesini içerir (bazen ileriye dönük veya kohort tasarımı olarak da adlandırılır).

P

Prospektif tasarım: Bu, deneklerin belirli bir süre boyunca takip edilmesini içerir (bazen boylamsal veya kohort tasarım olarak da adlandırılır).

Q

Nitel çalışma: Bu, aşağıdaki gibi metodolojileri içerir

Deneklerden veri toplamak için görüşmeler. Nitel veriler, heterojen bir denek grubundan gelen çeşitli inanç, yorum ve davranışları bir bütün olarak popülasyona genelleme yapmadan tanımlamanın bir yoludur. Nitel çalışmaların aşağıdaki hususları daha iyi açıklayabildiğine inanılmaktadır

Araştırmacının kendi beklentileri ile verileri kirliletmeyen deneklerin inançlarına erişmek. Nitel veriler temalar ve kategoriler halinde tanımlanmıştır.

Nitel çalışma: anket ve deney gibi metodolojiler kullanılarak sayılar şeklinde veri toplanmasını içerir. Nicel veriler, büyük bir nüfusun inançlarını, yorumlarını ve davranışlarını tanımlamanın bir yoludur ve bir bütün olarak nüfus hakkında genellemeler yapılır. Nicel veriler frekanslar, ortalamalar ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ve korelasyonlar açısından tanımlanır.

R

Rastgele tahsis: Bireysel farklılıkların etkilerini en aza indirmek için denekler farklı koşullara rastgele tahsis edilir; örneğin, ilacı alan deneklerle plasebo alan ve hiçbir şey almayan deneklerin yaş ve cinsiyet açısından eşdeğer olmasını sağlamak. Plasebo alan tüm deneklerin kadın olması halinde, bu durumun sonuçları etkileyeceği açıktır.

Tekrarlanan ölçümler tasarımı:

Bu, deneklerden aynı ölçüm setini birden fazla kez tamamlamalarını istemeyi içerir; örneğin, bir sağlık bilgilendirme broşürünü okumadan önce ve sonra.

S

Denekler: bunlar çalışmaya dahil olan bireylerdir. Katılımcılar, müşteriler, yanıtlayanlar veya vakalar olarak da adlandırılabilirler.

V

Değişken: ölçülebilen bir özellik (örneğin yaş, inançlar, zindelik).

Görsel analog ölçek: İnançlar gibi değişkenler bazen her iki ucunda bağlantı noktaları olan 100 mm'lik bir çizgi kullanılarak ölçülür (hiç güvenmiyorum/aşırı güveniyorum gibi). Kişiden çizgi üzerinde uygun noktaya bir çarpı işareti koyması istenir.

W

Denek içi tasarım: Bu, aynı denek grubu içinde karşılaştırmalar yapmayı içerir. Denekler bir tarama programına katılmak için davet aldıklarında nasıl tepki verirler? Sigara içmeyle ilgili bir inanç, deneklerin sigara içme davranışıyla nasıl ilişkilidir?

Referanslar

- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B. ve diğerleri (1993) The European Organisation for research and treatment of cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology, *Journal for the National Cancer Institute*, 85: 365-76.
- Aarts, H., Verplanken, B. ve van Knippenberg, A. (1998) Geçmişteki eylemlerden davranışı tahmin etmek: tekrarlanan karar verme mi yoksa alışkanlık meselesi mi? *Uygulamalı Sosyal Psikoloji Dergisi*, 28: 1355-74.
- Kürtaj Yasası Reform Derneği (1997) *NHS Kürtaj Hizmetleri Üzerine Bir Rapor*. Londra: ALRA.
- Abraham, C., Krahé, B., Dominic, R. ve Fritsche, I. (2002) Sağlığı teşvik mesajları kondom kullanımının bilişsel ve davranışsal bağıntılarını hedefliyor mu? A content analysis of safer sex promotion leaflets in two countries, *British Journal of Health Psychology*, 7: 227-46.
- Abraham, C. ve Sheeran, P. (1993) In search of a psychology of safer-sex promotion: beyond beliefs and text, *Health Education Research: Teori ve Uygulama*, 8: 245-54.
- Abraham, C. ve Sheeran, P. (1994) Modelling and modifying young heterosexuals' HIV preventive behaviour: a review of theories, findings and educational implications, *Patient Education and Counselling*, 23: 173-86.
- Abraham, C., Sheeran, P., Abrams, D., Spears, R. ve Marks, D. (1991) Young people learning about AIDS: a study of beliefs and information sources, *Health Education Research: Teori ve Uygulama*, 6: 19-29.
- Abraham, S., Perz, J., Clarkson, R. ve Llewellyn-Jones, D. (1995) Avustralyalı kadınların 10 yıl boyunca hormon replasman tedavisine ilişkin algıları, *Maturitas*, 21: 91-5.
- Abraham, S.C.S., Sheeran, P., Abrams, D. ve Spears, R. (1994) Exploring teenagers' adaptive and maladaptive thinking in relation to the threat of HIV infection, *Psychology and Health*, 7: 253-72.
- Abraham, S.C.S., Sheeran, P., Abrams, D. ve Spears, R. (1996) Health beliefs and teenage condom use: a prospective study, *Psychology and Health*, 11: 641-55.
- Abrams, D., Abraham, C., Spears, R. ve Marks, D. (1990) AIDS'ten etkilenmezlik: 16-19 yaşındakiler arasında ilişkiler, cinsel davranış ve tutumlar, P. Aggleton, P. Davies ve G. Hart (eds), *AIDS: Bireysel, Kültürel ve Politik Boyutlar*, s. 35-52. Londra: Falmer Press.
- Abrams, K., Allen, L. ve Gray, J. (1992) Disordered eating attitudes and behaviours, psychological adjustment and ethnic identity: a comparison of black and white female college students, *International Journal of Eating Disorders*, 14: 49-57.
- Ader, R. ve Cohen, N. (1975) Behaviourally conditioned immuno suppression, *Psychosomatic Medicine*, 37: 333-40.
- Ader, R. ve Cohen, N. (1981) Conditioned immunopharmacologic responses, in R. Ader (ed.), *Psikonöroimmünoloji*. New York: Academic Press.
- Adler, N.E., Boyce, T., Chesney, M.A. ve diğerleri (1994) Socio-economic status and health: the challenge of the gradient, *American Psychologist*, 49: 15-24.
- Adler, N.E., Boyce, T., Chesney, M.A., Folkman, S. ve Syme, L. (1993) Socio-economic inequalities in health: no easy solution, *Journal of the American Medical Association*, 269: 3140-5.
- Aggleton, P. (1989) HIV/AIDS education in schools: constraints and possibilities, *Health Education Journal*, 48: 167-71.
- Aggleton, P. ve Homans, H. (1988) *AIDS'in Sosyal Yönleri*. Londra: Falmer Press.
- Ahmed, S., Waller, G. ve Verduyn, C. (1994) Eating attitudes among Asian school girls: the role of perceived parental control, *International Journal of Eating Disorders*, 15: 91-7.

- Ajzen, I. (1985) From intention to actions: a theory of planned behavior, J. Kuhl ve J. Beckman (eds), *Action-control: Bilişten Davranışa*, s. 11-39. Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1988) *Attitudes, Personality and Behavior*. Chicago, IL: Dorsey Press.
- Ajzen, I. ve Fishbein, M. (1970) The prediction of behaviour from attitudinal and normative beliefs, *Journal of Personality and Social Psychology*, 6: 466-87.
- Ajzen, I. ve Madden, T.J. (1986) Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioral control, *Journal of Experimental Social Psychology*, 22: 453-74.
- Akan, G.E. ve Grilo, C.M. (1995) Yeme tutum ve davranışları, beden imajı ve psikolojik işlevsellik üzerindeki sosyokültürel etkiler: Afrikalı-Amerikalı, Asyalı-Amerikalı ve Kafkasyalı üniversiteli kadınların karşılaştırılması, *International Journal of Eating Disorders*, 18: 181-7.
- Alagna, S.W. ve Reddy, D.M. (1984) Predictors of proficient technique and successful lesion detection in breast self-examination, *Health Psychology*, 3: 113-27.
- Albrecht, G.L. (1994) Öznel sağlık durumu, C. Jenkinson (ed.), *Measuring Health and Medical Outcomes* içinde, s. 7-26. Londra: UCL Press.
- Alder, N., David, H., Major, B.N., Roth, S.H. ve diğerleri (1990) Kürtaj sonrası psikolojik tepkiler, *Science*, 248: 41-4.
- Alderson, T. ve Ogden, J. (1999) What mothers feed their children and why, *Health Education Research: Teori ve Uygulama*, 14: 717-27.
- Alex, L. ve Hammarström, A. (2004) İndüklenmiş kürtajla bağlantılı kadın deneyimleri: feminist bir bakış açısı, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18: 160-8.
- Allen, I. (1991) *Gençler için Aile Planlaması ve Gebelik Danışmanlığı Projeleri*. Londra: Politika Çalışmaları Enstitüsü.
- Allied Dunbar Ulusal Fitness Araştırması (1992) *Aktivite Kalıpları ve Fitness Düzeyleri Hakkında Bir Rapor*. Londra: Spor Konseyi ve Sağlık Eğitim Kurumu.
- Almqvist, E.W., Brinkman, R.R., Wiggins, S. ve diğerleri (2003) Huntington hastalığı için öngörü testinden sonraki ilk 5 yıl içinde advers olayların psikolojik sonuçları ve öngörücüleri, *Clinical Genetics*, 64: 300-9.
- Alonso, J., Black, C., Norregaard, J.C., Dunn, E., Andersen, T.F., Esallargues, M., Bernth-Petersen, P. ve Andersen, G.F. (1998) Global fonksiyonel kapasitenin raporlanmasında kültürler arası farklılıklar: katarakt hastalarında bir örnek, *Medical Care*, 36: 868-78.
- Amelang, M. ve Schmidt-Rathjens, C. (1996) Personality, cancer and coronary heart disease: further evidence on a controversial issue, *British Journal of Health Psychology*, 1: 191-205.
- Anastasiades, P., Clark, D.M., Salkovskis, P.M. ve diğerleri (1990) Psychophysiological responses in panic and stress, *Journal of Psychophysiology*, 27: 34-44.
- Andersen, R.E., Franckowiak, S.C., Snyder, J., Barlett, S.J. ve Fontaine, K.R. (1998) Merdiven kullanımının teşvik edilmesiyle fiziksel aktivite teşviki, *Annals of Internal Medicine*, 129: 363-9.
- Anderson, H.R., Freeling, P. ve Patel, S.P. (1983) Decision making in acute asthma, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 33: 105-8.
- Annas, G.J. (1990) Quality of life in the courts: early spring in fantasyland, in J.J. Walter and T.A. Shannon (eds), *Quality of Life: Yeni Tıbbi İkilem*. New York: Paulist Press.
- Antoni, M.H., Carrico, A.W., Duran, R.E., Spitzer, S., Penedo, F., Ironson, G., Fletcher, M.A., Klimas, N. ve Schneiderman, N. (2006) Yüksek düzeyde aktif antiretroviral tedavi gören eşcinsel erkeklerde insan immün yetmezlik virüsü viral yükü üzerinde bilişsel davranışçı stres yönetiminin randomize klinik çalışması, *Psychosomatic Medicine*, 68: 143-51.
- Antoni, M.H., Cruess, D.G., Klimas, N., Carrico, A.W., Maher, K., Cruess, S., Lechner, S.C., Kumar, M., Lutgendorf, S., Ironson, G., Fletcher, M.A. ve Scheiderman, N. (2005) Bağışıklık sistemi yeniden yapılandırma belirteçlerindeki artışlar, 24 saatlik idrar kortizol çıkışındaki düşüşler ve

- Semptomatik HIV ile enfekte erkeklerde 10 haftalık bir stres yönetimi müdahalesi sırasında depresif ruh hali, *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1): 3-13.
- Appels, A. ve Mulder, P. (1989) Fatigue and heart disease: the association between vital exhaustion and past, present and future coronary heart disease, *Journal of Psychosomatic Research*, 33: 727-38.
- Appels, A., Golombeck, B., Gorgels, A., De Vreede, J. ve Van Breukelen, G. (2002) Psychological risk factors of sudden cardiac arrest, *Psychology and Health*, 17: 773-81.
- Appleton, P.L. ve Pharoah, P.O.D. (1998) Partnerin sigara içme davranışındaki değişiklik, kadınların hamilelik sırasında sigarayı azaltması ve bırakmasıyla ilişkilidir, *British Journal of Health Psychology*, 3: 361-74.
- Armitage, C.J. (2004) Evidence that implementation intentions reduce dietary fat intake: a randomized trial, *Health Psychology*, 23(3): 319-23.
- Armitage, C.J. (2005) Planlı davranış teorisi fiziksel aktivitenin sürdürülmesini öngörebilir mi? *Sağlık Psikolojisi*, 24(3): 235-45.
- Armitage, C.J. ve Conner, M. (2000) Social cognition models and health behaviour: a structured review, *Psychology and Health*, 15: 173-89.
- Armitage, C.J. ve Conner, M. (2001) Efficacy of the theory of planned behaviour: a meta-analytic review, *British Journal of Social Psychology*, 40: 471-99.
- Armstrong, D. (1995) The rise of surveillance medicine, *Sociology of Health and Illness*, 17: 393-404.
- Arnetz, B.B., Wasserman, J., Petrini, B. ve diğerleri (1987) Immune function in unemployed women, *Psychosomatic Medicine*, 49: 3-12.
- Ashton, W., Nanchahal, K. ve Wood, D. (2001) Body mass index and metabolic risk factors for coronary heart disease in women, *European Heart Journal*, 22: 46-55.
- Ashworth, H.W. (1963) An experiment in presymptomatic diagnosis, *Journal of the Royal College of General Practice*, 6: 71.
- Athey, J. ve Spielvogel, A. (2000) Düşük sonrası kadınlarda psikolojik sekeller için risk faktörleri ve müdahaleler, *Primary Care Update for Obstetrics and Gynaecology*, 7: 64-9.
- Attie, I. ve Brooks-Gunn, J. (1989) Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study, *Developmental Psychology*, 25: 70-9.
- Autorengruppe Nationales Forschungsprogramm (1984) *Wirksamkeit der Gemeindeorientierten Prävention Kardiovaskularer Krankheiten (Araba-damar hastalıklarının toplum odaklı önlenmesinin etkinliği)*. Bern: Hans Huber.
- Axelsson, M.L., Brinberg, D. ve Durand, J.H. (1983) Eating at a fast-food restaurant: a social psychological analysis, *Journal of Nutrition Education*, 15: 94-8.
- Bachrach, L.L. (1975) *Medeni Durum ve Ruhsal Bozukluk: Analitik Bir İnceleme*. Washington, DC: ABD Baskı Ofisi.
- Bagozzi, R.P. (1993) On the neglect of volition in consumer research: a critique and proposal, *Psychology and Marketing*, 10: 215-37.
- Bagozzi, R.P. ve Warshaw, P.R. (1990) Trying to consume, *Journal of Consumer Research*, 17: 127-40.
- Baillie, C., Smith, J., Hewison, J. ve Mason, G. (2000) Ultrasound screening for chromosomal abnormality: women's reactions to false positive results, *British Journal of Health Psychology*, 5: 377-94.
- Bain, D.J.G. (1977) Genel pratisyenlikte hasta bilgisi ve konsültasyonun içeriği, *Tıp Eğitimi*, 11: 347-50.
- Ballard, K. (2002a) Understanding risk: women's perceived risk of menopause-related disease and the value they put on preventive hormone replacement therapy, *Family Practice*, 19(6): 591-5.

- Ballard, K. (2002b) Kadınların hastalıkların önlenmesi için hormon replasman tedavisi kullanımı: bir toplum araştırmasının sonuçları, *British Journal of General Practice*, 52: 835-7.
- Ballard, K. (2003) *Menopozu Anlamak*. Batı Sussex: John Wiley.
- Ballard, K., Kuh, D.J. ve Wadsworth, M.E.J. (2001) The role of the menopause in women's experiences of the 'changes of life', *Sociology of Health and Illness*, 23(4): 397-424.
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Kirmayer, L.J., Lepine, J.P., Lin, K.M., Tajima, O. ve Ono, Y. (2001) Uluslararası Depresyon ve Anksiyete Konsensüs Grubu'ndan depresyon ve anksiyetede kültürlerarası konular üzerine konsensüs bildirisi, *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl. 13): 47-55.
- Bandura, A. (1977) Self efficacy: towards a unifying theory of behavior change, *Psychological Review*, 84: 191-215.
- Bandura, A. (1986) *Düşünce ve Eylemin Sosyal Temelleri*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997) *Öz yeterlilik: Egzersiz Kontrolü*. New York: Freeman.
- Bandura, A., Cio, D., Taylor, C.B. ve Brouillard, M.E. (1988) Perceived self-efficacy in coping with cognitive stressors and opioid activation, *Journal of Personality and Social Psychology*, 55: 479-88.
- Bandura, A., Reese, L. ve Adams, N.E. (1982) Algılanan öz yeterlilik düzeylerinin bir fonksiyonu olarak eylem ve korku uyarılmasının mikro analizi, *Journal of Personality and Social Psychology*, 43: 5-21.
- Bansen, S. ve Stevens, H.A. (1992) Women's experiences of miscarriage in early pregnancy, *Journal of Nurse-Midwifery*, 37: 84-90.
- Barracough, J., Pinder, P., Cruddas, M. ve diğerleri (1992) Life events and breast cancer prognosis, *British Medical Journal*, 304: 1078-81.
- Basler, H.D. ve Rehfish, H.P. (1990) Birinci basamakta kronik ağrı için bilişsel davranış tedavisinin takip sonuçları, *Psychology and Health*, 4: 293-304.
- Baucom, D.H. ve Aiken, P.A. (1981) Diyet yapan ve yapmayan obez ve obez olmayan kişilerde depresif ruh halinin yemek yeme üzerindeki etkisi, *Journal of Personality and Social Psychology*, 41: 577-85.
- Baum, A., Fisher, J.D. ve Solomon, S. (1981) Type of information, familiarity and the reduction of crowding stress, *Journal of Personality and Social Psychology*, 40: 11-23.
- Beck, A.T., Mendelson, M., Mock, J. ve diğerleri (1961) Inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4: 561-71.
- Beck, K.H. ve Lund, A.K. (1981) The effects of health threat seriousness and personal efficacy upon intentions and behaviour, *Journal of Applied Social Psychology*, 11: 401-15.
- Becker, M.H. (ed.) (1974) The health belief model and personal health behavior, *Health Education Monographs*, 2: 324-508.
- Becker, M.H. ve Rosenstock, I.M. (1984) Compliance with medical advice, in A. Steptoe and A. Mathews (eds), *Health Care and Human Behaviour*. Londra: Academic Press.
- Becker, M.H. ve Rosenstock, I.M. (1987) Comparing social learning theory and the health belief model, W.B. Ward (ed.), *Advances in Health Education and Promotion* içinde, s. 245-9. Greenwich, CT: JAI Press.
- Becker, M.H., Kaback, M., Rosenstock, I. ve Ruth, M. (1975) Some influences on public participation in a genetic screening program, *Journal of Community Health*, 1: 3-14.
- Becker, M.H., Maiman, L.A., Kirscht, J.P., Haefner, D.P. ve Drachman, R.H. (1977) The health belief model and prediction of dietary compliance: a field experiment, *Journal of Health and Social Behaviour*, 18: 348-66.
- Beecher, H.K. (1955) The powerful placebo, *Journal of the American Medical Association*, 159: 1602-6.
- Beecher, H.K. (1956) Yaranın öneminin yaşanan ağrı ile ilişkisi, *Journal of the American Medical Association*, 161: 1609-13.

- Bekker, H. (2003) Genetik testler: bilgilendirilmiş seçimleri kolaylaştırmak, *İnsan Genomu Ansiklopedisi*. Londra: Macmillan www.ehgonline.net.
- Bekker, H., Modell, M., Dennis, G. ve diğerleri (1993) Birinci basamakta kistik fibrozis taşıyıcılık testinin alımı: arz itmesi mi talep çekmesi mi? *British Medical Journal*, 306: 1584-6.
- Belar, C.D. ve Deardorff, W.W. (1995) *Clinical Health Psychology in Medical Settings: Bir Uygulayıcının Rehber Kitabı*. Hyattsville, MD: APA.
- Belloc, N.B. (1973) Relationship of health practices and mortality, *Preventative Medicine*, 2: 67-81.
- Belloc, N.B. ve Breslow, L. (1972) Relationship of physical health status and health practices, *Preventative Medicine*, 1: 409-21.
- Belsky, J. and Rovine, M. (1990) Patterns of marital change across the transition to parenthood: pregnancy to three years postpartum, *Journal of Marriage and the Family*, 52: 5-19.
- Bennett, P., Moore, L., Smith, A., Murphy, S. ve Smith, C. (1995) Health locus of control and value for health as predictors of dietary behaviour, *Psychology and Health*, 10: 41-54.
- Benwell, M.E., Balfour, D.J. ve Anderson, J.M. (1988) Nikotin insan beynindeki (-)-[³H] nikotin bağlanma bölgelerinin yoğunluğunu artırdığına dair kanıt, *Journal of Neurochemistry*, 50: 1243-7.
- Beral, V., Reeves, G. ve Banks, E. (2005) Postmenopozal kadınlarda hormon replasman tedavisinin önemli hastalıkların insidansı üzerindeki etkisine ilişkin güncel kanıtlar, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(6): 692-5.
- Bergner, M., Bobbitt, R.A., Carter, W.B. ve Gilson, D. (1981) The sickness impact profile: development- ment and final revision of a health status measure, *Medical Care*, 19: 787-805.
- Berkman, L.F. ve Syme, S.L. (1979) Social networks, lost resistance and mortality: a nine year follow up study of Alameda County residents, *American Journal of Epidemiology*, 109: 186-204.
- Berry, D.C. (2004) *Risk İletişimi ve Sağlık Psikolojisi*. New York: Open University Press.
- Berry, D.C., Michas, I.C. ve Bersellini, E. (2003) İlaçlar hakkında bilgi iletişimi: kişiselleştirmenin faydaları, *Psikoloji ve Sağlık*, 18(1): 127-39.
- Berry, D.C., Michas, I.C., Gillie, T. ve Forster, M. (1997) Hastalar ilaçları hakkında ne bilmek istiyor ve doktorlar onlara ne söylemek istiyor? Karşılaştırmalı bir çalışma, *Psikoloji ve Sağlık*, 12: 467-80.
- Beta-bloker Kalp Krizi Deneme Araştırma Grubu (BHAT) (1982) Akut miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda randomize propranolol denemesi. I. Mortalite sonuçları, *Journal of the American Medical Association*, 247: 1707-14.
- Beutel, M., Deckhardt, R., von Rad, M. ve Weiner, H. (1995) Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents and course, *Psychosomatic Medicine*, 57: 517-26.
- Bieliauskas, L.A. (1980) Life stress and aid seeking, *Journal of Human Stress*, 6: 28-36.
- Biener, L., Abrams, D.B., Follick, M.J. ve Dean, L. (1989) A comparative evaluation of a restrictive smoking policy in a general hospital, *American Journal of Public Health*, 79: 192-5.
- Birch, L.L. (1980) Effects of peer models' food choices and eating behaviors on preschoolers' food preferences, *Child Development*, 51: 489-96.
- Birch, L.L. (1989) Developmental aspects of eating, R. Shepherd (ed.) *Handbook of the Psychophysiology of Human Eating* içinde, s. 179-203. Chichester: Wiley.
- Birch, L.L. (1999) Development of food preferences, *Annual Review of Nutrition*, 19: 41-62.
- Birch, L.L. ve Deysher, M. (1986) Caloric compensation and sensory specific satiety: evidence for self-regulation of food intake by young children, *Appetite*, 7: 323-31.
- Birch, L.L. ve Fisher, J.O. (2000) Annelerin çocuk besleme uygulamaları kızlarının yemek yemesini ve kilosunu etkilemektedir, *American Journal of Clinical Nutrition*, 71: 1054-61.
- Birch, L.L. ve Marlin, D.W. (1982) I don't like it; I never tried it: effects of exposure on two-year-old children's food preferences, *Appetite*, 23: 353-60.

- Birch, L.L., Birch, D., Marlin, D. ve Kramer, L. (1982) Effects of instrumental eating on children's food preferences, *Appetite*, 3: 125-34.
- Birch, L.L., Fisher, J.O., Grimm-Thomas, K., Markey, C.N., Sawyer, R. ve Johnson, S.L. (2001) Çocuk Besleme Anketinin doğrulayıcı faktör analizi: çocuk besleme ve obezite eğilimi hakkında ebeveyn tutumları, inançları ve uygulamalarının bir ölçüsü, *Appetite*, 36: 201-10.
- Birch, L.L., Gunder, L., Grimm-Thomas, K. ve Laing, D.G. (1998) Infant's consumption of a new food enhances acceptance of similar foods, *Appetite*, 30: 283-95.
- Birch, L.L., McPhee, L., Shoba, B.C., Pirok, E. ve Steinberg, L. (1987) Ne tür bir maruziyet çocukların gıda neofobisini azaltır? Bakmak vs tatmak, *Appetite*, 9: 171-8.
- Birch, L.L., Marlin, D. ve Rotter, J. (1984) Bir durumsallıkta 'araç' faaliyet olarak yemek yeme: küçük çocukların yemek tercihi üzerindeki etkiler, *Child Development*, 55: 431-9.
- Birch, L.L., Zimmerman, S. ve Hind, H. (1980) The influence of social affective context on pre-school children's food preferences, *Child Development*, 51: 856-61.
- Bish, A., Sutton, S. ve Golombok, S. (2000) Predicting uptake of a routine cervical smear test: a comparison of the health belief model and the theory of planned behaviour, *Psychology and Health*, 15: 35-50.
- Bishop, G.D. ve Converse, S.A. (1986) Illness representations: a prototype approach, *Health Psychology*, 5: 95-114.
- Black, R.B. (1989) Gebeliklerini kaybeden prenatal tanı hastalarının 1 ve 16 aylık takibi, *Prenatal Tanı*, 9: 795-804.
- Blackburn, G.L. ve Kanders, B.S. (1987) Kardiyovasküler hastalığı olan obez hastanın tıbbi değerlendirmesi ve tedavisi, *American Journal of Cardiology*, 60: 55-8.
- Blair, S.N. (1993) Kilo kaybı ve kontrolünde egzersizin başarısı için kanıtlar, *Annals of Internal Medicine*, 119: 702-6.
- Blair, S.N., Ellsworth, N.M., Haskell, W.L. ve diğerleri (1981) Comparison of nutrient intake in middle aged men and women runners and controls, *Medicine, Science and Sports and Exercise*, 13: 310-15.
- Blair, S.N., Kampert, J.B., Kohl, H.W. ve diğerleri (1996) Erkek ve kadınlarda kardiyovasküler hastalık ve tüm nedenlere bağlı ölüm oranı üzerinde kardiyorespiratuar uygunluk ve diğer öncüllerin etkileri, *Journal of the American Medical Association*, 276: 205-10.
- Blair, S.N., Kohl, H.W., Barlow, C.E., Paffenbarger, R.S. Jr, Gibbons, L.W. ve Macera, C.A. (1995) Changes in physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of health and unhealthy men, *Journal of the American Medical Association*, 273: 1093-8.
- Blair, S.N., Kohl, H.W., Gordon, N.F. ve Paffenbarger, R.S. (1992) Ne kadar fiziksel aktivite sağlık için iyidir? *Annual Review of Public Health*, 13: 99-126.
- Blair, S.N., Kohl, H.W., Paffenbarger, R.S. ve diğerleri (1989) Physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy men and women, *Journal of the American Medical Association*, 262: 2395-401.
- Blaxter, M. (1990) *Sağlık ve Yaşam Tarzları*. Londra: Routledge.
- Bloom, J.R. (1983) Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer, *Social Science and Medicine*, 16: 1329-38.
- Bloom, J.R. ve Monterossa, S. (1981) Hypertension labelling and sense of well-being, *American Journal of Public Health*, 71: 1228-32.
- Blundell, J. ve Macdiarmid, J. (1997) Aşırı tüketim için bir risk faktörü olarak yağ: doyma, tokluk ve yeme şekilleri, *Journal of the American Dietetic Association*, 97: S63-S69.
- Blundell, J.E., Lawton, C.L., Cotton, J.R. ve Macdiarmid, J.I. (1996) Control of human appetite: implications for the intake of dietary fat, *Annual Review of Nutrition*, 16: 285-319.
- Bocchieri, L.E., Meana, M. ve Fisher, B.L. (2002) A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity, *Journal of Psychosomatic Research*, 52: 155-65.

- Bogg, T. ve Roberts, B.W. (2004) Conscientiousness and health-related behaviours: a meta-analysis of the leading behavioural contributors to mortality, *Psychological Bulletin*, 130: 887-919.
- Boldero, J., Moore, S. ve Rosenthal, D. (1992) Niyet, bağlam ve güvenli seks: Avustralyalı ergenlerin AIDS'e tepkileri, *Uygulamalı Sosyal Psikoloji Dergisi*, 22: 1374-98.
- Bolton-Smith, C. ve Woodward, M. (1994) Dietary composition and fat to sugar ratios in relation to obesity, *International Journal of Obesity*, 18: 820-8.
- Boon, B., Stroebe, W., Schut, H. ve Ijntema, R. (2002) Ironic processes in eating behaviour of restrained eaters, *British Journal of Health Psychology*, 7: 1-10.
- Booth, R.J., Petrie, K.J. ve Pennebaker, J.W. (1997) Duygusal ifşayı takiben dolaşımdaki lenfosit sayılarındaki değişiklikler: tamponlama kanıtı mı? *Stres Tıbbi*, 13: 23-9.
- Boreham, C.A., Wallace, W.F. ve Nevill, A. (2000) Önceden sedanter olan genç kadınlarda birikmiş günlük merdiven tırmanma egzersizinin eğitim etkileri, *Preventive Medicine*, 30: 277-81.
- Borg, S. ve Lasker, J. (1982) *When Pregnancy Fails: Düşük, Ölü Doğum ve Bebek Ölümü ile Başa Çıkma*. Londra: Routledge & Kegan Paul.
- Borland, R., Owens, N., Hill, D. ve Chapman, S. (1990) Uygulamalarını takiben işyerinde sigara içme yasaklarının kabulündeki değişiklikler: ileriye dönük bir çalışma, *Preventative Medicine*, 19: 314-22.
- Borland, R., Owens, N. ve Hocking, B. (1991) Total iş yeri yasağından sonra sigara içme davranışındaki değişiklikler, *Australian Journal of Public Health*, 15: 130-4.
- Borrayo, E. ve Jenkins, S. (2001) Uygunsuz hissetmek: Meksika kökenli kadınların meme kanseri tarama direnci, *Journal of Health Psychology*, 6(5): 537-49.
- Bortner, R.W. (1969) A davranış kalıbının potansiyel bir ölçüsü olarak kısa bir derecelendirme ölçeği, *Kronik Hastalıklar Dergisi*, 22: 87-91.
- Bouchard, C., Trembley, A., Despres, J.P. ve diğerleri (1990) Tek yumurta ikizlerinde uzun süreli aşırı beslenmeye yanıt, *New England Journal of Medicine*, 322: 1477-82.
- Boulton, M., Schramm Evans, Z., Fitzpatrick, R. ve Hart, G. (1991) Biseksüel erkekler: kadınlar, daha güvenli seks ve HIV enfeksiyonu, P. Aggleton, P.M. Davies ve G. Hart (eds), *AIDS: Yanıtlar, Politika ve Bakım*. Londra: Falmer Press.
- Bower, J.E., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., Visscher, B.R. ve Fahey, J.L. (1998) Cognitive processing, discovery of meaning, CD 4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV seropositive men, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 979-86.
- Boyce, W.T., Alkon, A., Tschann, J.M., Chesney, M.A. ve Alpert, B.S. (1995) Dimensions of psychobiologic reactivity: cardiovascular responses to laboratory stressors in preschool children, *Annals of Behavioural Medicine*, 17: 315-23.
- Boyd, B. ve Wandersman, A. (1991) Predicting undergraduate condom use with the Fishbein and Ajzen and the Triandis attitude-behaviour models: implications for public health interventions, *Journal of Applied Social Psychology*, 21: 1810-30.
- Boyer, C.B. ve Kegles, S.M. (1991) AIDS risk and prevention among adolescents, *Social Science and Medicine*, 33: 11-23.
- Boyle, C.M. (1970) Differences between patients' and doctors' interpretations of common medical terms, *British Medical Journal*, 2: 286-9.
- Bradley, C. (1985) Psychological aspects of diabetes, in D.G.M.M. Alberti and L.P. Drall (eds), *Diabetes Annual*. Amsterdam: Elsevier.
- Bradley, C. (1996) Measuring quality of life in diabetes, in S.M. Marshall, P.D. Home and R.A. Rizza (eds), *The Diabetes Annual/10*, pp. 207-24. Amsterdam: Elsevier.
- Bradley, C. (1997) Design of renal-dependent individualized quality of life questionnaire, *Advances in Peritoneal Dialysis*, 13: 116-20.
- Bradley, C. (2001) Sağlık durumunu yaşam kalitesinden ayırmanın önemi, *Lancet*, 357(9249): 7-8.

- Bradley, C., Todd, C., Symonds, E., Martin, A. ve Plowright, R. (1999) Diyabetin yaşam kalitesi üzerindeki algılanan etkisinin bireyselleştirilmiş bir anket ölçüsünün geliştirilmesi: ADDQoL, *Quality of Life Research*, 8: 79-91.
- Bray, G.A. (1986) Obezitenin sağlık ve mutluluk üzerindeki etkileri, in K.D. Brownell and J.P. Foreyt (eds), *Handbook of Eating Disorders: Obezite, Anoreksiya ve Bulimia'nın Fizyolojisi, Psikolojisi ve Tedavisi*. New York: Basic Books.
- Breckler, S.J. (1994) A comparison of numerical indexes for measuring attitude ambivalence, *Educational and Psychological Measurement*, 54: 350-65.
- Breslow, L. ve Enstrom, J. (1980) Sağlık alışkanlıklarının kalıcılığı ve ölüm oranıyla ilişkisi, *Preventive Medicine*, 9: 469-83.
- Brewer, N.T., Chapman, G.B., Brownlee, S. ve Leventhal, E.A. (2002) Cholesterol control, medication adherence and illness cognition, *British Journal of Health Psychology*, 7: 433-47.
- Brewin, C.R. (1984) Perceived controllability of life events and willingness to prescribe psychotropic drugs, *British Journal of Social Psychology*, 23: 285-7.
- Brickman, P., Rabinowitz, V.C., Karuza, J. ve diğerleri (1982) Models of helping and coping, *American Psychologist*, 37: 368-84.
- Broadbent, E., Ellis, C.J., Gamble, G. ve Petrie, K.J. (baskıda) Miyokard enfarktüsünü takiben kalp kimliğinin yavaş iyileşmesine ilişkin hasta çizimlerindeki değişiklikler, *Psychosomatic Medicine*, 68: 910-13.
- Broadstock, M., Michie, S. ve Marteau, T.M. (2000) Tahmine dayalı genetik testlerin psikolojik sonuçları: sistematik bir inceleme, *European Journal of Human Genetics*, 8: 731-8.
- Brodie, D.A., Slade, P.D. ve Rose, H. (1989) Reliability measures in disturbing body image, *Perceptual and Motor Skills*, 69: 723-32.
- Brook Danışma Merkezleri (1991) *Yıllık Rapor 1990-91*. Londra: Brook Danışma Merkezleri.
- Brook, R.H., Berman, D.M., Lohr, K.N. ve diğerleri (1981) *Conceptualisation and Measurement of Health for Adults, Vol. 7, Diabetes Mellitus*. Santa Monica, CA: Rand Corporation.
- Broquet, K. (1999) Gebelik kaybına psikolojik tepkiler, *Birinci Basamak Kadın Hastalıkları ve Doğum Güncellemesi*, 6: 12-16.
- Brown, R. ve Ogden, J. (2004) Çocukların yeme tutum ve davranışları: ebeveyn etkisinin modelleme ve kontrol teorileri üzerine bir çalışma, *Health Education and Research*, 19(3): 261-71.
- Brown, R.A., Lichtenstein, E., McIntyre, K. ve Harrington-Kostur, J. (1984) Effects of nicotine fading and relapse prevention on smoking cessation, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52: 307-8.
- Brown, T.A., Cash, T.F. ve Mikulka, P.J. (1990) Tutumsal beden imajı değerlendirmesi: beden benlik ilişkileri anketinin faktör analizi, *Journal of Personality Assessment*, 55: 135-44.
- Browne, J.P., McGee, H.M. ve O'Boyle, C.A. (1997) Conceptual approaches to the assessment of quality of life, *Psychology and Health*, 12: 737-51.
- Brownell, K.D. (1989) Kilo kontrolü ve sağlığımız, *World Book Encyclopedia* içinde.
- Brownell, K.D. (1990) *Kilo Kontrolü için LEARN Programı*. Dallas, TX: American HealthPub.
- Brownell, K.D., Greenwood, M.R.C., Stellar, E. ve Shrager, E.E. (1986a) The effects of repeated cycles of weight loss and regain in rats, *Physiology and Behaviour*, 38: 459-64.
- Brownell, K.D. ve Steen, S.N. (1987) Modern methods for weight control: the physiology and psychology of dieting, *The Physician and Sports Medicine*, 15: 122-37.
- Brownell, K.D. ve Wadden, T.A. (1991) The heterogeneity of obesity: fitting treatments to individuals, *Behaviour Therapy*, 22: 153-77.
- Brownell, K.D. ve Wadden, T.A. (1992) Etiology and treatment of obesity: understanding a serious, prevalent and refractory disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 435-42.

- Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E. ve Wilson, G.T. (1986b) Understanding and preventing relapse, *American Psychologist*, 41: 765-82.
- Brownell, K.D., Steen, S.N. ve Wilmore, J.H. (1989) Weight regulation practices in athletes: analysis of metabolic and health effects, *Medical Science and Sports Exercise*, 7: 125-32.
- Brownell, K.D., Stunkard, A.J. ve Albaum, J.M. (1980) Doğal ortamda egzersiz modelinin değerlendirilmesi ve modifikasyonu, *American Journal of Psychiatry*, 137: 1540-5.
- Brubaker, C. ve Wickersham, D. (1990) Kendi kendine testis muayenesi uygulamasının teşvik edilmesi: gerekçeli eylem teorisinin bir saha uygulaması, *Sağlık Psikolojisi*, 9: 154-63.
- Bruch, H. (1974) *Yeme Bozuklukları: Obezite, Anoreksiya ve İçimizdeki Kişi*. New York: Basic Books.
- Buchi, S.T., Villiger, B., Sensky, T., Schwarz, F., Wolf, C.H. ve Buddenberg, C. (1997) Psychosocial predictors of long term success in patient pulmonary rehabilitation of patients with COPD, *European Respiratory Journal*, 10: 1272-7.
- Bucknall, C.A., Morris, G.K. ve Mitchell, J.R.A. (1986) Physicians' attitudes to four common problems: hypertension, atrial fibrillation, transient ischaemic attacks, and angina pectoris, *British Medical Journal*, 293: 739-42.
- Buick, D.L., Crook, D. ve Horne, R. (2005) Kadınların hormon replasman tedavisine ilişkin algıları: riskler ve faydalar (1980-2002) - bir literatür incelemesi, *Climacteric*, 8(1): 24-35.
- Bull, R.H., Engels, W.D., Engelsmann, F. ve Bloom, L. (1983) Morbid obezite için mide ameliyatı sonrası davranış değişiklikleri: prospektif, kontrollü bir çalışma, *Psikosomatik Araştırma Dergisi*, 27: 457-67.
- Bullen, B.A., Reed, R.B. ve Mayer, J. (1964) Sinema filmi örneklemeyle değerlendirilen obez ve obez olmayan ergen kızların fiziksel aktivitesi, *American Journal of Clinical Nutrition*, 4: 211-33.
- Bundy, C., Carroll, D., Wallace, L. ve Nagle, R. (1998) Stress management and exercise training in chronic stable angina pectoris, *Psychology and Health*, 13: 147-55.
- Burish, T.G., Carey, M.P., Krozely, M.G. ve Greco, F.F. (1987) Conditioned side-effects induced by cancer chemotherapy: prevention through behavioral treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 42-8.
- Burke, P. (1992) The ethics of screening, in C.R. Hart and P. Burke (eds), *Screening and Surveillance in General Practice*. Londra: Churchill Livingstone.
- Burnett, J. (1989) *Plenty and Want: A Social History of Food in England from 1815 to the Present Day*, 3. baskı. Londra: Routledge.
- Bury, M. (1982) Chronic illness as biographical disruption, *Sociology of Health and Illness*, 4: 167-82.
- Butler, C. ve Llanedeyrn, M. (1996) *Kürtajın* geç psikolojik sekelleri: birinci basamak perspektifinden sorular, *Aile Hekimliği Dergisi*, 43: 396-401.
- Butler, C. ve Steptoe, A. (1986) Plasebo tepkileri: astımlı gönüllülerde psikofizyolojik süreçler üzerine deneysel bir çalışma, *British Journal of Clinical Psychology*, 25: 173-83.
- Butterfield, W.J.H. (1968) *Tipta Öncelikler*. Londra: Nufield.
- Byrne, D., Jazwinski, C., DeNinno, J.A. ve Fisher, W.A. (1977) Negative sexual attitudes and contraception, D. Byrne ve L.A. Byrne (eds), *Exploring Human Sexuality* içinde. New York: Crowell.
- Byrne, P.S. ve Long, B.E.L. (1976) *Doctor Talking to Patient*. Londra: HMSO.
- Calnan, M. (1987) *Sağlık ve Hastalık: Meslekten Olmayanların Bakış Açısı*. Londra: Tavistock.
- Campion, M.J., Brown, J.R., McCance, D.J. ve diğerleri (1988) Psychosexual trauma of an abnormal cervical smear, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 95: 175-81.
- Kanser Araştırma Kampanyası (1991) *16-19 Yaş Grubu Arasında Sigara İçme Politikası ve Yaygınlığı*. Londra: HMSO.
- Cannon, W.B. (1932) *The Wisdom of the Body (Bedenin Bilgeliği)*. New York: Norton.

^RCappell, H. ve Greeley, J. (1987) Alkol ve gerilim azaltma: araştırma ve teori üzerine bir güncelleme,

- H.T. Blane ve K.E. Leonard (eds), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism* içinde, s. 15-54. New York: Guilford Press.
- Carey, M.P., Kalra, D.L., Carey, K.B., Halperin, S. ve Richard, C.S. (1993) Stress and unidirectional smoking cessation: a prospective investigation, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 831-8.
- Cartwright, A., Hockey, L. ve Anderson, J.L. (1973) *Ölümden Önce Yaşam*. Londra: Routledge.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. ve Weintraub, J.K. (1989) Assessing coping strategies: a theoretically based approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56: 267-83.
- Casey, R. ve Rozin, P. (1989) Changing children's food preferences: parents' opinions, *Appetite*, 12P: 171-82.
- Caspersen, C.J., Powell, K.E. ve Christenson, G.M. (1985) Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research, *Public Health Reports*, 100: 126-31.
- Castle, C.M., Skinner, T.C. ve Hampson, S. (1999). Young women and sunbathing: an evaluation of a health education leaflet, *Psychology and Health*, 14, 517-27.
- Catania, J.A., Coates, T.J., Kegeles, S.M. ve diğerleri (1989) AIDS risk azaltma modelinin eşcinsel toplumu için çıkarımları: algılanan cinsel hazzın ve yardım arama davranışlarının önemi, V.M. Mays, G.W. Albee ve S.F. Schneider (eds), *Primary Prevention of AIDS* içinde, s. 242-61. Newbury Park, CA: Sage.
- Merkezi İstatistik Ofisi (1994) *Sosyal Eğilimler 24*. Londra: HMSO.
- Chambers, L.W., McDonald, L.A., Tugwell, P. ve diğerleri (1982) The McMaster health index questionnaire as a measure of quality of life for patients with *rheumatoid arthritis*, *Journal of Rheumatology*, 9: 780-4.
- Champion, V.L. (1990) 35 yaş ve üstü kadınlarda kendi kendine meme muayenesi: prospektif bir çalışma, *Davranışsal Tıp Dergisi*, 13: 523-38.
- Chan, J.M., Rimm, E.B., Colditz, G.A., Stampfer, M.J. ve Willett, W.C. (1994) Obesity, fat distribution and weight gain as risk factors for clinical *diabetes* in men, *Diabetes Care*, 17: 961-9.
- Charles, N. ve Kerr, M. (1986) Eating properly: the family and state benefit, *Sociology*, 20(3): 412-29.
- Charlton, A. (1984) Children's opinion about smoking, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 34: 483-7.
- Charlton, A. (1992) Çocuklar ve tütün, *British Journal of Cancer*, 66: 1-4.
- Charlton, A. ve Blair, V. (1989) Predicting the onset of smoking in boys and girls, *Social Science and Medicine*, 29: 813-18.
- Chinn, S. ve Rona, R.J. (2001) Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross-sectional studies of British children, 1974-94, *British Medical Journal*, 322: 24-6.
- Christensen, A.J., Edwards, D.L., Wiebe, J.S. ve diğerleri (1996) Sözlü kendini ifşa etmenin doğal öldürücü hücre aktivitesi üzerindeki etkisi: alaycı düşmanlık üzerindeki ılımlılık etkisi, *Psychosomatic Medicine*, 58: 150-5.
- Clarke, L., Farrell, C. ve Beaumont, B. (1983) *Camden Kürtaj Çalışması*. Londra: BPAS.
- Clement, S. (1998) *Psychological Perspectives on Pregnancy & Childbirth*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Coates, T.J., Jeffrey, R.W. ve Wing, R.R. (1978) The relationship between a person's relative body weight and the quality and quantity of food stored in their homes, *Addictive Behaviours*, 3: 179-84.
- Cobb, S. ve Rose, R. (1973) Hava trafik kontrolörlerinde hipertansiyon, peptik ülser ve diyabet, *Journal of the American Medical Association*, 224: 489-92.
- Cockburn, J., Staples, M., Hurley, S.F. ve DeLuise, T. (1994) Psychological consequences of screening mammography, *Journal of Medical Screening*, 1: 7-12.

- Cohen, F. ve Lazarus, R.S. (1979) Coping with the stresses of illness, in G.C. Stone, F. Cohen and N.E. Adler (eds), *Sağlık Psikolojisi: Bir El Kitabı*, s. 217-54. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Cohen, J.B., Severy, L.J. ve Ahtola, O.T. (1978) An extended expectancy value approach to contraceptive alternatives, *Journal of Population Studies*, 1: 22-41.
- Cohen, S. ve Lichtenstein, E. (1990) Partner behaviours that support quitting smoking, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58: 304-9.
- Cohen, S., Kamarck, T. ve Mermelstein, R. (1983) A global measure of perceived stress, *Journal of Health and Social Behaviour*, 24: 385-96.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. ve Hoberman, N.H. (1985) Measuring the functional components of social support, in I. Sarason and B. Sarason (eds), *Social Support: Teori, Araştırma ve Uygulamalar*, s. 73-94. Dordrecht: Martinus Nijhoff.
- Cohen, S., Tyrell, A.J. ve Smith, A.P. (1991) Psychological stress and susceptibility to the common cold, *New England Journal of Medicine*, 325: 606-12.
- Cole, S. ve Edelmann, R. (1988) Restraint, eating disorders and the need to achieve in state and public school subjects, *Personality and Individual Differences*, 8: 475-82.
- Coleman, P.K., Reardon, D.C., Strahan, T. ve Cougle, J.R. (2005) The psychology of abortion: a review and suggestions for future research, *Psychology and Health*, 20: 237-71.
- Collijn, D.H., Appels, A.D. ve Nijhuis, F. (1996) Çoklu roller kadınlarda miyokard enfarktüsü için bir risk faktörü müdür? *Psikosomatik Araştırma Dergisi*, 40: 271-9.
- Collins, M.E. (1991) Body figure perceptions and preferences among preadolescent children, *International Journal of Eating Disorders*, 10: 199-208.
- Collins, R.L., Taylor, S.E. ve Skokan, L.A. (1990). Daha iyi bir dünya mı yoksa paramparça bir vizyon mu? Changes in life perspective following victimization, *Social Cognition*, 8, 263-85.
- Colvin, R.H. ve Olson, S.B. (1983) A descriptive analysis of men and women who have lost significant weight and are highly successful at maintaining the loss, *Addictive Behaviours*, 8: 287-95.
- Compas, B.E., Barnez, G.A., Malcarne, V. ve Worshame, N. (1991) Perceived control and coping with stress: a developmental perspective, *Journal of Social Issue*, 47: 23-34.
- Compas, B.E., Worshame, N., Ey, S. ve Howell, D.C. (1996) Anne veya baba kanser olduğunda: II. Kanser hastalarının çocuklarında başa çıkma, bilişsel değerlendirmeler ve psikolojik sıkıntı, *Health Psychology*, 15: 167-75.
- Conklin, M.P. ve O'Connor, B.P. (1995) Kürtaj sonrası psikolojik iyi oluşun bir moderatörü olarak fetüs hakkındaki inançlar, *Sosyal ve Klinik Psikoloji Dergisi*, 14: 76-95.
- Conner, M. ve Godin, G. (2006) Niyet-sağlık davranışı ilişkilerinin moderatörü olarak davranışsal niyetin zamansal istikrarı, *Psychology & Health* (baskıda).
- Conner, M., Fitter, M. ve Fletcher, W. (1999) Stress and snacking: a diary study of daily hassles and between-meal snacking, *Psychology and Health*, 14: 51-63.
- Conner, M., Graham, S. ve Moore, B. (1999b) Alcohol and intentions to use condoms: applying the theory of planned behaviour, *Psychology and Health*, 14: 795-812.
- Conner, M., Lawton, R., Parker, D., Chorlton, K., Manstead, A.S.R. ve Stradling, S. (2006) Application of the theory of planned behaviour to the prediction of objectively assessed breaking of posted speed limits, *British Journal of Psychology* (in press).
- Conner, M., Sandberg, T., McMillan, B. ve Higgins, A. (2006) Role of anticipated regret, intentions and intention stability in adolescent smoking initiation, *British Journal of Health Psychology*, 11: 85-101.
- Constanzo, P.R. ve Woody, E.Z. (1985) Alana özgü ebeveynlik stilleri ve bunların çocuğun belirli sapkınlık gelişimi üzerindeki etkisi: obezite eğilimi örneği, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4: 425-45.
- Contento, I.R., Basch, C., Shea, S. ve diğerleri (1993) Annelerin gıda seçim kriterlerinin gıda ile ilişkisi

- intake of pre-school children: identification of family subgroups, *Health Education Quarterly*, 20: 243-59.
- Cook, W.W. ve Medley, D.M. (1954) MMPI için önerilen düşmanlık ve farazi erdem ölçekleri, *Uygulamalı Psikoloji Dergisi*, 38: 414-18.
- Cools, J., Schotte, D.E. ve McNally, R.J. (1992) Emotional arousal and overeating in restrained eaters, *Journal of Abnormal Psychology*, 101: 348-51.
- Cooney, T.M., Pedersen, F.A., Indelicato, S. ve Palkovitz, R. (1993) Babalığın zamanlaması: 'zamanında' optimal midir? *Journal of Marriage and the Family*, 55: 205-15.
- Cooper, A.F., Jackson, G., Weinman, J. ve Horne, R. (2002a) Factors associated with cardiac rehabilitation attendance: a systematic review of the literature, *Clinical Rehabilitation*, 16: 541-52.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. ve Fairburn, C.G. (1987) The development and validation of the body shape questionnaire, *International Journal of Eating Disorders*, 6: 485-94.
- Cooper, V., Buick, D., Horne, R., Lambert, N., Gellaitry, G., Leake, H. ve Fisher, M. (2002b) Perceptions of HAART among gay men who declined a treatment offer: preliminary results from an interview-based study, *AIDS Care*, 14: 319-28.
- Coopersmith, S. (1967) *The Antecedents of Self-esteem*. San Francisco, CA: WH Freeman. 1981 yılında yeniden basılmıştır.
- Corah, W.L. ve Boffa, J. (1970) Perceived control, self-observation and responses to aversive stimulation, *Journal of Personality and Social Psychology*, 16: 1-4.
- Coulter, A. (1999) Paternalizm mi ortaklık mı? Hastalar büyüdü ve artık geri dönüş yok, *British Medical Journal*, 319: 719-20.
- Counts, C.R. ve Adams, H.E. (1985) Bulimia, diyet yapan ve normal kadınlarda beden imajı, *Psikopatoloji ve Davranışsal Değerlendirme Dergisi*, 7: 289-300.
- Courneya, K.S., Plotnikoff, R.C., Hotz, S.B. ve Birkett, N.J. (2001) Predicting exercise stage transition over two consecutive 6-month periods: a test of the theory of planned behaviour in a population-based sample, *British Journal of Health Psychology*, 6: 135-50.
- Crago, M.A. (1972) Psychopathology in marital couples, *Psychological Bulletin*, 77: 114-28.
- Crichton, E.F., Smith, D.L. ve Demanuele, F. (1978) Hastaların ilaç bilgilerini hatırlaması, *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 12: 591-9.
- Crisp, A., Palmer, R. ve Kalucy, R. (1976) Anoreksiya nervoza ne kadar yaygındır? Bir prevalans çalışması, *British Journal of Psychiatry*, 128: 549-54.
- Crisp, A.H., Hsu, L., Harding, B. ve Hartshorn, J. (1980) Clinical features of anorexia: a study of consecutive series of 102 female patients, *Journal of Psychosomatic Research*, 24: 179-91.
- Crombez, G., Bijttebier, P., Eccleston, C. ve diğerleri (2003) The child version of the pain catastrophizing scale (PCS-C): a preliminary validation, *Pain*, 104(3): 639-46.
- Crombez, G., Eccleston, C., Baeyens, F. ve Eelen, P. (1998a) Dikkat dağınıklığı ağrı tehdidi ile artar, *Behaviour Research and Therapy*, 36: 195-204.
- Crombez, G., Eccleston, C., Baeyens, F. ve Eelen, P. (1998b) Somatik bilgi tehdit ettiğinde, katastrofik düşünce dikkat müdahalesini artırır, *Pain*, 75(2-3): 187-98.
- Crombez, G., Eccleston, C., Baeyens, F., Van Houdenhov, B. ve Van de Broeck, A. (1999) Attention to chronic pain is dependent on pain-related fear, *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5): 403-10.
- Cropley, M. ve Millward Purvis, L.J. (2003) Job strain and rumination about work issues during leisure time: a diary study, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12(3): 195-207.
- Cropley, M. ve Steptoe, A. (2005) Social support, life events and physical symptoms: a prospective study of chronic and recent life stress in men and women, *Psychology, Health & Medicine*, 10(4): 317-25.

- Cropley, M., Ayers, S. ve Nokes, L. (2003) People don't exercise because they can't think of reasons to exercise: an examination of causal reasoning within the transtheoretical model, *Psychology, Health & Medicine*, 8(4): 409-14.
- Cropley, M., Dijk, D.J. ve Stanley, N. (2006) Job strain, work rumination, and sleep in school teachers, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(2): 181-96.
- Cropley, M., Steptoe, A. ve Joeekes, K. (1999) Job strain and psychiatric morbidity, *Psychological Medicine*, 29: 1411-16.
- Cummings, K., Hellmann, R. ve Emont, S.L. (1988) Correlates of participation in a worksite stop-smoking contest, *Journal of Behavioral Medicine*, 11: 267-77.
- Curran, J.W., Morgan, W.M., Hardy, A.M. ve diğerleri (1985) The epidemiology of AIDS: current status and future prospects, *Science*, 229: 1352-7.
- Cvetkovich, G. ve Grote, B. (1981) Psychosocial maturity and teenage contraceptive use: an investigation of decision-making and communication skills, *Population and Environment*, 4: 211-26.
- DAFNE çalışma grubu (2002) Tip I diyabetli kişilerde diyet özgürlüğü sağlamak için esnek, yoğun insülin yönetimi eğitimi: normal yeme için doz ayarlaması (DAFNE) randomize kontrollü çalışma, *British Medical Journal*, 325: 1-6.
- Danaher, B.G. (1977) Sigara içme davranışının değiştirilmesinde hızlı sigara içme ve öz kontrol, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45: 1068-75.
- Daniel, J.Z., Cropley, M. ve Fife-Schaw, C. (2006) Egzersizin sigara içme isteğini ve sigara yoksunluk belirtilerini azaltmadaki etkisi dikkat dağınıklığından kaynaklanmaz, *Addiction*, 101(8): 1187-92.
- Daniel, J.Z., Cropley, M., Ussher, M. ve West, R. (2004) Hareketsiz sigara içicilerinde bütün yoksunluk semptomları üzerinde hareketsizliğe karşı kısa süreli orta ve hafif yoğunlukta egzersizin akut etkileri, *Psychopharmacology*, 174: 320-6.
- Davies, D.L. (1962) Normal drinking in recovered alcohol addicts, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 23: 94-104.
- Davis, C. (1928) Yeni sütten kesilmiş bebeklerin kendi diyetlerini seçmesi, *American Journal of Disease of Children*, 36: 651-79.
- Davis, C. (1939) Küçük çocukların kendi diyet seçimlerinin sonuçları, *The Canadian Medical Association Journal*, 41: 257-61.
- De Zwann, M., Lancaster, K.L., Mitchell, J.E., Howell, L.M., Monson, N. ve Roerig, J.L. (2002) Health related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery, *Obesity Surgery*, 12: 773-80.
- Dean, C. (1987) Mastektomi sonrası psikiyatrik morbidite: ameliyat öncesi öngörücüler ve hastalık türleri, *Journal of Psychosomatic Research*, 31: 385-92.
- Dean, C., Roberts, M.M., French, K. ve Robinson, S. (1984) Meme kanseri taraması sonrası psikiyatrik morbidite, *Epidemioloji ve Toplum Sağlığı Dergisi*, 40: 71-5.
- Debro, S.C., Campbell, S.M. ve Peplau, L.A. (1994) Influencing a partner to use a condom: characteristics of the situation are more important than characteristics of the individual, *Psychology, Health and Medicine*, 4: 265-79.
- deHaes, J.C.J.M., van Knippenberg, F.C. ve Neigt, J.P. (1990) Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam symptom checklist, *British Journal of Cancer*, 62: 1034-8.
- Dekker, F.W., Kaptein, A.A., van der Waart, M.A.C. ve Gill, K. (1992) Quality of self-care of patients with asthma, *Journal of Asthma*, 29: 203-8.
- DeLamater, J. ve MacCorquodale, P. (1978) Evlilik öncesi kontraseptif kullanımı: iki modelin testi, *Journal of Marriage and the Family*, 40: 235-47.
- DeLamater, J. ve MacCorquodale, P. (1979) *Evlilik Öncesi Cinsellik: Tutumlar, İlişkiler, Davranışlar*. Madison, WI: Wisconsin Üniversitesi Yayınları.

- Sağlık Bakanlığı (DoH) (1991a) *Birleşik Krallık için Gıda Enerjisi ve Besin Maddeleri için Diyet Referans Değerleri*, Sağlık ve Sosyal Konular Raporu No. 41. Londra: HMSO.
- Department of Health (DoH) (1991b) *The Health of the Nation*. Londra: HMSO.
- Sağlık Bakanlığı (DoH) (1992) Winterton Raporu. *Annelik Hizmetleri Üzerine İkinci Rapor*, Londra: HMSO.
- Sağlık Bakanlığı (DoH) (1993) *Cumberlege Raporu: Değişen Doğum*. Londra: HMSO.
- Sağlık Bakanlığı (DoH) (1995) *Obezite: İngiltere'de Giderek Artan Obezite Sorununu Tersine Çevirmek - Beslenme ve Fiziksel Aktivite Görev Güçleri Raporu*. Londra: HMSO. Sağlık
- Bakanlığı (DoH) (2005) *Annelik İstatistikleri 2003-2004*. Londra: OPCS.
- Sağlık Bakanlığı ve Galler Ofisi (1989) *Ulusal Sağlık Hizmetinde Genel Pratisyenlik: Yeni Bir Sözleşme*. Londra: HMSO.
- Despres, J-P., Lemieux, I. ve Prudhomme, D. (2001) Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients, *British Medical Journal*, 322: 716-20.
- Diamond, E.G., Kittle, C.F. ve Crockett, J.F. (1960) Comparison of internal mammary artery ligation and sham operation for angina pectoris, *American Journal of Cardiology*, 5: 483-6.
- DiClemente, C.C. (1986) Self-efficacy and the addictive behaviors, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4: 303-15.
- DiClemente, C.C. ve Hughes, S.O. (1990) Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment, *Journal of Substance Abuse*, 2: 217-35.
- DiClemente, C.C. ve Prochaska, J.O. (1982) Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance, *Addictive Behaviours*, 7: 133-42.
- DiClemente, C.C. ve Prochaska, J.O. (1985) Processes and stages of change: coping and competence in smoking behavior change, in F. Shiffman and T.A. Wills (eds), *Coping and Substance Abuse*, pp. 319-43. New York: Academic Press.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K. ve diğerleri (1991) The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 295-304.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. ve Gilbertini, M. (1985) Self-efficacy and the stages of self-change of smoking, *Cognitive Therapy and Research*, 9: 181-200.
- Diederiks, J.P., Bar, F.W., Hopponer, P. ve diğerleri (1991) MI hastalarında eski boş zaman ve sosyal aktivitelere dönüşün belirleyicileri, *Journal of Psychosomatic Research*, 35: 687-96.
- Dillon, K.M., Mincho, B. ve Baker, K.H. (1985-1986) Positive emotional states and enhancement of the immune system, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 15: 13-17.
- Diner, E., Emmons, R.A., Larson, R.J. ve Griffen, S. (1985) The satisfaction with life scale, *Journal of Personality Assessment*, 49: 71-6.
- Dion, K.K. (1995) Delayed parenthood and women's expectations about the transition to parenthood, *International Journal of Behavioural Development*, 18: 315-33.
- Dishman, R.K. (1982) Compliance/adherence in health-related exercise, *Health Psychology*, 1: 237-67.
- Dishman, R.K. ve Gettman, L.R. (1980) Psychobiologic influences on exercise adherence, *Journal of Sport Psychology*, 2: 295-310.
- Dishman, R.K., Sallis, J.F. ve Orenstein, D.M. (1985) The determinants of physical activity and exercise, *Public Health Reports*, 100: 158-72.
- Dolan, B., Lacey, J. ve Evans, C. (1990) Eating behaviour and attitudes to weight and shape in British women from three ethnic groups, *British Journal of Psychiatry*, 157: 523-8.
- Dolce, J.J. (1987) Self-efficacy and disability beliefs in the behavioral treatment of pain, *Behavior Research and Therapy*, 25: 289-96.

- Doll, R. ve Hill, A.B. (1954) The mortality of doctors in relation to their smoking habits: a preliminary report, *British Medical Journal*, 1: 1451-5.
- Doll, R. ve Peto, R. (1981) *The Causes of Cancer*. New York: Oxford Üniversitesi Yayınları.
- Donnelly, D.A. ve Murray, E.J. (1991) Cognitive and emotional changes in written essays and therapy interviews, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10: 334-50.
- Dornbusch, S., Carlsmith, J., Duncan, P. ve diğerleri (1984) Sexual maturation, social class and the desire to be thin among adolescent females, *Developmental and Behavioural Paediatrics*, 5: 475-82.
- Dowey, A.J. (1996) Çocukların gıda tercihlerinin psikolojik belirleyicileri. Yayımlanmamış doktora tezi, Galler Üniversitesi, Bangor.
- Downing, R.W. ve Rickels, K. (1983) Physician prognosis in relation to drug and placebo response in anxious and depressed psychiatric outpatients, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171: 182-5.
- Doyal, L. (1985) Women and the National Health Service: the carers and the careless, in E. Lewin and V. Olesen (eds) *Women, Health and Healing: Yeni Bir Perspektife Doğru*. Londra: Tavi-Stock.
- Doyal, L. (1994) Changing medicine? Gender and the politics of health care, in J. Gabe, D. Kelleher and G. Williams (eds) *Challenging Medicine*. Londra: Routledge.
- Doyal, L. (2001) Aydınlatılmış onam: ahlaki gereklilik mi yoksa yanılsama mı? *Sağlık Hizmetlerinde Kalite*, 10: 29i-33i.
- Drenowski, A., Kurt, C. ve Krahn, D. (1994) Body weight and dieting in adolescence: impact of socioeconomic status, *International Journal of Eating Disorders*, 16: 61-5.
- Drew, N.C. Salmon, P. ve Webb, L. (1989) Mothers, midwives and obstetricians' views on the features of obstetric care which influence satisfaction with childbirth, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 96: 1084-8.
- Duncan, I. (ed.) (1992) *Klinik Uygulama ve Program Yönetimi için Kılavuz*. Oxford: NHS Servikal Tarama Programı.
- Duncker, K. (1938) Experimental modification of children's food preferences through social suggestion, *Journal of Abnormal Social Psychology*, 33: 489-507.
- Dunn, A.L., Andersen, R.E. ve Jakicic, J.M. (1998) Lifestyle physical activity interventions: history, short and long-term effects and recommendation, *American Journal of Preventive Medicine*, 15: 398-412.
- Durnin, J.V.G.A., Lonergan, M.E., Good, J. ve Ewan, A. (1974) 611 genç ergen okul çocuğu üzerinde 7 yıl arayla yapılan kesitsel bir beslenme ve antropometrik çalışma, *British Journal of Nutrition*, 32: 169-79.
- Ebrecht, M., Hextall, J., Kirtley, L.G., Taylor, A., Dyson, M. ve Weinman, J. (2004) Perceived stress and cortisol levels predict speed of wound healing in healthy male adults, *Psychoneuroendocrinology*, 29: 798-809.
- Eccleston, C. (1994) Chronic pain and attention: a cognitive approach, *British Journal of Clinical Psychology*, 33(Pt 4): 535-47.
- Eccleston, C. ve Crombez, G. (1999) Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain, *Psychological Bulletin*, 125(3): 356-66.
- Eccleston, C., Crombez, G., Aldrich, S. ve Stannard, C. (2001) Worry and chronic pain patients: a description and analysis of individual differences, *European Journal of Pain*, 5(3): 309-18.
- Eccleston, C., Malleson, P.N., Clinch, J., Connell, H. ve Sourbut, C. (2003) Chronic pain in adolescents: evaluation of a programme of interdisciplinary cognitive behavioural therapy, *Archives of Disease in Childhood*, 88(10): 881-5.
- Eccleston, C., Morley, S., Williams, A., Yorke, L. ve Mastroyannopoulou, K. (2002) Çocuklarda ve ergenlerde kronik ağrı için psikolojik terapinin randomize kontrollü çalışmalarının sistematik olarak gözden geçirilmesi ve ağrının giderilmesine ilişkin bir alt küme meta-analizi, *Pain*, 99(1-2): 157-65.

- Eccleston, C., Yorke, L., Morley, S., Williams, A.C. ve Mastroyannopoulou, K. (2003) Psychological therapies for management of chronic and recurrent pain in children and adolescents, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1: CD003968.
- Edholm, O.G., Fletcher, J.G., Widdowson, E.M. ve McCance, R.A. (1955) The food intake and individual expenditure of individual men, *British Journal of Nutrition*, 9: 286-300.
- Edwards, G. ve Gross, M. (1976) Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome, *British Medical Journal*, i: 1058-61.
- Edwards, N. (1954) The theory of decision making, *Psychological Bulletin*, 51: 380-417.
- Egbert, L.D., Battit, G.E., Welch, C.E. ve Bartlett, M.K. (1964) Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients, *The New England Journal of Medicine*, 270: 825-7.
- Egger, G., Fitzgerald, W., Frape, G. ve diğerleri (1983) Avustralya'da geniş çaplı bir medya sigara karşıtı kampanyanın sonucu: North Coast 'Quit For Life' Programı, *British Medical Journal*, 286: 1125-8.
- Eiser, J.R. (2000) Soru çerçevelemenin semptom bildirimi ve algılanan sağlık durumu üzerindeki etkisi, *Psikoloji ve Sağlık*, 15: 13-20.
- Eiser, J.R. and Cole, N. (2002) Participation in cervical screening as a function of perceived risk, barriers and need for cognitive closure, *Journal of Health Psychology*, 7(1): 99-105.
- Eisler, I. ve Szmukler, G. (1985) Yeme tutumları testinde karıştırıcı bir değişken olarak sosyal sınıf, *Psikiyatrik Araştırmalar Dergisi*, 19: 171-6.
- Elliott, B.J. ve Huppert, F.A. (1991) In sickness and in health: associations between physical and mental well-being, employment and parental status in a British nationwide sample of married women, *Psychological Medicine*, 21: 515-24.
- Elwyn, G., Edwards, A. ve Kinnersley, P. (1999) Shared decision making: the neglected second half of the consultation, *British Journal of General Practice*, 49: 477-82.
- Emmons, R.A. (1996) Strivings and feeling: personal goals and subjective well-being, in P.M. Gollwitzer and J.A. Bargh (eds), *The Psychology of Action: Linking Cognition and Motivation to Behavior*, pp. 313-37. New York: Guilford.
- Engel, G.L. (1977) Yeni bir tıbbi model ihtiyacı: A challenge for biomedicine, *Science*, 196: 129-35.
- Engel, G.L. (1980) The clinical application of the biopsychosocial model, *American Journal of Psychiatry*, 137: 535-44.
- Entwistle, V.A., Sheldon, T.A., Sowden, A. ve Watt, I.S. (1998) Evidence-informed patient choice: practical issues of involving patients in decisions about health-care technologies, *International Journal of Technological Assessment in Health-care*, 14: 212-25.
- Eriksen, P.S. ve Rasmussen, H. (1992) Low dose 17- β oestradiol vaginal tablets in the treatment of atrophic vaginitis: A double-blind placebo controlled study, *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*, 44: 137-44.
- Esterling, B.A., Kiecolt-Glaser, J.K., Bodnar, J.C. ve Glaser, R. (1994) Chronic stress, social support and persistent alterations in the natural killer cell response to cytokines in older adults, *Health Psychology*, 13: 291-8.
- Etzwiler, D.D. (1967) Diyabetliyi kim eğitiyor? *Diabetes*, 16: 111-17.
- Evans, F.J. (1974) The power of the sugar pill, *Psychology Today*, April: 55-9.
- Everson, S.A., Lynch, J.W., Chesney, M.A. ve diğerleri (1997) Interaction of workplace demands and cardiovascular reactivity in progression of carotid atherosclerosis: population based study, *British Medical Journal*, 314: 553-8.
- Eysenck, H.J. (1990) Kişilik/stres anketi aracılığıyla kanserden ölümün öngörülmesi: gerçek olamayacak kadar iyi mi? *Perceptual Motor Skills*, 71: 216-18.
- Eysenck, H.J. ve Grossarth-Maticek, R. (1991) Creative novation behaviour therapy as a prophylac-

- Kanser ve koroner kalp hastalığı için tik tedavi. Bölüm II - tedavinin etkileri, *Behaviour Research and Therapy*, 29: 17-31.
- Fallowfield, L. (1990) *Yaşam Kalitesi: Sağlık Hizmetlerinde Kayıp Ölçüm*. Londra: Sou-venir Press.
- Fallowfield, L.J., Rodway, A. ve Baum, M. (1990) Bir meme tarama merkezine katılımı, katılmamayı ve tekrar katılmayı etkileyen psikolojik faktörler nelerdir? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83: 547-51.
- Farooqi, I.S., Jebb, S.A., Cook, G. ve diğerleri (1999) Leptin eksikliği olan bir çocukta rekombinant leptin tedavisinin etkileri, *New England Journal of Medicine*, 16: 879-84.
- Farquhar, J.W., Fortmann, S.P., Flora, J.A. ve diğerleri (1990) Toplum çapında eğitimin kardiyovasküler hastalık risk faktörleri üzerindeki etkileri: Stanford Beş Şehir Projesi, *Journal of the American Medical Association*, 264: 359-65.
- Feldman, S.S. ve Nash, S.C. (1984) Beklentiden ebeveynliğe geçiş: ilk doğan çocuğun erkekler ve kadınlar üzerindeki etkisi, *Sex Roles*, 11: 61-78.
- Fernbach, M. (2002) The impact of a media campaign on cervical screening knowledge and self-efficacy, *Journal of Health Psychology*, 7(1): 85-97.
- Ferster, C.B., Nurnberger, J.I. ve Levitt, E.B. (1962) The control of eating, *Journal of Mathematics*, 1: 87-109.
- Festinger, L. (1957) *A Theory of Cognitive Dissonance*. Evanston, IL: Row, Peterson.
- Feuerstein, M., Carter, R.L. ve Papciak, A.S. (1987) A prospective analysis of stress and fatigue in recurrent low back pain, *Pain*, 31: 333-44.
- Fife-Schaw, C.R. ve Breakwell, G.M. (1992) Estimating sexual behaviour parameters in light of AIDS: a review of recent UK studies of young people, *Aids Care*, 4: 187-201.
- Figueiras, M.J. ve Weinman, J. (2003) Miyokard enfarktüsüne ilişkin benzer hasta ve eş algıları iyileşmeyi öngörür mü? *Psikoloji ve Sağlık*, 18(2): 201-16.
- Fiore, M.C., Novotny, T.F., Pierce, J.P. ve diğerleri (1990) Amerika Birleşik Devletleri'nde sigarayı bırakmak için kullanılan yöntemler: bırakma programları yardımcı oluyor mu? *Journal of the American Medical Association*, 263: 2760-5.
- Fishbein, M. (ed.) (1967) *Readings in Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley.
- Fishbein, M. ve Ajzen, I. (1975) *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: Teori ve Araştırmaya Giriş*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. ve Middlestadt, S.E. (1989) Using theory of reasoned action as a framework for understanding and changing AIDS-related behaviours, in V.M. Mays, J. Albee and S.F. Schneider (eds), *Primary Prevention for AIDS: Psikolojik Yaklaşımlar*. Newbury Park, CA: Sage.
- Fisher, J.D. ve Fisher, W.A. (1992) Changing AIDS-risk behaviour, *Psychological Bulletin*, 111: 455-74.
- Fisher, J.O. ve Birch, L.L. (1999) Lezzetli bir yiyeceğe erişimin kısıtlanması çocukların davranışsal tepkisini, yiyecek seçimini ve alımını etkiler, *American Journal of Clinical Nutrition*, 69: 1264-72.
- Fisher, J.O., Birch, L.L., Smiciklas-Wright, H. ve Piociano, M.F. (2000) İlk yıl boyunca emzirme, beslenmede anne kontrolünü ve daha sonra yürümeye başlayan çocukların enerji alımlarını öngörür, *Journal of the American Dietician Association*, 100: 641-6.
- Fisher, W.A. (1984) Predicting contraceptive behavior among university men: the role of emotions and behavioral intentions, *Journal of Applied Social Psychology*, 14: 104-23.
- Fitzpatrick, R. (1993) Scope and measurement of patient satisfaction, in R. Fitzpatrick and A. Hopkins (eds), *Measurement of Patients' Satisfaction with Their Care*. Londra: Royal College of Physicians of London.
- Flannelly, G., Anderson, D., Kitchener, H.C. ve diğerleri (1994) Hafif ve orta derecede servikal diskaryozlu kadınların yönetimi, *British Medical Journal*, 308: 1399-403.

- Flay, B.R. (1985) Psychosocial approaches to smoking prevention: a review of findings, *Health Psychology*, 4: 449-88.
- Flegal, K.M., Harlan, W.R. ve Landis, J.R. (1988) Secular trends in body mass index and skinfold thickness with socioeconomic factors in young adult women, *American Journal of Clinical Nutrition*, 48: 535-43.
- Flowers, P., Smith, J.A., Sheeran, P. ve Beail, N. (1997) Health and romance: understanding unprotected sex in relations between gay men, *British Journal of Health Psychology*, 2: 73-86.
- Flowers, P., Smith, J.A., Sheeran, P. ve Beail, N. (1998) 'Coming out' and sexual debut: understanding the social context of HIV risk-related behaviour, *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 8: 409-21.
- Folkman, S. ve Lazarus, R.S. (1980) Orta yaşlı bir toplum örnekleminde başa çıkma analizi, *Sağlık ve Sosyal Davranış Dergisi*, 21: 219-39.
- Folkman, S. ve Lazarus, R.S. (1988) *Başa Çıkma Yolları Anketi El Kitabı*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Folkman, S. ve Moskowitz, J.T. (2000) Positive affect and the other side of coping, *American Psychologist*, 55: 647-54.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. ve Gruen, R.J. (1986) Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes, *Journal of Personality and Social Psychology*, 50: 992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Pimley, S. ve Novacek, J. (1987) Age differences in stress and coping processes, *Psychology and Ageing*, 2: 171-84.
- Ford, E., Williamson, D. ve Liu, S. (1997) Weight change and diabetes incidence: findings from a national cohort of US adults, *American Journal of Epidemiology*, 146: 214-22.
- Fordyce, W.E. ve Steger, J.C. (1979) Chronic pain, in O.F. Pomerleau and J.P. Brady (eds), *Behavioral Medicine: Teori ve Uygulama*, s. 125-53. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Formon, S.J. (1974) *Infant Nutrition*, 2nd edn. Philadelphia, PA: WB Saunders.
- Forrest, A.P.M. (1986) *Meme Kanseri Taraması. İngiltere, Galler, İskoçya ve Kuzey İrlanda Sağlık Bakanlarına Rapor*. Londra: HMSO.
- Foster, P. (1995) *Kadınlar ve Sağlık Sektörü: Sağlıksız Bir İlişki mi?* Buckingham: Açık Üniversite Yayınları.
- Foucault, M. (1979) *The History of Sexuality, Cilt 1: Giriş*. Londra: Allen & Lane.
- Francis, M.E. ve Pennebaker, J.W. (1992) Putting stress into words: writing about personal upheavals and health, *American Journal of Health Promotion*, 6: 280-7.
- Fredrickson, B.L. ve Matthews, K.A. (1990) Cardiovascular responses to behavioural stress and hypertension: a meta-analytic review, *Annals of Behavioural Medicine*, 12: 30-9.
- Fredrickson, B.L., Maynard, K.E., Helms, M.J. ve diğerleri (2000) Hostility predicts magnitude and duration of blood pressure response to anger, *Journal of Behavioural Medicine*, 23: 229-43.
- Fredrickson, B.L., Robson, A. ve Ljungdell, T. (1991) Negatif ve pozitif aile hipertansiyon öyküsü olan bireylerde ambulatuvar ve laboratuvar kan basıncı, *Health Psychology*, 10: 371-7.
- Freeling, P. (1965) Candidates for exfoliative cytology of the cervix, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 10: 261.
- Freeman, E.W. ve Rickels, K. (1993) *Early Childbearing: Siyah Ergenlerin Hamilelik, Kürtaj ve Doğum Kontrolüne Bakış Açıları*. Newbury Park, CA: Sage.
- Freeman, R.F., Thomas, C.D., Solyom, L. ve Hunter, M.A. (1984) Vücut imajı bozulmasını ölçmek için modifiye edilmiş bir video kamera: teknik açıklama ve güvenilirlik, *Psychological Medicine*, 14: 411-16.
- Freidson, E. (1970) *Profession of Medicine*. New York: Dodds Mead.

- French, D.P. ve Hankins, M. (2003) The expectancy-value muddle in the theory of planned behaviour and some proposed solutions, *British Journal of Health Psychology*, 8: 37-55.
- French, D.P., Maissi, E. ve Marteau, T.M. (2004) Yetersiz servikal smear testi sonuçlarının psikolojik maliyeti, *British Journal of Cancer*, 91: 1887-92.
- French, D.P., Maissi, E. ve Marteau, T.M. (2005) The purpose of attributing cause: beliefs about the causes of myocardial infarction, *Social Science & Medicine*, 60: 1411-21.
- French, D.P., Maissi, E. ve Marteau, T.M. (2006) The psychological costs of inadequate cervical smear test results: three-month follow-up, *Psycho-oncology*, 15: 498-508.
- French, D.P., Marteau, T., Senior, V. ve Weinman, J. (2002) The structure of belief about the causes of heart attacks: a network analysis, *British Journal of Health Psychology*, 7: 463-79.
- French, D.P., Marteau, T.M., Senior, V. ve Weinman, J. (2005) Hastalığın nedenlerine ilişkin inanç ölçümleri ne kadar geçerlidir? The example of myocardial infarction, *Psychology and Health*, 20(5): 615-35.
- French, D.P., Senior, V., Weinman, J. ve Marteau, T.M. (2001) Causal attributions for heart disease: a systematic review, *Psychology and Health*, 16: 77-98.
- French, D.P., Senior, V., Weinman, J. ve Marteau, T.M. (2002) Kalp krizlerine ilişkin nedensel inançları ortaya çıkarmak: örtük ve açık yöntemlerin karşılaştırılması, *Sağlık Psikolojisi Dergisi*, 7(4): 433-44.
- French, S.A. ve Jeffrey, R.W. (1997) Current dieting, weight loss history and weight suppression: behavioural correlates of three dimensions of dieting, *Addictive Behaviours*, 22: 31-44.
- Friedman, L.A. ve Kimball, A.W. (1986) Coronary heart disease mortality and alcohol consumption in Framingham, *American Journal of Epidemiology*, 124: 481-9.
- Friedman, M. ve Rosenman, R.H. (1959) Belirli açık davranış kalıplarının kan ve kardiyovasküler bulgularla ilişkisi, *Journal of the American Medical Association*, 169: 1286-97.
- Friedman, M., Thoresen, C., Gill, J. ve diğerleri (1986) Miyokard enfarktüsü sonrası hastalarda A tipi davranış değişikliği ve bunun kardiyak nöksler üzerindeki etkileri: tekrarlayan koroner önleme projesinin özet sonuçları, *American Heart Journal*, 112: 653-65.
- Friedman, T. ve Gath, D. (1989) The psychiatric consequences of spontaneous abortion, *British Journal of Psychiatry*, 155: 810-13.
- Frostholm, L., Fink, P., Christensen, K.S., Toft, T., Oernbel, E., Olesen, F. ve Weinman, J. (2005) The patients' illness perceptions and the use of primary health care, *Psychosomatic Medicine*, 7(6): 997-1005.
- Furstenberg, F., Shea, J., Allison, P., Herceg-Baron, R. ve Webb, D. (1983) Contraceptive continuation among adolescents attending family planning clinics, *Family Planning Perspectives*, 15: 211-17.
- Futterman, A.D., Kemeny, M.E., Shapiro, D., Polonsky, W. ve Fahey, J.L. (1992) Immunological variability associated with experally-induced positive and negative affective states, *Psychological Medicine*, 22: 231-8.
- Gallacher, J.E.J., Hopkinson, C.A., Bennett, P., Burr, M.L. ve Elwood, P.C. (1997) Stres yönetiminin anjin üzerindeki etkisi, *Psychology and Health*, 12: 523-32.
- Garcia, J., Hankins, W.G. ve Rusiniak, K. (1974) İnsan ve sıçanda milieu intern'in davranışsal düzenlenmesi, *Science*, 185: 824-31.
- Gardner, R.M., Martinez, R. ve Sandoval, Y. (1987) Obesity and body image: an evaluation of sensory and non-sensory components, *Psychological Medicine*, 17: 927-32.
- Garn, S.M., Bailey, S.M., Solomon, M.A. ve Hopkins, P.J. (1981) Kalan aile üyelerinin şişmanlık tahmini üzerindeki etkileri, *American Journal of Clinical Nutrition*, 34: 148-53.
- Garner, D.M. (1991) *EDI-2: Profesyonel El Kitabı*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Inc.
- Garrow, J. (1984) *Energy Balance and Obesity in Man*. New York: Elsevier.

- Garrow, J. (1997) *Obezite tedavisi IV: Cerrahi tedaviler*, Garrow, J. (1997) *Obesity içinde*. Blackwell: İngiliz Beslenme Vakfı.
- Geis, B.D. ve Gerrard, M. (1984) Predicting male and female contraceptive behaviour: a discriminant analysis of groups in high, moderate, and low in contraceptive effectiveness, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46: 669-80.
- Gellaitry, G., Cooper, V., Davis, C., Fisher, M., Date, H.L. ve Horne, R. (2005) Patients' perception of information about HAART: impact on treatment decisions, *AIDS Care*, 7(3): 367-76.
- Genel Hanehalkı Anketi (GHS) (1992) Londra: OPCS.*
- Genel Hanehalkı Anketi (GHS) (1993) Londra: OPCS.*
- Genel Hanehalkı Anketi (GHS) (1994) Londra: OPCS.*
- Genel Hanehalkı Anketi (GHS) (2004) Londra: OPCS.*
- George, W.H. ve Marlatt, G.A. (1983) Alkolizm: davranışsal bir perspektifin evrimi, içinde M. Galanter (ed.), *Recent Developments in Alcoholism, I*, s. 105-38. New York: Plenum Press.
- Gerrard, M., Gibbons, F.X., Benthin, A.C. ve Hessling, R.M. (1996) A longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviors and cognitions in adolescents: what you do shapes what you think and vice versa, *Health Psychology*, 15: 344-54.
- Giannetti, V.J., Reynolds, J. ve Rihen, T. (1985) Factors which differentiate smokers from ex-smokers among cardiovascular patients: a discriminant analysis, *Social Science and Medicine*, 20: 241-5.
- Gibbons, F.X., Gerrard, M., Ouelette, J. ve Burzette, R. (1998) Ergen sağlığı riskinin bilişsel öncülleri: davranışsal niyet ve davranışsal isteklilik arasında ayırım yapmak, *Psychology and Health*, 13: 319-39.
- Gidron, Y., Magen, R. ve Ariad, S. (2001) Meme kanseri olan İsrailli kadınlarda umutsuzluk ile psikolojik ve serolojik sonuçlar arasındaki ilişki, *Psychology and Health*, 16: 289-96.
- Gilbert, D.G. ve Spielberger, C.D. (1987) Sosyal etkileşim sırasında sigara içmenin kalp atış hızı, kaygı ve başarı duyguları üzerindeki etkileri, *Davranışsal Tıp Dergisi*, 10: 629-38.
- Gill, J.J., Price, V.A. ve Friedman, M. (1985) Sağlıklı orta yaşlı Amerikan subaylarında A tipi davranışların azaltılması, *American Heart Journal*, 110: 503-14.
- Gillies, P.A. ve Galt, M. (1990) Teenage smoking - fun or coping? in J.A.M. Wimbust and S. Maes (eds), *Lifestyles and Health: Sağlık Psikolojisinde Yeni Gelişmeler*. Hollanda: DSWO/Leiden University Press.
- Gillon, R. (2001) 'Yeni bir kürtaj etiği' var mı? *Journal of Medical Ethics*, 27(suppl. II): ii5-ii9.
- Glass, D.C. ve Singer, J.E. (1972) *Urban Stress*. New York: Academic Press.
- Gleghorn, A.A., Penner, L.A., Powers, P.S. ve Schulman, R. (1987) The psychometric properties of several measures of body image, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 9: 203-18.
- Glenn, N.D. ve Weaver, C.N. (1981) Evlilik mutluluğunun küresel mutluluğa katkısı, *Journal of Marriage and the Family*, 43: 161-8.
- Glynn, S.M. ve Ruderman, A.J. (1986) The development and validation of an Eating Self-efficacy Scale, *Cognitive Therapy and Research*, 10: 403-20.
- Goddard, E. (1990) *Çocuklar Neden Sigaraya Başlar?* Londra: HMSO.
- Godin, G., Conner, M. ve Sheeran, P. (2005) Bridging the intention-behaviour 'gap': the role of moral norm, *British Journal of Social Psychology*, 44: 497-512.
- Godin, G., Valois, P., Lepage, L. ve Desharnais, R. (1992) Predictors of smoking behaviour: an application of Ajzen's theory of planned behaviour, *British Journal of Addiction*, 87: 1335-43.
- Gold, R.S., Skinner, M.J., Grant, P.J. ve Plummer, D.C. (1991) Situational factors and thought processes associated with unprotected intercourse in gay men, *Psychology and Health*, 5: 259-78.
- Goldberg, D.P. (1978) *Genel Sağlık Anketi El Kitabı*. Windsor: NFER-Nelson.

- Goldberg, I.R. (1999) A broad-bandwidth, public-domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models, in I. Mervielde, I. Deary, F. De Fryt and F. Ostendorf (eds) *Avrupa'da Kişilik Psikolojisi: Cilt 7*, s. 7-28. Tilburg: Tilburg Üniversitesi Yayınları.
- Goldschneider, A. (1920) *Das Schmerz Problem*. Berlin: Springer.
- Gollwitzer, P.M. (1993) Goal achievement: the role of intentions, *European Review of Social Psychology*, 4: 141-85.
- Gollwitzer, P.M. ve Brandstatter, V. (1997) Uygulama niyetleri ve etkili hedef takibi, *Kişilik ve Sosyal Psikoloji Dergisi*, 73: 186-99.
- Gollwitzer, P.M. ve Sheeran, P. (2006) Implementation intentions and goal achievement: a meta-analysis of effects and processes, *Advances in Experimental Social Psychology*, 38: 69-119.
- Gomel, M., Oldenburg, B., Lemon, J., Owen, N. ve Westbrook, F. (1993) İşyerinde sigara içme yaşının sigara içme endeksleri, sigara özlemi, stres ve diğer sağlık davranışları üzerindeki etkilerinin pilot çalışması, *Psychology and Health*, 8: 223-9.
- Gooding, H.C., Organista, K., Burack, J. ve diğerleri (2006) Stres ve başa çıkma perspektifinden genetik duyarlılık testi. *Sosyal Bilimler ve Tıp*, 62: 1880-90.
- Goodkin, K., Blaney, T., Feaster, D. ve diğerleri (1992) Aktif başa çıkma tarzı asemptomatik HIV-I seropozitif homoseksüel erkeklerde doğal öldürücü hücre sitotoksitesi ile ilişkilidir, *Journal of Psychosomatic Research*, 36: 635-50.
- Goodwin, P. ve Ogden, J. (2006) Kadınların geçmişteki kürtajları hakkındaki düşünceleri: duygusal tepkilerin zaman içinde nasıl değiştiğinin araştırılması, *Psikoloji ve Sağlık* (baskıda).
- Gould, G.M. (1900) A system of personal biologic examination: the condition of adequate medical and scientific conduct of life, *Journal of the American Medical Association*, 35: 134.
- Gracely, R.H., Dubner, R., Deeter, W.R. ve Wolskee, P.J. (1985) Clinical expectations influence placebo analgesia, *Lancet*, i: 43.
- Graham, H. (1987) Women's smoking and family health, *Social Science and Medicine*, 25: 47-56.
- Grant, A. ve Elbourne, D. (1989) Fetal iyilik halini değerlendirmek için fetal hareket sayımı, in I. Chalmers, M. Enkin ve M.J.N.C. Keirse (eds), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, s. 440-54. Oxford: Oxford Üniversitesi Yayınları.
- Grant, M., Padilla, G.V., Ferrell, B.R. ve Rhiner, M. (1990) Assessment of quality of life with a single instrument, *Seminars in Oncology Nursing*, 6: 260-70.
- Gray, J., Ford, K. ve Kelly, L. (1987) The prevalence of bulimia in a black college population, *International Journal of Eating Disorders*, 6: 733-40.
- Graybeal, A., Sexton, J.D. ve Pennebaker, J.W. (2002) İfşaat yazımında hikaye oluşturma'nın rolü: anlatının psikometrisi, *Psychology and Health*, 17: 571-81.
- Green, J.M., Coupland, V.A. ve Kitzinger, J.V. (1988) *Great Expectation: Kadınların Beklentileri ve Doğum Deneyimleri Üzerine Prospektif Bir Çalışma*. Çocuk Bakımı ve Gelişimi Grubu. Cambridge: Cambridge Üniversitesi.
- Greenberg, M.A. ve Stone, A.A. (1992) Writing about disclosed versus undisclosed traumas: immediate and long term effects on mood and health, *Journal of Personality and Social Psychology*, 63: 75-84.
- Greene, R.E., Houston, B.K. ve Holleran, S.A. (1995). Aggressiveness, dominance, developmental factors and serum cholesterol level in college males, *Davranışsal Tıp Dergisi*, 18, 569-80.
- Greeno, C.G. ve Wing, R.R. (1994) Stress-induced eating, *Psychological Bulletin*, 115: 444-64.
- Greenwood, J. (2001) The new ethics of abortion, *Journal of Medical Ethics*, 27(suppl. II): ii2-ii4.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J.D.R. ve diğerleri (1992) Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial, *British Medical Journal*, 304: 675-80.

- Greer, S., Morris, T.E. ve Pettingale, K.W. (1979) Psychological responses to breast cancer: effect on outcome, *Lancet*, 2: 785-7.
- Gregg, I. (1966) The recognition of early chronic bronchitis, *Journal of the American Medical Association*, 176: 1114-16.
- Grilo, C.M., Shiffman, S. ve Wing, R.R. (1989) Relapse crisis and coping among dieters, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57: 488-95.
- Grimes, D.S. (1988) Value of a negative cervical smear, *British Medical Journal*, 296: 1363.
- Gross, J. ve Levenson, R.W. (1997) Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion, *Journal of Abnormal Psychology*, 106: 95-103.
- Grunberg, N.E. (1986) Nikotin psikoaktif bir ilaç olarak: iştah düzenlemesi, *Psychopharmacology Bulletin*, 22: 875-81.
- Grunberg, N.E., Winders, S.E. ve Wewers, M.E. (1991) Gender differences in tobacco use, *Health Psychology*, 10: 143-53.
- Grunfeld, E., Mant, D., Yudkin, P. ve diğerleri (1996) Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial, *British Medical Journal*, 313: 665-9.
- Guadagnoli, E. ve Ward, P. (1998) Patient participation on decision making, *Social Science and Medicine*, 47: 329-39.
- Gudmundsdottir, H., Johnston, M., Johnston, D. ve Foulkes, J. (2001) Spontaneous, elicited and cued casual attribution in the year following a first myocardial infarction, *British Journal of Health Psychology*, 6: 81-96.
- Gupta, N. ve Jenkins, D.G. Jr (1984) Substance use as an employee response to the work environment, *Journal of Vocational Behaviour*, 24: 84-93.
- Gureje, O., Simon, G.E., Ustun, T.B. ve Goldberg, D.P. (1997) Somatisation in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care, *American Journal of Psychiatry*, 154: 989-95.
- Guyll, M. ve Contrada, R.J. (1998) Trait hostility and ambulatory cardiovascular activity: response to social interaction, *Health Psychology*, 17: 30-9.
- Haas, H., Fink, H. ve Hartfelder, G. (1959) Das placeboproblem, *Fortschritte der Arzneimittelforschung*, 1: 279-354.
- Hackel, L.S. ve Ruble, D.N. (1992) Changes in the marital relationship after the first baby is born: predicting the impact of expectancy disconfirmation, *Journal of Personality and Social Psychology*, 62: 944-57.
- Hadley, J. (1996) *Kürtaj: Özgürlük ve Zorunluluk Arasında*. Londra: Virago.
- Hagger, M.S. ve Orbell, S. (2003) A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations, *Psychology and Health*, 18(2): 141-84.
- Hagger, M.S., Chatzisarantiz, N., Biddle, S.J.H. ve Orbell, S. (2001) Antecedents of children's physical activity intentions and behaviour: predictive validity and longitudinal effects, *Psychology and Health*, 16: 391-407.
- Hall, A. ve Brown, L.B. (1982) Anoreksiya nervoza hastası olan ve olmayan gençlerin tutumlarının annelerinin tutumlarıyla karşılaştırılması, *British Journal of Psychology*, 56: 39-48.
- Hall, E.E., Ekkekakis, P. ve Petruzzello, S.J. (2002) Şiddetli egzersizin duygusal faydası, *British Journal of Health Psychology*, 7: 47-66.
- Hall, J.A., Epstein, A.M. ve McNeil, B.J. (1989) Multidimensionality of health status in an elderly population: construct validity of a measurement battery, *Medical Care*, 27: 168-77.
- Hall, S., Weinman, J. ve Marteau, T.M. (2004) Sigara içen kadınları sigara ile rahim ağzı kanseri arasındaki bağlantı konusunda bilgilendirmenin motive edici etkisi: tutarlılığın rolü, *Sağlık Psikolojisi*, 23(4): 419-24.
- Hall, S.M., Hall, R.G. ve Ginsberg, D. (1990) Cigarette dependence, in A.S. Bellack, M. Hersen and

- A.E. Kazdin (eds), *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*, 2nd edn, pp. 437-47. New York: Plenum Press.
- Halm, E.A., Mora, P. ve Leventhal, H. (2006) No symptoms, no asthma: the acute episodic disease belief is associated with poor self-management among inner-city adults with persistent asthma, *Chest*, 129: 573-80.
- Halmi, K.A., Stunkard, A.J. ve Mason, E.E. (1980) Emotional responses to weight reduction by three methods: diet, jejunoileal bypass, and gastric, *American Journal of Clinical Nutrition*, 33: 446-51.
- Hamilton, K. ve Waller, G. (1993) Media influences on body size estimation in anorexia and bulimia: an experimental study, *British Journal of Psychiatry*, 162: 837-40.
- Hamilton, S. ve Fagot, B.I. (1988) Chronic stress and coping style: a comparison of male and female undergraduates, *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5): 819-23.
- Hamm, P.B., Shekelle, R.B. ve Stamler, J. (1989) Genç yetişkinlik döneminde vücut ağırlığındaki büyük dalgalanmalar ve erkeklerde yirmi beş yıllık koroner ölüm riski, *American Journal of Epidemiology*, 129: 312-18.
- Han, T.S., Richmond, P., Avenell, A. ve Lean, M.E.J. (1997) Kadınlarda kilo kaybı sırasında bel çevresi azalması ve kardiyovasküler faydalar, *International Journal of Obesity*, 21: 127-34.
- Hankins, M., French, D. ve Horne, R. (2000) Gerekeçli eylem teorisi ve planlı davranış teorisi çalışmaları için istatistiksel kılavuz, *Psychology and Health*, 15: 151-61.
- Hannah, M.C., Happer, J.L. ve Mathews, J.D. (1985) İkili bir özellik için ikiz uyumu. Hiç sigara içmemiş ve sigara içmiş olma özelliklerinin iç içe geçmiş analizi ve sigara içme özelliğinin iç içe geçmemiş analizi, *American Journal of Human Genetics*, 37: 153-65.
- Harbin, T.J. (1989) A tipi davranış ve fizyolojik duyarlılık arasındaki ilişki: nicel bir bakış, *Psychophysiology*, 26: 110-19.
- Hardeman, W., Johnston, M., Johnston, D.W. ve diğerleri (2002) Application of the theory of planned behaviour in behaviour change interventions: a systematic review, *Psychology and Health*, 17(2): 123-58.
- Hardeman, W., Sutton, S., Griffin, S., Johnston, M., White, A., Wareham, N.J. ve Kinmonth, A.L. (2005) A causal modeling approach to the development of theory-based behavior change programmes for trial evaluation, *Health Education Research Theory and Practice*, 20(6): 676-87.
- Harden, A. ve Ogden, J. (1999a) Genç kadınların kürtaj ayarlama ve yaptırma deneyimleri, *Sağlık ve Hastalık Sosyolojisi*, 21: 426-44.
- Harden, A. ve Ogden, J. (1999b) 16-19 yaşındakilerin gebeliği önleyici hizmetler hakkındaki inançları ve gebeliği önleyici yöntem kullanma niyetleri, *British Journal of Family Planning*, 24: 135-41.
- Harnish, J.D., Aseltine, R.H. ve Gore, S. (2000) Genç yetişkinlerde başa çıkma etkinliğinin bir göstergesi olarak stresli deneyimlerin çözümü: bir olay geçmişi analizi, *Journal of Health and Social Behaviour*, 41: 121-36.
- Harris, A.A. (2004) İsteğe bağlı gebelik sonlandırması öncesinde ve sonrasında destekleyici danışmanlık, *Ebelik ve Kadın Sağlığı Dergisi*, 49: 105-12.
- Harris, P.R. ve Napper, L. (2005) Self-affirmation and the biased processing of threatening health risk information, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(9): 1250-63.
- Harris, P.R. ve Smith, V. (2005) When the risks are low: the impact of absolute and comparative information on disturbance and understanding in US and UK samples, *Psychology and Health*, 20(3): 319-30.
- Harris, P.R., Mayle, K., Mabbott, L. ve Napper, L. (2006) Self-affirmation and graphic warning labels, *Health Psychology* (in press).
- Hart, J.T. (1971) The inverse care law, *Lancet*, i: 405-12.
- Hart, J.T. (1987) *Hypertension*, 2nd edn. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Hatherall, B., Ingham, R., Stone, N. ve McEachran, J. (2006) Prezervatifler sadece kullanılırsa değil, nasıl kullanılır?

- İngiltere'deki gençler arasında vajinal seks sırasında prezervatif uygulama ve çıkarma zamanlaması, *Sexually Transmitted Infections* (baskıda).
- Haus, G., Hoerr, S.L., Mavis, B. ve Robison, J. (1994) Key modifiable factors in weight maintenance: fat intake, exercise and weight cycling, *Journal of the American Dietetic Association*, 94: 409-13.
- Hausenblas, H.A., Nigg, C.R., Dannecker, E.A. ve diğerleri (2001) Egzersize uygulanan transteoretical modelin eksik bir parçası: egzersiz yapmama isteği ölçeğinin geliştirilmesi ve doğrulanması, *Psychology and Health*, 16: 381-90.
- Havelock, C., Edwards, R., Cuzlick, J. ve Chamberlain, J. (1988) The organisation of cervical screening in general practice, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 38: 207-11.
- Haynes, R.B. (1982) Improving patient compliance: an empirical review, in R.B. Stuart (ed.), *Adherence, Compliance and Generalisation in Behavioral Medicine*. New York: Brunner/Mazel.
- Haynes, R.B., Sackett, D.L. ve Taylor, D.W. (1978) Hipertansiyon hastalarının tespiti ve etiketlenmesinden sonra işe devamsızlığın artması, *New England Journal of Medicine*, 299: 741.
- Haynes, R.B., Sackett, D.L. ve Taylor, D.W. (eds) (1979) *Compliance in Health Care*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Üniversitesi Yayınları.
- Haynes, S.G., Feinleib, M. ve Kannel, W.B. (1980) The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study. III: sekiz yıllık koroner kalp hastalığı insidansı, *American Journal of Epidemiology*, 111: 37-58.
- Hays, R.D. ve Stewart, A.L. (1990) Kronik hastalık hastalarında kendi bildirdikleri sağlık yapısı, *Psikolojik Değerlendirme*, 2: 22-30.
- He, Y., Lam, T.H., Li, L.S. ve diğerleri (1994) Hiç sigara içmemiş Çinli kadınlarda koroner kalp hastalığı için bir risk faktörü olarak iş yerinde pasif sigara içiciliği, *British Medical Journal*, 308: 380-4.
- Healy, J. (1991) *The Grass Arena*. Londra: Faber & Faber.
- Heatherton, T.F. ve Baumeister, R.F. (1991) Binge eating as an escape from self-awareness, *Psycho-logical Bulletin*, 110: 86-108.
- Heatherton, T.F., Herman, C.P., Polivy, J.A., King, G.A. ve McGree, S.T. (1988) The (mis)measurement of restraint: an analysis of conceptual and psychometric issues, *Journal of Abnormal Psychology*, 97: 19-28.
- Heatherton, T.F., Polivy, J. ve Herman, C.P. (1991) Restraint, weight loss and variability of body weight, *Journal of Abnormal Psychology*, 100: 78-83.
- Heatherton, T.F., Polivy, J., Herman, C.P. ve Baumeister, R.F. (1993) Self-awareness, task failure, and disinhibition: how attentional focus affects eating, *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1): 49-61.
- Heider, F. (1944) Social perception and phenomenal causality, *Psychological Review*, 51: 358-74.
- Heider, F. (1958) *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: John Wiley.
- Heijmans, M., Foets, M. ve Rijken, M. (2001) Kronik hastalıkta stres: hastaların ve pratisyen hekimlerinin algıları uyuyor mu? *British Journal of Health Psychology*, 6: 229-42.
- Helman, C. (1978) Feed a cold, starve a fever: folk models of infection in an English suburban community and their relation to medical treatment, *Culture Medicine and Psychiatry*, 2: 107-37.
- Henbest, R.J. ve Stewart, M. (1990) Konsültasyonda hasta merkezlilik. Bölüm 2. Gerçekten bir fark yaratıyor mu? *Aile Hekimliği*, 7: 28-33.
- Herbert, T.B. ve Cohen, S. (1993) Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55(4): 364-79.
- Herlitz, A., Nilsson, L.-G. ve Backman, L. (1997) Gender differences in episodic memory, *Memory and Cognition*, 25: 801-11.
- Herman, P. ve Mack, D. (1975) Restrained and unrestrained eating, *Journal of Personality*, 43: 646-60.

- Herman, C.P. ve Polivy, J. (1980). Restrained eating, in A.J. Stunkard (ed.), *Obesity*, pp. 208-25. Philadelphia, PA: WB Saunders.
- Herman, C.P. ve Polivy, J.A. (1984) A boundary model for the regulation of *eating*, in A.J. Stunkard and E. Stellar (eds), *Eating and Its Disorders*, pp. 141-56. New York: Raven Press.
- Herman C.P. ve Polivy, J.A. (1988) Restraint and excess in dieters and bulimics, in K.M. Pirke, W. Vandereycken and D. Ploog (eds), *The Psychobiology of Bulimia Nervosa*. Berlin: Springer Verlag.
- Herman, C.P., Polivy, J.A. ve Esses, V.M. (1987) The illusion of counterregulation, *Appetite*, 9: 161-9.
- Herold, D.M. ve Conlon, E.J. (1981) Alkol kötüye kullanımının potansiyel nedensel ajanları olarak iş faktörleri, *Uyuşturucu Sorunları Dergisi*, 11: 337-56.
- Herold, E.S. (1981) Contraceptive embarrassment and contraceptive behaviour among young single women, *Journal of Youth and Adolescence*, 10: 233-42.
- Herold, E.S. ve McNamee, J.E. (1982) An explanatory model of contraceptive use among young women, *Journal of Sex Research*, 18: 289-304.
- Herold, E.S. ve Samson, M. (1980) İlk ilişkiden önce ve sonra hap kullanmaya başlayan kadınlar arasındaki farklılıklar: Ontario, Kanada, *Aile Planlaması Perspektifleri*, 12: 304-5.
- Herz, E. (1984) Psychological repercussions of pregnancy loss, *Psychiatric Annals*, 14: 454-7.
- Herzlich, C. (1973) *Health and Illness*. Londra: Academic Press.
- Heslop, P., Smith, G.D., Carroll, D. ve diğerleri (2001) Perceived stress and coronary heart disease risk factors: the contribution of socio-economic position, *British Journal of Health Psychology*, 6: 167-78.
- Hewson-Bower, B. ve Drummond, P.D. (2001) Psychological treatment for recurrent symptoms of colds and flu in children, *Journal of Psychosomatic Research*, 51(1): 369-77.
- Hill, A.J. ve Bhatti, R. (1995) Preadolesan İngiliz Asyalı kızlarda vücut şekli algısı ve diyet: yeme bozuklukları ile bağlantılar, *International Journal of Eating Disorders*, 17: 175-83.
- Hill, A.J., Weaver, C. ve Blundell, J.E. (1990) 10 yaşındaki kız çocuklarının ve annelerinin diyet kaygıları, *British Journal of Clinical Psychology*, 29: 346-8.
- Hill, D., Gardner, G. ve Rassaby, J. (1985) Factors predisposing women to take precautions against breast and cervix cancer, *Journal of Applied Social Psychology*, 15(1): 59-79.
- Hingson, R.W., Strunin, L., Berlin, M. ve Heeren, T. (1990) AIDS hakkındaki inançlar, alkol ve uyuşturucu kullanımı ve Massachusetts ergenleri arasında korunmasız seks, *American Journal of Public Health*, 80: 295-9.
- Hinton, C. (1992) Meme kanseri, C.R. Hart ve P. Burke (eds), *Screening and Surveillance in General Practice* içinde. Londra: Churchill Livingstone.
- Hite, S. (1976) *The Hite Report*. New York: Macmillan.
- Hite, S. (1981) *Erkek Cinselliği Üzerine Hite Raporu*. New York: A.A.
- Knopf. Hite, S. (1987) *Kadınlar ve Aşk Üzerine Hite Raporu*. Londra: Penguin.
- Hodgkins, S. ve Orbell, S. (1998) Koruma motivasyonu teorisi davranışı tahmin edebilir mi? A longitudinal study exploring the role of previous behaviour, *Psychology and Health*, 13: 237-50.
- Hoiberg, A., Berard, S., Watten, R.H. ve Caine, C. (1994) Correlates of weight loss in treatment and at follow up, *International Journal of Obesity*, 8: 457-65.
- Holahan, C.J. ve Moos, R.H. (1986) *Personality*, coping, and family resources in stress resistance: a longitudinal analysis, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(2): 389-95.
- Holahan, C.J. ve Moos, R.H. (1990) Life stressors, resistance factors and improved psychological functioning: an extension of the stress resistance paradigm, *Journal of Personality and Social Psychology*, 58: 909-17.
- Holahan, C.J., Moos, R.H. ve Schaefer, J.A. (1996) Coping, stress resistance and growth: conceptualising adaptive functioning, in M. Zeidner and N.S. Endler (eds), *Handbook of Coping*, pp. 24-43. New York: Wiley.

- Holland, J., Ramazanoglu, C. ve Scott, S. (1990a) Managing risk and experiencing danger: tensions between government AIDS health education policy and young women's sexuality, *Gender and Education*, 2: 125-46.
- Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., Sharpe, S. ve Thompson, R. (1990b) Sex, gender and power: young women's sexuality in the shadow of AIDS, *Sociology of Health and Illness*, 12: 336-50.
- Holland, K.D. ve Holahan, C.K. (2003) The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer, *Psychology and Health*, 18(1): 15-29.
- Holleb, A.I., Venet, L., Day, E. ve Hayt, S. (1960) Breast cancer detection by routine physical examinations, *New York Journal of Medicine*, 60: 823-7.
- Holmes, T.H. ve Rahe, R.H. (1967) The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213-18.
- Hooykaas, C., van der Linden, M.M.D., van Doornum, G.J.J. ve diğerleri (1991) Hollanda'da birden fazla partneri olan heteroseksüel erkek ve kadınların cinsel davranışlarındaki sınırlı değişiklikler, *AIDS Care*, 3: 21-30.
- Hope, S., Wager, E. ve Rees, M. (1998) İngiliz kadınların menopoza ve HRT hakkındaki görüşlerinin araştırılması, *Journal of the British Menopause Society*, 4(1): 33-6.
- Hopkinson, G. ve Bland, R.C. (1982) Depressive syndromes in grossly obese women, *Canadian Journal of Psychiatry*, 27: 213-15.
- Hoppe, R. ve Ogden, J. (1996) Davranışsal risk faktörlerini seçici olarak gözden geçirmenin HIV risk algısı üzerindeki etkisi, *Psychology and Health*, 11: 757-64.
- Hoppe, R. ve Ogden, J. (1997) Practice nurses' beliefs about obesity and weight related interventions in primary care, *International Journal of Obesity*, 21: 141-6.
- Horne, R. (1997) Representations of medication and treatment: advances in theory and measurement, in K.J. Petrie and J. Weinman (eds), *Perceptions of Health and Illness: Güncel Araştırma ve Uygulamalar*. Londra: Harwood Academic Press.
- Horne, R. ve Weinman, J. (1999) Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness, *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6): 555-67.
- Horne, R. ve Weinman, J. (2002) Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication, *Psychology and Health*, 17(1): 17-32.
- Horne, R., Buick, D., Fisher, M., Leake, H., Cooper, V. ve Weinman, J. (2004a) Gereklilikle ilgili şüpheler ve yan etkilerle ilgili endişeler: HAART'a uyumsuzlukla ilişkili inanç türlerinin belirlenmesi, *International Journal of STD & AIDS*, 15(1): 38-44.
- Horne, R., Graupner, L., Frost, S., Weinman, J., Wright, S.M. ve Hankins, M. (2004b) Medicine in a multi-cultural society: the effect of cultural background on beliefs about medications, *Social Science and Medicine*, 59: 1307-13.
- Horne, R., Weinman, J. ve Hankins, M. (1999) The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication, *Psychology and Health*, 14: 1-24.
- Hornick, J.P., Doran, L. ve Crawford, S.H. (1979) Premarital contraceptive usage among male and female adolescents, *Family Coordinator*, 28: 181-90.
- Horwitz, R.I. ve Horwitz, S.M. (1993) Adherence to treatment and health outcome, *Archives of International Medicine*, 153: 1863-8.
- Horwitz, R.I., Viscoli, C.M., Berkman, L. ve diğerleri (1990) Treatment adherence and risk of death after a myocardial infarction, *Lancet*, 336(8714): 542-5.

- Houston, B.H. ve Vavak, C.R. (1991) Cynical hostility: developmental factors, psychosocial correlates and health behaviours, *Health Psychology*, 10: 9-17.
- Houston, B.K. (1994) Anger, hostility and psychophysiological reactivity, A.W. Siegman ve T.W. Smith (eds), *Anger, Hostility and the Heart* içinde, s. 97-115. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Howie, F.L., Henshaw, R.C., Naji, S.A., Russell, I.T. ve Templeton, A.A. (1997) Medical abortion or vacuum aspiration? Bir hasta tercihi denemesinin iki yıllık takibi, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104(7): 829-33.
- Hughson, A., Cooper, A., McArdle, C. ve Smith, D. (1986) Mastektomi sonrası ilk iki yılda adjuvan kemoterapinin psikolojik etkisi, *British Medical Journal*, 293: 1268-72.
- Hughson, A., Cooper, A., McArdle, C. ve Smith, D. (1987) Mastektomi sonrası radyoterapinin psikososyal etkileri, *British Medical Journal*, 294: 1515-16.
- Hunt, S.M., McEwen, J. ve McKenna, S.P. (1986) *Measuring Health Status*. Beckenham: Croom Helm.
- Hursti, U.K.K. ve Sjoden, P.O. (1997) Gıda ve genel neofobi ve bunların kendi bildirdikleri gıda seçimi ile ilişkisi: 7-17 yaş arası çocukları olan İsveçli ailelerde ailesel benzerlik, *Appetite*, 29: 89-103.
- Hutti, M.H. (1986) An exploratory study of the miscarriage experience, *Health Care for Women International*, 7: 371-89.
- Idler, E.L. ve Kasl, S.V. (1995) Kendi sağlık değerlendirmeleri: yetenek olarak işlevdeki değişimi öngörüyorlar mı? *Journal of Gerontology Series B - Psychological Sciences and Social Sciences*, 50B: S344-S53.
- Illich, I. (1974) *Medical Nemesis*. Londra: Caldar Boyars.
- Ingham, R. (2005) 'Bunu okulda işlemedik': zevke karşı eğitim ya da zevk için eğitim Zevk mi? *Sex Education*, 5(4): 375-88.
- Ingham, R., Woodcock, A. ve Stenner, K. (1991) Getting to know you . . . young people's knowledge of their partners at first intercourse, *Toplum ve Uygulamalı Sosyal Psikoloji Dergisi*, 1: 117-32.
- Ingledew, D.K. ve Ferguson, E. (2006) Personality and risker sexual behaviour: motivational mediators, *Psychology & Health* (in press).
- Ingledew, D.K., Markland, D. ve Medley, A.R. (1998) Egzersiz güdülleri ve değişim aşamaları, *Sağlık Psikolojisi Dergisi*, 3(4): 477-89.
- Institute of Medicine (1995) Obeziteyi önleme ve tedavi etme yaklaşımlarının sonuçlarını değerlendirmek için kriterler geliştirme komitesi. *Seçenekleri Tartmak içinde: Kilo yönetimi Programlarının Değerlendirilmesi için Kriterler*. Mevcut: www.iom.edu.
- Isen, A.M., Rosenzweig, A.S. ve Young, M.J. (1991) The influence of positive affect on clinical problem solving, *Medical Decision Making*, 11: 221-7.
- Jacobs, T.J. ve Charles, E. (1980) Life events and the occurrence of cancer in children, *Psychosomatic Medicine*, 42: 11-24.
- James, J.E. ve Hardardottir, D. (2002) Influence of attention focus and trait anxiety on tolerance of acute pain, *British Journal of Health Psychology*, 7: 149-62.
- James, W.P.T., Avenell, A., Broom, J. ve Whitehead, J. (1997) Obezite tedavisinde orlistatin değerini değerlendirmek için bir yıllık deneme, *International Journal of Obesity*, 21(Supp. 3): S24-S30.
- Jamner, L.D. ve Tursky, B. (1987) Syndrome-specific descriptor profiling: a psychophysiological and psychophysical approach, *Health Psychology*, 6: 417-30.
- Janis, I. (1958) *Psikolojik Stres*. New York: Wiley.
- Janis, I. ve Mann, L. (1977) *Decision Making: Çatışma, Seçim ve Bağlılığın Psikolojik Analizi*. New York: Free Press.
- Janz, N.K. ve Becker, M.H. (1984) The health belief model: a decade later, *Health Education Quarterly*, 11: 1-47.

- Jeffery, R.W., Drewnowski, A., Epstein, L.H., Stunkard, A.J. ve Wilson, G.T. (2000) Kilo kaybının uzun süreli korunması: mevcut durum, *Sağlık Psikolojisi*, 19: 5-16.
- Jellinek, E.M. (1960) *The Disease Concept in Alcoholism*. New Brunswick, NJ: Hill House Press.
- Jenkins, C.D., Zyzanski, S.J. ve Rosenman, R.H. (1979) *The Jenkins Activity Survey for Health Prediction*. New York: The Psychological Corporation.
- Jensen, M.P. ve Karoly, P. (1991) Semptom algısında motivasyon ve beklenti faktörleri: plasebo etkisinin laboratuvar çalışması, *Psychosomatic Medicine*, 53: 144-52.
- Jirojanakul, P. ve Skevington, S. (2000) Developing a quality of life measure for children aged 5-8 years, *British Journal of Health Psychology*, 5: 299-321.
- Johnson, J.E. ve Leventhal, H. (1974) Zararlı bir tıbbi muayene sırasında doğru beklentilerin ve davranışsal talimatların tepkiler üzerindeki etkileri, *Journal of Personality and Social Psychology*, 29: 710-18.
- Johnson, J.H. (1986) *Life Events as Stressors in Childhood and Adolescence*. Newbury Park, CA: Sage.
- Johnston, D.W. (1989) Stres yönetimi koroner kalp hastalığını önler mi? *Psikolog: Bulletin of British Psychological Society*, 7: 275-8.
- Johnston, D.W. (1992) The management of stress in the prevention of coronary heart disease, in S. Maes, H. Leventhal and M. Johnston (eds), *International Review of Health Psychology*. Chichester: Wiley.
- Johnston, D.W. (2002) Acute and chronic psychological processes in cardiovascular disease, K.W. Schaie, H. Leventhal ve S.L. Willis (eds), *Effective Health Behaviour in Older Adults içinde*, s. 55-64. New York: Springer.
- Johnston, K.L. ve White, K.M. (2003) Binge-drinking: a test of the role of group norms in the theory of planned behaviour, *Psychology and Health*, 18(1): 63-77.
- Johnston, D.W., Anastasiades, P. ve Wood, C. (1990) Laboratuvar ve sahadaki kardiyovasküler tepkiler arasındaki ilişki, *Psychophysiology*, 4: 331-9.
- Johnston, D.W., Beedie, A. ve Jones, M.C. (2006) Using computerized ambulatory diaries for the assessment of job characteristics and work-related stress in nurses, *Work & Stress*, 20(2): 163-72.
- Johnston, D.W., Cook, D.G. ve Shaper, A.G. (1987) Type A behaviour and ischaemic heart disease in middle aged British men, *British Medical Journal*, 295: 86-9.
- Johnston, D.W., Gold, A., Kentish, J. ve diğerleri (1993) Hafif primer hipertansiyonda stres yönetiminin kan basıncı üzerindeki etkisi, *British Medical Journal*, 306: 963-6.
- Johnston, D.W., Schmidt, T.F.H., Albus, C. ve diğerleri (1994) Laboratuvardaki kardiyovasküler reaktivite ile gerçek hayattaki kalp hızı tepkisi arasındaki ilişki: aktif başa çıkma ve beta blokajı, *Psychosomatic Medicine*, 56: 369-76.
- Johnston, M. (1980) Anxiety in surgical patients, *Psychological Medicine*, 10: 145-52.
- Johnston, M. ve Kennedy, P. (1998) Editör yazısı: Kronik durumlarda klinik sağlık psikolojisi özel sayısı, *Klinik Psikoloji ve Psikoterapi*, 5: 59-61.
- Johnston, M. ve Pollard, B. (2001) Consequences of disease: testing the WHO International Classification of Diseases, Johnston, M., Bonetti, D., Joice, S., Pollard, B., Morrison, V., Francis, J.J. ve Macwalter, R. (2006) Recovery from disability after stroke as a target behavioural intervention: results of a randomized controlled trial, *Disability & Rehabilitation* (in press).
- Johnston, M., Earll, L., Giles, M. ve diğerleri (1999) Yeni ALS/MND tanısı konan hastalarda engellilik ve sağkalımın bir öngörücüsü olarak ruh hali, *British Journal of Health Psychology*, 4: 127-36.
- Johnston, M., Foulkes, J., Johnston, D.W., Pollard, B. ve Gudmundsdottir, H. (1999) Impact on patient and partners of inpatient and extended cardiac counselling and rehabilitation: a controlled trial, *Psychosomatic Medicine*, 61: 225-33.
- Johnston, M., Morrison, V., MacWalter, R. ve Partridge, C. (1999) Perceived control, coping and recovery from stroke, *Psychology and Health*, 14: 181-92.

- Johnston, M. ve Pollard, B. (2001) Consequences of disease: testing the WHO International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) model, *Social Science and Medicine*, 53: 1261-73.
- Johnston, M., Pollard, B., Morrison, V ve Macwalter, R. (2004) İnme sonrası hayatta kalmanın fonksiyonel sınırlamaları: 3 yıllık sonucun psikolojik ve klinik belirleyicileri, *Uluslararası Davranışsal Tıp Dergisi*, 11(4): 187-96.
- Johnston, M. ve Vogeley, C. (1993) Benefits of psychological preparation for surgery: a meta analysis, *Annals of Behavioural Medicine*, 15: 245-56.
- Jonas, K., Stroebe, W. ve Eagly, A. (1993) Adherence to an exercise program. Yayımlanmamış makale, Tübingen Üniversitesi.
- Jones, F., Harris, P. ve Waller, H. (1998) Expectations of an exercise prescription scheme: an exploratory study using repertory grids, *British Journal of Health Psychology*, 3: 277-89.
- Jones, M.C. ve Johnston, D.W. (2000) Evaluating the impact of a worksite stress management programme for distressed student nurses: a randomised controlled trial, *Psychology and Health*, 15: 689-706.
- Jones, R. (1992) Gastrointestinal bozukluklar, C.R. Hart ve P. Burke (eds), *Screening and Surveillance in General Practice* içinde, s. 283-90. Londra: Churchill Livingstone.
- Joseph, J.G., Montgomery, S.B., Emmons, C.A. ve diğerleri (1987) Davranış riskinin azaltılmasının büyüklüğü ve belirleyicileri: AIDS riski altındaki bir kohortun boylamsal analizi, *Psychological Health*, 1: 73-96.
- Kalat, J.W. ve Rozin, P. (1973) 'Learned safety' as a mechanism in long-delay taste-aversion learning in rats, *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 83(2): 198-207.
- Kalucy, R.S., Crisp, A.H. ve Harding, B. (1977) Anoreksiya nervozalı 56 aile üzerinde bir çalışma, *British Journal of Medical Psychology*, 50: 381-95.
- Kaluza, G. (2000) Changing unbalanced coping profiles: a prospective controlled intervention trial in worksite health promotion, *Psychology and Health*, 15: 423-33.
- Kamen, L.P. ve Seligman, M.E.P. (1987) Explanatory style and health, *Current Psychological Research and Reviews*, 6: 207-18.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaeffer, C. ve Lazarus, R.S. (1981) Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events, *Journal of Behavioural Medicine*, 4: 1-39.
- Kaplan, J.R., Manuck, S.B., Clarkson, T.B. ve diğerleri (1983) Social stress and atherosclerosis in normocholesterolemic monkeys, *Science*, 220: 733-5.
- Kaprio, J., Koskenvuo, M. ve Rita, H. (1987) Yas sonrası ölüm oranı: 95.647 dul kişi üzerinde yapılan prospektif bir çalışma, *American Journal of Public Health*, 77: 283-7.
- Karasek, R. ve Theorell, T. (1990) *Sağlıklı Çalışma: Stres, Verimlilik ve Çalışma Hayatının Yeniden Yapılandırılması*. New York: Basic Books.
- Karasek, R.A., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A. ve Theorell, T. (1981) Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men, *American Journal of Public Health*, 71: 694-705.
- Karasek, R.A., Theorell, T., Schwartz, J. ve diğerleri (1988) Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the U.S. HES and HANES, *American Journal of Public Health*, 78: 910-18.
- Karlsson, J., Sjostrom, L. ve Sullivan, M. (1998) Swedish Obesity Study (SOS) - an intervention study of obesity: two year follow up of health related quality of life (HRQL) and eating behaviour after gastric surgery for severe obesity, *International Journal of Obesity*, 22: 113-26.
- Kasl, S.V. ve Cobb, S. (1966) Sağlık davranışı, hastalık davranışı ve hasta rolü davranışı: II. Hasta rolü davranışı, *Archives of Environmental Health*, 12: 531-41.
- Katz, M.H. (1997) San Francisco'da erkeklerle seks yaptığını bildiren erkekler arasında AIDS salgını: başarılar

- ve HIV'in önlenmesindeki zorluklar, *Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu ve İnsan Retrovirolojisi Dergisi*, 14: S38-S46.
- Katz, S., Downs, T.D., Cash, H.R. ve Grotz, R.C. (1970) ADL indeksinin geliştirilmesindeki ilerleme, *Gerontology*, 10: 20-30.
- Keefe, F.J., Lefebvre, J.C., Egert, J.R. ve diğerleri (2000) The relationship of gender to pain, pain behaviour and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing, *Pain*, 87: 325-34.
- Kelleher, D., Gabe, J. ve Williams, G. (eds) (1994) *Challenging Medicine*. Londra: Routledge.
- Kelley, H.H. (1967) Attribution theory in social psychology, D. Levine (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* içinde, s. 192-238. Lincoln, NE: Nebraska Üniversitesi Yayınları.
- Kelley, H.H. (1971) Atıf: *Davranışların Nedenlerini Algılamak*. New York: General Learning Press.
- Kero, A., Högberg, U. ve Lalos, A. (2004) Wellbeing and mental growth: long-term effects of legal abortion, *Social Science and Medicine*, 58: 2559-69.
- Kerr, J., Eves, F.F. ve Carroll, D. (2001) Poster yönlendirmelerinin merdiven kullanımı üzerindeki etkisi: ortam, poster boyutu ve içeriğin etkileri, *British Journal of Health Psychology*, 6: 397-405.
- Keys, A., Brozek, J., Henscel, A., Mickelson, O. ve Taylor, H.L. (1950) *The Biology of Human Starvation*. Minneapolis, MN: Minnesota Üniversitesi Yayınları.
- Keys, A., Taylor, H.L., Blackburn, H. ve diğerleri (1971) 23 yıl boyunca incelenen erkekler arasında mortalite ve koroner kalp hastalığı. *Archives of Internal Medicine*, 128: 201-14.
- Kiebert, G., de Haes, J. ve van der Velde, C. (1991) Meme koruyucu tedavi ve mastektominin erken evre meme kanseri hastalarının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi: bir derleme, *Journal of Clinical Oncology*, 9: 1059-70.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Bane, C., Glaser, R. ve Malarkey, W.B. (2003) Love, marriage, and divorce: newlyweds' stress hormones foreshadow relationship changes, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71: 176-88.
- Kiecolt-Glaser, J.K. ve Glaser, R. (1986) Psychological influences on immunity, *Psychosomatics*, 27: 621-4.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Fisher, L.D., Ogrocki, P. ve diğerleri (1987) Marital quality, marital disruption and immune function, *Psychosomatic Medicine*, 49(1): 13-34.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P.T., Malarkey, W.B., Mercado, A.M. ve Glaser, R. (1995) Slowing wound healing by psychosocial stress, *Lancet*, 4: 1194-6.
- Kiernan, M., King, A.C., Kraemer, H.C., Stefanick, M.L. ve Killen, I.D. (1998) Characteristics of successful and unsuccessful dieters: an application of signal detection methodology, *Annals of Behavioral Medicine*, 20: 1-6.
- Killen, J.D., Fortmann, S.P., Newman, B. ve Vardy, A. (1990) Sigaranın nüksetmesini önlemek için nikotin sakızı ile kendi kendine yönlendirilen davranışsal tedavileri birleştiren bir tedavi yaklaşımının değerlendirilmesi, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58: 85-92.
- Killen, J.D., Maccoby, N. ve Taylor, C.B. (1984) Nicotine gum and self-regulation training in smoking relapse prevention, *Behaviour Therapy*, 15: 234-8.
- King, A.C., Blair, S.N., Bild, D.E. ve diğerleri (1992) Determinants of physical activity and interventions in adults, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 24: S221-S37.
- King, A.C., Haskell, W.L., Taylor, C.B., Kraemer, H.C. ve DeBusk, R.F. (1991) Group- vs home-based exercise training in healthy older men and women: a community-based clinical trial, *Journal of the American Medical Association*, 266: 1535-42.
- King, G.A., Herman, C.P. ve Polivy, J. (1987) Food perception in dieters and non-dieters, *Appetite*, 8: 147-58.
- King, J.B. (1982) Hastaların yüksek tansiyona ilişkin algılarının taramalara katılım üzerindeki etkisi

- ing: an attributional extension of the health belief model, *Social Science and Medicine*, 16: 1079-92.
- Kinlay, S. (1988) Yüksek kolesterol seviyeleri: tarama en iyi seçenek mi? *Medical Journal of Australia*, 148: 635-7.
- Kinsey, A., Pomeroy, W. ve Martin, C. (1948) *Sexual Behaviour in the Human Male*. Londra: Saunders.
- Kirkley, B.G., Burge, J.C. ve Ammerman, M.P.H. (1988) Dietary restraint, binge eating and dietary behaviour patterns, *International Journal of Eating Disorders*, 7: 771-8.
- Kissen, D.M. (1966) The significance of personality in lung cancer in men, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125: 820-6.
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R. ve diğerleri (2002) Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees, *British Medical Journal*, 325: 857-60.
- Klassen, A., Fitzpatrick, R., Jenkinson, C. ve Goodacre, T. (1996) Meme küçültme ameliyatı rasyonelleştirilmeli mi? Hastaların tedavi öncesi ve sonrası sağlık durumlarının karşılaştırılması: posta anketi araştırması, *British Medical Journal*, 313: 454-7.
- Klem, M.L., Wing, R.R., McGuire, M.T., Seagle, H.M. ve Hill, J.O. (1997) Önemli ölçüde kilo kaybını uzun vadede sürdürmede başarılı olan bireyler üzerine tanımlayıcı bir çalışma, *American Journal of Clinical Nutrition*, 66: 239-46.
- Klesges, R.C. ve Klesges, L. (1988) Cigarette smoking as a dieting strategy in a university population, *International Journal of Eating Disorders*, 7: 413-19.
- Klesges, R.C., Stein, R.J., Eck, L.H., Isbell, T.R. ve Klesges, L.M. (1991) Parental influences on food selection in young children and its relationships to childhood obesity, *American Journal of Clinical Nutrition*, 53: 859-64.
- Klier, C.M., Geller, P.A. ve Neugebauer, R. (2000) Minor depressive disorder in the context of miscarriage, *Journal of Affective Disorders*, 59: 13-21.
- Kneebone, I.I. ve Martin, P.R. (2003) Coping and caregivers of people with dementia, *British Journal of Health Psychology*, 8: 1-17.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R. ve Puccetti, M.C. (1982) Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship, *Journal of Behavioral Medicine*, 5: 391-404.
- Kohlmann, C.W., Ring, C., Carroll, D., Mohiyeddini, C. ve Bennet, P. (2001) Cardiac coping style, heartbeat detection, and the interpretation of cardiac events, *British Journal of Health Psychology*, 6: 285-301.
- Kopelman, P. (1999) Obezite tedavisi V: Obezite için farmakoterapi, *Obezite içinde: İngiliz Beslenme Vakfı Görev Gücü Raporu*. Oxford: Blackwell Science.
- Kral, J.G. (1983) Surgical therapy: contemporary issues in clinical nutrition, *Obesity*, 4: 25-38.
- Kral, J.G. (1995) Surgical interventions for obesity, in K.D. Brownell and C.G. Fairburn (eds), *Eating Disorders and Obesity*, pp. 510-15. New York: Guilford Press.
- Krantz, D.S., Glass, D.C., Contrada, R. ve Miller, N.E. (1981) *Davranış ve Sağlık: National Science Foundation's Second Five Year Outlook on Science and Technology*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Kristiansen, C.M. (1985) Value correlates of preventive health behaviour, *Journal of Personality and Social Psychology*, 49: 748-58.
- Kuczmarski, R.J. (1992) Amerika Birleşik Devletleri'nde aşırı kilo ve kilo alma prevalansı, *American Journal of Clinical Nutrition*, 55: 495-502.
- Kuh, D.J., Hardy, R. ve Wadsworth, M.E.J. (2000) Social and behavioural influences on the uptake of hormone replacement therapy among younger women, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(6): 731-9.
- Kuh, D.J., Wadsworth, M.E.J. ve Hardy, R. (1997) Orta yaşta kadın sağlığı: kadın sağlığının

- menopoz, sosyal faktörler ve erken yaşamda sağlık, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104: 923-33.
- Kumar, R. ve Robson, K. (1987) Previous induced abortion and ante-natal depression in primiparae: preliminary report of a survey of mental health in pregnancy, *Psychological Medicine*, 8: 711-15.
- Kune, G.A., Kune, S., Watson, L.F. ve Bahnson, C.B. (1991) Kalın bağırsak kanserinde bir risk faktörü olarak kişilik: Melbourne Kolorektal Kanser Çalışması verileri, *Psychological Medicine*, 21: 29-41.
- Lader, D. ve Matheson, J. (1991) *İngiltere'de Ortaokul Çocukları Arasında Sigara İçme (1990): OPCS Sosyal Araştırma Bölümü tarafından yürütülen bir araştırma*. Londra: HMSO.
- Laerum, E., Johnsen, N., Smith, P. ve Larsen, S. (1988) Myocardial infarction can induce positive changes in life style and in the quality of life, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 6: 67-71.
- Laessle, R.G., Tuschl, R.J., Kotthaus, B.C. ve Pirke, K.M. (1989) Behavioural and biological correlates of dietary restraint in normal life, *Appetite*, 12: 83-94.
- Lancet* (1985) Serviks kanseri - yetersizlik nedeniyle ölüm (Editorial), *Lancet*, ii: 363-4.
- Lando, H.A. (1977) Sigara içenlerin geniş spektrumlu davranışsal yaklaşımla başarılı tedavisi, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45: 361-6.
- Lando, H.A. ve McGovern, P.G. (1982) Sigara içmeye yönelik bir davranış tedavisine ilişkin üç yıllık veriler: bir takip notu, *Addictive Behaviours*, 7: 177-81.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D.G. ve Lip, G.Y.H. (2002) The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction, *British Journal of Health Psychology*, 7: 11-21.
- Lang, A.R. ve Marlatt, G.A. (1982) Problem içme: sosyal öğrenme perspektifi, R.J. Gatchel içinde, A. Baum ve J.E. Singer (eds), *Handbook of Psychology and Health. Cilt 1. Klinik Psikoloji ve Davranışsal Tıp: Örtüşen Disiplinler*, s. 121-69. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Langlie, J.K. (1977) Social networks, health beliefs, and preventative health behaviour, *Journal of Health and Social Behaviour*, 18: 244-60.
- Larsson, G., Spangberg, L., Lindgren, S. ve Bohlin, A.B. (1990) Screening for HIV in pregnant women: a study of maternal opinion, *AIDS Care*, 2: 223-8.
- Lashley, M.E. (1987) Predictors of breast self-examination practice among elderly women, *Advances in Nursing Science*, 9: 25-34.
- Last, J.M. (1963) The clinical iceberg in England and Wales, *Lancet*, 2: 28-31.
- Lau, R. (1995) Cognitive representations of health and illness, D. Gochman (ed.), *Handbook of Health Behavior Research, Cilt I*. New York: Plenum.
- Lau, R., Bernard, J.M. ve Hartman, K.A. (1989) Further explanations of common sense representations of common illnesses, *Health Psychology*, 8: 195-219.
- Laudenslager, M.L., Ryan, S.M., Drugan, R.C., Hyson, R.L. ve Maier, S.F. (1983) Coping and immunosuppression: inescapable but not escapable shock suppresses lymphocyte proliferation, *Science*, 221: 568-70.
- Lawton, M.P. (1972) The dimensions of morale, D. Kent, R. Kastenbaum ve S. Sherwood (eds) içinde, *Yaşlılar için Araştırma, Planlama ve Eylem*. New York: Behavioral Publications.
- Lawton, M.P. (1975) The Philadelphia Geriatric Center Moral Scale: a revision, *Journal of Gerontology*, 30: 85-9.
- Lawton, M.P., Moss, M. ve Glicksman, A. (1990) The quality of life in the last year of life of older persons, *The Millbank Quarterly*, 68: 1-28.
- Lawton, R., Conner, M. ve Parker, D. (2006) Beyond cognition: predicting health risk behaviours from instrumental and affective beliefs, *Health Psychology* (in press).

- Lazarus, R.S. (1975) A cognitively oriented psychologist looks at biofeedback, *American Psychologist*, 30: 553-61.
- Lazarus, R.S. (2000) Toward better research on stress and coping, *American Psychologist*, 55(6): 665-73.
- Lazarus, R.S. ve Cohen, F. (1973) Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery, *Psychosomatic Medicine*, 35: 375-89.
- Lazarus, R.S. ve Cohen, J.B. (1977) Environmental stress, in L. Altman and J.F. Wohlwill (eds), *Human Behavior and the Environment: Current Theory and Research*, Cilt 2, s. 89-127. New York: Plenum.
- Lazarus, R.S. ve Folkman, S. (1987) Duygular ve başa çıkma üzerine transaksyonel teori ve araştırma, *European Journal of Personality*, 1: 141-70.
- Lazarus, R.S. ve Launier, R. (1978) Kişi ve çevre arasında stresle ilgili işlemler, in L.A. Pervin ve M. Lewis (eds), *Perspectives in International Psychology*, s. 287-327. New York: Plenum.
- Lean, M. (1997) Sibutramine: a review of clinical efficacy, *International Journal of Obesity*, 21(Supp. 1): S30-S36.
- Lean, M.E.J., Han, T.S. ve Morrison, C.E. (1995) Waist circumference as a measure for indicating need for weight management, *British Medical Journal*, 311: 158-61.
- Lean, M.E.J., Han, T.S. ve Seidall, J.C. (1998) Bel çevresi geniş olan kişilerde sağlık ve yaşam kalitesinde bozulma, *Lancet*, 351: 853-6.
- Leary, M.R., Rapp, S.R., Herbst, K.C., Lyn Exum, M. ve Feldman, S.R. (1998) Interpersonal concerns and psychological difficulties of psoriasis patients: effects of disease severity and fear of negative evaluation, *Health Psychology*, 17: 530-6.
- Leck, I. (1986) Kalça çıkığı için yenidoğan taramasının epidemiyolojik değerlendirmesi, *Journal of the Royal College of Physicians*, 20: 56-62.
- Lee, C. (1998) *Kadın Sağlığı: Psikolojik ve Sosyal Perspektifler*. Londra: Sage.
- Lee, E. (2003) Tensions in the regulation of abortion in Britain, *Journal of Law and Society*, 30: 532-53.
- Lee, E., Clements, S., Ingham, R. ve Stone, N. (2004) *A Matter of Choice? Genç Yaşta Kürtaj ve Annelikte Ulusal Farklılıkları Açıklamak*. York: Joseph Rowntree Vakfı.
- Légaré, F., Godin, G., Dodin, S., Turcot, L. ve Lapèrrière, L. (2003) Adherence to hormone replacement therapy: a longitudinal study using the theory of planned behaviour, *Psychology and Health*, 18(3): 351-71.
- Lepper, M., Sagotsky, G., Dafoe, J.L. ve Greene, D. (1982) Consequences of superfluous social constraints: effects on young children's social inferences and subsequent intrinsic interest, *Journal of Personality and Social Psychology*, 42: 51-65.
- Lerman, C., Hughes, C., Croyle, R.T. ve diğerleri (2000) BRCA1/2 genetik testinden bir yıl sonra profilaktik cerrahi ve gözetim uygulamaları, *Preventative Medicine*, 1: 75-80.
- Lerman, C., Schwartz, M.D., Narod, S. ve diğerleri (1997) Psikolojik sıkıntının kanser riski için genetik test kullanımı üzerindeki etkisi, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65: 414-20.
- Levenstein, J.H., McCracken, E.C., McWhinney, I.R., Stewart, M.A. ve Brown, J.B. (1986) Hasta merkezli klinik yöntem. Bölüm 1. Aile hekimliğinde doktor-hasta etkileşimi için bir model, *Family Practice*, 3: 24-30.
- Leventhal, H. ve Nerenz, D. (1985) The assessment of illness cognition, in P. Karoly (ed.), *Measurement Strategies in Health Psychology*, pp. 517-54. New York: Wiley.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S. ve diğerleri (1997) Illness representations: theoretical foundations, in K.J. Petrie and J.A. Weinman (eds), *Perceptions of Health and Illness*, pp. 1-18. Amsterdam: Harwood.

- Leventhal, H., Meyer, D. ve Nerenz, D. (1980) Hastalık tehlikesinin sağduyu temsili, *Tıbbi Psikoloji*, 2: 7-30.
- Leventhal, H., Prohaska, T.R. ve Hirschman, R.S. (1985) Preventive health behavior across the life span, in J.C. Rosen and L.J. Solomon (eds), *Prevention in Health Psychology*. Hanover, NH: University Press of New England.
- Levi, L. (1974) Psychosocial stress and disease: a conceptual model, E.K. Gunderson ve R.H. Rahe (eds), *Life Stress and Illness* içinde. Springfield, IL: Thomas.
- Levine, J.D., Gordon, N.C. ve Fields, H.L. (1978) The mechanism of placebo analgesia, *Lancet*, 2: 654-7.
- Ley, P. (1981) Professional non-compliance: a neglected problem, *British Journal of Clinical Psychology*, 20: 151-4.
- Ley, P. (1988) *Hastalarla İletişim Kurmak*. Londra: Croom Helm.
- Ley, P. (1989) Improving patients' understanding, recall, satisfaction and compliance, in A. Broome (ed.), *Health Psychology*. Londra: Chapman & Hall.
- Ley, P. ve Morris, L.A. (1984) Psychological aspects of written information for patients, S. Rachman (ed.), *Contributions to Medical Psychology* içinde, s. 117-49. Oxford: Pergamon Press.
- Lichtenstein, E. ve Brown, R.A. (1983) Current trends in the modification of cigarette dependence, in A.S. Bellack, M. Hersen and A.E. Kazdin (eds), *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. New York: Plenum.
- Lichtenstein, E. ve Glasgow, R. (1992) Sigarayı bırakma: son on yılda ne öğrendik? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 518-27.
- Lichtenstein, E., Weiss, S.M., Hitchcock, J.L. ve diğerleri (1986) Görev gücü 3: sigaranın nüksetme şekilleri, *Sağlık Psikolojisi*, 5(supp.): 29-40.
- Lifson, A., Hessol, N., Rutherford, G.W. ve diğerleri (1989) Homoseksüel ve biseksüel erkeklerden oluşan bir kohortta HIV enfeksiyonunun doğal seyri: klinik belirtiler, 1978-1989. 5. Uluslararası AIDS Konferansı'na sunulan bildiri, Montreal, Eylül.
- Lindemann, C. (1977) Factors affecting the use of contraception in the nonmarital context, in R. Gemme and C.C. Wheeler (eds), *Progress in Sexology*. New York: Plenum.
- Linton, S.J., Buer, N., Vlaeyen, J. ve Hellising, A. (2000) Korku-kaçınma inançları sırt ağrısı atağının başlangıcıyla ilişkili midir? İleriye dönük bir çalışma, *Psikoloji ve Sağlık*, 14: 1051-9.
- Lipkus, I.M., Barefoot, J.C., Williams, R.B. ve Siegler, I.C. (1994) Personality measures as predictors of smoking initiation and cessation in the UNC Alumni Heart study, *Health Psychology*, 13: 149-55.
- Lissner, L., Odell, P.M., D'Agostino, R.B. ve diğerleri (1991) Variability of body weight and health outcomes in the Framingham population, *New England Journal of Medicine*, 324: 1839-44.
- Litt, M.D. (1988) Self-efficacy and perceived control: cognitive mediators of pain tolerance, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 149-60.
- Little, P. ve Byrne, C.D. (2001) Abdominal obezite ve hipertrigliseridemik bel fenotipi, *British Medical Journal*, 322: 687-9.
- Llewellyn, C.D., Miners, A.H., Lee, C.A., Harrington, C. ve Weinman, J. (2003) The illness perceptions and treatment beliefs of individuals with severe haemophilia and their role in adherence to home treatment, *Psychology and Health*, 18, 185-200.
- Lohaus, A., Klein-Hebling, J., Voge, C. ve Kuhn-Hennighausen, C. (2001) Psychophysiological effects of relaxation training in children, *Psychology and Health*, 6: 197-206.
- Loro, A.D. ve Orleans, C.S. (1981) Binge eating in obesity: preliminary findings and guidelines for behavioural analysis and treatment, *Addictive Behaviours*, 7: 155-66.
- Lowe, C.F., Dowey, A. ve Horne, P. (1998) Changing what children eat, in A. Murcott (ed.),

- Ulusun Diyeti: The Social Science of Food Choice*, s. 57-80. Harlow: Addison Wesley Longman.
- Lowe, C.S. ve Radius, S.M. (1982) Young adults' contraceptive practices: an investigation of influences, *Adolescence*, 22: 291-304.
- Lowenstein, L., Deutsch, M., Gruberg, R., Solt, I., Yagil, Y., Nevo, O. ve Bloch, M. (2006) Psychological distress symptoms in women undergoing medical vs. surgical termination of pregnancy, *General Hospital Psychiatry*, 28(1): 43-7.
- Ludwig, A.M. ve Stark, L.H. (1974) Alcohol craving: subjective and situational aspects, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35: 899-905.
- Luise, C., Jermy, K., May, C., Costello, G., Collins, W.P. ve Bourne, T.H. (2002) Spontan ilk trimester düşüğünün beklenti yönetiminin sonuçları: gözlemsel çalışma, *British Medical Journal*, 324: 873-5.
- Luker, K. (1975) *Şansını Denemek: Abortion and the Decision Not to Contracept*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Lundgren, B. (1981) Single oblique-view mammography ile İsveç'te meme kanseri, *Endokrin ile ilgili Kanser İncelemeleri*, 10(supp.): 67-70.
- Luszczynska, A. ve Schwarzer, R. (2003) Kendi kendine meme muayenesinin benimsenmesi ve sürdürülmesinde planlama ve öz yeterlilik: öz düzenleyici bilişler üzerine boylamsal bir çalışma, *Psychology and Health*, 18(1): 93-108.
- Lynch, J. (1977) *Kırık Kalp: Yalnızlığın Tıbbi Sonuçları*. New York: Temel Kitaplar.
- Lynch, J., Krause, N., Kaplan, G.A., Salonen, R. ve Salonen, J.T. (1987) Workplace demands, economic ödül ve karotis aterosklerozunun ilerlemesi, *Circulation*, 96: 302-7.
- Lynch, J., Krause, N., Kaplan, G.A., Tuomilehto, J. ve Salonen, J.T. (1997) İşyeri koşulları, sosyoekonomik durum ve ölüm ve akut miyokard enfarktüsü riski: Kuopio iskemik kalp hastalığı risk faktörü çalışması, *American Journal of Public Health*, 87: 617-22.
- Lyndon, J., Dunkel-Schetter, C., Cohan, C.L. ve Pierce, T. (1996) Pregnancy decision making as a significant life event: a commitment approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 71: 141-51.
- MacDonald, D., Grant, A., Sheridan-Pereira, M. ve diğerleri (1985) The Dublin randomised trial of intra- partum fetal heart rate monitoring, *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 25: 33-8.
- MacIntyre, S. (1977) *Bekar ve Hamile*. Londra: Croom Helm.
- MacIntyre, S., Reilly, J., Miller, D. ve Eldridge, J. (1998) Food choice, food scares and health: the role of the media, A. Murcott (ed.), *The Social Science of Food Choice* içinde. Londra: Longman.
- MacKensie, J. ve Bibby, J. (1978) 1029 kadında dilatasyon ve küretajın eleştirel değerlendirmesi, *Lancet*, ii: 566-8.
- MacKenzie, I. (1965) Çoklu floroskopileri takiben meme kanseri, *British Journal of Cancer*, 19: 1-18.
- MacLean, U., Sinfield, D., Klein, S. ve Harnden, B. (1984) Meme taramasını reddeden kadınlar, *Epidemioloji ve Toplum Sağlığı Dergisi*, 24: 278-83.
- MacWhinney, D.R. (1973) Problem solving and decision making in primary medical practice, *Proceeds of the Royal Society of Medicine*, 65: 934-8.
- Madden, M.E. (1988) Internal and external attributions following miscarriage, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7: 113-21.
- Maddi, S. ve Kobasa, S.G. (1984) *The Hardy Executive: Health Under Stress*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Maeland, J.G. and Havik, O.E. (1987) Psychological predictors for return for work after a myocardial infarction, *Journal of Psychosomatic Research*, 31: 471-81.

- Maes, H.H., Neale, M.C. ve Eaves, L.J. (1997) Genetic and environmental factors in relative body weight and human adiposity, *Behavior Genetics*, 27(4): 325-51.
- Mahoney, F.I. ve Barthel, D.W. (1965) Fonksiyonel değerlendirme: Barthel İndeksi, *Maryland State Medical Journal*, 14: 61-5.
- Main, C.J. ve Spanswick, C.C. (eds) (2000) *Ağrı Yönetimi: Disiplinlerarası Bir Yaklaşım*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M.L., Zubeck, J., Richards, C., Wilhite, M. ve Gramzow, R.H. (2000) Psychological responses of women after first-trimester abortion, *Archives of General Psychiatry*, 57: 777-84.
- Major, B. ve Gramzow, R.H. (1999) Abortion as stigma: cognitive and emotional implications of concealment, *Journal of Personality and Social Psychology*, 77: 735-45.
- Maker, C. ve Ogden, J. (2003) The miscarriage experience: more than just a trigger to psychological morbidity, *Psychology and Health*, 18(3): 403-25.
- Mann, J.M., Chin, J., Piot, P. ve Quinn, T. (1988) The international epidemiology of AIDS, *The Science of AIDS* içinde, s. 51-61. New York: W.H. Freeman.
- Manne, S.L. ve Zautra, A.J. (1992) Coping with arthritis: current status and critique, *Arthritis & Rheumatism*, 35: 1273-80.
- Manning, M.M. ve Wright, T.L. (1983) Self-efficacy expectancies, outcome expectancies and the persistence of pain control in child birth, *Journal of Personality and Social Psychology*, 45: 421-31.
- Manstead, A.S.R. ve Parker, D. (1995) Planlı davranış teorisinin değerlendirilmesi ve genişletilmesi, *European Review of Social Psychology*, 6: 69-95.
- Manuck, S.B., Kaplan, J.R. ve Matthews, K.A. (1986) Behavioural antecedents of coronary heart disease and atherosclerosis, *Arteriosclerosis*, 6: 1-14.
- Mapes, R. (ed.) (1980) *Reçete Yazma Uygulaması ve İlaç Kullanımı*. Londra: Croom Helm.
- Marcus, B.H., Rakowski, W. ve Rossi, J.S. (1992) Assessing motivational readiness and decision-making for exercise, *Health Psychology*, 22: 3-16.
- Marks, D.F., Brucher-Albers, N.C., Donker, F.J.S. ve diğerleri (1998) Health psychology 2000: the development- ment of professional health psychology, *Journal of Health Psychology*, 3: 149-60.
- Marlatt, G.A. (1978) Craving for alcohol, loss of control and relapse: a cognitive behavioral analysis, in P.E. Nathan, G.A. Marlatt and T. Loberg (eds), *Alcoholism: Davranışsal Araştırma ve Tedavide Yeni Yönelimler*. New York: Plenum.
- Marlatt, G.A. ve Gordon, J.R. (1985) *Relaps Önleme*. New York: Guilford Press.
- Marmot, M.G. (1998) Sağlığı iyileştirmek için sosyal çevrenin iyileştirilmesi, *Lancet*, 331: 57-60.
- Marteau, T.M. (1989) Psychological costs of screening, *British Medical Journal*, 291: 97.
- Marteau, T.M. (1993) Health related screening: psychological predictors of uptake and impact, in S. Maes, H. Leventhal and M. Johnston (eds), *International Review of Health Psychology*, 2, pp. 149-74. Chichester: Wiley.
- Marteau, T.M. ve Baum, J.D. (1984) Doctors' views on diabetes, *Archives of Disease in Childhood*, 56: 566-70.
- Marteau, T.M. ve Johnston, M. (1990) Health professionals: a source of variance in health outcomes, *Psychology and Health*, 5: 47-58.
- Marteau, T.M. ve Riordan, D.C. (1992) Staff attitudes to patients: the influence of causal attributions for illness, *British Journal of Clinical Psychology*, 31: 107-10.
- Marteau, T.M. ve Weinman, J. (2006) Öz düzenleme ve DNA risk bilgisine davranışsal tepki: teorik bir analiz ve gelecekteki araştırmalar için çerçeve, *Social Science and Medicine*, 62: 1360-8.
- Marteau, T.M., Dormandy, E. ve Michie, S. (2001) A measure of informed choice, *Health Expectations*, 4: 99-108.

- Marteau, T.M., Senior, V., Humphries, S.E., Bobrow, M., Cranston, T., Crook, M.A., Day, L. ve diğeri (2004) Ailesel hiperkolesterolemi için genetik testin daha önce farkında olan bir popülasyonda psikolojik etkisi: randomize kontrollü bir çalışma, *American Journal of Medical Genetics*, 128A: 285-93.
- Marteau, T.M., Senior, V. ve Sasieni, P. (2006) Kadınların 'normal smear testi sonucu' anlayışı: ankete dayalı deneysel çalışma, *British Medical Journal*, 322(7285): 526-8.
- Marteau, T.M., van Duijn, M. ve Ellis, I. (1992) Genetik taramanın sağlık algıları üzerindeki etkileri: bir pilot çalışma, *Tıp ve Genetik Dergisi*, 24: 24-6.
- Martikainen, P. ve Valkonen, T. (1996) Finlandiya'da yas süresine bağlı olarak eşin ölümünden sonra ölüm oranı, *Epidemiyoloji Toplum Sağlığı Dergisi*, 50(3): 264-8.
- Martin, E. (1989) *The Woman in the Body*. Oxford: Oxford Üniversitesi Yayınları.
- Martin, J.E., Dubbert, P.M., Kattell, A.D. ve diğeri (1984) Sedanter yetişkinlerde egzersizin davranışsal kontrolü: 1'den 6'ya kadar olan çalışmalar, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52: 795-811.
- Martin, J.L. (1987) AIDS'in New York'taki eşcinsel erkeklerin cinsel davranış kalıpları üzerindeki etkisi, *American Journal of Public Health*, 77: 578-81.
- Marucha, P.T., Kiecolt-Glaser, J.K. ve Favagehi, M. (1998) Mukozal yara iyileşmesi sınav stresiyle bozulur, *Psychosomatic Medicine*, 60: 362-5.
- Mason, E.E. (1987) Morbid obezite: dikey bantlı gastropласти kullanımı, *Surgical Clinics of North America*, 67: 521-37.
- Mason, J.W. (1975) Stres alanına tarihsel bir bakış, *Journal of Human Stress*, 1: 22-36.
- Masters, W. ve Johnson, V. (1966) *Human Sexual Response*. Boston, MA: Little Brown.
- Matarazzo, J.D. (1980) Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology, *American Psychologist*, 35: 807-17.
- Matarazzo, J.D. (1984) Behavioral health: a 1990 challenge for the health sciences professions, in J.D. Matarazzo, N.E. Miller, S.M. Weiss, J.A. Herd and S.M. Weiss (eds), *Behavioral Health: A Hand- book of Health Enhancement and Disease Prevention*, pp. 3-40. New York: Wiley.
- Matthews, K.A., Manuck, S.B. ve Saab, P.G. (1986) Doğal olarak oluşan bir stresör sırasında ergenlerin kardiyovasküler tepkileri ve bunların davranışsal ve psikofizyolojik belirleyicileri, *Psy- chophysiology*, 23: 198-209.
- Matthews, K.A., Owens, J.F., Allen, M.T. ve Stoney, C.M. (1992) Laboratuvar stresine verilen kardiyovasküler tepkiler ayakta kan basıncı düzeyleriyle ilişkili midir? Evet bazı insanlarda bazı zamanlarda, *Psychosomatic Medicine*, 54, 686-97.
- Matthews, K.A., Woodall, K.L., Kenyon, K. ve Jacob, T. (1996) Düşmanca tutumlar, görüşme davranışı ve öfke ifadesi ölçümlerinde erkek çocukların gelecekteki durumunun bir belirleyicisi olarak olumsuz aile ortamı, *Sağlık Psikolojisi*, 15: 30-7.
- Maylath, N.S. (1990) Development of the children's Health Rating Scale, *Health Education Quarterly*, 17: 89-97.
- McCann, I.L. ve Holmes, D.S. (1984) Aerobiğin depresyon üzerindeki etkisi, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46: 1142-7.
- McClelland, D., Davis, W., Kalin, R. ve Wanner, E. (1972) *The Drinking Man*. New York: Free Press.
- McClendon, B.T. ve Prentice-Dunn, S. (2001) Cilt kanseri riskinin azaltılması: koruma motivasyonu teorisine dayalı bir müdahale, *Sağlık Psikolojisi Dergisi*, 6(3): 321-8.
- McCormick, J. (1989) Servikal smear: şüpheli bir uygulama mı? *Lancet*, 2: 207-9.
- McCormick, N., Izzo, A. ve Folcik, J. (1985) Adolescents' values, sexuality, and contraception in a rural New York county, *Adolescence*, 20: 385-95.
- McCracken, L.M. ve Eccleston, C. (2003) Başa çıkma ya da kabullenme: kronik ağrı konusunda ne yapmalı? *Ağrı*, 105(1-2): 197-204.

- McCusker, J., Stoddard, J.G., Zapka, M.Z. ve Meyer, K.H. (1989) Homoseksüel olarak aktif erkekler arasında AIDS önleyici davranışın belirleyicileri: uzunlamasına bir çalışma, *AIDS*, 3: 443-6.
- McDermott, M.R., Ramsay, J.M. ve Bray, C. (2001) Koroner arter hastalığı şiddeti için bir risk faktörü olarak öfke-düşmanlık kompleksinin bileşenleri: çok ölçütlü bir çalışma, *Journal of Health Psychology*, 6, (3): 309-19.
- McDonald, D.G. ve Hodgdon, J.A. (1991) *Aerobik Fitness Eğitiminin Psikolojik Etkileri: Araştırma ve Teori*. New York: Springer.
- McEwan, B.S. ve Stellar, E. (1993) Stres ve birey: hastalığa yol açan mekanizmalar. *Archives of Internal Medicine*, 153: 2093-101.
- McGee, H.M., O'Boyle, C.A., Hickey, A., O'Malley, K. ve Joyce, C.R. (1991) Assessing the quality of life of the individual: the SEIQoL with a healthy and a gastroenterology unit population, *Psychological Medicine*, 21: 749-59.
- McGowan, L.P.A., Clarke-Carter, D.D. ve Pitts, M.K. (1998) Chronic pelvic pain: a meta-analytic review, *Psychology and Health*, 13: 937-51.
- McGuire, M.T., Wing, R.R., Klem, M.L. ve Hill, J.O. (1999) Behavioral strategies of individuals who have maintained long term weight losses, *Obesity Research*, 7: 334-41.
- McIntosh, P. ve Charlton, V. (1985) *The Impact of the Sport for All Policy 1966-1984 and a Way Forward*. Londra: Spor Konseyi.
- McKee, K.J., Houston, D.M. ve Barnes, S. (2002) Methods for assessing quality of life and wellbeing in frail older people, *Psychology and Health*, 17(6): 737-51.
- McKeown, T. (1979) *The Role of Medicine*. Oxford: Blackwell.
- McKusick, L., Coates, T.J., Morin, S.F., Pollack, L. ve Ho., C. (1990) San Francisco'daki eşcinsel erkekler arasında korunmasız anal ilişkideki azalmanın boylamsal belirleyicileri: AIDS davranışsal araştırma projesi, *American Journal of Public Health*, 80: 978-83.
- McNair, D., Lorr, M. ve Droppleman, L. (1971) *Ruh Hali Profili El Kitabı*. San Diego, CA: Eğitim ve Endüstriyel Test Servisi.
- McNeil, A.D., Jarvis, M.J., Stapleton, J.A. ve diğerleri (1988) Ergenlerde sigara kullanımını öngören faktörlerin prospektif çalışması, *Epidemiyoloji ve Toplum Sağlığı Dergisi*, 43: 72-8.
- McNeil, B.J., Pauker, S.G., Sox, H.C. ve Tversky, A. (1982) On the elicitation of preferences for alternative therapies, *New England Journal of Medicine*, 306: 1259-62.
- McReynolds, W.T. (1982) Towards a psychology of obesity: review of research on the role of person-ality and level of adjustment, *International Journal of Eating Disorders*, 2: 37-57.
- McWhinney, I.R. (1995) Why we need a new clinical method, in M. Stewart, B.B. Brown, W.W. Weston et al. (eds), *Patient Centred Medicine: Transforming the Clinical Method* içinde, s. 1-20. Londra: Sage.
- Mead, N. ve Bower, P. (2000) Patient centredness: a conceptual framework and review of empirical literature, *Social Science and Medicine*, 51: 1087-110.
- Meadows, J., Jenkinson, S., Catalan, J. ve Gazzard, B. (1990) Doğum öncesi kliniğinde gönüllü HIV testi: bireysel danışmanlık yapan ebeler için farklı alım oranları, *AIDS Care*, 2: 229-33.
- Mechanic, D. (1962) *Stres Altındaki Öğrenciler: Adaptasyonun Sosyal Psikolojisi Üzerine Bir Çalışma*. Glencoe, IL: Free Press of Glencoe.
- Meenan, R.F., Gertman, P.M. ve Mason, J.H. (1980) Measuring health status in arthritis: the arthritis impact measurement scales, *Arthritis & Rheumatology*, 23: 146-52.
- Melzack, R. (1975) The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods, *Pain*, 1: 277-99.
- Melzack, R. (1979) *The Puzzle of Pain*. New York: Temel Kitaplar.
- Melzack, R. ve Wall, P.D. (1965) Pain mechanisms: a new theory, *Science*, 150: 971-9.
- Melzack, R. ve Wall, P.D. (1982) *The Challenge of Pain*. New York: Basic Books.

- Metcalfe, C., Smith, G.D., Wadsworth, E. ve diğ erleri (2003) Reeder Stres Envanterinin çağdaş bir doğrulaması, *British Journal of Health Psychology*, 8: 83-94.
- Metler, F.A., Hempelmann, L.H. ve Dutton, A.M. (1969) Akut doğ um sonrası mastit nedeniyle X ış ınlarıyla tedavi edilen kadınlarda meme neoplazileri, *Journal of the National Cancer Institute*, 43: 803-22.
- Meyer, D., Leventhal, H. ve Guttman, M. (1985) Common-sense models of illness: the example of hypertension, *Health Psychology*, 4: 115-35.
- Michaud, C., Kahn, J.P., Musse, N. ve diğ erleri (1990) Relationships between a critical life event and eating behaviour in high school students, *Stress Medicine*, 6: 57-64.
- Michie, S., Smith, J.A., Heaversedge, J. ve Read, S. (1999) Genetic counselling: clinical genetics views, *Journal of Genetic Counselling*, 8(5): 275-87.
- Michie, S., Smith, J.A., Senior, V. ve Marteau, T.M. (2003) Understanding why negative genetic test results sometimes fail to reassure, *American Journal of Medical Genetics*, 119(A): 340-7.
- Michie, S., Weinman, J., Miller, J. ve diğ erleri (2002) Predictive genetic testing: high risk expectations in face of low risk information, *Journal of Behavioural Medicine*, 25: 33-50.
- Miller, P. (1975) Kronik sarhoşluk suçluları için davranışsal bir müdahale programı, *Archives of General Psychiatry*, 32: 915-18.
- Miller, S.M., Brody, D.S. ve Summerton, J. (1987) Styles of coping with threat: implications for health, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 142-8.
- Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M.L. ve Hallet, A.J. (1996) A meta-analytic review of research on hostility and physical health, *Psychological Bulletin*, 119: 322-48.
- Millward, L. (2006) The transition to motherhood in an organizational context: an interpretative phenomenological analysis, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79(3): 315-33.
- Milne, S.E., Orbell, S. ve Sheeran, P. (2002) Egzersiz katılımını teşvik etmek için motivasyonel ve istemli müdahalelerin birleştirilmesi: koruma motivasyonu teorisi ve uygulama niyetleri: *British Journal of Social Psychology*, 7: 163-84.
- Minsky, S., Vega, W., Miskimen, T., Gara, M. ve Escobar, J. (2003) Latin, Afrika kökenli Amerikalı ve Avrupa kökenli Amerikalı psikiyatrik hastalarda tanıs al örüntüler, *Archives of General Psychiatry*, 60: 637-44.
- Mintel (1990) *Yumurta. Pazar İstihbaratı*. Londra: Mintel.
- Minuchin, S., Rosman, B.L. ve Baker, L. (1978) *Psikosomatik Ailelerde Anorektik Aile: Anorexia Nervosa in Context*. Londra: Harvard Üniversitesi Yayınları.
- Misselbrook, D. ve Armstrong, D. (2000) Hastalar risk bilgisi sunumuna nasıl yanıt veriyor? A survey in general practice of willingness to accept treatment for hypertension, *British Journal of General Practice*, 51, 276-9.
- Moatti, J.-P., Le Gales, C., Seror, J., Papiernik, E. ve Henrion, R. (1990) Social acceptability of HIV screening among pregnant women, *AIDS Care*, 2: 213-22.
- Mocroft, A., Vella, S., Benfield, T.L., Chiesi, A. ve diğ erleri (1998) HIV-1 ile enfekte yatan hastalarda Avrupa genelinde de ğ iş en mortalite modelleri. EuroSIDA Çalışma Grubu, *Lancet*, 352(9142): 1725-30.
- Moen, P. (1998) Women's roles and health: a life-course approach, K. Orth-Gomér, M. Chesney ve N.K. Wenger (eds), *Women, Stress, and Heart Disease* içinde. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Mokdad, A.H., Marks, J.S., Stroup, D.F. ve Gerberding, J.L. (2004) Amerika Birleş ik Devletleri'nde gerçek ölüm nedenleri, 200, *JAMA*, 10(29): 1238-45.
- Moller, J., Hallqvist, J., Diderichsen, F. ve diğ erleri (1999) Do episodes of anger trigger myocardial infarction? Stockholm kalp epidemiyolojisi programında (SHEEP) bir vaka çapraz analizi, *Psychosomatic Medicine*, 61: 842-9.

- Montague, C.T., Farooqi, I.S., Whitehead, J.P. ve diğerleri (1997) Konjenital leptin eksikliği insanlarda şiddetli erken başlangıçlı obezite ile ilişkilidir, *Nature*, 387: 903-8.
- Moorhead, J. (1997) *Yeni Nesiller: İngiltere'de Doğumun 40 Yılı*, (National Childbirth Trust Kılavuzları). Londra: Kırtasiye Ofisi.
- Moos, R.H. ve Schaefer, J.A. (1984) The crisis of physical illness: an overview and conceptual approach, in R.H. Moos (ed.), *Coping with Physical Illness: Yeni Perspektifler*, 2, s. 3-25. New York: Plenum.
- Moos, R.H. ve Swindle, R.W. Jr (1990) Stressful life circumstances: concepts and measures, *Stress Medicine*, 6: 171-8.
- Mora, P.A., Halm, E., Leventhal, H. ve Ceric, F. (baskıda) Elucidating the relationship between negative affectivity and symptoms: the role of illness specific affective responses, *Annals of Behavioural Medicine*.
- Morgan, W.P. ve O'Connor, P.J. (1988) Exercise and mental health, in R.K. Dishman (ed.), *Exercise Adherence: Halk Sağlığı Üzerindeki Etkisi*, s. 91-121. Champaign, IL: Human Kinetics.
- MORI (1984) *Fitness Konusunda Halkın Tutumu: Fitness Dergisi için Yapılan Araştırma Çalışması*. Londra: MORI.
- Morley, S., Eccleston, C. ve Williams, A. (1999) Baş ağrısı hariç, yetişkinlerde kronik ağrı için bilişsel davranış terapisi ve davranış terapisi üzerine yapılan kontrollü çalışmaların sistematik incelemesi ve meta-analizi, *Pain*, 80: 1-13.
- Morris, J.N. (1964) *Uses of Epidemiology*, 2. baskı. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Morris, J.N., Pollard, R., Everitt, M.G. ve Chave, S.P.W. (1980) Koroner kalp hastalığına karşı boş zaman korumasında güçlü egzersiz, *Lancet*, 2: 1207-10.
- Morrison, D.M. (1985) Adolescent contraceptive behaviour: a review, *Psychological Bulletin*, 98: 538-68.
- Mosbach, P. ve Leventhal, H. (1988) Peer group identification and smoking: implications for intervention, *Journal of Abnormal Psychology*, 97: 238-45.
- Moss, P., Bolland, G., Foxman, R. ve Owen, C. (1987) The division of household work during the transition to parenthood, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 5: 71-86.
- Moss-Morris, R., Petrie, K.J. ve Weinman, J. (1996) Kronik yorgunluk sendromunda işlevsellik: hastalık algıları düzenleyici bir rol oynuyor mu? *İngiliz Sağlık Psikolojisi Dergisi*, 1: 15-26.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D. ve Buick, D. (2002) The revised illness perception questionnaire (IPQ-R), *Psychology and Health*, 17: 1-16.
- Mosse, K. (1993) *Anne Olmak*. Londra: Virago.
- Moulder, C. (1998) *Understanding Pregnancy Loss: Perspectives and Issues in Care*. Londra: Macmillan.
- Moyer, A. (1997) Psychosocial outcomes of breast conserving surgery versus mastectomy: a meta analytic review, *Health Psychology*, 16: 284-98.
- Moynihhan, J.A. ve Ader, R. (1996) Psychoneuroimmunology: animal models of disease, *Psychosomatic Medicine*, 58: 546-58.
- Muir, J., Mant, D., Jones, L. ve Yudkin, P. (1994) Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: results of the OXCHECK study after one year, *British Medical Journal*, 308: 308-12.
- Muldoon, M.F., Barger, S.D., Flory, J.D. ve Manuck, S.B. (1998) Yaşam kalitesi ölçümleri neyi ölçüyor? *British Medical Journal*, 316: 542-5.
- Mullen, P.D., Green, L.W. ve Persinger, G.S. (1985) Clinical trials of patient education for chronic conditions: a comparative meta analysis of intervention types, *Preventive Medicine*, 14: 753-81.
- Muller, J.E., Abela, G.S., Nesto, R.W. ve Tofler, G.H. (1994) Triggers, acute risk factors and vulnerable plaques: the lexicon of a new frontier, *Journal of American College of Cardiology*, 23: 809-13.

- Muller, J.E., Stone, P.H. ve Turi, Z.G. (1985) Circadian variation in the frequency of onset of acute myocardial infarction, *New England Journal of Medicine*, 313: 1315-22.
- Mumford, D.B., Whitehouse, A.M. ve Platts, M. (1991) Sociocultural correlates of eating disorders among Asian school girls in Bradford, *British Journal of Psychiatry*, 158: 222-8.
- Munday, D. (1994) 1968'den bu yana kürtaj hizmetlerinin gelişimi, D. Paintin (ed.), *İngiltere ve Galler'de Kürtaj Hizmetleri* içinde. Londra: Gebelik Danışma Servisi ve Doğum Kontrol Vakfı.
- Murray, M. ve McMillan, C. (1993) Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behaviour, *British Journal of Clinical Psychology*, 32: 87-100.
- Murray, M., Swan, A.V., Bewley, B.R. ve Johnson, M.R.D. (1984) The development of smoking during adolescence: the MRC/Derbyshire smoking study, *International Journal of Epidemiology*, 12: 185-92.
- Murray, S., Narayan, V., Mitchell, M. ve Witte, H. (1993) Study of dietetic knowledge among members of the primary health care team, *British Journal of General Practice*, 43: 229-31.
- Myers, L.B. (2000) Identifying repressors: a methodological issue for health psychology, *Psychology and Health*, 15: 205-14.
- Nathoo, V. (1988) Manchester'daki bir servikal tarama kliniğinde yanıt vermeyenlerin araştırılması, *British Medical Journal*, 296: 1041-2.
- Ulusal Sağlık Enstitüleri (1998) Yetişkinlerde aşırı kilo ve obezitenin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve tedavisine ilişkin klinik kılavuzlar: kanıt raporu [yayınlanan düzeltme *Obesity Research*, 6: 464'te yer almaktadır] *Obesity Research*, 6(suppl. 2): 51-209S.
- National Statistics 2005 [online] Available: www.statistics.gov.uk [10.09.05].
- Neighbour, R. (1987) *The Inner Consultation*. Londra: Petroc Press.
- Neilson, S. ve Hahlin, M. (1985) Expectant management of first trimester miscarriage, *Lancet*, 345: 84-6.
- Neumark-Sztainer, D., Kaufmann, N.A. ve Berry, E.M. (1995) Physical activity within community based weight control programme: program evaluation and predictors of stress, *Public Health Review*, 23: 237-51.
- Newell, A. ve Simon, H.A. (1972) *Human Problem Solving*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Newman, J. ve Taylor, A. (1992) Kk ocukların gıda tercihleri üzerinde araç-son durumunun etkisi. *ferences, Journal of Experimental Psychology*, 64: 200-16.
- Newman, M.G. ve Stone, A.A. (1996) Mizah, deneysel olarak oluşturulan stresin etkilerini hafifletir mi? *Annals of Behavioural Medicine*, 18: 101-9.
- Newman, S., Fitzpatrick, R., Revenson, T.A., Skevington, S. ve Williams, G. (1996) *Understanding Rheumatoid Arthritis*. Londra: Routledge.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination (1997) *Obezitenin Tedavisi ve nlenmesine Yönelik Müdahalelerin Sistematiğ İncelemesi*. York: York Üniversitesi.
- Nicolson, P. (1986) Developing a feminist approach to depression following childbirth, in S. Wilkin- son (ed.), *Feminist Social Psychology: Kuram ve Uygulama Geliştirme*. Milton Keynes: Açık niversite Yayınları.
- Nicolson, P. (1990a) Ebeveynliğe geçişte kadınların erkeklerin davranışlarına ilişkin beklentileri hakkında kısa bir rapor: danışmanlık psikolojisi uygulaması için çelişkiler ve çatışmalar, *Counselling Psychology Quarterly*, 3(4): 353-61.
- Nicolson, P. (1990b) Understanding postnatal depression: a mother-centred approach, *Journal of Advanced Nursing*, 15: 689-95.
- Nicolson, P. (1999a) Loss, happiness and postpartum depression: the ultimate paradox, *Canadian Psychology*, 40(2): 162-78.
- Nicolson, P. (1999b) The myth of maternal instinct, *Psychology, Evolution & Gender*, 1(2): 161-81.

- Noar, S.M., Moroko, P.J. ve Harlow, L.L. (2002) Condom negotiation in heterosexually active men and women: development and validation of a condom influence strategy questionnaire, *Psychology and Health*, 17(6): 711-35.
- Norman, P. ve Conner, M. (1993) The role of social cognition models in predicting attendance at health checks, *Psychology and Health*, 8: 447-62.
- Norman, P. ve Conner, M. (1996) The role of social cognition models in predicting health behaviours: future directions, in M. Conner and P. Norman (eds), *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*, pp. 197-225. Buckingham: Açık Üniversite Yayınları.
- Norman, P. ve Fitter, M. (1989) Intention to attend a health screening appointment: some implications for general practice, *Counselling Psychology Quarterly*, 2: 261-72.
- Norman, P., Conner, M. ve Bell, R. (1999) Planlı davranış teorisi ve sigarayı bırakma, *Sağlık Psikolojisi*, 18: 89-94.
- Norman, P. ve Smith, L. (1995) The theory of planned behaviour and exercise: an investigation into the role of prior behaviour, behavioural intentions and attitude variability, *European Journal of Social Psychology*, 25: 403-15.
- Norman, P., Searle, A., Harrad, R. ve Vedhara, K. (2003) Predicting adherence to eye patching in children with amblyopia: an application of protection motivation theory, *British Journal of Health Psychology*, 8: 67-82.
- Normandeau, S., Kalinins, I., Jutras, S. ve Hanigan, D. (1998) A description of 5 to 12 year old children's conception of health within the context of their daily life, *Psychology and Health*, 13: 883-96.
- Norris, R.M., Brandt, P.W.T., Caughey, D.E., Lee, A.J. ve Scott, P.J. (1969) A new coronary prognostic index, *Lancet*, 1: 274-8.
- Nyklic'ek, I., Vingerhoets, A.D. ve Denollett, J. (2002) Emotional (non-)expression and health: data, questions and challenges, *Psychology and Health*, 17(5): 517-28.
- O'Boyle, C., McGee, H., Hickey, A., O'Malley, K. ve Joyce, C.R.B. (1992) Individual quality of life in patients undergoing hip replacements, *Lancet*, 339: 1088-91.
- O'Brien, S. ve Lee, L. (1990) Video kaset müdahalesinin Pap smear bilgisi, tutumları ve davranışları üzerindeki etkileri. Özel sayı: Behavioural research in cancer, *Behaviour Changes*, 7: 143-50.
- O'Connor, A. ve O'Brien-Pallas L.L. (1989) Decisional conflict, in G.K. Mcfarlane and E.A. Mcfarlane (eds), *Nursing Diagnosis and Intervention*, pp. 486-96. Toronto: Mosby.
- O'Connor, R.C., Armitage, C.J. ve Gray, L. (2006) The role of clinical and social cognitive variables in parasuicide, *British Journal of Clinical Psychology* (in press).
- Oakley, A. (1974) *Ev İşlerinin Sosyolojisi*. New York: Pantheon Books. Oakley, A. (1979) *Becoming a Mother (Anne Olmak)*. Oxford: Martin Robertson.
- Oakley, A. (1980) *Hapsedilen Kadınlar: Towards a Sociology of Childbirth*. Oxford: Martin Robertson.
- Oakley, A. (1984) *The Captured Womb*. Oxford: Blackwell.
- Oakley, A. (1986) *From Here to Maternity*. Harmondsworth: Pelican.
- Oakley, A. (1992) *Social Support and Motherhood*. Oxford: Blackwell.
- Oakley, A., Fullerton, D., Holland, J. ve diğerleri (1995) Sexual health education interventions for young people: a methodological review, *British Medical Journal*, 310: 158-62.
- Birleşik Krallık'ta Obezite 2005 [çevrimiçi] Mevcut: www.weightconcern.org.uk [15.10.05]. Office for National Statistics Population and Health Monitors (1995) Mevcut: www.statistics.gov.uk.
- Ogden, C.L., Carroll, M.D., Curtin, L.R., McDowell, M.A., Tabak, C.J. ve Flegal, K.M. (2006) Amerika Birleşik Devletleri'nde aşırı kilo ve obezite prevalansı, 1999-2004, *JAMA*, 295: 1549-55.
- Ogden, C.L., Troiano, R.P., Briefel, R.R., Kuczmarski, R.J., Flegal, K.M. ve Johnson, C.L. (1997) Amerika Birleşik Devletleri'ndeki okul öncesi çocuklar arasında aşırı kilo yaygınlığı, 1971'den 1994'e, *Pediatrics*, 99: E11-17.

- Ogden, J. (1992) *Fat Choice: The Myth of Dieting Explained*. Londra: Routledge.
- Ogden, J. (1993) Kısıtlamanın ölçümü: başarı ve başarısızlığı karıştırmak mı? *Uluslararası Yeme Bozuklukları Dergisi*, 13: 69-76.
- Ogden, J. (1994) Sigarayı bırakma, kısıtlı yeme ve motivasyonel durumların laboratuvarıda gıda alımı üzerindeki etkileri, *Sağlık Psikolojisi*, 13: 114-21.
- Ogden, J. (1995a) Cognitive and motivational consequence of dieting, *European Eating Disorders Review*, 24: 228-41.
- Ogden, J. (1995b) Changing the subject of health psychology, *Psychology and Health*, 10: 257-65.
- Ogden, J. (1995c) Psychosocial theory and the creation of the risky self, *Social Science and Medicine*, 40: 409-15.
- Ogden, J. (1999) Beden memnuniyetsizliği, *Counselling News*, Ocak: 20-1.
- Ogden, J. (2000) The correlates of long-term weight loss: a group comparison study of *obesity*, *Inter-national Journal of Obesity*, 24: 1018-25.
- Ogden, J. (2003) Sosyal biliş modelleriyle ilgili bazı sorunlar: pragmatik ve kavramsal bir analiz, *Sağlık Psikolojisi*, 22(4): 424-8.
- Ogden, J. ve Chanana, A. (1998) Etnik kökenin beden memnuniyetsizliği ve diyet yapma üzerindeki etkisini açıklamak: değerler için bir rol bulmak, *International Journal of Obesity*, 22: 641-7.
- Ogden, J. ve Clementi, C. (baskıda) Obez olma deneyimi ve damgalanmanın birçok sonucu. *Psikoloji ve Sağlık dergisine* gönderilmiştir.
- Ogden, J. ve Elder, C. (1998) The role of family status and ethnic group on body image and eating behaviour, *International Journal of Eating Disorders*, 23: 309-15.
- Ogden, J. ve Fox, P. (1994) Kısıtlanmış ve kısıtlanmamış yiyicilerde kilo kontrolü için sigara kullanımının incelenmesi, *International Journal of Eating Disorders*, 16: 177-86.
- Ogden, J. ve Greville, L. (1993) Stroop görevi ile ölçülen kısıtlanmış ve kısıtlanmamış yiyicilerde ön yüklemeye ilişkin bilişsel değişiklikler, *International Journal of Eating Disorders*, 14: 185-95.
- Ogden, J. and Knight, D. (1995) Attributions for illness and treatment interventions in community nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 22: 290-3.
- Ogden, J. ve Maker, C. (2004) Expectant or surgical management: a qualitative study of miscarriage, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111: 463-7.
- Ogden, J. ve Mtandabari, T. (1997) Examination stress and changes in mood and health related behaviours, *Psychology and Health*, 12: 289-99.
- Ogden, J. ve Mundray, K. (1996) The effect of the media on body satisfaction: the role of gender and size, *European Eating Disorders Review*, 4: 171-82.
- Ogden, J. ve Sidhu, S. (2006) Adherence, behaviour change and visualisation: a qualitative study of patients' experiences of obesity medication, *The Journal of Psychosomatic Research*, 62: 545-52.
- Ogden, J. ve Steward, J. (2000) The role of the mother-daughter relationship in explaining weight concern, *International Journal of Eating Disorders*, 28: 78-83.
- Ogden, J. ve Thomas, D. (1999) The role of familial values in understanding the impact of social class on weight concern, *International Journal of Eating Disorders*, 25: 273-9.
- Ogden, J. ve Wardle, J. (1990) Control of eating and attributional style, *British Journal of Clinical Psychology*, 29: 445-6.
- Ogden, J. ve Wardle, J. (1991) Cognitive and emotional responses to food, *International Journal of Eating Disorders*, 10: 297-311.
- Ogden, J., Ambrose, L., Khadra, A. ve diğerleri (2002) GP'lerin ve hastaların hasta merkezliliğin farklı bileşenleri hakkındaki inançları üzerine bir anket çalışması, *Patient Education and Counselling*, 47: 223-7.
- Ogden, J., Andrade, J., Eisner, M. ve diğerleri (1997) Tedavi etmek mi? Arkadaş olmak için mi?

Önlemek için mi? Hastaların ve pratisyen hekimlerin doktorun rolüne ilişkin görüşleri,
Scandinavian Journal of Primary Health Care, 15: 114-17.

- Ogden, J., Baig, S., Earnshaw, G. ve diğerleri (2001) What is health? GP'lerin ve hastaların dünyalarının çarpıştığı yer, *Patient Education and Counselling*, 45: 265-9.
- Ogden, J., Bandara, I., Cohen, H. ve diğerleri (2001) Pratisyen hekimlerin ve hastaların obezite modelleri: Bu kimin sorunu? *Patient Education and Counselling*, 40: 227-33.
- Ogden, J., Boden, J., Caird, R. ve diğerleri (1999) Sen depresyondasın; hayır değilim: GP'lerin ve hastaların farklı depresyon modelleri, *British Journal of General Practice*, 49: 123-4.
- Ogden, J., Branson, R., Bryett, A. ve diğerleri (2003) What's in a name? Hastaların bir teşhisin etkisi ve işlevine ilişkin görüşleri üzerine deneysel bir çalışma, *Family Practice*, 20(3): 248-53.
- Ogden, J., Branson, R., Bryett, A., Campbell, A., Febles, A., Ferguson, I., Lavender, H., Mizan, J., Simpson, R. ve Tayler, M. (2003) What's in a name? Hastaların bir tanının etkisi ve işlevi hakkındaki görüşleri üzerine deneysel bir çalışma, *Family Practice*, 20(3): 248-53.
- Ogden, J., Clementi, C. ve Aylwin, S. (2006a) The impact of obesity surgery and the paradox of control: a qualitative study, *Psychology and Health*, 21(2): 273-93.
- Ogden, J., Clementi, C. ve Aylwin, S. (2006b) Having obesity surgery: a qualitative study and the paradox of control, *Psychology and Health*, 21: 273-93.
- Ogden, J., Clementi, C., Aylwin, S. ve Patel, A. (2005) Exploring the impact of *obesity* surgery on patient's health status: a quantitative and qualitative study, *Obesity Surgery*, 15: 266-72.
- Ogden, J., Karim, L., Choudry, A. ve Brown, K. (2006) Understanding successful behaviour change: the role of intentions, attitudes to the target and motivations and the example of diet, *Health Education Research Advance Access*, published September 13, 2006, doi:10.1093/her/cy1090.
- Ogden, J., Reynolds, R. ve Smith, A. (2006) Ebeveyn kontrolü kavramını genişletmek: çocukların atıştırma davranışında açık ve gizli kontrolün rolü var mı? *Appetite*, 47: 100-6.
- Ogden, J., Shaw, A. ve Zander, L. (1997a) Kadınların evde doğum anıları: kalıcı etkisi olan bir karar mı? *British Journal of Midwifery*, 5: 216-18.
- Ogden, J., Shaw, A. ve Zander, L. (1997b) The homebirth experience: women's memories 3-5 years on, *British Journal of Midwifery*, 5: 208-11.
- Ogden, J., Shaw, A. ve Zander, L. (1997c) Evde doğuma karar vermek: 3-5 yıl sonra kadınların yardım ve engellerle ilgili anıları, *British Journal of Midwifery*, 5: 212-15.
- Ogden, J., Shaw, A. ve Zander, L. (1998) Women's experiences of having a hospital birth, *British Journal of Midwifery*, 6: 339-45.
- Ohlin, A. ve Rossner, S. (1990) Hamilelik sonrası maternal vücut ağırlığı gelişimi, *International Journal of Obesity*, 14: 159-73.
- Oldridge, N.B. ve Jones, N.L. (1983) Improving patient compliance in cardiac exercise rehabilitation: effects of written agreement and self-monitoring, *Journal of Cardiac Rehabilitation*, 3: 257-62.
- Oldridge, N.B., Guyatt, G.H., Fischer, M.E. ve Rimm, A.A. (1988) Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: Randomize klinik çalışmaların birleştirilmiş deneyimi, *Journal of the American Medical Association*, 260(7): 945-50.
- Olivera, S.A., Ellison, R.C., Moore, L.L. ve diğerleri (1992) Parent-child relationships in nutrient intake: the Framingham Children's Study, *American Journal of Clinical Nutrition*, 56: 593-8.
- Orbach, S. (1978) *Şişmanlık Feminist Bir Meseledir: Kilo Vermek için Anti-diyet Rehberi*. New York: Paddington Press.
- Orbell, S., Hodgkins, S. ve Sheeran, P. (1997) Implementation intentions and the theory of planned behaviour, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23: 945-54.
- Orford, J. (1985) *Aşırı İştah: Bağımlılıklara Psikolojik Bir Bakış*. Chichester: Wiley.
- Orford, J. ve Velleman, R. (1991) The environmental intergenerational transmission of alcohol problems: a comparison of two hypotheses, *British Journal of Medical Psychology*, 64: 189-200.

- Orgogozo, J.M., Capildeo, R., Anagnostou, C.N. ve diğerleri (1983) Orta serebral arter (MCA) enfarktüsünün klinik değerlendirmesi için nörolojik ölçek geliştirilmesi (çeviri), *La Presse Médicale*, 48: 3039-44.
- Orton, M., Fitzpatrick, R., Fuller, A. ve diğerleri (1991) Factors affecting women's responses to an invitation to attend for a second breast cancer screening examination, *British Journal of General Practice*, 41: 320-3.
- Osborn, M. ve Smith, J.A. (1998) The professional experience of chronic benign lower back pain: an interpretative phenomenological analysis, *Journal of Health Psychology*, 3: 65-83.
- Owens, R.G., Daly, J., Heron, K. ve Leinster, S.J. (1987) Göğüs taramasına katılanların psikolojik ve sosyal özellikleri, *Psychology and Health*, 1: 320-3.
- Paffenbarger, R.S. ve Hale, W.E. (1975) Work activity and coronary heart mortality, *New England Journal of Medicine*, 292: 545-50.
- Paffenbarger, R.S., Hyde, R.T., Wing, A.L. ve Hsieh, C.C. (1986) Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni, *New England Journal of Medicine*, 314: 605-13.
- Paffenbarger, R.S., Wing, A.L. ve Hyde, R.T. (1978) Üniversite mezunlarında kalp krizi riskinin bir göstergesi olarak fiziksel aktivite, *American Journal of Epidemiology*, 108: 161-75.
- Paffenbarger, R.S., Wing, A.L., Hyde, R.T. ve Jung, D.L. (1983) Physical activity and incidence of hypertension in college alumni, *American Journal of Epidemiology*, 117: 245-57.
- Paintin, D. (ed.) (1994) *İngiltere ve Galler'de Kürtaj Hizmetleri*. Londra: Gebelik Danışma Servisi ve Doğum Kontrol Vakfı.
- Paisley, C.M. ve Sparks, P. (1998) Yağ alımını azaltma beklentileri: planlı davranış teorisinde algılanan ihtiyacın rolü, *Psychology and Health*, 13: 341-53.
- Pakenham, K., Pruss, M. ve Clutton, S. (2000) Mamografi taramasına yeniden katılımı tahmin etmede sosyo-demografik özellikler, bilgi ve sağlık inanç modeli değişkenlerinin faydası: kısa bir rapor, *Psychology and Health*, 15: 585-91.
- Palkovitz, R. and Copes, M. (1988) Changes in attitudes, beliefs and expectations associated with the transition to parenthood, *Marriage and Family Review*, 12: 183-99.
- Palmer, A.G., Tucker, S., Warren, R. ve Adams, M. (1993) Understanding women's responses for cervical intra-epithelial neoplasia, *British Journal of Clinical Psychology*, 32: 101-12.
- Park, C.L. ve Folkman, S. (1997) The role of meaning in the context of stress and coping, *General Review of Psychology*, 2: 115-44.
- Park, C.L., Cohen, L.H. ve Murch, R.L. (1996) Strese bağlı büyümenin değerlendirilmesi ve tahmini, *Journal of Personality*, 64: 71-105.
- Park, L.C. ve Covi, L. (1965) Non blind placebo trial: an exploration of neurotic patients' responses to placebo when its inert content is disclosed, *Archives of General Psychiatry*, 12: 336-45.
- Parker, D., Manstead, A.S. ve Stradling, S.G. (1995) Extending the theory of planned behaviour: the role of personal norm, *British Journal of Social Psychology*, 34: 127-37.
- Partridge, C., Johnston, M. ve Edwards, S. (1987) İnme sonrası fiziksel engellilikten kurtulma: değerlendirme için bir temel olarak normal model, *Lancet*, 1: 373-5.
- Partridge, C.J. ve Johnston, M. (1989) Algılanan kontrol ve fiziksel engellilikten kurtulma, *British Journal of Clinical Psychology*, 28: 53-60.
- Patrick, D.L. ve Ericson, P.E. (1993) *Sağlık Durumu ve Sağlık Politikası: Kaynakların Sağlık Hizmetlerine Tahsisi*. Oxford: Oxford Üniversitesi Yayınları.
- Patrick, D.L. ve Peach, H. (1989) *Disablement in a Community*. Oxford: Oxford Üniversitesi Yayınları.
- Patterson, K.R. (1993) Diyabet için nüfus taraması, İngiliz Diyabet Derneği Profesyonel Danışma Komitesi raporu, *Diabetic Medicine*, 10: 777-81.

- Paxton, S.J., Browning, C.J. ve O'Connell, G. (1997) Predictors of exercise program participation in older women, *Psychology and Health*, 12: 543-52.
- Pearse, I.H. ve Crocker, L. (1943) *The Peckham Experiment*. Londra: Allen & Unwin.
- Peele, S. (1984) Alkolizme yönelik psikolojik yaklaşımların kültürel bağlamı: alkolün etkilerini kontrol edebilir miyiz? *American Psychologist*, 39: 1337-51.
- Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P. ve Havelock, P. (1984) *The Consultation: Öğrenme ve Öğretmeye Bir Yaklaşım*. Oxford: Oxford Tıp Yayınları.
- Pennebaker, J.W. (1983) Accuracy of symptom perception, in A. Baum, S.E. Taylor and J. Singer (eds), *Handbook of Psychology and Health*, Vol. 4. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Pennebaker, J.W. (1993) Social mechanisms of constraint, in D.M. Wegner and J.W. Pennebaker (eds), *Handbook of Mental Control*, pp. 200-19. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Pennebaker, J.W. (1997) Writing about emotional experiences as a therapeutic process, *Psychological Science*, 8(3): 162-6.
- Pennebaker, J.W. ve Beall, S.K. (1986) Confronting a traumatic event: towards an understanding of inhibition and disease, *Journal of Abnormal Psychology*, 95: 274-82.
- Pennebaker, J.W., Francis, M.E. ve Booth, R.J. (2001) *Linguistic Inquiry and Word Count: LIWC 2001*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Pennebaker, J.W., Kiecolt-Glaser, J.K. ve Glaser, R. (1988) Disclosure of trauma and immune function: health implications for psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 239-45.
- Pennebaker, J.W., Mayne, T.J. ve Francis, M.E. (1997) Linguistic predictors of adaptive bereavement, *Journal of Personality and Social Psychology*, 72: 863-71.
- Pereira, D.B., Antoni, M.H., Danielson, A., Simon, T., Efantis-Potter, J., Carver, C.S., Durán, R.E.F., Ironson, G., Klimas, N. ve O'Sullivan, M.J. (2003) Life stress and cervical squamous intraepithelial lesions in women with human papillomavirus and human immunodeficiency virus, *Psychosomatic Medicine*, 65(1): 1-8.
- Perkins, K.A., Grobe, J.E., Stiller, R.L., Fonte, C. ve Goettler, J.E. (1992) Nasal spray nicotine replacement suppresses cigarette smoking desire and behaviour, *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 52: 627-34.
- Perna, F.M. ve McDowell, S.L. (1995) Role of psychological stress in cortisol recovery from exhaustive exercise among elite athletes, *International Journal of Behavioural Medicine*, 2: 13-26.
- Perquin, B., Baillet, F. ve Wilson, J.F. (1976) Radiation therapy in the management of primary breast cancer, *American Journal of Roentgenology*, 127: 645-8.
- Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J. ve diğerleri (1994) *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000*. Oxford: Oxford Üniversitesi Yayınları.
- Petrie, K.J., Booth, R.J. ve Pennebaker, J.W. (1998) The immunological effects of thought suppression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 75: 1264-72.
- Petrie, K.J., Booth, R.J., Pennebaker, J.W., Davison, K.P. ve Thomas, M.G. (1995) Travmanın ifşası ve bir hepatit B aşılama programına bağışıklık tepkisi, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63: 787-92.
- Petrie, K.J., Cameron, L.D., Ellis, C.J., Buick, D. ve Weinman, J. (2002) Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial, *Psychosomatic Medicine*, 64: 580-6.
- Petrie, K.J., Weinman, J.A., Sharpe, N. ve Buckley, J. (1996) Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study, *British Medical Journal*, 312: 1191-4.
- Petronis, V.M., Carver, C.S., Antoni, M.H. ve Weiss, S. (2003) Beden imajına yatırım ve

- Erken evre meme kanseri tedavisi gören kadınlar arasında psikososyal iyi olma hali: kısmi replikasyon ve genişletme, *Psychology and Health*, 18(1): 1-13.
- Petticrew, M., Fraser, J.M. ve Regan, M. (1999) Adverse life-events and risk of breast cancer: a meta-analysis, *British Journal of Health Psychology*, 4: 1-17.
- Petty, R.E. ve Cacioppo, J.T. (1986) The elaboration likelihood model of persuasion, in L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 19, pp. 123-205. New York: Academic Press.
- Piccinelli, M. ve Simon, G. (1997) Duygusal sıkıntı ile ilişkili somatik semptomlarda cinsiyet ve kültürler arası farklılıklar: birinci basamakta uluslararası bir çalışma, *Psychological Medicine*, 27(2): 433-44.
- Pickering, T.G., Devereux, R.B., James, G.D. ve diğerleri (1996) Environmental influences on blood pressure and the role of job strain, *Journal of Hypertension*, 14(suppl.): S179-S85.
- Pike, J., Smith, T., Hauger, R. ve diğerleri (1997) Kronik yaşam stresi, insanlarda akut bir psikolojik stres etkenine karşı sempatik, nöroendokrin ve bağışıklık tepkisini değiştirir, *Psychosomatic Medicine*, 59: 447-57.
- Pilkonis, P.A., Imler, S.D. ve Rubinsky, P. (1985) Psikiyatrik hastalarda yaşam stresinin boyutları, *Journal of Human Stress*, 11: 5-10.
- Pill, R. ve Stott, N.C.H. (1982) Concepts of illness causation and responsibility: some preliminary data from a sample of working class mothers, *Social Science and Medicine*, 16: 315-22.
- Pinder, K.L., Ramierz, A.J., Black, M.E. ve diğerleri (1993) Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: prevalence and associated factors, *European Journal of Cancer*, 29A: 524-7.
- Pliner, P. ve Loewen, E.R. (1997) Temperament and food neophobia in children and their mothers, *Appetite*, 28: 239-54.
- Polivy, J. ve Herman, C.P. (1983) *Breaking the Diet Habit*. New York: Basic Books.
- Polivy, J. ve Herman, C.P. (1985) Dieting and bingeing: a causal analysis, *American Psychologist*, 40: 193-201.
- Polivy, J. ve Herman, C.P. (1999) Sıkıntı ve yemek yeme: diyet yapanlar neden aşırı yemek yiyor? *Uluslararası Yeme Bozuklukları Dergisi*, 26(2): 153-64.
- Polivy, J., Herman, C.P. ve McFarlane, T. (1994) Kaygının yeme üzerindeki etkileri: lezzetlilik diyet yapanlarda sıkıntı kaynaklı aşırı yemeyi hafifletiyor mu? *Journal of Abnormal Psychology*, 103(3): 505-10.
- Pomerleau, O.F. ve Brady, J.P. (1979) *Davranışsal Tıp: Teori ve Uygulama*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Povey, R., Conner, M., Sparks, P., James, R. ve Shepherd, R. (2000) The theory of planned behaviour and healthy eating: examining additive and moderating effects of social influence variables, *Psychology and Health*, 14: 991-1006.
- Powell, D. and Khan, S. (1995) Racial differences in women's desire to be thin, *International Journal of Eating Disorders*, 17: 191-5.
- Prentice, A.M. (1995) Are all calories equal? in R. Cottrell (ed.), *Weight Control: The Current Perspective*. Londra: Chapman & Hall.
- Prentice, A.M. ve Jebb, S.A. (1995) Britanya'da obezite: oburluk mu tembellik mi? *British Medical Journal*, 311: 437-9.
- Prettyman, R.J., Cordle, C.J. ve Cook, G.D. (1993) A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage, *British Journal of Medical Psychology*, 66: 363-72.
- Price, J.H., Desmond, S. ve Kukulka, G. (1985) High school students' perceptions and misperceptions of AIDS, *Journal of School Health*, 55: 107-9.
- Pro-choice Alliance (1993) *Kürtaj Hastaları Araştırması*. Londra: Pro-choice Alliance.
- Prochaska, J.O. ve DiClemente, C.C. (1982) Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change, *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 19: 276-88.

- Prochaska, J.O. ve DiClemente, C.C. (1984) *Transtheoretical Approach: Terapinin Geleneksel Sınırlarını Aşmak*. Homewood, IL: Dow Jones Irwin.
- Prochaska, J.O. ve Velicer, W.F. (1997) Sağlık davranışı değişiminin transtheoretical modeli, *American Journal of Health Promotion*, 12: 38-48.
- Puska, P., Nissinen, A., Tuomilehto, J. ve diğerleri (1985) The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from ten years of the North Karelia Project, in L. Breslow, J.E. Fielding and L.B. Lave (eds), *Annual Review of Public Health*, Vol. 6, pp. 147-94. Palo Alto, CA: Annual Reviews Inc.
- Quine, L. ve Rubin, R. (1997) Attitude, subjective norm and perceived behavioural control as predictors of women's intentions to take hormone replacement therapy, *British Journal of Health Psychology*, 2: 199-216.
- Quine, L., Rutter, D.R. ve Arnold, L. (1998) Predicting safety helmet use among schoolboy cyclists: a comparison of the theory of planned behaviour and the health belief model, *Psychology and Health*, 13: 251-69.
- Quine, L., Rutter, D.R. ve Arnold, L. (2001) Persuading school-age cyclists to use safety helmets: effectiveness of an intervention based on the theory of planned behaviour, *British Journal of Health Psychology*, 6: 327-45.
- Raats, M.M., Shepherd, R. ve Sparks, P. (1995) Including moral dimensions of choice within the structure of the theory of planned behavior, *Journal of Applied Social Psychology*, 25: 484-94.
- Radley, A. (1984) The embodiment of social relation in coronary heart disease, *Social Science and Medicine*, 19: 1227-34.
- Radley, A. (1989) *Kalp Ameliyatının Beklentileri: Koroner Bypass Greftlemesine Psikolojik Uyum*. New York: Springer Verlag.
- Radley, A. (1990) Style, discourse and constraint in adjustment to chronic illness, *Sociology of Health and Illness*, 11: 230-52.
- Rains, P. (1971) *Bekar Bir Anne Olmak*. Chicago: Aldine.
- Ramirez, A.J., Craig, T.J.K., Watson, J.P. ve diğerleri (1989) Stress and relapse of breast cancer, *British Medical Journal*, 298: 291-3.
- Ramirez, A.J., Watson, J.P., Richards, M.A. ve diğerleri (1992) Life events and breast cancer prognosis: letter to the editor, *British Medical Journal*, 304: 1632.
- Ramsay, J.M., McDermott, M.R. ve Bray, C. (2001) Koroner arter hastalığı olan hastalarda öfkedüşmanlık kompleksi bileşenleri ve semptom bildirimi: çok ölçümlü bir çalışma, *Journal of Health Psychology*, 6(6): 713-29.
- Rand, C.S.W. ve MacGregor, A.M.C. (1991) Obezite cerrahisi sonrası başarılı kilo kaybı ve morbid obezitenin algılanan sorumluluğu, *International Journal of Obesity*, 15: 577-9.
- Ravussin, E. ve Bogardus, C. (1989) Genetik, yaş ve fiziksel aktivitenin günlük enerji harcaması ve yakıt kullanımı ile ilişkisi, *American Journal of Clinical Nutrition*, 49: 968-75.
- Rector, T.S., Kubo, S.H. ve Cohn, J.N. (1993) Terapötik yanıtın bir ölçüsü olarak Minnesota Kalp Yetersizliği ile Yaşam Anketinin geçerliliği: enalapril ve plasebonun etkileri, *American Journal of Cardiology*, 71: 1006-7.
- Redd, W.H. (1982) Behavioural analysis and control of psychosomatic symptoms in patients receiving intensive cancer treatment, *British Journal of Clinical Psychology*, 21: 351-8.
- Redhead, I.H. (1960) The incidence of glycosuria and diabetes mellitus in general practice, *British Medical Journal*, 1: 695.
- Reed, G.M., Kemeny, M.E., Taylor, S.E. ve Visscher, B.R. (1999) Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men, *Health Psychology*, 18: 354-63.

- Reed, G.M., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., Wang, H.-Y.J. ve Visscher, B.R. (1994) Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS, *Health Psychology*, 13: 299-307.
- Reelick, N.F., DeHaes, W.F.M. ve Schuurman, J.H. (1984) Serviks kanserine yönelik kitlesel taramanın psikolojik yan etkileri, *Social Science and Medicine*, 18: 1089-93.
- Reiss, I.L., Banwart, A. ve Foreman, H. (1975) Premarital contraceptive usage: a study and some theoretical explorations, *Journal of Marriage and the Family*, 37: 619-30.
- Reiss, I.L. ve Leik, R.K. (1989) AIDS'ten kaçınma stratejilerinin değerlendirilmesi: partner sayısına karşı kondom kullanımı, *Journal of Sex Research*, 26: 411-33.
- Repetti, R.L. (1993) Short-term effects of occupational stressors on daily mood and health complaints, *Health Psychology*, 12: 125-31.
- Resnicow, K., Davis-Hearn, M., Smith, M. ve diğerleri (1997) Social cognitive predictors of fruit and veg- etable intake in children, *Health Psychology*, 16: 272-6.
- Reynolds, B.D., Puck, M.H. ve Robertson, A. (1974) Genetic counselling: an appraisal, *Clinical Genetics*, 5: 177-87.
- Richard, R. ve van der Pligt, J. (1991) Factors affecting condom use among adolescents, *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1: 105-16.
- Riddle, P.K. (1980) Attitudes, beliefs, intentions, and behaviours of men and women toward regular jogging, *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 51: 663-74.
- Riegel, B.J. (1993) Contributions to cardiac invalidism after acute myocardial infarction, *Coronary Artery Disease*, 4: 569-78.
- Rimer, B.K., Trock, B., Lerman, C. ve diğerleri (1991) Neden bazı kadınlar düzenli mamografi çektiyor? *American Journal of Preventative Medicine*, 7: 69-74.
- Rippetoe, P.A. ve Rogers, R.W. (1987) Koruma-motivasyon teorisinin bileşenlerinin bir sağlık tehdidiyle adaptif ve maladaptif başa çıkma üzerindeki etkileri, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 596-604.
- Risdon, A., Eccleston, C., Crombez, G. ve McCracken, L. (2003) Ağrıyla yaşamayı nasıl öğrenebiliriz? Kronik ağrının kabulüne ilişkin farklı anlayışların Q-metodolojik analizi, *Social Science and Medicine*, 56(2): 375-86.
- Rissanen, A.M., Heliovaara, M., Knekt, P., Reunanen, A. ve Aromaa, A. (1991) Determinants of weight gain and overweight in adult Finns, *European Journal of Clinical Nutrition*, 45: 419-30.
- Robinson, G.E., Olmsted, M.P., Garner, D.M. ve Gare, D.J. (1988) Transition to parenthood in elderly primiparas, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 9: 89-101.
- Rodgers, W.M., Hall, C.R., Blanchard, C.M., McAuley, E. ve Munroe, C. (2002) Task and scheduling self-efficacy as predictors of exercise behaviour, *Psychology and Health*, 17(4): 405-16.
- Rodin, J., Bray, G.A., Atkinson, R.L., Dahms, W.T., Greenway, F.L., Hamilton, K. ve Molitch, M. (1977) Predictors of successful weight loss in an outpatient obesity clinic, *International Journal of Obesity*, 1: 79-87.
- Rogers, R.W. (1975) A protection motivation theory of fear appeals and attitude change, *Journal of Psychology*, 91: 93-114.
- Rogers, R.W. (1983) Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation, in J.R. Cacioppo and R.E. Petty (eds), *Social Psychology: A Source Book*, s. 153-76. New York: Guilford Press.
- Rogers, R.W. (1985) Attitude change and information integration in fear appeals, *Psychological Reports*, 56: 179-82.
- Romero-Corral, A.R., Montori, V.M., Somers, V.K., Korinek, J., Thomas, R.J., Allison, T.G., Mookadam, F. ve Jimenez, F.L. (2006) Association of body weight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies, *Lancet*, 368: 666-78.

- Rosenberg, M. (1965) *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton, NJ: Princeton Üniversitesi Yayınları.
- Rosenfeld, J.A. (1992) Emotional responses to therapeutic abortion, *American Family Physician*, 45: 137-40.
- Rosenman, R.H. (1978) İskemik kalp hastalığının patogeneğinde A tipi paternin rolü ve önlenmesi için modifikasyon, *Advances in Cardiology*, 25: 34-46.
- Rosenman, R.H., Brand, R.J., Jenkins, C.D. ve diğerleri (1975) Coronary heart disease in the western col- laborative heart study: final follow-up experience of 8½ years, *Journal of the American Medical Association*, 233: 872-7.
- Rosenstock, I.M. (1966) Why people use health services, *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 44: 94-124.
- Roskies, E., Seraganian, P., Oseasohn, R. ve diğerleri (1986) The Montreal type A intervention project: major findings, *Health Psychology*, 5: 45-69.
- Ross, C.E. (1994) Overweight and depression, *Journal of Health and Social Behaviour*, 35: 63-78.
- Ross, M. ve Olson, J.M. (1981) Plaseboların etkilerine ilişkin bir beklenti atf modeli, *Psycho- Logical Review*, 88: 408-37.
- Ross, S. ve Buckalew, L.W. (1983) The placebo as an agent in behavioural manipulation: a review of the problems, issues and affected measures, *Clinical Psychology Review*, 3: 457-71.
- Rossner, S., Sjostrom, L., Noak, R., Meinders, A.E. ve Nosedá, G. (2000) Obezite için Orlistat ile 2 yıllık tedavi sonrasında kilo kaybı, kilonun korunması ve kardiyovasküler risk faktörlerinde iyileşme, *Obesity Research*, 8: 49-61.
- Roter, D.L., Steward, M., Putnam, S.M. ve diğerleri (1997) Communication pattern of primary care physi- cians, *Journal of the American Medical Association*, 277: 350-6.
- Roth, H.P. (1979) Antiasit tedavisinin mantığını öğretmenin hasta uyumu üzerindeki etkilerini araştıran bir çalışmanın yürütülmesindeki sorunlar, S.J. Cohen (ed.), *New Directions in Patient Compliance* içinde, s. 111-26. Lexington, MA: Lexington Books.
- Roth, S. ve Cohen, L.J. (1986) Approach avoidance and coping with stress, *American Psychologist*, 41: 813-19.
- Rozin, P. (1976) *Sıçanlar, İnsanlar ve Diğer Hayvanlar Tarafından Yiyecek Seçimi: Davranış Çalışmalarındaki Gelişmeler*. New York: Academic Press.
- Rubin, R. ve Quine, L. (1995) Kadınların menopoza ve Hormon Replasman Tedavisi kullanımına ilişkin tutumları. İngiliz Psikoloji Derneği konferansında sunulan bildiri, Londra.
- Ruble, D.N. (1977) Premenstrual symptoms: a reinterpretation, *Science*, 197: 291-2.
- Rucker, C.E. ve Cash, T. (1992) Afro-Amerikan ve beyaz üniversiteli kadınlar arasında beden imajları, beden ölçüsü algıları ve yeme davranışları, *International Journal of Eating Disorders*, 12: 291-9.
- Ruderman, A.J. ve Wilson, G.T. (1979) Ağırlık, kısıtlama, bilişler ve karşı düzenleme, *Davranış Araştırmaları ve Terapi*, 17: 581-90.
- Russell, M.A.H., Wilson, C., Taylor, C. ve Baker, C.D. (1979) Genel pratisyenlerin sigara içmeye karşı tavsiyelerinin etkisi, *British Medical Journal*, 2: 231-5.
- Russell, W.D., Dziewaltowski, D.A. ve Ryan, G.J. (1999) Hareketsiz davranışı caydırmada bir karar noktası uyarısının etkinliği, *American Journal of Health Promotion*, 13: 257-9.
- Russo, N.F. ve Zierk, K.I. (1992) Abortion, childbearing, and women's well-being, *Professional Psychology: Araştırma ve Uygulama*, 23: 269-80.
- Rutter, D.R. ve Quine, L. (2002) *Changing Health Behaviour: Sosyal Biliş Modelleri ile Müdahale ve Araştırma*. Buckingham: Açık Üniversite Yayınları.

- Ryan, L., Ripper, M. ve Buttfeld, B. (1994) *Biz Kadınlar Karar Veririz: Queensland, Güney Avustralya ve Tazmanya'da Kürtaj Arayan Kadınların Deneyimleri 1985-1992*. Adelaide: Flinders Üniversitesi.
- Rymer, J. ve Morris, E.P. (2002) Klinik kanıtlardan alıntılar: menopoz semptomları, *British Medical Journal*, 321(15): 16-19.
- Rymer, J., Wilson, R. ve Ballard, K. (2003) Hormon replasman tedavisi hakkında karar verme, *British Medical Journal*, 326(7384): 322-6.
- Sackett, D.L. ve Holland, W.W. (1975) Controversy in the detection of disease, *Lancet*, ii: 357-9.
- Sairam, S., Khare, M., Michailidis, G. ve Thilaganathan, B. (2001) The role of ultrasound in the expectant management of early pregnancy loss, *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 17: 506-9.
- Sala, F., Krupat, E. ve Rother, D. (2002) Satisfaction and the use of humour by physicians and patients, *Psychology and Health*, 17: 269-80.
- Sallis, J.F., Haskell, W.L., Fortmann, S.P. ve diğerleri (1986) Predictors of adoption and maintenance of physical activity in a community sample, *Preventive Medicine*, 15: 331-41.
- Salonen, J.T., Puska, P. ve Tuomilehto, J. (1982) Physical activity and risk of myocardial infarction, cerebral stroke and death: a longitudinal study in eastern Finland, *American Journal of Epidemiol-ogy*, 115: 526-37.
- Sanders, C., Egger, M., Donovan, J., Tallon, D. ve Frankel, S. (1998) Reporting on quality of life in randomised controlled trials: bibliographic study, *British Medical Journal*, 317: 1191-4.
- Santi, S., Best, J.A., Brown, K.S. ve Cargo, M. (1991) Sosyal çevre ve sigaraya başlama, *Uluslararası Bağışlıklar Dergisi*, 25: 881-903.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. ve diğerleri (1983) Assessing social support: the social support questionnaire, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44: 127-39.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Shearin, E.N. ve Pierce, G.R. (1987) A brief measure of social support: practical and theoretical implications, *Journal of Social and Personal Relationships*, 4: 497-510.
- Savage, R. ve Armstrong, D. (1990) Bir pratisyen hekimin danışmanlık tarzının hastaların memnuniyeti üzerindeki etkisi: kontrollü bir çalışma, *British Medical Journal*, 301: 968-70.
- Scalley, G. ve Hadley, A. (1995) Gençler için cinsel sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği: bir bölgedeki kliniklerin incelenmesi, *Journal of Management in Medicine*, 9(4): 51-2.
- Scambler, A., Scambler, G. ve Craig, D. (1981) Kinship and friendship networks and women's demands for primary care, *Journal of the Royal College of General Practice*, 26: 746-50.
- Schachter, S. (1968) Obesity and eating, *Science*, 161: 751-6.
- Schachter, S. ve Gross, L. (1968) Manipüle edilmiş zaman ve yeme davranışı, *Journal of Personality and Social Psychology*, 10: 98-106.
- Schachter, S. ve Rodin, J. (1974) *Obez İnsanlar ve Sıçanlar*. Potomac, MD: Erlbaum.
- Schaefer, C., Quesenberry, C.P. Jr ve Wi, S. (1995) Eş yasını takiben ölüm oranı ve paylaşılan çevrenin etkileri, *American Journal of Epidemiology*, 141: 1142-52.
- Scheiderich, S.D., Freidbaum, D.M. ve Peterson, L.M. (1983) Registered nurses' knowledge about diabetes mellitus, *Diabetes Care*, 6: 57-61.
- Schifter, D.A. ve Ajzen, I. (1985) Intention, perceived control, and weight loss: an application of the theory of planned behavior, *Journal of Personality and Social Psychology*, 49: 843-51.
- Schmidt, L.R. ve Frohling, H. (2000) Lay concepts of health and illness from a developmental perspective, *Psychology and Health*, 15: 229-38.
- Schnall, P.L., Schwartz, J.E., Landsbergis, P.A., Warren, K. ve Pickering, T.G. (1998) A longitudinal study of job strain and ambulatory blood pressure: results from a three-year follow-up, *Psychosomatic Medicine*, 60: 697-706.
- Schuckit, M.A. (1985) Genetics and the risk for alcoholism, *Journal of the American Medical Association*, 254: 2614-17.

- Schwarcz, S., Kellogg, T., McFarland, W., Louie, B., Kohn, R., Busch, M., Katz, M., Bolan, G., Klausner, J. and Weinstock, H. (2001) Differences in the temporal trends of HIV seroincidence and seroprevalence among sexually transmitted disease clinic patients, 1989-1998: application of the serologic testing algorithm for recent HIV seroconversion, *American Journal of Epidemiology*, 153(10): 925-34.
- Schwartz, G.E. ve Weiss, S.M. (1977) *Yale Davranışsal Tıp Konferansı*. Washington, DC: Sağlık, Eğitim ve Refah Bakanlığı; Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü.
- Schwartz, J.L. (1987) *Sigara Bırakma Yöntemlerinin Gözden Geçirilmesi ve Değerlendirilmesi: Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada, 1978-1985*, NIH Pub. No. 87-2940. Washington, DC: Ulusal Kanseri Enstitüsü.
- Schwarzer, R. (ed.) (1992) *Öz Yeterlilik: Eylemin Düşünce Kontrolü*. Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. ve Hahn, A. (1994) Unemployment, social support and health complaints: a longitudinal study of stress in East German refugees, *Journal of Community and Applied Sosyal Psikoloji*, 4: 31-45.
- Segal, L. (1994) *Heteroseksüel Seks: Haz Politikaları*. Londra: Virago.
- Seguin, L., Therrien, R., Champagne, F. ve Larouche, D. (1989) The components of women's satisfaction with maternity care, *Birth*, 16: 109-13.
- Seligman, M.E.P. ve Csikszentmihalyi, M. (2000) Positive psychology: an introduction, *American Psychology*, 55: 5-14.
- Seligman, M.E.P. ve Visintainer, M.A. (1985) Turnout rejection and early experience of uncontrollable shock in the rat, in F.R. Brush and J.B. Overmier (eds), *Affect Conditioning and Cognition: Davranışın Belirleyicileri Üzerine Denemeler*. Hillstate, NJ: Erlbaum.
- Seligman, M.E.P., Peterson, C. ve Vaillant, G.E. (1988) Kötümser açıklama tarzı hastalık için bir risk faktörüdür: 35 yıllık boylamsal bir çalışma, *Journal of Personality and Social Psychology*, 55: 23-7.
- Selvini, M. (1988) Self-starvation: the last synthesis on anorexia nervosa, M. Selvini ve M. Selvini Palazzoli (eds), *The Work of Mara Selvini Palazzoli* içinde, s. 147-50. New Jersey: Jason Aronson.
- Selye, H. (1956) *The Stress of Life (Yaşam Stresi)*. New York: McGraw-Hill.
- Senior, V. ve Marteau, T.M. (2006) Yüksek kolesterol için nedensel atıflar ve etkili risk azaltma algıları: koroner kalp hastalığı riskinin artması için öz-düzenleme stratejileri, *Psychology & Health* (baskıda).
- Senior, V., Marteau, T.M. ve Weinman, J. (2000) Genetik testlerin kalp hastalığı ve artritin nedensel modelleri üzerindeki etkisi: analog bir çalışma, *Psychology and Health*, 14: 1077-88.
- Seydel, E., Taal, E. ve Wiegman, O. (1990) Risk değerlendirmesi, sonuç ve öz yeterlilik beklentileri: kanserle ilgili önleyici davranışlarda bilişsel faktörler, *Psychology and Health*, 4: 99-109.
- Shaffer, J.W., Graves, P.L., Swank, R.T. ve Pearson, T.A. (1987) Gençlikte kişilik özelliklerinin kümelenmesi ve ardından hekimler arasında kanser gelişimi, *Journal of Behavioural Medicine*, 10: 441-7.
- Shafi, M.I. (1994) Management of women with mild dyskaryosis: cytological surveillance avoids overtreatment, *British Medical Journal*, 309: 590-2.
- Shapiro, S. (1977) Meme kanseri taramasına ilişkin randomize bir çalışmadan elde edilen kanıtlar, *Cancer*, 39: 2772-82.
- Shapiro, S., Strax, P., Venet, L. ve Venet, W. (1972) Bir meme kanseri tarama programında 5 yıllık meme kanseri mortalitesindeki değişiklikler, *Yedinci Ulusal Kanseri Konferansı Bildirileri* içinde. New York: Amerikan Kanseri Derneği.
- Shapiro, S., Venet, W., Strax, P. ve diğerleri (1982) Meme kanseri taramasının ölüm oranı üzerindeki on ila on dört yıllık etkileri, *Journal of the National Cancer Institute*, 62: 340-54.
- Shaw, C., Abrams, K. ve Marteau, T.M. (1999) Bireylerin hastalık riskini tahmin etmenin psikolojik etkisi: sistematik bir inceleme, *Social Science and Medicine*, 49: 1571-98.

Shea, S., Basch, C.E., Lantigua, R. ve Wechsler, H. (1992) Washington Heights-Inwood

- Healthy Heart Program: a third generation community-based cardiovascular disease prevention program in a disadvantaged urban setting, *Preventive Medicine*, 21: 201-17.
- Sheeran, P., Abraham, C. ve Orbell, S. (1999) Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis, *Psychological Bulletin*, 125: 90-132.
- Sheeran, P. ve Orbell, S. (1998) Implementation intentions and repeated behaviour: augmenting the predictive validity of the theory of planned behaviour, *European Journal of Social Psychology*, 28: 1-21.
- Sheeran, P. ve Orbell, S. (2000) Using implementation intentions to increase attendance for cervical cancer screening, *Health Psychology*, 19: 283-9.
- Sheeran, P. ve Taylor, S. (1999) Predicting intentions to use condoms: a meta-analysis and comparison of theories of reasoned action and planned behaviour, *Journal of Applied Social Psychology*, 29: 1624-75.
- Sheeran, P., White, D. ve Phillips, K. (1991) Premarital contraceptive use: a review of the psychological literature, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 9: 253-69.
- Sheilds, J.S. (1962) *Monozigotik İkizler: Ayrı Yetiştirilmiş ve Birlikte Yetiştirilmiş*. Londra: Oxford Üniversitesi Yayınları.
- Shepherd, R. (1988) Belief structure in relation to low-fat milk consumption, *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 1: 421-8.
- Shepherd, R. (ed.) (1989) *Handbook of the Psychophysiology of Human Eating*. Chichester: Wiley.
- Shepherd, R. ve Farleigh, C.A. (1986) Attitudes and personality related to salt intake, *Appetite*, 7: 343-54.
- Shepherd, R. ve Stockley, L. (1985) Fat consumption and attitudes towards food with a high fat content, *Human Nutrition: Uygulamalı Beslenme*, 39A: 431-42.
- Shepherd, R. ve Stockley, L. (1987) Nutrition knowledge, attitudes, and fat consumption, *Journal of the American Dietetic Association*, 87: 615-19.
- Sheppard, B.H., Hartwick, J. ve Warshaw, P.R. (1988) The theory of reasoned action: a meta analysis of past research with recommendations for modifications and future research, *Journal of Consumer Research*, 15: 325-43.
- Shepperd, S., Harwood, D., Jenkinson, C. ve diğerleri (1998) Evde hastane bakımı ile hastanede yatan hasta bakımını karşılaştıran randomize kontrollü çalışma. I: Sağlık sonuçlarının üç aylık takibi, *British Medical Journal*, 316: 1786-91.
- Shereshefsky, P.M. ve Yarrow, L.J. (eds) (1973) *Psychological Aspects of a First Pregnancy and Early Postnatal Adaptation*. New York: Raven Press.
- Sherman, D.A.K., Nelson, L.D. ve Steele, C.M. (2000) Sağlık riskleriyle ilgili mesajlar benliği tehdit ediyor mu? Kendini onaylama yoluyla tehdit edici sağlık mesajlarının kabulünü artırmak, *Kişilik ve Sosyal Psikoloji Bülteni*, 26: 1046-58.
- Sherman, S.J., Barton, J., Chassin, L. ve Pressin, C.C. (1982) Social image factors as motivators of smoking initiation in early and middle adolescence, *Child Development*, 53: 1499-511.
- Sherr, L. (1987) An evaluation of the UK government health education campaign on AIDS, *Psychology and Health*, 1: 61-72.
- Shiloh, S., Vinter, M. ve Barak, A. (1997) Correlates of health screening utilisation: the roles of health beliefs and self-regulation motivation, *Psychology and Health*, 12: 301-17.
- Shontz, F.C. (1975) *The Psychological Aspects of Physical Illness and Disability*. New York: Macmillan.
- Shy, K.K., Luthy, D.A., Whitfield, M. ve diğerleri (1990) Periyodik oskültasyon ile karşılaştırıldığında elektronik fetal kalp atış hızı izlemenin prematüre bebeklerin nörolojik gelişimi üzerindeki etkileri, *New İngiltere Tıp Dergisi*, 322: 588-93.
- Sibinga, M.S. ve Friedman, C.J. (1971) Complexities of parental understanding of phenylketonuria, *Paediatrics*, 48: 216-24.

- Siegel, K., Raveis, V.H. and Krauss, J. et al. (1992) Factors associated with gay men's treatment initiation decisions for HIV-infection, *AIDS Education and Prevention*, 4(2): 135-42.
- Sieglman, A.W. ve Snow, S.C. (1997) The outward expression of anger, the inward experience of anger and CVR: the role of vocal expression, *Journal of Behavioural Medicine*, 20: 29-46.
- Sieglman, A.W., Townsend, S.T., Civelek, A.C. ve Blumenthal, R.S. (2000) Antagonistik davranış, baskınlık, düşmanlık ve koroner kalp hastalığı, *Psychosomatic Medicine*, 62: 248-57.
- Simkins, L. ve Ebenhage, M. (1984) AIDS, herpes II ve toksik şok sendromuna yönelik tutumlar, *Psychological Reports*, 55: 779-86.
- Simms, A. (1985) Legal abortion in Great Britain, H. Homans (ed.), *The Sexual Politics of Reproduction* içinde. Aldershot: Gower.
- Simon, G.E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D.L., Crane, P.K., van Belle, G. ve Kessler, R.C. (2006) ABD yetişkin popülasyonunda obezite ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki, *Archives of General Psychiatry*, 63: 824-30.
- Simon, N. (1977) Radyasyonun neden olduğu meme kanseri, *Journal of the American Medical Association*, 237: 789-90.
- Simonton, O.C. ve Simonton, S.S. (1975) Belief systems and the management of emotional aspects of malignancy, *Journal of Transpersonal Psychology*, 7: 29-47.
- Simpson, W.M., Johnston, M. ve McEwan, S.R. (1997) Kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin taranması: psikolojik bir perspektif, *Scottish Medical Journal*, 42: 178-81.
- Sjostrom, L. (1980) Fat cells and body weight, in A.J. Stunkard (ed.), *Obesity*, pp. 72-100. Philadelphia, PA: Saunders.
- Sjostrom, L., Rissanen, A., Andersen, T. ve diğerleri (1998) Obez hastalarda kilo kaybı ve yeniden kilo alımının önlenmesi için orlistatin randomize plasebo kontrollü çalışması, *Lancet*, 352: 167-72.
- Skelton, J.A. ve Pennebaker, J.W. (1982) The psychology of physical symptoms and sensations, in G.S. Sanders ve J. Suls (eds), *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Skevington, S. (1998) Ağrı ve rahatsızlık ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması, WHOQoL kullanarak, *Pain*, 76: 395-406.
- Skevington, S. (1999) Measuring quality of life in Britain: introducing the WHOQoL-100, *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5): 449-59.
- Skevington, S. ve O'Connell, K. (2003) Measuring quality of life in HIV and AIDS: a review of the recent literature, *Psychology and Health*, 18(3): 331-50.
- Skevington, S., Carse, M.S. ve Williams, A.C. de C. (2001) WHOQoL-100'ün validasyonu: ağrı yönetimi kronik ağrı hastalarında yaşam kalitesini artırır, *The Clinical Journal of Pain*, 17: 264-75.
- Skevington, S., O'Connell, K.A. ve WHOQoL grubu (2004a) En düşük yaşam kalitesini belirleyebilir miyiz? WHOQoL-100 kullanarak yaşam kalitesinin öneminin değerlendirilmesi, *Yaşam Kalitesi Araştırması*, 13: 23-34.
- Skevington, S., Sortarius, N., Amir, M. ve WHOQoL grubu (2004b) Farklı kültürel ortamlarda yaşam kalitesini değerlendirmek için yöntemler geliştirmek, *Sosyal Psikiyatri ve Psikiyatrik Epidemiyoloji*, 39: 1-8.
- Sklar, S.L. ve Anisman, H. (1981) Stres ve kanser, *Psychological Bulletin*, 89(3): 369-406.
- Skrabanek, P. (1988) The physician's responsibility to the patient, *Lancet*, 1: 1155-7.
- Slade, P., Heke, S., Fletcher, J. ve Stewart, P. (1998) A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(12): 1288-95.
- Slade, P. ve Russell, G.F.M. (1973) Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: cross-sectional and longitudinal studies, *Psychological Medicine*, 3: 188-99.

- Slade, P., Heke, S., Fletcher, J. ve Stewart, P. (2001) Termination of pregnancy: patients' perceptions of care, *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 27: 72-7.
- Smart, L. ve Wegner, D.M. (1999) Covering cover up what can't be seen: concealable stigma and mental control, *Journal of Personality and Social Psychology*, 77: 474-86.
- Smedslund, G. (2000) A pragmatic basis for judging models and theories in health psychology: the axiomatic method, *Journal of Health Psychology*, 5: 133-49.
- Smith, A. ve Chamberlain, J. (1987) Managing cervical screening, in *Institute of Health Service Management: Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Teknolojisi*. Londra: Kluwer Academic.
- Smith, A. ve Jacobson, B. (1989) *The Nation's Health*. Londra: The King's Fund.
- Smith, G.S. ve Kraus, J.F. (1988) Alcohol and residential, recreational, and occupational injuries: a review of the epidemiologic evidence, in L. Breslow, J.E. Fielding and L.B. Lave (eds), *Annual Review of Public Health*, Vol. 9. Palo Alto, CA: Yıllık İncelemeler.
- Smith, J.A. (1994a) Gebelik ve anneliğe geçiş, P. Nicolson ve J. Ussher (eds) içinde, *Kadın Sağlığı ve Sağlık Hizmetlerinin Psikolojisi*, s. 175-99. Londra: Macmillan.
- Smith, J.A. (1994b) Reconstructive selves: an analysis of discrepancies between women's contemporaneous and retrospective accounts of the transition to motherhood, *British Journal of Psychology*, 85: 371-92.
- Smith, J.A. (1999) Towards a relational self: social engagement during pregnancy and psychological preparation for motherhood, *British Journal of Social Psychology*, 38: 409-26.
- Smith, J.A. (2007) Pain as an assault on the self: an interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain, *Psychology and Health* (baskıda).
- Smith, J.A. ve Osborn, M. (2003) Yorumlayıcı fenomenolojik analiz, J.A. Smith (ed.) içinde, *Niteliksel Psikoloji*, s. 51-80. Londra: Sage.
- Smith, J.A., Michie, S., Stephenson, M. ve Quarrell, O. (2002) Huntington hastalığı için genetik test adaylarında risk algısı ve karar verme süreçleri: yorumlayıcı fenomenolojik bir analiz, *Journal of Health Psychology*, 7(3): 131-44.
- Smith, L.M., Mullis, R.L. ve Hill, W.E. (1995) Identity strivings within the mother-daughter relationship, *Psychological Reports*, 76: 495-503.
- Smith, R.A., Williams, D.K., Silbert, J.R. ve Harper, P.S. (1990) Attitudes of mothers to neonatal screening for Duchenne muscular dystrophy, *British Medical Journal*, 300: 1112.
- Smyth, J.M. (1998) Written emotional expression: effect sizes, outcome types and moderating variables, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 174-84.
- Sobel, M.B. ve Sobel, L.C. (1976) Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behaviour therapy: results, *Behaviour Research and Therapy*, 14: 195-215.
- Sobel, M.B. ve Sobel, L.C. (1978) *Behavioral Treatment of Alcohol Problems*. New York: Plenum.
- Sodegren, S.C. ve Hyland, M.E. (2000) Hastalığın olumlu sonuçları nelerdir? *Psikoloji ve Sağlık*, 15: 85-97.
- Söderberg, H., Janzon, L. ve Sjöberg, N.O. (1998) İndüklenmiş kürtaj sonrası duygusal sıkıntı: Malmö, İsveç'teki kürtaj mağdurları arasında görülme sıklığı ve belirleyicileri üzerine bir çalışma, *European Journal of Obstetrics and Gynecology, and Reproductive Biology*, 79: 173-8.
- Sodergren, S.C., Hyland, M.E., Singh, S.J. ve Sewell, L. (2002) The effect of rehabilitation on positive interpretations of illness, *Psychology and Health*, 17(6): 753-60.
- Sodroski, J.G., Rosen, C.A. ve Haseltine, W.A. (1984) Enfekte hücrelerde insan T lenfosit virüslerinin uzun termi- nal tekrarının transkripsiyonu, *Science*, 225: 381-5.
- Soetens, B., Braet, C., Dejonckheere, P. ve Roets, A. (2006) When suppression backfires: the ironic effects of suppressing eating-related thoughts, *Journal of Health Psychology*, 11(5): 655-68.
- Solano, L., Costa, M., Temoshok, L. ve diğerleri (2002) Duygusal olarak ifade edilemeyen (Tip C) başa çıkma tarzı

- altı ve on iki aylık takiplerde HIV hastalığının ilerlemesini etkilemektedir, *Psychology and Health*, 17(5): 641-55.
- Solano, L., Montella, F., Salvati, S. ve diğerleri (2001) Duyguların ifadesi ve işlenmesi: 42 HIV-pozitif asemptomatik bireyde CD4+ düzeyleri ile ilişki, *Psychology and Health*, 16: 689-98.
- Solomon, G.F. ve Temoshok, L. (1987) AIDS araştırmalarına psikonöroimmünolojik bir bakış: sorular, ön bulgular ve öneriler, *Journal of Applied Social Psychology*, 17: 286-308.
- Solomon, G.F., Temoshok, L., O'Leary, A. ve Zich, J.A. (1987) Uzun süredir hayatta olan AIDS'li kişiler üzerinde yoğun bir psikoimmünolojik çalışma: pilot çalışma arka plan çalışmaları, hipotezler ve yöntemler, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 46: 647-55.
- Sonstroem, R. (1988) Psychological models, in R.K. Dishman (ed.), *Exercise Adherence: Halk Sağlığı Üzerindeki Etkisi*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Sontag, S. (1988) *Metafor Olarak Hastalık*. Harmondsworth: Penguin.
- Soutter, W.P. ve Fletcher, A. (1994) Sitolojik olarak takip edilen hafif diskaryozlu kadınlarda invazif kanser, *British Medical Journal*, 308: 1421-3.
- Sparks, P. (1994) Gıda seçimi ve sağlık: planlı davranış teorisinin uygulanması, değerlendirilmesi ve genişletilmesi, D.R. Rutter ve L. Quine (eds), *Social Psychology and Health: Avrupa Perspektifleri*, s. 25-46. Aldershot: Avebury.
- Sparks, P. ve Shepherd, R. (1992) Self-identify and the theory of planned behavior: assessing the role of identification with green consumerism, *Social Psychology Quarterly*, 55: 1388-99.
- Sparks, P., Conner, M., James, R., Shepherd, R. ve Povey, R. (2001) Ambivalence about health-related behaviours: an exploration in the domain of food choice, *British Journal of Health Psychology*, 6: 53-68.
- Sparks, P., Hedderley, D. ve Shepherd, R. (1992) An investigation into the relationship between perceived control, attitude variability and the consumption of two common foods, *European Journal of Social Psychology*, 22: 55-71.
- Speisman, J.C., Lazarus, R.S., Mordko, A. ve Davison, L. (1964) Experimental reduction of stress based on ego defense theory, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68: 367-80.
- Spencer, J.A. ve Fremouw, M.J. (1979) Binge eating as a function of restraint and weight classification, *Journal of Abnormal Psychology*, 88: 262-7.
- Spera, S.P., Buhrfeind, E.D. ve Pennebaker, J.W. (1994) Expressive writing and coping with job loss, *Academy of Management Journal*, 37: 722-33.
- Spitzer, L. ve Rodin, J. (1981) Human eating behaviour: a critical review of studies in normal weight and overweight individuals, *Appetite*, 2: 293-329.
- Stacey, M. (1988) *The Sociology of Health and Healing*. Londra: Routledge.
- Stanton, A.L. (1987) Hipertansif hastaların tıbbi rejimlere bağlılığının belirleyicileri, *Davranışsal Tıp Dergisi*, 10: 377-94.
- Steele, C.M. (1988) The psychology of self-affirmation: sustaining the integrity of the self, L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 21 içinde, s. 261-302. New York: Academic Press.
- Steer, C., Campbell, S., Davies, M., Mason, B. ve Collins, W.P. (1989) Doğal ve yardımcı gebelik sonrası spontane düşük oranları, *British Medical Journal*, 299: 1317-18.
- Stegen, K., Van Diest, I., Van De Woestijne, K.P. ve Van Den Berch, O. (2000) %5,5 CO₂ ile zenginleştirilmiş hava solumanın neden olduğu olumsuz duygulanım ve bedensel hisler: olumsuz duygulanıma sahip kişilerde bedensel hisleri olumsuz yorumlama yanlılığı var mı? *Psikoloji ve Sağlık*, 15: 513-25.
- Steiger, H., Stotland, S., Ghadirian, A.M. ve Whitehead, V. (1994) Yeme bozukluğu olan probandların akrabalarında yeme kaygıları ve psikopatolojik özellikler üzerine kontrollü çalışma: ailesel özellikler var mı? *Uluslararası Yeme Bozuklukları Dergisi*, 18: 107-18.

- Steinberg, H. ve Sykes, E.A. (1985) Endorfinler ve davranışsal süreçler üzerine sempozyuma giriş: endorfinler ve egzersiz üzerine literatürün gözden geçirilmesi, *Farmakoloji, Biyokimya ve Davranış*, 23: 857-62.
- Steinberg, J. (2001) HIV ile enfekte olmuş ve yetersiz tedavi gören birçok hasta güçlü antiretroviral tedaviyi reddetmektedir, *AIDS Hasta Bakımı*, 15: 185-91.
- Steptoe, A., Kearsley, N. ve Walters, N. (1993) Acute mood responses to maximal and submaximal exercise in active and inactive men, *Psychology and Health*, 8: 89-99.
- Steptoe, A., Lundwall, K. ve Cropley, M. (2000) Gender, family structure and cardiovascular activity during the working day and evening, *Social Science and Medicine*, 50: 531-9.
- Stern, J.S. (1984) Is obesity a disease of inactivity? in A.J. Stunkard and E. Stellar (eds), *Eating and Its Disorders*. New York: Raven Press.
- Sternbach, R.A. (ed.) (1978) *The Psychology of Pain*. New York: Raven Press.
- Stewart, A.L. ve Ware, J.E. (eds) (1992) *Measuring Functioning and Well Being: Tıbbi Dışarıdan Çalışma Yaklaşımı*. Durham, NC: Duke Üniversitesi Yayınları.
- Stewart, W.F., Lipton, R.B. ve Liberman, J. (1996) Variation in migraine prevalence by race, *Neurology*, 47: 52-9.
- Stiles, W.B. (1978) Verbal response models and dimensions of interpersonal roles: a method of discourse analysis, *Journal of Personality and Social Psychology*, 36: 693-703.
- Stoate, H. (1989) Sağlık taraması sağlığınıza zarar verebilir mi? *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 39: 193-5.
- Stokes, J. ve Rigotti, N. (1988) The health consequences of cigarette smoking and the internist's role in smoking cessation, *Annals of Internal Medicine*, 33: 431-60.
- Stone, A.A. ve Brownell, K.D. (1994) The stress-eating paradox: multiple daily measurements in adult males and females, *Psychology and Health*, 9: 425-36.
- Stone, A.A. ve Neale, J.M. (1984) New measure of daily coping: development and preliminary results, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46: 892-906.
- Stone, A.A., Cox, D.S., Valdimarsdottir, H., Jandorf, L. ve Neale, J.M. (1987) Evidence that secretory IgA antibody is associated with daily mood, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 988-93.
- Stone, N. ve Ingham, R. (2000) *Gençlerin Seks Danışmanlığı Hizmetleri: Gecikmeler, Tetikleyiciler ve Kontraseptif Kullanım*. Londra: Brook Yayınları.
- Stone, N. ve Ingham, R. (2002) Factors affecting British teenagers' contraceptive use at first intercourse: the importance of partner communication, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34(4): 191-7.
- Stone, N. ve Ingham, R. (2003) Birleşik Krallık'taki gençler cinsel sağlık hizmetlerini ilk kez ne zaman ve neden kullanıyor? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(3): 114-20.
- Stone, N., Hatherall, B., Ingham, R. ve McEachran, J. (2006) Birleşik Krallık'taki gençler arasında oral seks ve kondom kullanımı, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(1): 6-12.
- Stoney, C.M. ve Finney, M.L. (2000) Social support and stress: influences on lipid reactivity, *Uluslararası Davranışsal Tıp Dergisi*, 7: 111-26.
- Stoney, C.M., Davis, M.C. ve Mathews, K.A. (1987) Stres ve koroner kalp hastalığına verilen fizyolojik tepkilerde cinsiyet farklılıkları: nedensel bir bağlantı mı? *Psychophysiology*, 24: 127-31.
- Stoney, C.M., Mathews, K.A., McDonald, R.H. ve Johnson, C.A. (1990) Sex differences in acute stress response: lipid, lipoprotein, cardiovascular and neuroendocrine adjustments, *Psychophysiology*, 12: 52-61.
- Story, M., French, S., Resnick, M. ve Blum, R. (1995) Ethnic/racial and socioeconomic differences in dieting behaviours and body image perceptions in adolescents, *International Journal of Eating Disorders*, 18: 173-9.

- Strax, P. (1978) Meme kanserinin erken teşhisi için tarama programlarının değerlendirilmesi, *Surgical Clinics of North America*, 58: 667-79.
- Striegel-Moore, R.H., Shrieber, B., Pike, M., Wiley, E. ve Rodin, J. (1995) Siyah ve beyaz ergenlik öncesi kızlarda zayıflık dürtüsü, *International Journal of Eating Disorders*, 18: 59.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L. ve Rodin, J. (1986) Towards an understanding of risk factors for bulimia, *American Psychologist*, 41: 246-63.
- Stroop, J.R. (1935) Studies of interference in serial verbal reactions, *Journal of Experimental Psychology*, 18: 643-62.
- Stuart, R.B. (1967) Behavioural control of overeating, *Behaviour Research and Therapy*, 5: 357-65.
- Stuart, R.B. ve Davis, B. (1972) *Slim Chance in a Fat World: Obezitenin Davranışsal Kontrolü*. Champaign, IL: Research Press.
- Stuart, R.B. ve Guire, K. (1978) Some correlates of the maintenance of weight lost through behaviour modification, *International Journal of Obesity*, 2: 225-35.
- Stunkard, A.J. (1958) The management of obesity, *New York State Journal of Medicine*, 58: 79-87.
- Stunkard, A.J. (1984) Yetişkinlerde obezite tedavisinin mevcut durumu, in A.J. Stunkard and E. Stellar (eds) *Yeme ve Bozuklukları*. New York: Raven Press.
- Stunkard, A.J., Harris, J.R., Pedersen, N.L. ve McClearn, G.E. (1990) A separated twin study of body mass index, *New England Journal of Medicine*, 322: 1483-7.
- Stunkard, A.J., Harris, J.R. ve Schulsinger, F. (1983) Obezite ve zayıflık çalışmaları için Danimarka evlat edinme kayıtlarının kullanımı, S. Kety ve diğerleri (eds), *The Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders* içinde, s. 115-20. New York: Raven Press.
- Stunkard, A.J., Sorenson, T.I.A., Hanis, C. ve diğerleri (1986) An adoption study of human obesity, *New England Journal of Medicine*, 314: 193-8.
- Stunkard, A.J., Stinnett, J.L. ve Smoller, J.W. (1986) Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity, *American Journal of Psychiatry*, 143: 417-29.
- Suarez, E.C., Williams, R.B., Kuhn, C.M. ve diğerleri (1991) Orta yaşlı erkeklerde koroner eğilimli davranışların biyo-davranışsal temeli. Bölüm II: Serum kolesterolü, A tipi davranış biçimi ve fizyolojik reaktivitenin etkileşimli modulatorleri olarak düşmanlık, *Psychosomatic Medicine*, 53: 528-37.
- Sullivan, M.J.L., Thorn, B., Haythornthwaite, J.A. ve diğerleri (2001) Theoretical perspectives on the relation between catastrophising and pain, *Clinical Journal of Pain*, 17: 53-61.
- Sumner, A., Waller, G., Killick, S. ve Elstein, M. (1993) Body image distortion in pregnancy: a pilot study of the effects of media images, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11: 203-8.
- Sussman, S., Dent, C., Stacy, A.W. ve diğerleri (1990) Akran grubu ilişkisi ve ergen tütün kullanımı, *Journal of Abnormal Psychology*, 99: 349-52.
- Sutton, S. (1998a) Niyetleri ve davranışları tahmin etmek ve açıklamak: ne kadar iyiyiz? *Uygulamalı Sosyal Psikoloji Dergisi*, 28: 1317-38.
- Sutton, S. (1998b) Büyük Britanya'daki sıradan insanlar sigaranın sağlık risklerini nasıl algılıyor? *Epidemiyolojik Toplum Sağlığı Dergisi*, 52: 338-9.
- Sutton, S. (1999) The psychological costs of screening, in J.S. Tobias and I.C. Henderson (eds), *New Horizons in Breast Cancer: Güncel Tartışmalar, Gelecekteki Yönelimler*. Londra: Chapman & Hall.
- Sutton, S. (2000) Interpreting cross-sectional data on stages of change, *Psychology and Health*, 15: 163-71.
- Sutton, S. (2002a) Testing attitude-behaviour theories using non-experimental data: an examination of some hidden assumptions, *European Review of Social Psychology*, 13: 293-323.
- Sutton, S. (2002b) Using social cognition models to develop health behaviour interventions: problems and assumptions, in D. Rutter and L. Quine (eds), *Changing Health Behaviour*:

- R *Intervention and Research with Social Cognition Models*, pp. 193-208. Buckingham: Open University Press.
- Sutton, S., McVey, D. ve Glanz, A. (1999) Gerekçeli eylem teorisinin karşılaştırmalı bir testi ve

- İngiliz gençlerinden oluşan ulusal bir örneklemede prezervatif kullanım niyetlerinin tahmininde planlı davranış teorisi, *Sağlık Psikolojisi*, 18: 72-81.
- Sutton, S., Saidi, G., Bickler, G. ve Hunter, J. (1995) Does routine screening for breast cancer raise anxiety? İngiltere'de üç dalgalı prospektif bir çalışmanın sonuçları, *Epidemiyoloji ve Toplum Sağlığı Dergisi*, 49: 413-18.
- Sutton, S., Wardle, J., Taylor, T. ve diğerleri (2000) Predictors of attendance in United Kingdom flexible sigmoidoscopy screening trial, *Journal of Medical Screening*, 7: 99-104.
- Sutton, S.R. (1982) Fear-arousing communications: a critical examination of theory and research, J.R. Eiser (ed.), *Social Psychology and Behavioural Medicine* içinde, s. 303-7. Chichester: John Wiley.
- Sutton, S.R. ve Hallett, R. (1989) Understanding the effect of fear-arousing communications: the role of cognitive factors and amount of fear aroused, *Journal of Behavioral Medicine*, 11: 353-60.
- Swan, A.V., Murray, M. ve Jarrett, L. (1991) *Ergenlik Öncesinden Genç Yetişkinliğe Sigara İçme Davranışı*. Aldershot: Avebury.
- Swindle, R.E. Jr ve Moos, R.H. (1992) Life domains in stressors, coping and adjustment, in W.B. Walsh, R. Price and K.B. Crack (eds), *Person Environment Psychology: Modeller ve Perspektifler*, s. 1-33. Mahawah, NJ: Erlbaum.
- Szasz, T. (1961) *The Myth of Mental Illness*. New York: Harper & Row.
- Taylor, M. ve Ogden, J. (2005) Doctors' use of euphemisms and their impact on patients' beliefs about their illness, *Patient Education and Counselling*, 57: 321-6.
- Taylor, S., Kemeny, M., Reed, G. ve Bower, J. (1998) Psychosocial influence on course of disease: predictors of HIV progression, *Health Psychology Update*, 34: 7-12.
- Taylor, S.E. (1983) Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation, *American Psychologist*, 38: 1161-73.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R. ve Wood, J.V. (1984) Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46: 489-502.
- Temoshok, L. ve Fox, B.H. (1984) Kutanöz malign melanomlu hastalarda tıbbi durum ve prognozla ilişkili başa çıkma tarzları ve diğer psikososyal faktörler, B.H. Fox ve B.H. Newberry (eds), *Impact of Psychoendocrine Systems in Cancer and Immunity* içinde, s. 258-87. Toronto: C.J. Hogrefe.
- Temoshok, L., Sweet, D.M. ve Zich, J.A. (1987) Halkın AIDS hakkındaki bilgi ve tutumlarının üç şehirde karşılaştırılması, *Psychology and Health*, 1: 43-60.
- Tennen, H. ve Affleck, G. (1999) Finding benefits in adversity, in C.R. Snyder (ed.), *Coping: The Psychology of What Works* içinde, s. 279-304. New York: Oxford Üniversitesi Yayınları.
- Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S. ve Carney, M.A. (2000) A daily process approach to coping: linking theory, research and practice, *American Psychologist*, 55: 626-36.
- Terry, D.J. (1994) Determinants of coping: the role of stable and situational factors, *Journal of Personality and Social Psychology*, 66: 895-910.
- Terry, D.J., McHugh, T.A. ve Noller, P. (1991) Role dissatisfaction and the decline in marital quality across the transition to parenthood, *Australian Journal of Psychology*, 43: 129-32.
- Tew, M. (1990) *Safer Childbirth? Annelik Bakımının Eleştirel Tarihi*. Londra: Chapman & Hall.
- Thapar, A.K. ve Thapar, A. (1992) Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and hospital anxiety and depression scale, *British Journal of General Practice*, 42: 94-6.
- Theadom, A. ve Cropley, M. (2006) Yetişkin sigara içicilerinde ameliyat öncesi sigarayı bırakmanın intraoperatif ve postoperatif komplikasyonların insidansı ve riski üzerindeki etkileri: sistematik bir inceleme, *Tobacco Control*, 15: 352-8.

- Thompson, J.P., Palmer, R.L. ve Petersen, S.A. (1988) Karşı düzenlemenin metabolik bir bileşeni var mı? *Uluslararası Yeme Bozuklukları Dergisi*, 7: 307-19.
- Thompson, M., Zanna, M. ve Griffin, D. (1995) Let's not be indifferent about (attitudinal) ambivalence, in R.E. Perry and J.A. Krosnick (eds), *Attitude Strength: Antecedents and Consequences*, s. 361-86. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Thompson, S.C. (1986) Kontrol edebilirsem daha az acır mı? Basit bir soruya karmaşık bir yanıt, *Psychological Bulletin*, 90: 89-101.
- Timio, M., Verdecchia, P., Venanzi, S. ve diğerleri (1988) Age and blood pressure changes: a 20-year follow-up study in nuns in a secluded order, *Hypertension*, 12: 457-61.
- Torgerson, J.S. ve Sjostrom, L. (2001) The Swedish Obese Subjects (SOS) study: rationale and results, *International Journal of Obesity*, May 25(Suppl. 1): S2-S4.
- Totman, R.G. (1976) Cognitive dissonance and the placebo response, *European Journal of Social Psychology*, 5: 119-25.
- Totman, R.G. (1987) *The Social Causes of Illness*. Londra: Souvenir Press.
- Trafimow, D. (2000) Prezervatif kullanma niyetinin hem doğrudan bir nedeni hem de tutum-niyet ve öznel norm-niyet ilişkilerinin moderatörü olarak alışkanlık, *Psychology and Health*, 15: 383-93.
- Trafimow, D., Sheeran, P., Conner, M. ve Finlay, K.A. (2002) Algılanan davranışsal kontrolün çok boyutlu bir yapı olduğuna dair kanıtlar: algılanan kontrol ve algılanan zorluk, *British Journal of Social Psychology*, 41: 101-21.
- Trostle, J.A. (1988) Medical compliance as an ideology, *Social Science and Medicine*, 27: 1299-308.
- Tsutsumi, A., Tsutsumi, K., Kayaba, K. ve diğerleri (1998) Job strain and biological coronary risk factors: a cross-sectional study of male and female workers in a Japanese rural district, *International Journal of Behavioural Medicine*, 5: 295-311.
- Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C. ve Williams, A. (1985) *Uzmanlar Arası Toplantılar*. Londra: Tavistock.
- Tunaley, J.R., Slade, P. ve Duncan, S. (1993) Düşüğe psikolojik adaptasyonda bilişsel süreçler: bir ön rapor, *Psychology and Health*, 9: 369-81.
- Tuorila, H. (1987) Farklı yağ içeriklerine sahip sütlerin seçimi ve ilgili genel beğeni, tutumlar, normlar ve niyetler, *Appetite*, 8: 1-14.
- Tuorila-Ollikainen, H., Lahteenmaki, L. ve Salovaara, H. (1986) Attudes, norms, intentions and hedonic responses in the selection of low salt bread in a longitudinal choice experiment, *Appetite*, 7, 127-39.
- Turk, D.C. ve Rennert, K. (1981) Pain and the terminally ill cancer patient: a cognitive social learning perspective, H. Sobel (ed.), *Behavior Therapy in Terminal Care* içinde. New York: Ballinger.
- Turk, D.C. ve Melzack, R. (eds) (2001) *Handbook of Pain Assessment*, 2nd edn. New York: Guilford Press.
- Turk, D.C. ve Rudy, T.E. (1986) Kronik ağrıda bilişsel faktörlerin değerlendirilmesi: değerli bir girişim mi? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 760-8.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D. ve Genest, M. (1983) *Pain and Behavioral Medicine*. New York: Guilford Press.
- Turk, D.C., Wack, J.T. ve Kerns, R.D. (1985) An empirical examination of the 'pain-behaviour' construct, *Journal of Behavioral Medicine*, 8: 119-30.
- Turner, J.R. ve Carroll, D. (1985) Laboratuvar ve 'gerçek dünya' kalp atış hızı tepkisi arasındaki ilişki: bir keşif çalışması, J.F. Orlebeke, G. Mulder ve J.L.P. Van Doornen (eds), *Psychophysiology of Cardiovascular Control: Modeller, Yöntemler ve Veriler*, s. 895-907. New York, Plenum.
- Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (2006) [online] Available: www.cdc.gov/nchs. Upton, A.L., Beebe, G.W., Brown, J.W. ve diğerleri (1977) NCI ad hoc çalışma grubu raporu

- Meme kanserinin tespiti için kitle taramasında mamografi ile ilişkili riskler, *Ulusal Kansere Enstitüsü Dergisi*, 59: 479-93.
- ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı (1996) *Fiziksel Aktivite ve Sağlık: Genel Cerrahin Raporu*. Atlanta, GA: Hastalık Kontrol Merkezleri.
- ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı (USDHHS) (1990) *Sigarayı Bırakmanın Sağlığa Faydaları: Genel Cerrahin Raporu*. Rockville, MD: USDHHS.
- ABD Çevre Koruma Ajansı (1992) *Pasif İçiciliğin Solunum Sağlığı Üzerindeki Etkileri: Akciğer Kanseri ve Diğer Hastalıklar*. Washington, DC: ABD Çevre Koruma Ajansı.
- USDA'nın Bireylerin Gıda Alımları Sürekli Araştırması 1994-96 (1998), (1999). Tarımsal Araştırma Servisi. Mevcut: www.ars.usda.gov.
- Ussher, M., Nunziata, P. ve Cropley, M. (2001) Kısa süreli egzersizin tütün bağımlılığı belirtileri ve sigara içme isteği üzerindeki etkisi, *Psychopharmacology*, 158: 66-72.
- Utian, W.H., Burry, K.A., Archer, D.F., Gallagher, J.C., Boyett, R.L., Guy, M.P., Tachon, G.J., Chadha-Boreham, H.K. ve Bouvet, A.A. (1999) Yüksek semptomatik menopoz hastalarında vazomotor semptomlar üzerinde plasebo ile karşılaştırıldığında düşük, standart ve yüksek doz östradiol transdermal sistemin (Esclim) etkinliği ve güvenliği: Esclim çalışma grubu, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181(1): 71-9.
- Valois, P., Desharnais, R. ve Godin, G. (1988) A comparison of the Fishbein and the Triandis attitudinal models for the prediction of exercise intention and behavior, *Journal of Behavioral Medicine*, 11: 459-72.
- Van Damme, S., Crombez, G. ve Eccleston, C. (2002) Ağrı ipuçlarından gecikmiş ayrılma: ağrı felaketleştirme ve ağrı beklentisinin etkisi, *Pain*, 100(1-2): 111-18.
- Van de Pligt, J., Zeelenberg, M., van Dijk, W.W., de Vries, N.K. ve Richard, R. (1998) Affect, attitudes and decisions: let's be more specific, *European Review of Social Psychology*, 8: 33-66.
- Van Tulder, M.W., Ostelo, R., Vleeyen, J.W.S. ve diğerleri (2000) Behavioural treatment for chronic low back pain, *Spine*, 25(20): 2688-9.
- van der Velde, F. ve van der Pligt, J. (1991) AIDS ile ilgili sağlık davranışı: başa çıkma, korunma güdüsü ve önceki davranış, *Behavioral Medicine*, 14: 429-52.
- van der Velde, F., Hookyas, C. ve van der Pligt, J. (1992) Risk algısı ve davranışı: AIDS ile ilgili sağlık davranışları hakkında kötümserlik, gerçekçilik ve iyimserlik, *Psychology and Health*, 6: 23-38.
- van Elderen, T. ve Dusseldorp, E. (2001) Koroner kalp hastalığı olan hastalara yönelik grup sağlık eğitiminin yaşam tarzı üzerindeki etkileri, *Psychology and Health*, 16: 327-41.
- van Elderen, T., Maes, S. ve van den Broek, Y. (1994) Effects of a health education program with telephone follow-up during cardiac rehabilitation, *British Journal of Clinical Psychology*, 33: 367-78.
- van Griensven, G.J.P., Teilman, R.A.P., Goudsmit, J. ve diğerleri (1986) Riskofaktoren en prevalentie van LAV/HTLV III antistoffen bij homoseksuele mannen in Nederland, *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 64: 100-7.
- van Strien, T., Frijters, J.E., Bergers, G.P. ve Defares, P.B. (1986) Dutch eating behaviour questionnaire for assessment of restrained, emotional, and external eating behaviour, *International Journal of Eating Disorders*, 5: 295-315.
- van Zuuren, F.J. (1998) The effects of information, distraction and coping style on symptom reporting during preterm labor, *Psychology and Health*, 13: 49-54.
- Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. ve Brandenburg, N. (1985) A decisional balance measure for assessing and predicting smoking status, *Journal of Personality and Social Psychology*, 48: 1279-89.
- Verbrugge, L.M. (1979) Marital status and health, *Journal of Marriage and the Family*, 41: 267-85.

- Violanti, J., Marshall, J. ve Howe, B. (1983) Police occupational demands, psychological distress and the coping function of alcohol, *Journal of Occupational Medicine*, 25: 455-8.
- Vitaliano, P.P., Maiuro, R.D., Russo, J. ve diğeri (1990) Psikiyatrik, fiziksel sağlık, iş ve aile sorunları ile ilişkili başa çıkma profilleri, *Sağlık Psikolojisi*, 9: 348-76.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Bailey, S.L., Young, H.M. ve McCann, B.S. (1993) Psychosocial factors associated with cardiovascular reactivity in old adults, *Psychosomatic Medicine*, 55(2): 164-77.
- Vlaeyen, J.W.S. ve Linton, S. (2000) Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art, *Pain*, 85: 317-32.
- Vollrath, M. ve Toergersen, S. (2002) Kim sağlık riskleri alır? Sekiz kişilik tipi üzerine bir araştırma, *Kişilik ve Bireysel Farklılıklar*, 32: 1185-97.
- Von Frey, M. (1895) *Untersuchungen über die Sinnesfunctionen der Menschlichen Haut Erste Abhandlung: Druckempfindung und Schmerz*. Leipzig: Hirzel.
- Von Zerssen, D. (1976) *Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informations System (PSYCHIS Muenchen)*. Die Paranoid Depressivitäts Skala. Weinheim: Beltz.
- Wadden, T.A. (1993) Treatment of obesity by moderate and severe calorie restriction: results of clinical research trials, *Annals of Internal Medicine*, 119: 688-93.
- Wadden, T.A., Foster, G.D., Wang, J., Pierson, R.N., Yang, M.U., Moreland, K., Stunkard, A.J. ve VanItallie, T.B. (1992) Clinical correlates of short and long term weight loss, *American Journal of Clinical Nutrition*, 56: 271S-74S.
- Wadden, T.A., Stunkard, A.J. ve Smoller, W.S. (1986) Dieting and depression: a methodological study, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64: 869-71.
- Wadsworth, M.E.J. (1991) *The Imprint of Time: Childhood History and Adult Life*. Oxford: Oxford Üniversitesi Yayınları.
- Wadsworth, M.E.J. ve Kuh, D.J. (1997) Yetişkin sağlığı üzerinde çocukluk dönemi etkileri: İngiliz 1946 Ulusal Doğum Kohort Çalışması, MRC Ulusal Sağlık ve Gelişim Araştırması, *Pediyatrik ve Perinatal Epidemiyoloji*, 11: 2-20'den son çalışmaların gözden geçirilmesi.
- Walker, W.B. ve Franzini, L.R. (1985) Low-risk aversive group treatments, physiological feedback, and booster sessions for smoking cessation, *Behaviour Therapy*, 16: 263-74.
- Waller, D., Agass, M., Mant, D. ve diğeri (1990) Health checks in general practice: another example of inverse care? *British Medical Journal*, 300: 1115-18.
- Waller, G., Hamilton, K. ve Shaw, J. (1992) Media influences on body size estimation in eating disorder and comparison subjects, *British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa*, 6: 81-7.
- Wallsten, T.S. (1978) *Teshis bilgilerinin bilişsel olarak işlenmesinde üç önyargı*. Yayımlanmamış makale, Psikometri Laboratuvarı, Kuzey Carolina Üniversitesi, Chapel Hill, NC.
- Wallston, B.S., Alagna, S.W., Devellis, B.M. ve Devellis, R.F. (1983) Social support and physical illness, *Health Psychology*, 2: 367-91.
- Wallston, K.A. ve Wallston, B.S. (1982) Sağlığınızdan kim sorumlu? The construct of health locus of control, in G.S. Sanders and J. Suls (eds), *Social Psychology of Health and Illness*, s. 65-95. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S. ve DeVellis, R. (1978) Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales, *Health Education Monographs*, 6: 160-70.
- Walton, A.J. ve Eves, F. (2001) Uyuşturucu kullanıcılarının HIV, hepatit B ve hepatit C hastalık temsillerini repertuar ızgaraları kullanarak keşfetmek, *Psychology and Health*, 16: 489-500.
- Walton, I. ve Hamilton, M. (1995) *Ebeler ve Değişen Doğum*. Hale: Ebeler için Kitaplar Yayınları.
- Wanebo, C.K., Johnson, K.G., Sato, K. ve Thorslind, T.W. (1968) Hiroshima ve Nagasaki'nin atom bombalarına maruz kalmasından sonra meme kanseri, *New England Journal of Medicine*, 279: 667-71.

- Wang, S.J., Liu, H.C., Fuh, J.L., Liu, C.Y., Lin, K.P., Chen, H.M., Lin, C.H., Wang, P.N., Hsu, L.C., Wang, H.C. ve Lin, K.N. (1997) Kinmen'deki Çinli yaşlı nüfusta baş ağrısı prevalansı: yaş ve cinsiyet etkisi ve kültürler arası karşılaştırmalar, *Neurology*, 49: 195-200.
- Wardle, J. (1980) Dietary restraint and binge eating, *Behaviour Analysis and Modification*, 4: 201-9.
- Wardle, J. (1995) Çocukların diyetleri üzerindeki ebeveyn etkileri, *Beslenme Derneği Bildirileri*, 54: 747-58.
- Wardle, J. ve Beales, S. (1988) Control and loss of control over eating: an experimental investigation, *Journal of Abnormal Psychology*, 97: 35-40.
- Wardle, J. ve Marsland, L. (1990) Adolescent concerns about weight and eating: a social development- mental perspective, *Journal of Psychosomatic Research*, 34: 377-91.
- Wardle, J., Sanderson, S., Guthrie, C.A., Rapoport, L. ve Plomin, R. (2002) Parental feeding style and the intergenerational transmission of obesity risk, *Obesity Research*, 10: 453-62.
- Wardle, J., Steptoe, A., Bellisle, F. ve diğerleri (1997) Avrupalı öğrenciler arasında sağlıklı beslenme uygulamaları, *Sağlık Psikolojisi*, 16, 443-50.
- Wardle, J., Volz, C. ve Golding, C. (1995) Social variation in attitudes to obesity in children, *International Journal of Obesity*, 19: 562-9.
- Ware, J.E. ve Sherbourne, C.D. (1992) The MOS 36 item short form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection, *Medical Care*, 30: 473-83.
- Warren, C. ve Cooper, P.J. (1988) Psychological effects of dieting, *British Journal of Clinical Psychology*, 27: 269-70.
- Wason, P.C. (1974) Aldatıcı sorunların psikolojisi, *New Scientist*, 15 Ağustos: 382-5.
- Wathen, C.N. (2006) Alternatives to hormone replacement therapy: a multi-method study of women's experiences, *Complementary Therapies in Medicine*, 14(3): 185-92.
- Watson, M. ve Greer, S. (1983) Duygusal kontrol için bir anket ölçeğinin geliştirilmesi, *Psikosomatik Araştırma Dergisi*, 27: 299-305.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L. ve diğerleri (1991) Meme kanseri hastalarında duygusal kontrol, kansere uyum ve depresyon ile anksiyete arasındaki ilişkiler, *Psychological Medicine*, 21: 51-7.
- Weatherall, R., Joshi, H. ve Macran, S. (1994) Double burden or double blessing? Employment, motherhood and mortality in the Longitudinal Study of England and Wales, *Social Science and Medicine*, 38: 285-97.
- Weatherburn, P., Hunt, A.J., Davies, P.M., Coxon, A.P.M. ve McManus, T.J. (1991) İngiltere ve Galler'de homoseksüel olarak aktif erkeklerden oluşan geniş bir kohortta kondom kullanımı, *AIDS Care*, 3: 31-41.
- Weaver, J. (1998) Choice control and decision making in labour, S. Clements (ed.), *Psychological Perspectives on Pregnancy and Childbirth* içinde. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Weeks, J. (1985) *Cinsellik ve Hoşnutsuzlukları: Anlamlar, Mitler ve Modern Cinsellik*. Londra: Routledge & Kegan Paul.
- Weg, R.B. (1983) Changing physiology of aging, in D.S. Woodruff and J.E. Birren (eds), *Ageing: Scientific Perspectives and Social Issues*, 2. baskı. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Wegner, D.M. (1994). Ironic processes of mental control, *Psychological Review*, 101: 34-52.
- Wegner, D.M., Erber, R. ve Zanakos, S. (1993) Ironic processes in the mental control of mood and mood related thought, *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1093-104.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Cater, S.R. ve White, T.L. (1987) Paradoxical effects of thought suppression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 53: 5-13.
- Wegner, D.M., Shortt, J.W., Blake, A.W. ve Page, M.S. (1999) The suppression of exciting thoughts, *Journal of Personality and Social Psychology*, 58: 409-18.
- Weidner, G., Rice, T., Knox, S.S. ve diğerleri (2000) Düşmanlık için tanıdık benzerlik: Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü Aile Kalp Çalışması, *Psychosomatic Medicine*, 62, 197-204.
- Weiner, B. (1986) *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. New York: Springer-Verlag.

- Weinman, J. (ed.) (1987) *An Outline of Psychology as Applied to Medicine*, 2nd edn. Londra: J. Wright.
- Weinman, J. ve Petrie, K.J. (1997) Hastalık algıları: psikosomatik için yeni bir paradigma mı? *Psikosomatik Araştırma Dergisi*, 42: 113-16.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R. ve Horne, R. (1996) The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness, *Psychology and Health*, 11: 431-46.
- Weinstein, N. (1983) Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility, *Health Psychology*, 2: 11-20.
- Weinstein, N. (1984) Neden benim başıma gelmeyecek: risk faktörleri ve duyarlılık algıları, *Sağlık Psikolojisi*, 3: 431-57.
- Weinstein, N. (1987) Unrealistic optimism about illness susceptibility: conclusions from a community-wide sample, *Journal of Behavioural Medicine*, 10: 481-500.
- Weinstein, N., Rothman, A.J. ve Sutton, S.R. (1998) Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues, *Health Psychology*, 17: 290-9.
- Weisman, C.S., Plichta, S., Nathanson, C.A., Ensminger, M. ve Robertson, J.C. (1991) Consistency of condom use for disease prevention among adolescent users of oral contraceptives, *Family Planning Perspective*, 23: 71-4.
- Weller, S.S. (1984) Cross-cultural concepts of illness: variables and validation, *American Anthropologist*, 86: 341-51.
- Wellings, K., Field, J., Johnson, A.M. ve Wadsworth, J. (1994) *İngiltere'de Cinsel Davranış: Cinsel Tutumlar ve Yaşam Tarzları Ulusal Araştırması*. Harmondsworth: Penguin.
- Welton, A., Hepworth, J., Collings, N., Ford, D., Knott, C., Meredith, S., Walgrove, A., Wilkes, H., Vickers, M. (Women's International Study of long Duration Oestrogen after Menopause (WISDOM) team) (2004) Decision-making about hormone replacement therapy by women in England and Scotland, *Climacteric*, 7(1): 41-9.
- Wenzlaff, R.M. ve Wegner, D.M. (2000) Thought suppression, *Annual Review of Psychology*, 51: 59-91.
- Werner, P.D. ve Middlestadt, S.E. (1979) Factors in the use of oral contraceptives by young women, *Journal of Applied Social Psychology*, 9: 537-47.
- Wesson, N. (1990) *Evde Doğum: Pratik Bir Kılavuz*. Londra: Optima.
- West, R. (2005) Değişim zamanı: Transtheoretical (Değişim Aşamaları) Modeli'ni bir kenara bırakmak, *Addiction*, 100(8): 1036-9.
- West, R. (2006) *Bağımlılık Teorisi*. Oxford: Blackwell.
- West, R. ve Shiffman, S. (2004) *Sigara Bırakma*. Oxford: Health Press.
- West, R. ve Sohal, T. (2006) Sigarayı bırakmaya giden 'felaket' yollar: ulusal anketten elde edilen bulgular, *British Medical Journal*, 332(7539): 458-60.
- Whitaker, A., Davies, M., Shaer, D. ve diğerleri (1989) The struggle to be thin: a survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population, *Psychological Medicine*, 19: 143-63.
- Whitley, B.E. ve Schofield, J.W. (1986) A meta-analysis of research on adolescent contraceptive use, *Population and Environment*, 8: 173-203.
- WHOQoL Grubu (1993) *Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Aracının Geliştirilmesi (WHOQoL)*. Cenevre: WHO.
- Wickramasekera, I. (1980) A conditioned response model of the placebo effect: predictions from the model, *Biofeedback and Self Regulation*, 5: 5-18.
- Wiebe, D.J. ve McCallum, D.M. (1986) Health practices and hardiness as mediators in the stress-illness relationship, *Health Psychology*, 5: 425-38.

- Wiedenfled, S.A., O'Leary, A., Bandura, A. ve diğlerleri (1990) Stresörlerle başa çıkmada algılanan öz yeterliliğın bağışıklık fonksiyonu üzerindeki etkisi, *Journal of Personality and Social Psychology*, 59: 1082-94.
- Wilkinson, A.V., Holahan, C.J. ve Drane-Edmundson, E.W. (2002) Daha güvenli seks uygulamalarını tahmin etmek: partner işbirliğı ve bilişsel faktörlerin etkileşimli rolü, *Psychology and Health*, 17(6): 697-709.
- Wilkinson, C., Jones, J.M. ve McBride, J. (1990) Anxiety caused by abnormal result of cervical smear test: a controlled trial, *British Medical Journal*, 300: 440.
- Willen, H. ve Montgomery, H. (1993) The impact of wish for children and having children on attainment and importance of life values, *Göteborg Psychological Reports*, 23(3): 1-18.
- Willett, W.C., Manson, J.E., Stampfer, M.J., Colditz, G.A., Rosner, B. ve Speizer, F.E. ve diğlerleri (1995) Weight, weight change, and coronary heart disease in women: risk within the 'normal' weight range, *Journal of the American Medical Association*, 273: 461-5.
- Williams, A.C. (2002) Facial expression of pain: an evolutionary account, *Behaviour and Brain Sciences*, 25(4): 439-55.
- Williams, G.C., Grow, V.M., Freedman, Z.R., Ryan, R.M. ve Deci, E.L. (1996) Motivational predictors of weight loss and weight loss maintenance, *Journal of Personality and Social Psychology*, 70: 115-26.
- Williams, R.B. ve Barefoot, J.C. (1988) Koroner eğilimli davranış: düşmanlık kompleksinin ortaya çıkan rolü, B.K. Houston ve C.R. Snyder (eds), *A Tipi Davranış Modeli: Araştırma, Teori ve Müdahale*, s. 189-211. New York: Wiley.
- Williams, S., Weinman, J.A., Dale, J. ve Newman, S. (1995) Hasta beklentileri: birinci basamak hastaları aile hekimlerinden ne istiyor ve beklentilerin karşılanması hasta memnuniyetini ne kadar etkiliyor? *Aile Hekimliği Dergisi*, 12: 193-201.
- Williamson, G.S. ve Pearse, I.H. (1938) *Biologists in Search of Material*. Londra: Faber & Faber.
- Wills, T.A. (1985) Supportive functions of interpersonal relations, S. Cohen ve S.L. Syme (eds), *Social Support and Health* içinde. Orlando, FL: Academic Press.
- Wilson, D.M., Taylor, M.A., Gilbert, J.R. ve diğlerleri (1988) A randomised trial of a family physician intervention for smoking cessation, *Journal of the American Medical Association*, 260: 1570-4.
- Wilson, G.T. (1978) Alcoholism and aversion therapy: issues, ethics, and evidence, in G. Marlatt and P. Nathan (eds), *Alkolizme Davranışsal Yaklaşımlar*. New Brunswick, NJ: Journal of Studies on Alcohol.
- Wilson, G.T. (1994) Behavioural treatment of obesity: thirty years and counting, *Advances in Behavioural Research Therapy*, 16: 31-75.
- Wilson, J.M.G. (1965) Screening criteria, G. Teeling-Smith (ed.), *Surveillance and Early Diagnosis in General Practice* içinde. Londra: Sağlık Ekonomisi Ofisi.
- Winefield, H., Murrell, T., Clifford, J. ve Farmer, E. (1996) The search for reliable and valid measures of patient centredness, *Psychology and Health*, 11: 811-24.
- Wing, R.R., Koeske, R., Epstein, L.H. ve diğlerleri (1987) Tip II diyabetik hastalarda mütevazı kilo kaybının uzun vadeli etkileri, *Archives of Internal Medicine*, 147: 1749-53.
- Wolf, T.M. ve Kissling, G.E. (1984) Changes in life-style characteristics, health, and mood of freshman medical students, *Journal of Medical Education*, 59: 806-14.
- Wong, M. ve Kaloupek, D.G. (1986) Coping with dental treatment: the potential impact of situational demands, *Journal of Behavioural Medicine*, 9: 579-98.
- Wong, M.L., Koh, D., Lee, M.H. ve Fong, Y.T. (1997) Singapur'daki ergenler için davranışsal bir kilo kontrol programının iki yıllık takibi: uzun vadeli kilo kaybının belirleyicileri, *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 26: 147-53.
- Wood, D.A., Kinmouth, A.L., Pyke, S.D.M. ve Thompson, S.G. (1994) Randomize kontrollü çalışma

Genel uygulamada kardiyovasküler tarama ve müdahalenin değerlendirilmesi: İngiliz aile kalp çalışmasının temel sonuçları, *British Medical Journal*, 308: 313-20.

Woodcock, A., Stenner, K. ve Ingham, R. (1992) Young people talking about HIV and AIDS: interpretations of personal risk of infection, *Health Education Research: Teori ve Uygulama*, 7: 229-47. Wooley, S.C. ve Wooley, O.W. (1984) Should obesity be treated at all? in A.J. Stunkard and E. Stellar (eds), *Yeme ve Bozuklukları*. New York: Raven Press.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (1947) *Dünya Sağlık Örgütü Anayasası*. Cenevre: DSÖ.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (1980) *Uluslararası Bozukluk, Özürlülük ve Engel Sınıflandırması*. Cenevre: WHO.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (1996) *1990'larda Menopoz Araştırmaları*. DSÖ Teknik Rapor Serisi. Cenevre: DSÖ.

Wright, C.E., Ebrecht, M., Mitchell, R. Anggiansah, A. ve Weinman, J. (2005) The effect of psychological stress on symptom severity and perception in patients with gastro-oesophageal reflux, *Journal of Psychosomatic Research*, 59: 415-24.

Wright, J.A., Weinman, J. ve Marteau, T.M. (2003) The impact of learning of a genetic predisposition to nicotine dependence: an analogue study, *Tobacco Control*, 12: 227-30.

Kadın Sağlığı Girişimi Araştırmacıları Yazım Grubu (2002) Menopoz sonrası sağlıklı kadınlarda östro- gen artı progesteronun riskleri ve faydaları, *JAMA*, 288(3): 321-33.

Wyper, M.A. (1990) Breast self-examination and Health Belief Model, *Research in Nursing and Health*, 13: 421-8.

Young, L. (1992) Psychological factors in rheumatoid arthritis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 619-27.

Young, L. ve Humphrey, M. (1985) Kadınları histerektomiye hazırlamanın bilişsel yöntemleri: bir kitapçık yardımcı olur mu? *British Journal of Clinical Psychology*, 24: 303-4.

Yzer, M.C., Siero, F.W. ve Buunk, B. (2001) Kondom kullanımını gündeme getirmek ve yeni cinsel partnerlerle kondom kullanmak: kasıtlı mı yoksa alışkanlık mı? *Psikoloji ve Sağlık*, 16: 409-21.

Ziegler, D.K. (1990) Headache: public health problem, *Neurologic Clinics*, 8: 781-91.

Zigmond, A.S. ve Snaith, R.P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67: 361-70.

Zimbardo, P.G. (1969) *The Cognitive Control of Motivation*. Illinois: Scott Foresman.

Zola, I.K. (1972) Medicine as an institution of social control, *Sociological Review*, 20: 487-504.

Zolese, G. ve Blacker, C.V.R. (1992) Terapötik kürtaın psikolojik komplikasyonları, *British Journal of Psychiatry*, 160: 742-9.

İtalik sayfa numaraları kutulara, şekillere ve teori test çalışmalarına atıfta bulunmaktadır.

A

kürtaj 369-76

kararı etkileyen faktörler 370-2
müdahale şekli, 375'in etkisi yasal
yönler 369-70, 372-3 psikolojik
etkisi 374-5 oranlar 370, 371
araştırma sorunları 376
hizmet sunumu 372-3 kadınların
deneyimleri 373-4
spontan, *bkz.* düşük yoksunluk ihlali
etkisi 121-2, 151 kazalar, stres-hastalık
ilişkisi 243 edinilmiş bağımlılık 103
günlük yaşam aktiviteleri (ADL) 394
uyarlanabilir görevler, başa çıkma süreci
62-3, 65
bağımlılık (içki ve sigara); *ayrıca bkz.* alkol; sigara
çapraz bağımlılık davranışları perspektifi 122-4
tanım 100
100-2'ye yönelik tutum ve teorik yaklaşımlardaki
tarihsel değişimler
müdahaleler 112-17
klinik 112-15, 119
değerlendirmede metodolojik sorunlar 119 halk
sağlığı 116-17, 119
kendi kendine yardım hareketleri 115
modeller, *bkz.* bağımlılığın hastalık modeli;
bağımlılığın ahlaki modeli; bağımlılığın sosyal
öğrenme teorileri
araştırma sorunları 106
aşamalar 106-11
bırakma 109-12
başlatma ve sürdürme 107-9
nüksetme 120-2
'bağımlılık yapıcı davranış' 102
bağlılık, *bkz.* uyum/bağlılık uyumu;
ayrıca bkz. bilişsel adaptasyon
HIV/AIDS 318
düşük 367
sosyal yeniden uyum değerlendirme ölçeği
(SRRS) 231 ergenler, *bkz.* çocuklar/ergenler
evlat edinme çalışmaları, obezitenin
nedenleri 338 reklam
yasaklar 117
ve medya etkileri 133-4, 141-2, 145
uygulanım, *bkz.* girişler başlangıç
duygusu; ruh hali yaş faktörleri

kontraseptif kullanımı 180
sorun odaklı ve duygu odaklı başa çıkma
stratejileri 257
'alarm aşaması', genel adaptasyon sendromu
(GAS) 222, 229
alkol; *ayrıca bkz.* bağımlılık (içki ve sigara) aşırma
124
99'a bağlı ölümler
başlatma ve sürdürme 108-9 olumsuz
etkiler 99
olumlu etkiler 99 önerilen
günlük alım miktarı 128 nüks
152
istatistik 96-7
stres-hastalık ilişkisi 242-3
allostatik yük, stres geri kazanımı 230, 246
belirsizlik/kararsızlık
hastalığın anlamı 62 sağlık
davranışını öngörme 36 ve
stres değerlendirmesi 227
öfke, öfkenin ifadesi 263-4
anjina 353; *ayrıca bkz.* koroner kalp hastalığı (KKH)
Antabuse 113
obezite karşıtı ilaçlar 349
beklenen pişmanlık 36
doğum öncesi tarama
209 anksiyete; *ayrıca*
bkz. stres
tarama ile ilişkili 204, 214, 215-16 egzersizin
faydaları 162
kontraseptif kullanımı 181
ve depresyon 325, 355, 366, 374
kültürlerarası farklılıklar 58-9
hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADS)
396, 402
ruminasyon 253-4
alkolün gerilim azaltma teorisi 108-9, 242-3
ve ağrı 277, 280, 298-9
plasebo mekanizması 298-9
iştah düzenlemesi 339, 344
değerleme
bilişsel 62
birincil 225-6, 228, 229, 256
ikincil 225-6, 228, 229, 256
hastalık bilişlerinin öz-düzenleyici modeli 54
stres 225-7, 234-5
tehdit 26, 33
değerlendirme odaklı başa çıkma becerileri
63-4, 65 yaklaşıma karşı kaçınma başa
çıkma stratejileri 256-7 uyarılma 222, 223,
228
çağrışımsal öğrenme, yeme davranışı 134-6

ateroskleroz 353; *ayrıca bkz.* koroner kalp hastalığı (KKH)
 dikkat ve ağrı algısı 279, 280 tutumları;
ayrıca bkz. sağlık çalışanları
 kontraseptif kullanımına
 181 HIV/AIDS'e 314-16
 anneliğe 372, 377
 ebeveyn, gıda ve yeme 132-3
 egzersizin öngörülmesindeki rolü
 166-8
 ve bağımlılığa teorik yaklaşımlar 100-2 atıf
 teorisi 18-19, 23; *ayrıca bkz.* sağlık inançları
 ve kontrol 264
 hastalık krizi ve bilişsel uyum 65
 içsel/öz-yükleme 121-2, 151
 özerklik 144-5, 211, 252-3
 kaçınma terapileri 113-14

B

B hücreleri 247
 davranışsal faktörler 14-15
 kanser 323
 koroner kalp hastalığı (KKH) 355-8
 ağrının geçit kontrol teorisi (GCT) 274, 275
 HIV/AIDS 315-16
 obezite 340-4
 ağrı algısı 279, 280
 davranışsal sağlık 3
 davranışsal talimatlar 80
 davranışsal niyetler 26, 30-1
 ve biliş/sosyal biliş 35-7, 185-6
 niyet-davranış boşluğu 37-9
 davranışsal tıp 3
 davranışsal programlar
 nedensel modelleme yaklaşımı 40-1
 obezite 346-7
 Ağrı 283
 davranışsal isteklilik 38
 inançlar; *ayrıca bkz.* sağlık inanç modeli (HBM);
 sağlık inançları
 beden memnuniyetsizliğinin öngörülmesi
 144-5 Belloc ve Breslow'un uzun ömür
 çalışması 16-17 yararlılık, taramada etik sorun
 209-11 yas 318, 387
 düşük sonrası yas 366 tıknırcasına
 içme 109
 tıknırcasına yeme 347
 biofeedback 282, 326
 cinsiyet üzerine biyolojik perspektifler
 173-5 biyomedikal model
 bağımlılık 100, 101
 2-5'e meydan okumalar
 Tanım 2
 Sonuçlar 94
 ve evrim teorisi 1
 biyopsikososyal model 3-4
 doğum, yeri 377-80, 383
 biseksüeller 183-4
 kan basıncı, *bkz.* hipertansiyon

beden memnuniyetsizliği
 nedenleri 141-5
 tanım 140-1 beden
 imajı
 kanserde 326
 menopoz sırasında 387
 vücut kitle indeksi (VKİ) 334, 335, 336, 349,
 351 vücut büyüklüğü, çarpıtılmış tahmin 140
 aşırı yemenin sınır modeli 147, 148
 meme kanseri 323-4, 325, 326, 327, 330
 inançlar ve bağımsızlık 248
 ve kendi kendine meme
 muayenesi 25 nedensellik
 inançları 65
 yaşam kalitesi çalışması 401-2
 meme taraması 200, 201, 203-4, 206-8, 209
 olumsuz yönler 210, 214, 217
 menopoz sonrası 385
 bulimia
 kaçış teorisi 150-1 etnisite 142

C

kalori tüketimi 344 kanser;
ayrıca bkz. meme kanseri
 adjuvan tedavi 327, 328-9
 bilişsel tepkiler 325
 tanım 322
 duygusal tepkiler 325 başlatma
 ve teşvik 323-4 uzun ömür 327-30
 yaygınlık 322
 araştırma sorunları 319
 psikolojinin rolü 322-30
 tarama, *bkz.* meme taraması; rahim ağzı taraması;
 kolorektal kanser/sigmoidoskopi taraması
 stres-hastalık ilişkisi 241, 242, 251, 317
 semptomların hafifletilmesi 325-7
 Cannons'ın savaş ya da kaç stres modeli 222-3, 228
 karbonhidratlar 128, 344
 kardiyovasküler hastalık, *bkz.* koroner kalp hastalığı (KKH)
 kardiyovasküler reaktivite, *bkz.* stres reaktivitesi
 bakım veren stresi 250, 259
 taşıyıcı testi 201
 felaketleştirme ve ağrı algısı 278, 280 davranış
 değişikliğine nedensel modelleme yaklaşımı
 40-1
 nedensellik
 hasta anlayışı 76 ve anlam
 arayışı 65 stres-hastalık
 bağlantısı 239-40
 'hücre aracılı bağımsızlık' 247 serviks
 kanseri ve HIV 251, 317
 servikal tarama 25, 200, 201, 204, 205, 206-8, 209,
 211, 213-14, 215-16, 217
 çocuklar/ergenler; *ayrıca bkz.* gelişimsel modeller
 alkole başlama 109
 ağrı için bilişsel davranış terapisi (BDT) 284

- prezervatif kullanımı 183
 beslenme önerileri 129
 egzersiz 166
 gelişmekte olan ülkelerde yetersiz
 beslenme 129 gevşeme eğitimi 233-4
 sigaraya başlama 107, 108, 242
 yeme davranışına sosyal bilişsel yaklaşım 138-9
 klamidya 183
 kolesterol seviyeleri 358, 385
 kolesterol taraması 200, 201, 212, 213 kronik
 ağrı; *ayrıca bkz. ağrı*
 ve akut ağrı 271-2, 277, 282
 bilişsel davranış terapisi (BDT) 283-4, 285-8
 bel 280, 281-2, 284
 klasik koşullanma 104-5, 276
 klinik karar verme 83-7
 klinik genetikçiler 205 klinik
 sağlık psikoloğu 7
 bağımlılık için klinik müdahaleler 112-15, 119 biliş
 modelleri 23-9; *ayrıca bkz. öz-düzenleyici model*
 hastalık bilişleri; yeme davranışının sosyal
 biliş modelleri 137-9
 müdahaleler 39-41
 34-7, 139 biliş(ler) ile ilgili sorunlar;
ayrıca bkz. hastalık bilişleri
 bağımlılıkta 105
 kanserde 325, 327
 diyetle 149, 152-5
 ve ağrı algısı 278-9, 280 ağrı
 tedavisi yaklaşımları 282-8 ve
 semptom algısı 58, 59
 başa çıkmanın bilişsel adaptasyon teorisi (Taylor) 65-
 7, 318, 325
 bilişsel uyum, *bkz. uyum bilişsel*
 değerlendirme 62
 bilişsel davranış terapisi (BDT) 283-4, 285-8
 bilişsel uyumsuzluk 151
 ve plasebolar 300-6
 bilişsel uyum hipotezi (Ley) 74-6, 79, 81-2
 tutarlılık modeli, hastalık ve tedavi inançları 70
 kolorektal kanser/sigmoidoskopi taraması 203, 204,
 209
 iletişim
 sağlık profesyoneli-hasta 76-9, 80, 81-2, 87-91
 cinsel partnerler 191
 sigarayı bırakmaya yönelik toplum temelli
 programlar 117
 tamamlayıcı ve alternatif ilaçlar (TAT'lar) 388, 389
 uyum/tutarlılık tutarlılık
 modeli 70
 iletişim modeli 82
 tanımlar 74, 82
 egzersiz tedavisi 67-70, 288
 HIV/AIDS tedavisi 317
 iyileştirme 76-9
 79 için öneriler
 Ley'in bilişsel hipotezi 74-6, 79, 81-2
 obezite tedavisi 70, 349 plasebo
 etkisi (KKH) 301-3 öngörme 68,
 74-6, 167-70
 konsantrasyon, 388 koşullandırma
 eksikliği
 klasik 104-5, 276
 edimsel 105, 277
 plasebo mekanizması 298, 299
 prezervatif makineleri 192
 prezervatif kullanımı 20, 182, 183-94
 184'teki değişiklikler
 185-91'i öngörmek
 sosyal bağlam 191-4
 belirli sosyal kategorilere göre 183-4 istişareler
 hasta merkezlilik 88-9 hasta
 hatırlama 76
 hasta memnuniyeti 75, 77-8
 hasta anlayışı 76
 hasta-sağlık profesyoneli anlaşması 89-91
 bağımlılık için koşullu sözleşme 114 doğum
 kontrolü 176, 177; *ayrıca bkz. kondom*
 kullanımı
 erişilebilirlik 181
 karar verme modelleri 178-80
 gelişimsel modeller 177-8, 180
 entegre yaklaşım 180-2
 durumsal faktörler 181-2, 189-90
 kontrol
 vücut memnuniyetsizliği 145
 kanser başlangıcı ve teşviki 324 kategori 264
 tanım 264
 menopoz sırasında kaybetme ve geri
 kazanma 386 ve aşırı yeme 150, 151-2
 ebeveyn ve yeme davranışı 134-6 sorun
 odaklı ve duygu odaklı başa çıkma
 strateji 257, 258
 araştırma perspektifleri 265
 öz 227-8, 285-6
 ve stres tepkisi 264-5 ve
 stres-hastalık bağlantısı
 266
 başa çıkma
 bağımlılıkla 121
 hastalık krizi ile 61-70 tanım 256
 tanı ile 60-1
 ölçüm 258-9
 düşükle birlikte 366-7 ve
 acıyı kabullenme 288 ve
 olumlu sonuçlar 259 süreç
 60-1, 62-6
 öz düzenleyici model 53-4
 stratejiler/tarzlar/beceriler 63-5, 80, 256-8
 duygu odaklı ve sorun odaklı 64, 257-8,
 259
 duygusal ifade 248-50
 ve stres-hastalık ilişkisi 255-9, 264-6

başa çıkma - *devam*.

stres faktörü minimizasyonu 258

stiller 318, 319, 324

'özellik' ve 'durum'

olarak 256

koroner kalp hastalığı (KKH)

hakkında inançlar 354-5

egzersizin faydaları 160-1, 243

tanım 353

yaygınlık 354 psikolojik

etkisi 355 rehabilitasyon

359-61

risk faktörleri 354

öngörme ve değiştirme 355-8

psikolojinin rolü 353, 354-61

tarama 211-13, 216-17 ve

sosyal destek 260

ve stres 239-41, 242, 244, 265, 266

ve stres reaktivitesi 163-4, 229, 245, 263-4

tedaviye bağlılık ve plasebo 301-3 ve A

tipi kişilik 262-3, 358, 359 ve kilo

dalgalanmaları 348

kortizol 229, 244, 245, 251, 253

maliyetler

sigara ve alkol 117 tarama

202, 211-13

stres ölçümü 230-1, 231-2

danışmanlık 326, 355, 359, 360

genetik 201, 205

aşırma, öznel deneyim 123-4 hastalık

krizi, 61-70 kriz teorisi ile başa çıkma

tanım 61

yeni denge türleri 65

eleştirel sağlık psikolojisi 407

kültürler arası farklılıklar, *bkz.* etnisite/kültürler arası farklılıklar

İPUÇLARI

maruz kalma prosedürleri 114

obezite tedavisi 346

nüksetme 120-1

sağlık davranışlarının öngörülmesindeki rolü 25

D

kürtaja karar verme

370-2

klirik 83-7 kriz

olarak hastalık 62

kontraseptif kullanım modelleri

178-80 inkar

başa çıkma stratejisi olarak 54, 60, 61

yeme davranışı 150

HIV/AIDS riski 188

ve bağışıklık 248

depresyon 89-90; *ayrıca bkz.* anksiyete ve depresyon

egzersizin faydaları 161-2, 163

ve kanserin başlaması ve teşviki 324 ve

diyet 155, 347, 348

koroner kalp hastalığının (KKH) etkisi 355

ve obezite 336, 337, 352

'tanımlayıcı normlar' 36

gelişmekte olan ülkeler 129, 313

kalkınma modelleri

kontraseptif kullanımı 177-8

yeme davranışı 130-6

diyabet

egzersizin faydaları 160 kilo

vermenin faydaları 350 diyet

müdahalesi 129 yaşam kalitesi

çalışması 402 tarama 201

tanı; *ayrıca bkz.* 60-1 ile başa

çıkma taraması

diyet; *ayrıca bkz.* yeme davranışı

ve koroner kalp hastalığı (KKH) 358

ve sağlık ilişkisi 129-30 sağlıklı,

tanım 127-8

sağlık profesyoneli-hasta iletişiminde bilgi 81

diyet

ve aşırı yeme 146-55

ruh hali ve bilişsel değişimlerdeki rolü 152-5

obezite tedavisindeki rolü 347-8

ve yetersiz beslenme 145-6

ve kilo kaybı 42, 152, 350, 351-2

bağımlılığın hastalık modeli

ilk hastalık kavramı 101 ile

ilgili sorunlar 103-4

ikinci hastalık kavramı 101, 102-3

sigara 109, 112-13

ve sosyal öğrenme perspektifi 105, 121-3

disinhibisyon 146-7, 150

uyumsuzluk, *bkz.* yoksunluk ihlali etkisi; bilişsel uyumsuzluk

sıkıntı 221

doktorlar, *bkz.* sağlık profesyonelleri

içme, *bkz.* bağımlılık (içki ve sigara); alkol

uyuşturucu kullanımı ve HIV/AIDS'e yakınlık

316, 317 düalizm, *bkz.* zihin-beden düalizmi

E

yeme davranışı; *ayrıca bkz.* diyet; diyet

bilişsel modeller 137-9

gelişimsel modeller 130-6

egzersiz etkisi 341

Müdahaleler 360

ve obezite 341, 342-4

ve sigara 123-4

stres-hastalık ilişkisi 243 kilo

kaygısı modelleri 140-55

ekonomik konular, *bkz.* maliyetler

eğitim düzeyi, kontraseptif kullanımı 180

'ayrıntılıdırma olasılığı' davranış değişikliği modeli 41

yaşlı

Diyet 130

akrabalar 387

elektronik fetal izleme 209
 duygu odaklı ve sorun odaklı başa çıkma stratejileri 64, 257-8, 259
 duygusal ifade ve bağışıklık 248-50 duygusal faktörler; *ayrıca bkz.* ruh hali; *belirli duygular*
 vücut memnuniyetsizliği 141
 ağrının kapı kontrol teorisi (GKT) 274, 275
 ağrı algısı 277-8, 280
 kansere verilen yanıtlar 325 tarama alımı 204
 ve sosyal biliş modelleri 37
 duygusal destek 253 istihdam
 stres 252-4, 265, 266
 ve işsizlik 260, 261-2
 kadın sorunları 253, 266, 267, 382-3, 387
 iş yerinde sigara içme yasakları 116, 118-19
 karşılaşma reaksiyonu 60
 endorfinler 163, 229
 enerji harcaması, egzersiz etkisi 342
 enkefalinler 229
 kaynakların eşit dağılımı, taramada etik sorun 211
 erotophilia 179
 erotofobi 179
 yeme davranışı kaçış teorisi 150-1
 taramada etik konular 209-11 etnik köken/kültürler arası farklılıklar
 beden memnuniyetsizliği 142, 144
 kontraseptif kullanımı 180
 çevre ve semptom algısı 58-9 hastalık bilişleri 50
 uzun ömür 15-16
 metabolizma hızı ve obezite 338-9
 eustress 221
 egzersiz; *ayrıca bkz.* fiziksel aktivitenin önündeki engeller 167
 davranış değişikliği müdahalesi 42 157-8 ile ilgili çağdaş kaygılar
 koroner kalp hastalığı (KKH) müdahaleleri 359, 360
 tanım 158
 bireysel ve gözetimli programlar 165-6 ve obezite 340-2
 katılım istatistikleri 158, 159
 fiziksel faydaları 159-61
 öngörücüleri 164-8, 169-70
 psikolojik faydaları 161-3, 163-4
 relaps 170
 ve sigara 124
 stres-hastalık ilişkisi 243
 'tükenme', genel adaptasyon sendromu (GAS) 222, 229, 245
 genişleyen davranışsal niyetler 38
 beklentiler/beklentiler 29, 33, 35, 121, 297, 299-300
 'beklenti inançları' 35 'beklenti değeri' inancı 35

düşüğün beklenen yönetimi 368, 369 deneyici yanlılığı, plasebo mekanizması 296-7, 299
 yeme davranışına ilişkin dışsallık teorisi 343

F

acının yüz ifadeleri 279 inanç şifacıları 294, 300, 303
 taramada yanlış-negatif sonuçlar 210
 taramada yanlış-pozitif sonuçlar 210, 213-14
 ailesel adenomatöz polipozis (FAP) 214-15 aile; *ayrıca bkz.* çocuklar/ergenler; ebeveynler
 kalp çalışması 211-13
 beden memnuniyetsizliğini öngörmedeki rolü 143 cinsel eğitim 193-4
 aile planlaması klinikleri 192
 yağ hücreleri teorisi ve obezite 339 yağlar, diyet 128, 130, 344
 çocukluk diyeti 129
 korku ve acı algısı 277-8
 savaş ya da kaç stres modeli 222-3, 228
 bağımlılığın ilk hastalık kavramı 101
 kontraseptif kullanımının beş bileşenli modeli 178 takip taraması 202
 'food dudes' 132
 'gıda korkuları' 133

G

gastrik bypass/gastrik bantlama 349-50
 ağrının kapı kontrol teorisi (GKT) 273-5
 kapı kapatma mekanizmaları 275
 kapı açma mekanizmaları 274
 giriş 273-4
 ve diğer ağrı modelleri 274, 276
 çıktı 274
 275 ile ilgili sorunlar
 eşcinsel erkekler, *bkz.*
 eşcinseller cinsiyet farklılıkları
 alkol tüketimi 96-7
 kontraseptif kullanımı 180
 güç ilişkileri 194
 sorun odaklı ve duygu odaklı başa çıkma stratejileri 257
 sigara 95-6, 123
 stres tepkiselliği 229
 yazma ve duygusal ifade 250
 genel adaptasyon sendromu (GAS) (Selye) 222-3, 229, 245
 genel sağlık anketi (GHQ) 396, 401 obezitenin genetik nedenleri 338-9
 genetik danışmanlık/danışmanlar 201, 205
 genetik tarama 200, 201, 204
 olumsuz yönler 210-11, 214-15
 bağımlılığın genetik teorileri 102-3, 109
 gonorrhoea 183, 184
 devlet müdahaleleri; *ayrıca bkz.* sağlık eğitimi sigara ve içki 117
 düşük sonrası keder 366

rehberli ustalık deneyimleri 41
suçluluk 151, 181

H

hemofililer ve HIV/AIDS 312
dayanıklılık 228, 324
sağlık
egzersizin faydaları
167 tanımlar 47-8, 400
çok boyutlu model 47-8
sağlık eylem süreci yaklaşımı (HAPA) 32-3
sağlık davranışları 13
17-18'i öngörmek
sağlık inanç modeli (HBM) 23-6
bileşenler 24
çelişkili bulgular 25-6
kontraseptif kullanımı 179, 185-6
26, 34, 35 ile ilgili sorunlar
tarama alımı 203-4
25 için destek
24-5 kullanarak
sağlık inançları; *ayrıca bkz* atf teorisi; biliş
modelleri; sosyal biliş modelleri; değişim
aşamaları modeli
koroner kalp hastalığı (KKH) 354-5, 360-1
tanım 13-14
ve egzersiz 166-8
sağlık profesyonelleri 85-7, 296-7
ve bağışıklık sistemi 248
meslekten olmayan teoriler 17
kontrol odağı 19, 23 ahlak ve
uzun ömür 14-17 ve
plasebolar 296-7, 306-7
sağlık davranışlarının öngörülmesi 17-18
araştırma sorunları 23
kendini onaylama teorisi 20-1
gerçekçi olmayan iyimserlik
20, 23 sağlık eğitimi
koroner kalp hastalığı (KKH) 360
HIV/AIDS 315-16
güvenli seks 192-3
sağlık profesyonelleri
inançlar 85-7, 296-7, 307
ÖZELLİKLER 296
ve hasta iletişimi 76-9, 80, 81-2,
87-91
tarama sorunları 205
sigarayı bırakma tavsiyesi 116
değişkenlik sorunu 82-7, 88
sağlığı koruyucu davranışlar 14
sağlık psikolojisi
amaçlar 5-6
arka plan 1
biyomedikal modele meydan
okuma 3-5 geleceği 6-7
sağlık durumu ölçümü 393-4; *ayrıca bkz.* yaşam
kalitesi
araştırma sorunları 401

bakış açısında değişim 399, 400
özel 294 sağlık-
hastalık ilişkisi
biyomedikal model 2
sağlık psikolojisi perspektifi 4
psikolojinin rolü 2, 4-5
sağlığı bozan alışkanlıklar 14
kalp hastalığı, *bkz.* koroner kalp hastalığı
(KKH) yardım arama davranışları 351
çaresizlik
ve kanser 324, 325
ve ağrı algısı 278 ve stres
azaltma 266
C tipi başa çıkma tarzı 318, 319, 324
Herold ve McNamee'nin kontraseptif kullanımı
modeli 179
yüksek düzeyde aktif anti-retroviral tedavi
(HAART) 317 tarihsel perspektifler
bağımlılık modelleri 100-2
HIV/AIDS 312
plasebolar 294-5
ilerleme sorunu 406 tarama 200-
1
seks 173-4
Hite Raporları 174-5
HIV/AIDS 182-95, 311-21
314-16'ya yönelik tutumlar
312'nin tarihçesi
uzun ömürlülük 318-19
yaygınlık 313
önleme, kondom kullanımı 184, 185-7
ilerleme 313, 316-18
araştırma sorunları 319
psikolojinin rolü 313-19, 320-1
cinsiyet ve hastalık söylemleri
195
stres-hastalık ilişkisi 251, 317-18
duyarlılık 316
testler 203, 205
virüs yapısı ve bulaşma 312 evde doğum
377, 378-80
homoseksüeller
prezervatif kullanımı 183, 185, 189-90, 194
ve HIV/AIDS 312, 316, 319, 320-1
hormon replasman tedavisi (HRT) 386, 388-9,
390
hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADS) 396, 402
hastane doğumları 377, 378, 379-80
düşmanlık 263-4, 358
'humoral aracılı bağışıklık' 247
konsültasyonlarda mizah 75
Huntington hastalığı taraması 200, 201, 204
hiper-vijilans ve ağrı algısı 278
hipertansiyon
egzersizin faydaları 160
ve koroner kalp hastalığı (KKH) 358 tarama
201, 209, 212, 213, 215
ve stres 239, 244-5 ve
kilo kaybı 350

hipotalamik-hipofiz-adrenokortikal (HPA)

aktivasyon 229, 244, 245

linik karar vermede hipotezler 83-7 hipotetik-tümdengelimsel karar verme modeli 83 'histerik felç' 2-3

I

kımlık değışikliği 61

hastalık; *ayrıca bkz.* stres-hastalık ilişkisi

nedenleri

biyomedikal model 2

biyopsikososyal model 3-4

ve diyet 129

temsiller ve davranışsal sonuçlar 55-6

stres faktörü olarak 243

öznel tanımlar 49

hastalık davranışı 13

hastalık bilişleri; *ayrıca bkz.* hastalık bilişlerinin öz

düzenleyici modeli

tanım 49

ölçüm 51-2

ve plasebo 307

araştırma perspektifleri 49-50

araştırma sorunları 52

hastalık algısı anketi (IPQ/IPQR) 51, 75

yanılsamalar 66-7, 264

bağışıklık sistemi 246-7

kondisyon 247

ölçüm 247-8

ve fizyolojik tepki 250-1 psikolojik durum

ve 248-50

teşvikler 29

bireysel faktörler; *ayrıca bakınız* sağlık çalışanları;

kişilik; psikolojik faktörler

biliş ve sosyal normlar 181-2, 186-7

sağlık profesyonellerinin klinik karar verme süreci

87 ağrı değışkenliği 272-3, 274, 275

egzersiz öngörücüleri 166

yaşam kalitesi ölçümleri 397

tarama sorunları 203-4, 213-17

sosyal dünya ve cinsel eğitim 193-4 stres-

hastalık değışkenliği 245-6

özellik teorisi ve plasebo mekanizması 295

kilo kaybı 351

bireysel-sosyal bağlam entegrasyonu 406-7

tümevarımsal akıl yürütme 83

bulaşıcı hastalıklar, 14 bilginin

azalması; *ayrıca bkz.* bilgi

kriz olarak hastalık

61 sözlü ve yazılı 79

hasta hatırlama 76

hasta memnuniyeti 75

uyumdaki rolü 76-9

hastalıktaki daha geniş

rolü 79-81

bilgilendirilmiş seçim 90-1

'emredici normlar' 36 araçsal

sosyal destek 253

niyetler; *ayrıca bkz.* davranışsal niyetler

egzersizin yönü 158

plasebo mekanizmasının etkileşimli teorileri 296-9 iç

kontrol odağı 181

içsel/öz-yüklemeler 121-2, 151 kişilerarası

perspektifler

kontraseptif kullanımı 181, 185, 187, 188-91

cinsiyet 175-6

yorumlama

pozitif 67

hastalık bilişlerinin öz-düzenleyici modeli 53, 54, 56-60

müdahaleler, teori temelli 39-41 kişi içi

faktörler, kontraseptif kullanımı 180-1 'ters

bakım yasası' 211

plasebonun yatırım etkileri 303, 305

J

Jenkins faaliyet anketi 262-3

iş stresi 252-4, 265, 266

adalet, taramada etik sorun 211 gerekçe ve

semptom değışimi, plasebo etkisi

303-5

K

Kinsey Raporu 174, 175 bilgi;

ayrıca bkz. bilgi

kontraseptif kullanımı 180

doktor değışkenliği sorunu 82-7, 88

sağlık profesyoneli-hasta iletişiminde 81-2

egzersizde rol 166

güvenli seks sorunları 192-3, 315-16

L

laboratuvar ortamları, stres ölçümü 230, 232 dil

sağlık profesyonellerinin sağlık inançları

87-8 duygusal ifadede kullanım 250

meslekten olmayan perspektifler 17

vs tıbbi terminoloji 60

profesyonel sağlık inançlarına karşı 81-2,

88 öğrenme; *ayrıca bkz.* modelleme; sosyal

öğrenme

ağrı algısındaki rolü 276-7, 280

boş zaman etkinliği 158, 160

Leventhal, *bkz.* hastalık bilişlerinin öz-

düzenleyici modeli (Leventhal)

Ley'in bilişsel uyum hipotezi 74-6, 79, 81-2

yaşam olayları

ve kanser 323-4, 327

stres teorisi 223-5

Yaşam Stresörleri ve Sosyal Kaynaklar Envanteri (LISRES) 225

yaşam tarzı

danışmanlık 212, 360

HIV/AIDS duyarlılığı 316, 317

hareketsiz 164

Lindemann'ın üç aşamalı doğum kontrol yöntemi

kullanımı teorisi 177-8

egzersizin konum yönü 158
kontrol odağı 19, 23, 181; *ayrıca bkz.* öz yeterlilik
uzun ömür; *ayrıca bkz.* öz yeterlilik
Belloc ve Breslow çalışması 16-
17 kanserde 327-30
kültürlerarası farklılıklar 15-16
ve egzersiz 159-60
HIV/AIDS 318-19
öngörü ve yaşam kalitesi 402

M

McGill Ağrı Anketi (MPQ) 289, 396
McKeown'ın sağlık inançları tezi 14-16
büyütme ve ağrı algısı 278 uyumsuz yanıt,
başa çıkma süreci 65 mamografi, *bkz.*
meme taraması
menopozda evlilik ilişkileri 387 medeni
durum, stres-hastalık ilişkisi 254
'maskeleme hipotezi', aşırı yemenin ruh hali
modifikasyon modeli 149
Masters ve Johnson raporu 174, 175
ustalık
bilişsel adaptasyon teorisi 66, 67, 325
rehberli ustalık deneyimleri 41 kansere
yanıt 325
ve 228 anlamını
vurgulamak
ağrı ve ağrı algısı 278 araştırması
65-6, 67, 325
ölçüm; *ayrıca bkz.* sağlık durumu ölçümü; yaşam
kalitesi
başa çıkma 258-9
işleyiş 394
hastalık bilişleri 51-2
bağışıklık sistemi 247-8
bilgilendirilmiş seçim 91
Ağrı 289
406 sorunu
stres 230-4
medya etkileri 133-4, 141-2, 145 'tıp
öğrencilerinin hastalığı' 59 tıbbi
tedaviler
obezite için 349
ağrı için 272
tıbbi terminolojiye karşı halk
terminolojisi 60 menopoz 384-90
hormon replasman tedavisi (HRT) 386, 388-9,
390
yönetim sorunları 388-9
fiziksel değişiklikler 385
psikolojik etkiler 387-8
araştırma sorunları 390
sosyal faktörler 386-7
semptomlar 384, 385
geçiş olarak 385-6
metabolizma hızı ve obezite 338-
9 metodoloji 8
Sözlük 409-11

sorunları 34-5, 119, 406
zihin-beden düalizmi 2, 4-5, 405
ağrı 274, 275
plasebo 308
düşük 365-9
tedavi modunun etkisi 367-8
araştırma perspektifleri 366-7
araştırma sorunları
369 yanıt aşamaları
367
modelleme; *ayrıca bkz.* öğrenme; yeme
davranışının sosyal öğrenme hipotezi 132,
145 bağımlılığın sosyal öğrenme süreci 105
ruh hali; *ayrıca bkz.* *duygu başlangıcı girişleri; belirli
ruh halleri*
egzersizin faydaları 163-4
menopozdaki değişiklikler 387-8
ve diyetle bilişsel değişiklikler 152-5
sağlık profesyonellerinin klinik karar verme
sürecindeki rolü 87
ve bağışıklık sistemi 248 aşırı
yemenin modifikasyon modeli 149
ve semptom algısı 57-8, 59
yazma/duygusal ifade 250
bağımlılığın ahlaki modeli 100, 101
ahlaki normlar 36
morbidite oranları 394, 400
ölümlülük; *ayrıca bkz.* *duygu ile başlayan girişler;
belirli ruh halleri*
alkol tüketimi 99
ve davranış 15
oranlar 393-4, 400
sigara içmek 98
anne-kız ilişkisi, beden memnuniyetsizliği 144-5
ANNELİK
372, 377'ye yönelik
tutumlar 380'in olumsuz
etkisi 381'in olumlu etkisi
nitel araştırma perspektifleri 381 ve işe
dönüş 382-3
motivasyon; *ayrıca bkz.* koruma motivasyon teorisi
(PMT)
plasebo mekanizması 297
ve kilo kaybı 149, 351-2
bağımlılık için çok perspektifli bırakma klinikleri
114-15
obezite için çok boyutlu davranış programları
346-7
yaşam kalitesinin çok boyutlu ölçümü 396-7
çok fazlı tarama programları 200 miyokard
enfarktüsü (MI) 69-70, 353, 354-5,
359, 360-1; *ayrıca bkz.* koroner kalp
hastalığı (KKH)

N

doğal öldürücü hücre sitotoksitesi (NKCC) 247-8,
249, 250, 320

kanser tedavisinde bulantı ve kusma 326 taramada
negatif sonuçlar 214-15
yanlış-negatif 210
prezervatif kullanımının müzakeresi 188-91, 193,
194 neofobi, çocuklukta gıdaya maruz kalma ve
tercihler
131
nikotin solması 112-13
nikotin replasmanı 113
faydasızlık, taramada etik sorun 210-11 norepinefrin
163
normlar
genişletilmiş 35-6
sosyal 36, 181-2, 186-7, 194

O

'ob geni' 339
Obezite 90
egzersizin faydaları
160 nedenleri 337-45
davranışsal 340-4
fizyolojik 338-9
tanımlar 334-5
hemşirelerin 87
fiziksel sorunlar 336
yaygınlık 336
psikolojik sorunlar 336-7
araştırma sorunları 345, 352-3
psikolojinin rolü 334 tedavi
346-52
faydalar 348
İlaç 349
Başarılar 350-2
ameliyat 349-50
ağrının gözlemsel değerlendirmesi
289 mesleki faaliyet 158, 160
edimsel koşullanma 105, 277
fırsatçı tarama 200 sözlü ve
yazılı bilgi 79
tarama alımında örgütsel faktörler 205 orgazm 174,
175
Orlistat 349
osteoporoz 385, 388, 389
egzersizin faydaları 160
sonuç(lar)
egzersizin yönü 158
başa çıkma 61, 65, 67,
259
beklentiler 29, 33, 35, 121
sağlık profesyoneli-hasta sözleşmesi 90
bilgilendirilmiş seçim 91
ölçüm, yaşam kalitesi 401-2 ağrı
kabulü 288
öngörü, öz-düzenleyici model 67-70 sigara
içme 55-6
aşırı yüklenme ve stres olayları
227 aşırı yeme
147-52 neden olur
ve diyet 146-55
isyan olarak 149, 153-4

OXCHECK çalışması, koroner kalp hastalığı (KKH)
taraması 211, 213

P

ağrı
akut ve kronik 271-2, 277, 282
tanım 271-2
ölçüm 289
araştırma sorunları 275
teoriler 272-5
ağrı kabulü 288
ağrı deneyimi 272-3, 280, 281-2
ağrı algısı 274, 276-80 ağrı
tedavisi
kanser 326
sonuç olarak ağrının kabulü 288
plasebolar 284-8, 295, 299, 304-5, 307-
8
psikolojinin rolü 282-8
ebeveynler; *ayrıca bkz.* çocuklar/ergenler; aile
kontraseptif kullanımı 181
yemek ve yeme 132-3, 134-6
cinsel eğitim 193-4
kontraseptif kullanımında partner faktörleri 181, 191,
192-3 geçmiş davranış, davranışı öngörmedeki rolü
niyetler 39
hasta merkezlilik 88-9
hasta beklentileri, *bkz.* beklentiler/beklentiler hasta
faktörleri, *bkz.* bireysel faktörler
hasta geri çağırma 76
hasta memnuniyeti 75, 77-8
hasta anlayışı 76
hasta-sağlık profesyoneli iletişimi 76-9, 80,
81-2, 87-91
akranlar kontraseptif
kullanımını etkiler 181
cinsel eğitim 193-4
sigara içmek 108
algılanan kontrol 264
algılanan ihtiyaçlar 38
algılanan ağrı 274, 276-80
algılanan stres ölçüğü (PSS) 231
vücut yağ yüzdesi 335
kişi-çevre uyumu, stres tanımı 221-2, 228
kişisel dijital yardım (PDA) 231 kişisel
zarar, tarama etkileri 210 k i ş i s e l
sorumluluk, stres-hastalık bağlantısı 266
kişisel duyarlılık, cinsel risk algısı 185, 187-8
kişilik; *ayrıca bkz.* bireysel faktörler; psikolojik
faktörler
ve kanser 324, 327-30
kontraseptif kullanımı 181
duygusal ifade 250
sağlık davranışlarının
öngörülmesindeki rolü 37 ve stres-
hastalık ilişkisi 262-4
A tipi ve koroner kalp hastalığı (KKH) 262-3, 358,
359

fantom uzuv ağrısı 273, 275
 phentermine 349
 fiziksel anormallik, bağımlılığın ikinci hastalık kavramı 102-3
 fiziksel aktivite, *bkz.* egzersiz
 fizyolojik faktörler
 obezitenin nedenleri 338-9
 diyetle gıdaların 136
 sonuçları 347 ağrının
 ölçümü 289 plasebo
 teorileri 299
 plasebolar
 bilişsel uyumsuzluk teorisi 300-6
 tanımlar 294
 ve sağlık anlayışı 295 tarihçesi 294-5
 mekanizmalar 295-9
 günümüz 295
 ve ağrının azaltılması 284-8, 295, 299, 304-5, 307-8
 ve hasta beklentileri 297, 299-300
 araştırma sorunları 299
 306-8'in rolü
 planlı davranış, *bkz.* planlı davranış teorisi (TPB)
 cinsiyetin zevk işlevi 174-5
 nüfus taraması 200
 hastalığın olumlu yorumlanması 67
 olumlu yeniden çerçeveleme 258
 taramanın pozitif sonuçları 215
 yanlış pozitif 210, 213-14
 tahmin ediciler
 egzersiz 164-8, 169-70
 sağlık davranışları 17-18, 35-7 psikolojik, *bkz.* psikolojik öngörücüler sosyal, *bkz.* sosyal öngörücüler
 Hamilelik
 kaçınma 175, 176
 ve doğum 377-84
 danışmanlık hizmetleri 192 ve sosyal destek 260
 ön yükleme/tat test yöntemi 145-7, 149, 150, 153-4
 önleyici davranış, kontrol ve stres-hastalık bağlantısı 266
 önleme, ikincil, *bkz.* tarama birincil
 değerlendirme 225-6, 228, 229, 256 sorun
 çözme
 84-5 model olarak klinik karar verme 83-4
 sorun odaklı ve duygu odaklı başa çıkma stratejisi 64, 257-8, 259
 prosedüre ilişkin bilgi 80 profesyonel
 sağlık psikoloğu 7 ilerleme, 406
 sorunu
 koruma motivasyonu teorisi (PMT) 26-9
 beklenen pişmanlık 36
 bileşenler 26-7
 eleştirileri 29, 34, 35

araştırma odağı 28-9
 27, 41, 107 kullanarak
 proteinler, diyet 128
 psikolojik faktörler; *ayrıca bkz.* bireysel faktörler; kişilik
 egzersizin faydaları 161-3, 163-4
 beden memnuniyetsizliğinin nedenleri 143-5 diyetle 347
 ağrı teorilerinde 272-3
 önceden var olan anormallik ve bağımlılık 103 kilo kaybı 351-2
 alkol kullanımının
 psikolojik
 belirleyicileri 108-9
 tarama alımının 202-6, 206-8
 sigara içmenin 107
 yaşam kalitesine psikolojik süreçler yaklaşımı 395
 psikonöroimmünoloji (PNI) 246-51 stresin
 psikofizyolojik modeli 234-5 ağrı algısında
 psikososyal faktörler 276-80 psikosomatik tıp 2-3
 halk sağlığı müdahaleleri, bağımlılık 116-17, 119

Q

nitel araştırma sağlık
 tanımı 48
 hastalık bilişleri 50
 sağlık teorileri 17 düşük 367
 yaşam kalitesi tanımları 395
 ölçüm 395-7, 400-2
 kalça protezi ameliyatı 398-9
 sonuç olarak 401-2
 uzun ömürlülüğün
 öngörücüsü olarak 402
 araştırma konuları 400-1
 kantitatif araştırma
 hastalık bilişleri 50
 düşük 366-7
 anketler 51, 67, 75, 289, 396, 401

R

Rains'in doğum kontrol yöntemi
 kullanım modeli 178 hızlı sigara içme 113
 gerçek ve ideal algılar, beden ölçüsü 140-1
 'gerçekçi kabul' 319
 gerekçeli eylem, (TRA) teorisi 30, 34, 35; *ayrıca bkz.* yeme davranışının bilişsel modelleri
 isyan, 149 olarak aşırı yeme, 153-4
 iyileşme
 hastalık bilişleri ve 68-70
 bilginin rolü 79-81 stres 229-30, 245
 rehabilitasyon (KKH) 359-61
 nüks
 bağımlılık 120-2
 alkol 152
 egzersiz 170

152 olarak aşırı yeme
sigara 152, 242
ilişki stres 254 rahatlama
ağrı tedavisi 282, 287, 326
çocuklarda eğitim 233-4
raporlama hatası, plasebo mekanizması 297-8, 299
'baskılayıcılar', stres 226-7 cinsiyetin
üreme işlevi 173-4 araştırmacı
öznelliği 400
Strese karşı 'direnc' 222, 229, 230, 246 çözüm
aşaması, düşüğe tepki 367 kaynaklar, sorun
odaklı vs duygulu odaklı
başa çıkma stratejisi 258
yeme davranışına ilişkin kısıtlama teorisi 145-55,
348, 349 geri çekilme, *bkz.* inkar
ödül-gıda ilişkisi 134-5
risk algısı 20-1
HIV/AIDS 314-16
rol teorisi
geliştirme ve çatışma, kadınlar 253
sosyal desteğin stres tamponlama hipotezi 260
Rosenberg'in özsayı ölççeği 397, 401
Ruminasyon
anksiyete ve depresyon 253-
4 ve ağrı algısı 278

S

güvenli seks, *bkz.* kondom kullanımı
bireysel yaşam kalitesini değerlendirme
programı (SEIQoL) 397, 398, 399
son deneyim programı (SRE) 223-5 okul
cinsel eğitim programları 193 tarama
tanım 199-200
erken programlar 200
yönergeler 202
ethos'un tarihi 200-1
sorunsal olarak 208-
17
TEPKİ 217
maliyet-etkinlik 211-13
etik sorunlar 209-11
bireysel psikolojik etkiler 213-17 alımın
psikolojik öngörücüleri 202-6, 206-8
son programlar 201
yararlı bir araç olarak
201-2
bağımlılığın ikinci hastalık kavramı 101, 102-3
ikincil değerlendirme 225-6, 228, 229, 256
ikincil kazançlar 279
salgısal immünoglobulin A (sIgA) 247-8
sedanter yaşam tarzları 164
sağlık inançlarının kendini onaylama teorisi
20-1 kendine atfetme/işsel atfetme 121-2, 151
öz farkındalık 150-1
özgüven
egzersizin faydaları 162, 163
menopoz 388
özenetim 227-8, 285-6; *ayrıca bkz.* kontrol

öz yeterlilik 29, 33
ve rahim ağzı taraması 205
ve kondom kullanımı 186
ve kontrol 264
ve ağrı 279, 282
ve stres 227
özsayı
ve kürtaaj 374, 375
egzersizin faydaları 162, 163
bilişsel adaptasyon teorisi 66, 67, 325
ve menopoz 388
ve ebeveynlik 381
Rosenberg'in ölççeği 397, 401
ve sigaraya başlama ve sürdürme 108 ve kilo
kaybı 352
kendi kendine muayene/tarama 200, 201
kendi kendine yardım 217
bağımlılık 114, 115
öz kimlik 36
kişisel imaj 166
öz-öngörüler 38
hastalık bilişlerinin öz-düzenleyici modeli
(Leventhal) 52-4
sonuç tahmini 67-70
değerlendirme ile ilgili
sorunlar 54 aşamalar 53-4,
56-67
öz bildirim
ağrı ölçümü 289
stres ölçümü 231-2
Selye'nin genel adaptasyon sendromu (GAS) 222-3,
229, 245
duyusal bilgi 80
cinsel davranış ve kontraseptif kullanımının dizi
modeli 179
ayarlar
doğum 377-80, 383
Egzersiz 158
stres ölçümü 230-1, 232
seks; *ayrıca bkz.* kondom kullanımı; doğum
kontrolü; HIV/AIDS eğitimi 192-4
işlevler 173-5
suçluluk ve kaygı
181
sağlık riski olarak (CYBH/HIV) 175, 176
etkileşim olarak 175-6
araştırma perspektifleri 173-5
araştırma sorunları 182
risk algısı 20
roller 181
cinsel sağlık hizmetleri 192
cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) 40, 183; *ayrıca bkz.*
HIV/AIDS
SF36 397, 401, 402
Şok 60
hasta rolü 14, 61, 279
orak hücre anemisi taraması 201, 210-11
sigmoidoskopi taraması/kolorektal kanser 203, 204,
209
Gümüş Astar Anketi (SLQ) 67

- durumsal faktörler, kontraseptif kullanımı 181-2, 189-90
- duman tutma 113-14
- sigara; *ayrıca bkz.* bağımlılık (içki ve sigara) yasakları 116, 117, 118-19
- bırakma
- müdahaleleri 360
 - ve nüks 152, 242
 - değişim aşamaları modeli 42, 110-11, 111-12
 - yoksunluk belirtileri, egzersizin faydaları 162
- tutarlılık modeli 70
- ve koroner kalp hastalığı (KKH) 212, 213, 355, 360
- 98'e atfedilebilecek ölümler
- doktorlar 87
- ve yeme davranışı 123-4 cinsiyet farklılıkları 123
- hastalık temsilleri ve davranışsal sonuçlar 55-6
- başlatma ve sürdürme 107-8
- olumsuz etkiler 98
- olumlu etkiler 98
- yaygınlık 95-6, 97
- stres-hastalık ilişkisi 242, 251
- atıştırılmalık/atıştırılmalık yiyecekler 135-6, 243
- sosyal antropoloji perspektifleri, sağlık tanımı 48
- egzersizin sosyal faydaları 167
- sosyal sınıf, *bkz.* sosyo-ekonomik statü (SES)
- sosyal biliş modelleri 29-33; *ayrıca bkz. belirli modeller* egzersize bağıllık 167-8
- kontraseptif/kondom kullanımı 182, 185-7
- müdahaleler 39-41
- 34-42, 186-7 sosyal karşılaştırma
- ile ilgili sorunlar
- düşükle başa çıkma 366-7 ve ağrı deneyimi 280
 - sosyal desteğin stres tamponlama hipotezi 260
- sosyal bağlam 406-7
- beden memnuniyetsizliği 141-3
 - prezervatif kullanımı 191-4
 - semptom algısı 58-9
- taramanın sosyal zarar etkileri 210-11 sosyal öğrenme modelleri
- bağımlılık 100, 102, 104-5
 - bırakma 113-15
 - ve hastalık modeli 105, 121-3
 - yeme davranışının 132-4
- sosyal mesajlar 53, 59-60
- sosyal normlar 36, 181-2, 186-7, 194
- sosyal öngörücüler
- bağımlılık 108, 109
 - egzersiz 164-8
- sosyal yeniden uyum derecelendirme ölçeği (SRRS) 231 sosyal destek
- ve kanser 326
 - 61'deki değişiklikler
 - tanım 259-60
 - ve sağlık 260, 261-2
 - ve iş stresi 253
 - ve ağrı tedavisi 282
 - ve stres-hastalık bağlantısı
- 260, 266 sosyo-ekonomik statü (SES)
- beden memnuniyetsizliği 142-3, 144
 - kronik stres 252
 - kontraseptif kullanımı 180
 - tarama alımı 203
- Sokratik sorular 282-3 spontane
- abortus, *bkz.* düşük Spor Konseyi
- girişimleri 157, 164
- değişim aşamaları modeli 21-2, 23, 109-10
- egzersiz davranışı 168
- sigarayı bırakma 42, 110-11, 111-12
- merdiven tırmanma 165
- yaşam kalitesine standart-ihtiyaç yaklaşımı 395
- stereotipler
- karar verme sürecinde 86
 - genetik bozukluklar 211
- stres; *ayrıca bkz.* anksiyete; başa çıkma; stres-hastalık ilişkisi
- kanserin başlaması ve ilerlemesinde 323
 - ve kontrolünde 227-8, 264-5
 - tanım 221-2
 - ölçüm 230-4
 - modeller, 222-5
 - modifikasyonunun
 - geliştirilmesi 361
 - egzersizin faydaları
 - 162 plasebolar 307
 - çocuklarda gevşeme eğitimi 233-4
 - fizyolojik ölçüm 231-2
 - fizyolojik tepkiler 228-34, 265
 - psikolojik faktörler 225-8
 - psikofizyolojik model 234-5
 - kurtarma 229-30, 245
 - KKH için risk faktörü
 - olarak bilginin rolü 79-81
 - 358
- sosyal desteğin stres tamponlama hipotezi 260 stres tepkiselliği 163-4, 229, 245, 263-4
- stres direnci 222, 229, 230, 246 stres-hastalık bağlantısı
- akut süreç 241, 244
 - davranış değişiklikleri 241-3, 244-5
 - nedensellik 239-40
 - kronik süreç 240-1, 244
 - 252-4'ün etkisi
 - ve kontrol 266
 - ve başa çıkma 259
 - bireysel değişkenlik 245-6
 - ılımlaştırıcı faktörler 255-67
 - ve kişilik 262-4
 - fizyolojik tepkiler 244-6
 - psikonöroimmünoloji 246-51
 - araştırma sorunları 252
 - ve sosyal destek 260
- 'stres-diyatez' hastalık modeli 240, 241
- stres etkenleri 222, 223, 224, 225, 226, 227
- ve başa çıkma 258
- inme, iyileşmenin öngörülmesi 68-9

Stroop görevi 149, 153-4
 öznel beklenen fayda (SEU) teorisi 23, 178 öznel
 stres deneyimi 265
 öznel sağlık durumu 394, 400
 yaşam kalitesinin öznel ve nesnel ölçümü 396
 ani kardiyak ölüm 353 cerrahi
 obezite için 349-50
 79-80 arası iyileşme
 sürekli davranış değişikliği 41-2
 sempatik aktivasyon 228, 244, 245
 kanserde semptom hafifletme 325-7
 semptom algısı 53, 54, 56-9
 ve bağıllık 68
 ve biliş 58
 bireysel farklılıklar 56-7
 plasebo için gerekçe 303-5 ve
 ruh hali 57-8
 sosyal bağlam 58-9
 sosyal mesajlar 59-60

T

T hücreleri 247, 249, 251
 CD4-pozitif 312, 313
 bağışıklık sistemi ölçümü 247-8
 Taylor'ın başa çıkmaya ilişkin bilişsel adaptasyon
 teorisi 65-7, 318, 325
 niyetlerin zamansal istikrarı 38
 alkolün gerilim azaltma teorisi 108-9, 242-3
 gebeliğin sonlandırılması, *bkz.* kürtaj
 kendi kendine testis muayenesi 200, 201
 teorik perspektifler 7-8
 'zihinsel kontrolün ironik süreçleri teorisi' 150 planlı
 davranış teorisi (TPB) 30-2
 bileşenler 30-1
 ve kararsızlık kavramı 36 kondom
 kullanımı 185-6
 eleştirileri 32, 34, 35-6
 yemek 137
 egzersiz 168, 169-70
 tarama alımı 203
 Sigara içmek 110
 31-2 için destek
 kullanım 31, 40-1, 42
 gerekçeli eylem teorisi (TRA) 30, 34, 35-6, 40-1
 kontraseptif kullanımı 179, 185-6
 yemek 137
 teori-veri ilişkisi 407
 teori temelli müdahaleler 39-41
 tehdit değerlendirmesi 26, 33
 ağrı algısının üç süreçli modeli 280

üç aşamalı kontraseptif kullanım teorisi (Lindemann)
 177-8
 transaksyonel stres modeli 225-7 tedavi
 inançlar ve bağıllık 68, 70
 biyomedikal model 2
 özellikler ve plasebo mekanizması 296
 sağlık psikolojisi perspektifleri 4
 tümör büyümesi 247, 251; *ayrıca bkz.* kanser
 kargaşası evre, düşüğe tepki 367 ikiz
 çalışmaları, obezitenin nedenleri 338
 A tipi kişilik 262-3, 358, 359
 C tipi başa çıkma tarzı 318, 319, 324

U

kontrol edilemeyen stres
 olayları 227 yetersiz beslenme
 145-6
 işsizlik 260, 261-2
 gerçekçi olmayan iyimserlik 20, 23

V

değişkenlik 245-6, 272-3, 274, 275
 sağlık profesyonellerinde 82-7, 88
 değişkenler ve karşılıklı ilişkiler 405-6

W

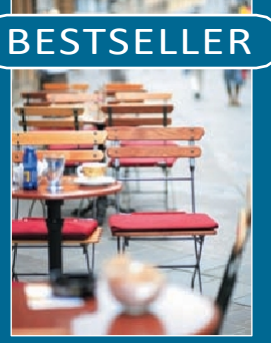
bel çevresi 334
 yeme davranışının kilo kaygısı modelleri 140-55 kilo
 kaybı 42, 152, 350, 351-2
 esenlik, egzersizin faydaları 162-3
 kanser müdahalelerine bütüncül yaklaşım 326 kadın;
ayrıca bkz. belirli sağlık sorunları
 beden memnuniyetsizliği 141-3, 144-5
 kontrol ve aşırı yeme 151-2
 istihdam sorunları 253, 266, 267, 382-3, 387
 yaşam seyri perspektifi, sağlık tanımı 48
 araştırma sorunları 376, 383
 sigara 55-6, 108
 ve diyet 123, 124
 Kadın Risk ve AIDS Projesi (WRAP) 188-91 iş, *bkz.*
 istihdam
 Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 129, 384 hastalığın
 sonuçları 356-7
 sağlığın tanımı 47 yaşam
 kalitesinin tanımı 395
 yara iyileşmesi 247, 250, 251
 yazma, 249-50 yazılı bilgi aracılığıyla duygusal
 ifade 79

Y

'yo-yo' diyet 347, 348

Sağlık Psikolojisi Ders Kitabı Dördüncü Baskı

BESTSELLER



"Bu dördüncü baskı, kadın sağlığı üzerine yeni bir bölüm de dahil olmak üzere bir dizi önemli yeni konunun yanı sıra okuyucunun her bölümdeki temel kavramsal ve metodolojik konuları eleştirel bir şekilde incelemesi için fırsatlar içermektedir. Açık bir şekilde yazılmış ve son derece erişilebilir olan bu kitap, sağlık psikolojisi ders kitaplarının bir numaralı tercihi olmayı hâlâ hak ediyor." - John Weinman, King's College, Londra

Jane Ogden tarafından yazılan ve alanında lider bir ders kitabı olan Sağlık Psikolojisi, tüm sağlık psikolojisi öğrencileri ve araştırmacıları için vazgeçilmez bir kaynaktır.

Tıp, hemşirelik ve yardımcı sağlık öğrencileri için de çok değerlidir. Öğrencilerin ve öğretim görevlilerinin favorisi haline getiren kapsam genişliği, açıklık ve alaka düzeyini koruyan bu dördüncü baskı, kapsamlı bir şekilde gözden geçirilmiş ve güncellenmiştir.

Yeni Özellikler:

- Hamilelik, düşük, doğum, menopoz ve ilgili alanlardaki son araştırmaları inceleyen kadın sağlığı konularına ilişkin yeni bölüm
- Yeni "Some problems with..." kutuları sağlık psikolojisi araştırmalarını analiz etmekte ve bu alandaki araştırmaların eksikliklerini ve sınırlılıklarını tanımlamaktadır
- Güncellenmiş "Araştırmaya Odaklanma" örnekleri, egzersiz, sigara ve ağrı da dahil olmak üzere sağlık psikolojisinde güncel konuları ve yeni araştırma alanlarını tanıtmaktadır
- Yeni baskı, yeni veriler, grafikler ve daha fazla okumanın yanı sıra en son yayınlara ve diğer verilere nereden ulaşabileceğinize dair öneriler içermektedir
- Bağımsız çalışma ve gözden geçirme için revize edilmiş bölüm sonu gözden geçirme soruları

Çevrimiçi Öğrenme Merkezi: www.openup.co.uk/ogden

OLC, öğrenciler için web bağlantıları ve çoktan seçmeli soruların yanı sıra öğretim görevlileri için destekleyici öğretim kaynakları barındırmaktadır.

Daha fazla araştırma okumasına erişmek ister misiniz? Jane Ogden tarafından hazırlanan Sağlık Psikolojisinde Temel Okumalar, önemli makalelerden oluşan yeni bir koleksiyondur. Sağlık Psikolojisi: Ders Kitabı'nı tamamlayan ve bu metinde ele alınan konulara ilişkin daha ayrıntılı açıklamalar sunan bu kitap ilk kez tek bir ciltte bir araya getirilmiştir.

Jane Ogden, Birleşik Krallık'taki Surrey Üniversitesi'nde Sağlık Psikolojisi Profesörüdür. Araştırmaları, obezite ve yeme davranışı, dani ve kadın sağlığı konuları dahil olmak üzere sağlıkla incelemektedir.

The McGraw-Hill Companies

Sağlık Psikolojisi

ISBN-13: 978-033522263-6
ISBN-10: 033522263-3



www.openup.co.uk



İletişim Botu:
@cevirigiller_bot

Çeviri Kitapların Olduğu Telegram Kanalımız
<https://t.me/cevirigiller>

Sohbet Grubumuz
<https://t.me/cevirigillersohbet>

Çeviri Yedek Telegram Grubumuz
<https://t.me/+O3tsm8j0C7kxM2Y1>

Kitap İstekleri Kanalımız
<https://t.me/cevirikitapistekleri>

Not:

PDFlerin paylaşımıyla ilgili bir sorunuz yok. Ama lütfen, hiçbir katkınızın olmadığı işlerde, TÜM PDFleri bizimle eş zamanlı paylaşarak emeğimizi hiçe saymayın. Sizin tek tıkla yaptığınız her paylaşım bizim emek harcadığımız saatler/günler demek.