

**T.C**  
**AREL ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**PRİMER BAŞ AĞRILI ERGENLERİN ALGILANAN STRES  
VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Mutlu İNCESoy**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İSTANBUL**

**2014**

T.C.  
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

23/09/2014

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden *115201192* numaralı *Mutlu İNCESoy* "İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**PRİMER BAŞ AĞRILI ERGENLERİN ALGILANAN STRES VE SOSYAL DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLŞKİ**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 11.09.2014 tarih ve 2014/12 sayılı toplantısında seçilen ve Sefaköy Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin 48. maddesi gereğince (15) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oybirliği/oybirliği~~ ile **Kabul/Red** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

  
DANIŞMAN  
PROF.DR.MEHMET ENGİN DENİZ

  
ÜYE  
YRD.DOÇ.DR. İTİR TARI CÖMERT

  
ÜYE  
YRD.DOÇ.DR. ZÜMRA ÖZYEŞİL

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “*Primer Baş Ağrılı Ergenlerin Algılanan Stres ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki*” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

30.09.2014

Mutlu İNCESoy

## ONAY

Tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

30.09.2014

Mutlu İNCESoy

## ÖZET

### PRİMER BAŞ AĞRILI ERGENLERİN ALGILANAN STRES VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

**Mutlu İNCESoy**

**Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı**

**Danışman: Prof. Dr. Mehmet Engin DENİZ**

**Eylül, 2014, 145 Sayfa**

Bu çalışmanın genel amacı, Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (IHS)'nin “Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslar arası Sınıflandırması” (ICHD-IIR1) kriterlerine uygun olarak tanı konulan primer baş ağrılı ergenlerin stres ve sosyal destek düzeylerinin yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum ve akademik başarı değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşp farklılaşmadığını saptamaktır.

Araştırmanın örneklemini İstanbul Bahçelievler Adnan Menderes Anadolu Lisesi'nde, 10.,11.,12. sınıfta eğitimini sürdüren 442 öğrenci arasından seçilen 395 öğrenci oluşturmaktadır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak, baş ağrılarının sınıflandırılmasında en son sınıflama sistemi olan, ICHD-II' tanı ölçütleri, Erci (2005) tarafından Türkçe'ye çevrilen Algılana Stres Ölçeği, Krepsi (1993) tarafından geliştirilen Ölçekten yararlanılarak Torun (1995) tarafından oluşturulmuş Sosyal Destek Ölçeği ve araştırmanın bağımsız değişkenleri ile ilgili bilgi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler, değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Moment Korelasyon Analizi, ikili gruplarda Bağımsız Gruplar t Testi, ikiden fazla gruplarda Tek Yönlü Varyans Analizi, kategorik değişkenler için Ki-Kare testi ile değerlendirilmiştir.

Yapılan analizler sonucunda ergende stres ile sosyal destek düzeyi arasında negatif yönde yüksek ve anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmanın alt amaçlarına yönelik analizlerin sonucunda ise stres bağımlı değişkeni ile nitel değişken olan baş ağrısı arasında anlamlı farklılaşma bulunmuştur. İki nitel değişken olan ergenlerde baş ağrısı ve aile bireylerinde baş ağrısı arasında yapılan istatistikte bir ilişki bulunmamıştır. Ancak sosyal destek bağımlı değişkeni ile baş ağrısı arasında anlamlı farklılaşma bulunmamıştır. Stres ile cinsiyet, gelir düzeyi, akademik başarı bağımsız değişkenleri ile aralarında anlamlı farklılaşma var iken yaş değişkeni ile farklılaşma yoktur. Sosyal destek bağımlı değişkeni ile gelir ve akademik başarı değişkenleri arasında anlamlı farklılaşma olmasına rağmen cinsiyet ve yaş değişkenlerinde farklılaşmaya rastlanmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Algılanan Stres, Sosyal Destek, Primer Baş Ağrısı, Ergenlik

## **ABSTRACT**

# **RELATIONSHIP BETWEEN LEVELS OF PERCEIVED STRESS AND SOCIAL SUPPORT OF ADOLESCENTS WITH PRIMARY HEADACHE**

**Mutlu İNCESoy**

**Master Thesis, Department of Psychology**

**Supervisor : Prof. Dr. Mehmet Engin DENİZ**

**September, 2014, 145 Pages**

This study's overall objective is to determine whether the stress and social support levels of adolescents with primary headache diagnosed according to the International Headache Society (IHS) 's "Headache Disorders International Classification" (ICHD-IIR1) meeting the criteria, differs significantly according to their age, gender, socio-economic status and academic achievement.

The study sample consists of 395 students selected from a total group of 442 which are continuing their studies in Adnan Menderes Anatolian High School, Istanbul Bahçelievler 10,11, 12. classes.

In the research, the data collection tools that are used are; headache classification of the latest classification system, which is the ICHD-II diagnostic criteria, Perceived Stress Scale translated by Erci (2005), Social support Scale prepared by Torun (1995) with utilizing the scale developed by Kreps (1993) and Personal Information Form used to gather information about the arguments made by the researcher..

In the study obtained data have been assessed by the Pearson Product Moment Correlation Analysis to determine relationships between variables, in groups of two independent samples t-test, for more than two groups One-Way Variance Analysis and for categorical variables chi-square test.

As a result of the analysis it was concluded that there is in a negative direction high and significant relationship between adolescent stress and social support levels. As a result of the sub-analysis of this study, it was determined that there are significant differentiation between the dependent variable stress and qualitative variable headache. No statistical relationship has been found between the two qualitative variables, headache in adolescents and headache of family members. However no significant differentiation has been identified between social support, the dependent variable and headache. Although there is a significant differentiation between stress and gender, income level, academic achievement, no differentiation exists between stress and age. Besides, although there is a significant differentiation between the dependent variable social support and income level and academic achievement, no differentiation has been identified for gender and age variables.

**Key Words :** Perceived Stres,Social Support, Primary Headache, Adolescence

## ÖNSÖZ

Bu çalışmada temel amaç ergenlerde algılanan stres ile sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince pek çok kişinin desteğini hissetmek bana her zaman güç ve moral verdi. Tezimin her aşamasında bana destek veren saygıdeğer hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Mehmet Engin DENİZ'e, çalışmamda en başından itibaren beni gülen yüzü ile yüreklendiren destekleyen sevgili arkadaşım Elif ÇAĞATAY'a, teknik müdahaleleri ile en kritik noktalarda bana destek olan Hüseyin Yolalan'a, ölçeklerin sağlıklı uygulanmasında canla başla çalışan sevgili dostlarım Ayşe FIRAT ve Nilüfer ALTUN'a, baş ağrısı anketlerinin uygulanması ve öğrencilerimizin tedavi süreçlerindeki destekleri için Doç. Dr. Derya ULUDÜZ'e ve İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Bölümündeki ekibine, anketleri samimiyetle dolduran ülkemizin geleceği sevgili öğrencilerime, varlığı ile bana hep güç veren sevgili eşim Hakan Ali İNCESoy'a ve gülen yüzleri ile her güne umutla ve neşeyle başlamamı sağlayan yavrularım Ahmet Boray ve Pelin'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Mutlu İNCESoy



## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
SINAV TUTANAĞI.....	ii
YEMİN METNİ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
ÖNSÖZ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xv
TERİMLER ŞEKİLLER.....	xvii
EKLER.....	xvii

## BÖLÜM I

### GİRİŞ

1.1.Problem .....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	5
1.3.Alt Problemler.....	6
1.4.Araştırmanın Önemli.....	6
1.5.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	7
1.6.Araştırmanın Sayıtlıları.....	7
1.7.Kullanılan Terimler.....	8

## BÖLÜM II

### KURAMSAL ARAŞTIRMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1.Ergenlik ile İlgili Kuramsal Açıklamalar.....	9
---	---

2.1.1.Ergenlik Tanımları.....	9
2.1.2.Kuramsal Açıklamalar.....	12
2.2.Baş Ağrısı ile İlgili Kuramsal Açıklamalar.....	13
2.2.1.Baş Ağrısının Tarihçesi.....	14
2.2.2.Baş Ağrısı ile İlgili Güncel Çalışmalar.....	15
2.2.3.Migren.....	17
2.2.4.Gtba.....	19
2.2.5.Baş Ağrısı ve Stres.....	20
2.2.6.Baş Ağrısı ve Genetik.....	21
2.2.7.Epidemiyoloji.....	22
2.2.8.Tedavi.....	25
2.3.Stres ile İlgili Kuramsal Açıklamalar.....	27
2.3.1.Stres Tanımları.....	27
2.3.2.Stres Kuramları.....	29
2.3.2.1.Canon'un Savaş-Kaç Modeli.....	29
2.3.2.2.Selye'nin Genel Adaptasyon Sendromu Kuramı.....	30
2.3.2.3.Bilişsel Değerlendirme Modeli.....	33
2.3.3.Kavram Olarak Stres.....	34
2.3.4.Stres Kaynakları.....	35
2.3.5.Stresle Başa Çıkma.....	37
2.3.5.1.Problem Odaklı Başa Çıkma.....	40
2.3.5.2.Duygu Odaklı Başa Çıkma.....	40
2.3.6.Stres ve Hastalık İlişkisi.....	41
2.3.7.Strese Karşı Koruyucu Etmenler.....	43
2.3.8.Ergenlik ve Stres.....	44
2.4.Sosyal Destek İle İlgili Kuramsal Açıklamalar.....	45
2.4.1.Tanımlar, Açıklamalar ve İlgili Kavramlar.....	46
2.4.2.Sosyal Destek ve Sağlık İlişkisi.....	50
2.4.3.Sosyal Destek-Sağlık İlişkisini Açıklayan Modeller.....	51

2.4.3.1.Temel Etki Modeli (Main Effeck Model).....	51
2.4.3.2.Tampon Etkisi Modeli (Buffering Effect Model).....	52
2.4.4.Sosyal Destek ve Stres İlişkisi.....	53
2.4.5.Ergenlikte Sosyal Destek.....	54
2.4.6.Sosyal Destek-Ağrı İlişkisi.....	55
2.5.Baş Ağrısı,Stres ve Sosyal Destek ile İlgili Yurtiçi ve Yurtdışı Çalışmalar.....	55
2.5.1.Baş Ağrısı ile İlgili Yurtiçi ve Yurtdışı Çalışmalar.....	55
2.5.2.Stres ile İlgili Yurtiçi ve Yurtdışı Çalışmalar.....	56
2.5.3.Sosyal Destek ile İlgili Yurtiçi ve Yurtdışı Çalışmalar.....	57

### **BÖLÜM III**

#### **YÖNTEM**

3.1 Araştırmanın Modeli.....	60
3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	60
3.3.Veri Toplama Araçları.....	60
3.3.1. Çocuklarda Baş Ağrısı Çalışması Anketi-ICHD Tanı Kriterleri.....	60
3.3.2.Algılanan Stres Ölçeği-10 Maddeli Form.....	61
3.3.3.Sosyal Destek Ölçeği.....	61
3.3.4.Demografik Bilgi Formu.....	62
3.4.İşlem.....	62
3.4.1.Verilerin Toplanması.....	62
3.4.2.Verilerin Çözümlemesi.....	63

### **BÖLÜM IV**

#### **BULGULAR**

4.1. Araştırmanın Örneklem Grubunu Oluşturan Ergenlerin Cinsiyete Göre Dağılım.....	64
4.2. Araştırmanın Örneklem Grubunu Oluşturan Ergenlerin Yaş Düzeyine Göre Dağılımı..	64

4.3.1. Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Stres Düzeylerine Ait t Testi Sonuçları.....	64
4.3.2. Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Sosyal Destek Düzeylerine Ait t Testi Sonuçları.....	65
4.4.1. Ergenlerin Yaş Düzeylerine (15- 16-17 yaş) Göre Stres Puanlarına Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	66
4.4.2. Ergenlerin Yaş Düzeylerine (15- 16-17 yaş) Göre Stres Puanlarına Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	66
4.4.3.Ergenlerin Yaşlarına Göre (15,16,17 yaş) Sosyal Destek Düzeylerine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	66
4.4.4.Ergenlerin Yaşlarına Göre (15- 16 -17 yaş) Sosyal Destek Düzeylerine Ait Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	67
4.5.1.Ergenlerin Gelirleri ile Stres düzeylerine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	68
4.5.2.Ergenlerin Gelir Seviyeleri ile Yaşadıkları Stres Düzeylerine Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	69
4.5.3.Ergenlerin Gelir Düzeylerine Göre Stres Puanlarına Ait Lsd Testi Sonuçları.....	69
4.5.4.Ergenlerin Gelir Düzeyine Göre Sosyal Destek Düzeylerine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	70
4.5.5.Ergenlerin Gelir Seviyelerine Göre Sosyal Destek Düzeylerine Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	71
4.5.6.Ergenlerin Gelir Seviyelerine Göre Sosyal Destek Düzeylerine Ait Tukey Testi Sonuçlar.....	72
4.6.1.Ergenlerin Akademik Başarı Düzeyi ile Stres Değişkenine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	73
4.6.2.Ergenlerin Akademik Başarı Düzeylerine Göre Stres Değişkenine Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	73
4.6.3.Ergenlerin Akademik Başarı Seviyelerine Göre Stres Değişkenine Ait Tukey Testi Sonuçları.....	74

4.6.4.Ergenlerin Akademik Başarı Düzeylerine Göre Sosyal Destek Düzeyine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	75
4.6.5.Ergenlerin Akademik Başarılarına Göre Sosyal destek Değişkenine Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	76
4.6.6.Ergenlerin Akademik Başarı Düzeylerine Göre Sosyal Destek Değişkenine Ait Tukey Testi Sonuçları.....	77
4.7.1.Baş ağrısı olan ve olmayan ergenlerin stres düzeylerine ait t testi sonuçları.....	78
4.7.2.Baş ağrısı olan ve olmayan ergenlerin sosyal destek düzeylerine ait t testi sonuçları...	79
4.8.1.Ergenlerde baş ağrısı olan ve olmayanların ailede baş ağrısı varlığına ait dağılımı.....	79
4.8.2.Baş ağrısı olan ve olmayan ergenlerin ailede baş ağrısı varlığı ve yokluğuna göre Ki-Kare Testi sonuçları.....	80
4.9.1.Ergenlerde Stres ve Sosyal Destek Düzeylerine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	80
4.9.2.Lise Öğrencilerinin Stres ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Sonuçları.....	81

## **BÖLÜM V**

### **TARTIŞMA**

5.1.Ergenlerin stres ve sosyal destek düzeyleri cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?.....	82
5.1.1.Cinsiyet ile stres arasındaki farklılaşma.....	82
5.1.2.Cinsiyet ile sosyal destek arasındaki farklılaşma.....	83
5.2.Ergenlerin stres ve sosyal destek düzeyleri yaşa göre anlamlı seviyede farklılaşmakta mıdır?.....	84
5.2.1.Ergenlerin yaş düzeyleri ile stres arasındaki farklılaşma.....	84
5.2.2.Ergenlerin yaş düzeyleri ile sosyal destek arasındaki farklılaşma.....	85

5.3.Ergenlerin stres ve sosyal destek düzeyleri gelir düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?.....	85
5.3.1.Ergenlerin gelir düzeyleri ile stres arasındaki farklılaşma.....	86
5.3.2.Ergenlerin gelir düzeyleri ile sosyal destek arasındaki farklılaşma.....	86
5.4.Ergenlerin stres ve sosyal destek düzeyleri akademik başarı düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?.....	87
5.4.1.Ergenlerin akademik başarı düzeyleri ile stres arasındaki farklılaşma.....	87
5.4.2.Ergenlerin akademik başarı düzeyleri ile sosyal destek arasındaki farklılaşma..	88
5.5.Baş Ağrısı Yaşayan ve Yaşamayan Ergenlerin Stres ve Sosyal Destek Puan Ortalamaları Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?.....	89
5.5.1.Baş Ağrısı Yaşayan ve Yaşamayan Ergenlerin Stres Puanları Arasındaki Farklılaşma.....	90
5.5.2.Baş Ağrısı Yaşayan ve Yaşamayan Ergenlerin Sosyal Destek Puanları Arasındaki Farklılaşma.....	91
5.6.Baş Ağrısı Yaşayan ve Yaşamayan Ergenler Arasında Ailelerinde Baş Ağrısı Varlığı Açısından Anlamlı Fark Var Mıdır?.....	92
5.6.1. Baş Ağrısı Yaşayan ve Yaşamayan Ergenlerin Ailelerinde Baş Ağrısı Varlığı Açısından Aralarındaki Farklılaşma .....	92
5.7. Stres ve Sosyal Destek Arasında İlişki Var Mıdır?.....	94
5.7.1.Sosyal Destek.....	94
5.7.2.Stres.....	97
5.7.3.Sosyal Destek ve Stres.....	98
5.7.4.Baş Ağrısı.....	100
5.7.5.Sosyal destek, stres ve hastalık ilişkisi.....	102

## BÖLÜM VI

## SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç.....	104
6.2. Araştırmacılar İçin Öneriler.....	106
<b>KAYNAKÇA</b> .....	107
<b>EKLER</b> .....	125
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	145

## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo.1.</b> Ergenlerin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	64
<b>Tablo.2.</b> Ergenlerin Yaş Düzeylerine Göre Dağılımı.....	64
<b>Tablo.3.</b> Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Stres Düzeylerine Ait t Testi Sonuçları.....	64
<b>Tablo.4.</b> Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Sosyal Destek Düzeylerine Ait t Testi Sonuçları...65	
<b>Tablo.5.</b> Ergenlerin Yaş Düzeylerine Göre Stres Puanlarına Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	66
<b>Tablo.6.</b> Ergenlerin Yaş Düzeylerine Göre Stres Puanlarına Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	66
<b>Tablo 7.</b> Ergenlerin Yaşlarına Göre Sosyal Destek Düzeylerine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	66
<b>Tablo 8.</b> Ergenlerin Yaşlarına Göre Sosyal Destek Düzeylerine Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	67
<b>Tablo 9.</b> Ergenlerin Aile Gelir seviyesi ile Stres Düzeylerine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	68
<b>Tablo 10.</b> Ergenlerin Aile Gelir Seviyesi ile Yaşadıkları Stres Düzeylerine Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	68
<b>Tablo 11.</b> Ergenlerin Aile Gelir Seviyesine Göre Stres Puanlarına Ait Lsd Testi Sonuçları.69	

<b>Tablo 12.</b> Ergenlerin Aile Gelir Seviyesine Göre Sosyal Destek Düzeylerine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	70
<b>Tablo 13.</b> Ergenlerin Aile Gelir Seviyesine Göre Sosyal Destek Düzeylerine Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	71
<b>Tablo 14.</b> Ergenlerin Aile Gelir Seviyesine Göre Sosyal Destek Düzeylerine Ait Tukey Testi Sonuçları.....	72
<b>Tablo 15.</b> Ergenlerin Akademik Başarı Düzeyi ile Stres Değişkenine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	74
<b>Tablo 16.</b> Ergenlerin Akademik Başarı Düzeylerine Göre Stres Değişkenine Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	75
<b>Tablo 17.</b> Ergenlerin Akademik Başarı Düzeyine Göre Stres Değişkenine Ait Tukey Testi Sonuçları.....	75
<b>Tablo 18.</b> Ergenlerin Akademik Başarı Durumuna Göre Sosyal Destek Düzeyine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	76
<b>Tablo 19.</b> Ergenlerin Akademik Başarılarına Göre Sosyal Destek Değişkenine Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	77
<b>Tablo 20.</b> Ergenlerin Akademik Başarı Düzeylerine Göre Sosyal Destek Değişkenine Ait Tukey Testi Sonuçları.....	78
<b>Tablo 21.</b> Baş Ağrısı Olan ve Olmayan Ergenlerin Stres Düzeyi Puan Ortalamalarına Ait t Testi Sonuçları.....	80
<b>Tablo 22.</b> Baş Ağrısı Olan ve Olmayan Ergenlerin Sosyal Destek Düzeylerine Ait t Testi Sonuçları.....	80
<b>Tablo 23.</b> Ergenlerde Baş Ağrısı Olan ve Olmayanların Ailede Baş Ağrısı Varlığına Ait dağılımı.....	81
<b>Tablo 24.</b> Baş Ağrısı Olan ve Olmayan Ergenlerin Aile Bireylerinde Baş Ağrısı Bulunan ve Bulunmayanlara Göre Ki-Kare Testi Sonuçları.....	81



**Tablo 25.** Ergenlerde Stres ve Sosyal Destek Düzeylerine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....82

**Tablo 26.** Lise Öğrencilerinin Stres ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Tablosu.....82

## KISALTMALAR

- GTBA :** Gerilim tipi baş ağrısı  
**ICHD-II :** International Classification of Headache Disorders-2004  
**IHS :** International Headache Society (Uluslararası Baş Ağrısı Cemiyeti)  
**IHS-1988 :** International Headache Society-1988 ölçütleri  
**X<sup>2</sup>:** Ki kare

## ŞEKİLLER

**Şekil 1.** Selye'nin Genel Adaptasyon Sendromu grafiği

## EKLER

- EK 1. Algılanan Stres Ölçeği.....113  
EK 2. Sosyal Destek ölçeği.....114  
EK 3. Baş Ağrısı Anketi.....116  
EK 4. Bilgi Formu.....119  
EK 5. Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflandırması-II (2004) .....120  
EK 6. CV.....140

# BÖLÜM I

## GİRİŞ

### 1.1. Problem

Toplumsal bir varlık olan insan bireysel varlığını ortaya koyarak ve sosyal çevresi ile bütünleşmeye çalışarak yaşamaktadır. Yaşadığı çevreyle uyum sürecinde her birey çeşitli sorunlarla yüz yüze gelmektedir. Eğer insan kendini koruyacak yeterli donanımına sahip değilse, sorunlar karşısında etkin çözümler bulamamakta, psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklar yaşamaktadır. Öte yandan öyle insanlar da vardır ki, en büyük zorluklar karşısında bile yaşamlarını sürdürmeye devam ederler ve kendileri için gerekli olan enerji ve gücü üretirler. Sahip oldukları yaşam becerileri ile yaşanan sorunlar karşısında ayakta kalabilmeyi başaran bu bireyler, sağlıklı olmaya yönelmiş, bireysel amaçlara sahip, kendini iyi tanıyan ve sosyal destek kaynaklarını doğru biçimde kullanabilen bireylerdir (Terzi, 2008).

İnsanların kendilerinin ve başkalarının duygu, düşünce ve davranış sistemlerine olan merakı, eski çağlardan beri var olmuştur ve bu merak çeşitli araştırmalara kaynak olmuştur. Ergenlikle ilgili sorunlar da yazılı tarihin başlangıcından beri ana babaları, eğitimcileri, felsefecileri ve sosyal bilimcileri ilgilendirmiştir. Ergenlik, bilimsel çalışmalar içinde en çok ele alınan, birçok yönü ile araştırılan konulardan birisi olmasına rağmen ergenlerde stres, fiziksel sıkıntılar ve sosyal destek kaynaklarının psikolojik ve fiziksel sağlık üzerindeki etkileri konusunda özellikle Türkiye’de yapılmış pek az çalışmaya rastlanmaktadır.

Çocuk ve genç nüfusun Türkiye genel nüfusu içerisindeki sayısının 24 milyon olduğu (TUİK, 2007) düşünüldüğünde, gençlerin psikolojik, sosyal ve sağlık sıkıntılarının ülkenin gelişimi için ne denli önemli olduğu görülmektedir.

Günümüzde sosyal sağlığın tanımlaması sağlıklı olmaktır ancak sadece akıl ve beden sağlığının olması sosyal sağlık olarak kabul edilmez. Sağlıklı olmak bireyin

sosyal etkileşimlerini yönetme ve kabul ediş biçimidir (Cohen & Syme 1985). Sağlıklılık ve normallik üretkenliğin ve ilişkilerin anlamlı olmasıdır. Sağlıklılık insanın yediklerinden düşünce biçimine kadar içine hayatın bütünü alan çok geniş bir kavramdır (Baltaş & Baltaş 1993).

Dünya Sağlık Örgütü'nün iş birliği ile, çok uluslu bir araştırma ekibi tarafından yürütülen ve her 4 yılda bir tekrarlanan Okul Çağındaki Çocukların Sağlık Davranışı 'Health Behavior in School aged Children' (HBSC) araştırmasının uluslar arası araştırma ekibi Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı sadece hastalıkların olmaması hali olarak değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali olarak kabul eden görüşünü benimsemiştir (WHO 2008).

20.yy da hastalıklar şekil değiştirmiştir. Kirli havanın büyük şehirleri kararttığı gibi hastalıklar da bir gölge gibi insan hayatında varlığını hissettirmektedir. İnsanı yakın duygusal ilişkilerden uzaklaştıran verimliliğini düşüren ve hayattan aldığı zevki azaltan gölge tıbbın çeşitli dallarında çalışan birçok bilim adamına göre strestir (Baltaş & Baltaş 1993 s. 14). Ergenlerde ise en önemli stres kaynakları sınavlar ve başarılı olma gerekliliğidir.

Sağlıklı ve huzurlu bir hayat için sıfır stresli bir yaşam hayal etmek ne sağlıklı yaşamak için stresin ortadan kalkmasını garanti eder ne de stresle baş edebilmeyi. Çünkü stresten tamamen kaçınmak mümkün değildir. Unutulmaması gereken diğer bir konu ise bazı stres vericiler belli ölçüler dahilinde olmak kaydı ile başarı ve motivasyon için gereklidir.

Avusturyalı Selye'nin (1976) tanımlamasına göre, stres bedeninin yaşamla ilgili fonksiyonların dengesine zarar veren herhangi bir uyarıcıya (korku, ısı, ışık değişikliği, kan basıncındaki değişiklikler v.b.) karşı verdiği genel bir cevaptır. Stres reaksiyonunun oluşmasına sebep olan olaylar biyolojik ve psiko-sosyal nedenler olarak 2 ana grupta toplanabilir.

19.yy ortalarında ve 20.yy başlarında 'stres' bilimsel sayılmasa bile sezgi yoluyla bedensel ve ruhsal hastalıkların sebebi olarak düşünülmüştür ( Baltaş & Baltaş 1993 s. 265).

ABD nüfus tabanlı epidemiyolojik çalışmalar genç popülasyonda sık veya şiddetli baş ağrısı ve duygusal ve davranışsal zorluklar arasında bağlantı tespit etmiştir (Tara, 2006). Baş ağrısı olumsuz duygusal durumlar (örneğin, kaygı, depresyon, öfke) ve artmış psikososyal sorunlara (örneğin, okul devamsızlıklar, sorunlu sosyal etkileşimler) yol açarak, bir çocuğun tüm yönlerinin etkileyebilir (Scott ve ark. 2003).

Erken yaşlarda başlayan baş ağrılarının doğru tanınması doğru tedavi edilmesi ve klinik tabloda yaşla birlikte ortaya çıkan değişimlere paralel sağaltım stratejilerinin geliştirilmesi durum kronikleşmeden etkin mücadele için vazgeçilmez unsurlardır. Bu sebeple alanda yeni çalışmalara ihtiyaç vardır ( Özge, 2007).

Baltaşlar'a (1993) göre gerilim baş ağrısına her yaşta rastlanır ancak en çok orta yaşta rastlanır. Gerilim baş ağrısına tek bir psikolojik faktör sebep olmaz. Çoğunlukla birden çok çatışma görülür. Bazen strese bağlı olarak ortaya çıkar ancak bazen de kronik durumlarda muhtemel streslerden bağımsız olarak da ortaya çıkabilir.

Günümüzde çocuk ve gençler eğitim-öğretim yaşantılarının ve liseye-üniversiteye yerleşme sınavlarının yarattığı rekabet ve sonuçta yaşanan stresle baş etme becerisi geliştirmek zorunda kalmaktadırlar. Türk eğitim sisteminde başarı, temel amaç haline gelmiş, çocuk ve gençler küçük yaştan itibaren bu hedefe yönlendirilmeye başlanmıştır. Öğretmenlerin ve anne babaların tüm çabaları öğrencinin derslerden yüksek notlar almasına yöneliktir. Anne babalar, çocuklarının iyi bir liseye ya da üniversiteye yerleşmesi için maddi ve manevi pek çok özveride bulunmaktadır. Ancak öğrencinin fiziksel, duygusal, sosyal, psikolojik, cinsel gelişimi ve problemleri ya gözden kaçmakta ya da öğrenci ile ilgili büyük bir problem yaşandığında ve belki de iş işten geçtiğinde fark edilebilmektedir. Liseli gençler iyi bir üniversiteye yerleşebilmek için zorlu bir çalışma temposuna girmektedirler. Bu yarışmacı şartlara ayak uydurabilmek için günlerini, okul dersane ve özel dersler arasında geçiren gençlerde duygusal, sosyal sorunların yanı sıra sağlık sorunları da ortaya çıkabilmektedir.

Çocuk ve ergenlerle yapılan araştırmalar, genellikle bilişsel, duygusal ve davranışsal zorlukların ortaya çıkmasında rol oynayan risk etmenlerine odaklanmaktadır. Buna karşın, son yıllarda psikolojik sağlamlığı (resilience) arttıran, diğer bir deyişle

zorluklar karşısında uyum sağlamayı kolaylaştıran, koruyucu etmenlerin üzerinde de önemle durulmaya başlanmıştır (Rak ve Patterson, 1996). Psikiyatri, psikoloji ve eğitim alanlarında bireylerin olumsuz yaşam koşullarından kurtulabileceklerine ve bu zorlukların üstesinden geldikçe daha da güçleneceklerine ilişkin fikirler bu kavram etrafında toplanmaktadır. Psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek ise kendini toplama gücünün en önemli göstergelerini oluşturmaktadır ( Terzi, 2008).

Gerek akademik gerekse duygusal ve sosyal zorlukların eşlik edebildiği sorunların ve bunlarla nasıl ve ne düzeyde başa çıkılmaya çalışıldığının belirlenebilmesi, bu sorunların giderilebilmesi açısından önem kazanmaktadır (Oral ve ark. 2005).

Bireyin sosyal destek sistemi ve sosyal ilişkilerini biçimlendiren sosyal, politik ve ekonomik nitelikli birtakım faktörler bulunmaktadır. Bu çerçevede bireyin ailesi, aile çevresi, arkadaşları, karşı cinsten arkadaşları, öğretmenleri, toplum vb. faktörler o bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Bireyin kendisinde veya destek kaynaklarında meydana gelen değişimler nedeniyle bireyin sosyal destek düzeyi değişebilir (Yıldırım, 1997).

Sosyal desteğin boyutlarına dair literatürde yer alan çeşitli görüş ve açıklamalar duygusal destek, bilgi sağlayıcı destek, araçsal destek ve eşlik etme/beraberlik desteği olmak üzere dört ana başlıktan bahsetmektedir. Duygusal destek, sevilme, anlaşılma, empatik anlayışın iletilmesi; bilgisel destek ortaya çıkan bir durumda başvuru kaynakları ya da olası baş etme yöntemlerine ilişkin verilen bilgiler, öneriler; araçsal destek maddi gereksinimler, araç-gereç ihtiyacı ve benzeri kaynakların sağlanması ile birlikte yine ihtiyaç duyulduğunda yapılması gereken işlerde yardım alma; eşlik etme/beraberlik desteği ise bireyin boş vakitlerini beraber geçireceği ya da yapacağı işlerde kendine eşlik edecek bireylerin var olduğuna dair algısı olarak tanımlanabilir (Krespi, 1993).

Yaşam koşullarına göre her ergen için arkadaşlardan, anne-babadan, öğretmenlerden ya da çevresindeki diğer kaynaklardan alınan sosyal destek oranları farklılık gösterebilir. Bazen de sosyal destek kaynaklarına duyulan ihtiyaç biçimleri değişebilir. Örneğin stres durumlarında daha çok aranan sosyal destek, iyilik hallerinde aranmayabilir. Stres yaratan durumlarla ve olaylarla her birey yaşamı boyunca

karşılaşmaktadır. Ancak bazı ergenler bu durumlarla daha kolay baş edebilirken bazıları aşılması güç sıkıntılar yaşamaktadırlar.

Teknolojik gelişmelerin gençlerin yaşam biçimleri üzerinde pek çok olumlu etkisi olmasına rağmen olumsuz etkileri de çok fazladır. Rekabetin ve donanımlı insan gücünün artması; ailelerin eğitime daha fazla önem vermesi ile birlikte çocuk ve gençler üzerindeki beklentilerin ve dolayısıyla da stresin fazlalaşması, gençlerin de kendilerinden beklentilerinin artması, sonuç olarak da yaşanan sorunların sürekli farklılaşması ergenlik döneminde zorlanmalarla baş etmek için sosyal destek kaynaklarını ve problem çözme becerilerini etkin kullanma gerekliliğini doğurmaktadır.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasına göre ruhsal bozuklukların görülme sıklığı 2–3 yaş grubu çocuklarda %10.9 iken, 4–18 yaş grubunda %11.3 ve 18 yaş üstünde ise %17.2'dir (Erol ve ark. 1998). Bu da bize göstermektedir ki ergenlik ve gençlik döneminde bireyler ruhsal ve fiziksel olarak daha çok risk altındadır.

Geçtiğimiz on yılda, baş ağrısı da şekil değiştirerek sosyal bir boyut kazanmıştır. Sağlıktaki bozukluklar yaygın olarak günlük hayatımızın parçası olmasına rağmen bu güne dek pek önem verilmemiştir. Yıllar içerisinde baş ağrısı mekanizmaları için daha fazla bilgi edinilmiştir. Özellikle migren baş ağrısı için ilaçlar bulmak geliştirmek ve pazarlamak konusunda çalışmalar yapılmıştır. Ancak baş ağrısının toplumsal etkisini kanıtlamak için yapılan çalışmalar daha kısıtlıdır (Timoty, 2011; Atlas, 2011).

Çalışmamızda da Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (IHS)'nin “Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslar arası Sınıflandırması” (ICHD-II) kriterlerine uygun olarak tanı konulan migren ve GTBA olan ergenlerin stres ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Çalışmamızda, Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (IHS)'nin “Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslar arası Sınıflandırması” (ICHD-IIR1) kriterlerine uygun olarak

tanı konulan primer baş ağrılı ergenlerin stres ve sosyal destek düzeylerinin yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum ve akademik başarı değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak amaçlanmıştır.

Bu genel amaca bağlı olarak aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır.

### **1.3. Alt problemler**

- 1) Ergenlerin cinsiyet değişkenine göre stres ve sosyal destek puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- 2) Ergenlerin yaş değişkenine göre stres ve sosyal destek puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- 3) Ergenlerin ailelerinin gelir durumu değişkenine göre stres ve sosyal destek puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- 4) Ergenlerin akademik başarı değişkenine göre stres ve sosyal destek puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- 5) Baş ağrısı yaşayan ve yaşamayan ergenlerin stres ve sosyal destek puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?
- 6) Kişide baş ağrısının varlığı ile aile bireylerinde baş ağrısının varlığı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- 7) Ergenlerin stres ve sosyal destek puanları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki var mıdır?

### **1.4. Araştırmanın Önemi**

Ülkemizde risk altındaki çocuklar, öğrenme güçlüğü ya da davranış sorunları yaşayan öğrencilerle ilgili bazı tedbirler alınmasına ve bu konuda araştırmalar yapılmasına rağmen, başarılı ya da iyi olarak nitelenen okullarda eğitime devam eden öğrencilerin sorunları olduğu düşünülmez. Oysa başarılı çocukların da farklı sorunları olabileceği düşünülmelidir. Rekabetin arttığı, sınavların pek çok değerlendirme

kriterinden daha önemli olduğu bir dönemde başarılı olmak ya da olamamak bir gencin tüm yaşam fonksiyonlarını etkilemektedir.

Bu çalışmada, uzman doktor ekibi tarafından uygulanan ‘Çocuklarda Baş Ağrısı Anketi’ ve birebir görüşmeler aracılığı ile Türkiye’de akademik olarak başarılı bir Anadolu Lisesi’ndeki öğrencilerin büyük çoğunluğunun baş ağrısı yaşadığı tespit edildi. Baş ağrılarını sınıflamak için International Classification of Headache Disorders-2004 (ICHD-II ) tanı ölçütleri kullanıldı. Daha sonra baş ağrısı yaşayan ve yaşamayan ergenlerin stres ve sosyal destek düzeylerini tespit amacı ile ‘Sosyal Destek’ ve ‘Algılanan Stres Ölçeği’ uygulandı. Ayrıca bazı demografik değişkenler açısından değerlendirme yapıldı. Son olarak ergenlerde baş ağrısı varlığı ile aile bireylerinde baş ağrısı arasındaki ilişkiye bakıldı. Bu şekilde akademik olarak başarılı bir grup öğrencinin fiziksel, sosyal ve psikolojik problem alanları kısmen de olsa belirlenmek istendi. Sonuç olarak da ülkemizin gelecek vadeden gençlerinin problemleri konusunda araştırmacılara öneriler sunuldu.

### **1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

1. Araştırmada kullanılan ölçme araçlarından edinilen bilgiler, öğrencilerin bu ölçeklere verdiği samimi cevaplarla ve ölçeklerin ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır.
2. Araştırmada, sosyal destek, stres ve baş ağrısı ile ilgili varılan yargılar şimdiye kadar yapılan araştırmaların sonuçları ile sınırlıdır.
3. Bu araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın yürütüldüğü lise öğrencileriyle sınırlıdır. Benzer gruplara genellemesi yanıltıcı olabilir.
- 4- Bu araştırma, kullanılan ölçeklerin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

### **1.6. Araştırmanın Sayılıları**

1. Kullanılan Sosyal Destek Ölçeği’nin, sosyal desteği ölçmede güvenilir bir ölçek olduğu,
2. Algılanan Stres ölçeğinin stresi ölçmede güvenilir sonuçlar verdiği,
3. Uluslararası baş ağrısı ölçüm kriterlerinin (ICHD) yeterli olduğu,
4. Değerlendirmeye alınan demografik bilgilerin yeterli olduğu,



5. Sosyal destek, stres ve baş ağrısı ile ilgili yapılmış araştırmaların ve ortaya koyduğu bulguların bu kavramların önemini ortaya koymada yeterli olduğu,
6. Örnekleme oluşturan bireylerin evreni temsil ettiği ve ölçme araçlarına dürüst cevap verdikleri kabul edilmiştir.

### 1.7. Kullanılan Terimler

**Stres:** Stres, Ruh Bilimleri Sözlüğünde, “bir organizmanın üstesinden gelmesi gereken koşullar karşısında verdiği tepki durumu” olarak tanımlanmaktadır (Erkuş, 1994).

**Algılanan Stres:** Eğer bireyler bir durum karşısında çevrenin taleplerinin kendi kaynaklarını aştığını düşünürlerse o durumu stresli olarak algırlar (Lazarus ve Folkman, 1984). Bu yüzden aynı durum bir kişi için stresliyken bir başkası için stresli olmayabilir. Bu çalışmada ‘Algılanan Stres Ölçeği’ ile elde edilen veriler “gerçek stres” olarak kabul edilmiş ve ölçekle elde edilen veriler için “stres” terimi kullanılmıştır.

**Sosyal destek:** Sosyal destek, "kişinin sevildiğine, değer verildiğine, önemsendiğine ve karşılıklı yükümlölüklerinin olduğu bir sosyal ağın üyesi olduğuna inanmasını sağlayan bilgi" olarak tanımlanmaktadır (Cobb, 1976; s.300). Başka bir tanım ise, bireyin çevresinden aldığı sosyal ve psikolojik destektir (Yıldırım, 1998; s.33) şeklinde yapılmıştır.

**Baş Ağrısı:** Uluslararası ağrı araştırmaları derneği (International Association for the Study of Pain = IASP) ağrıyla, vücudun herhangi bir yerinden başlayan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, duyuşsal (sensorial) ve duyuşsal (emotional), hoş olmayan bir yaşantı olarak tarif etmiştir.

Çalışmamızda ise Dünya baş ağrısı tanı kriterlerini sorgulayan bir form (IHS-International headache criteria) uygulandıktan sonra ve uzman nörolog ekibi tarafından birbir gerçekteştirilen görüşmelere göre ICHD-II (Dünya baş ağrısı tanı kriterleri)’ne göre primer baş ağrıları saptanan olgularda tespit edilen fiziksel durum olarak kabul edilmiştir.

## BÖLÜM II

### KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde ergenlik, baş ağrısı, stres ve sosyal desteğe ilişkin genel açıklamalar, bu kavramlarla ilişkili kuramlar ve ilgili araştırmalara yer verilmiştir.

#### 2.1. Ergenlik ile İlgili Kuramsal Açıklamalar

##### 2.1.1. Ergenlik Tanımları

Ergen sözcüğü Batı literatüründeki “adolescent” karşılığı olarak kullanılmıştır. Latince büyüme, olgunlaşma anlamında kullanılan “adolescere” fiilinin kökünden gelmekte olan bu sözcük, yapısı gereği bir durumu değil, bir süreci belirtmektedir (Yavuzer, 1993).

Ergenlikte fiziksel, ruhsal, cinsel ve sosyal gelişim söz konusudur. Ergenlik, genellikle hızlı fiziksel değişimlerle başlar, psiko-sosyal olgunlaşma ile sürer. Kişinin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı çok da belirli olmayan bir zamanda sona erer. Buna rağmen 11-12 yaşlarında başladığı ve yirmili yaşlarda sona ermesi gerektiği kabul edilir (Semerci, 2012). Kulaksızoğlu ise ergenliği, insanda bedence büyümenin, hormonal, cinsel, sosyal, duygusal, kişisel ve zihinsel değişme ve gelişmelerin olduğu, buluşla başlayan ve bedence büyümenin sona ermesiyle sonlandığı düşünülen özel bir evredir şeklinde tanımlamıştır (Kulaksızoğlu, 1998). Benzer bir başka tanıma göre de gençlik dönemi olarak da ifade edilebilen ergenlik, bireyin biyolojik ve duygusal süreçlerindeki değişikliklerle başlar, cinsel ve biyolojik olgunluğa doğru erişmesi ile sürer. Bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı belirlenmemiş bir zamanda tamamlanır. Kronolojik şekilde süren ergenlik, normal bir gelişim ve değişim dönemidir (Özbay ve Öztürk, 1992).

Erikson, ergenlik döneminin çocukluk ve erişkinlik dönemi arasında bir geçiş, bekleme, askıya alış dönemi olduğunu söylemiştir (Semerci, 2012). Milli Eğitim

Bakanlığı'na göre ergenlik, buluş çağına erme sebebi ile biyo-psikolojik bakımdan çocukluğun sonu ile toplum hayatında sorumluluk alma dönemi olan çocukluk ve genç yetişkinlik arasında kalan 12–24 yaşları arasındaki gruptur. UNESCO'nun tanımına göre genç, öğrenim yapan ve hayatını kazanmak için çalışmayan ve evi olmayan insandır. Gençlik çağının başlangıcı ve sonu ileri sürülen yaş sınırlamaları da birbirinden farklıdır. Birleşmiş Milletler Örgütü'ne göre gençlik çağı 12-25 yaşları arasındadır (Kulaksızoğlu, 2002).

Ergenlik dönemi ile ilgili ilk bilimsel çalışma 1904 yılında yayınlanan Hall'ın "Adolescence" kitabıdır (Ekşi, 1990). Hall'a göre ergenlik yeniden doğuş dönemidir ve insanlığın uygarlığa ilk geçişte yaşadığı sıkıntıların, her bir birey için tekrar yaşanmasını içerir. Ergenlik dönemindeki bireyin bir takım tepkileri ile insani değerlerinin çatışması sonucu stres yaşanır. Bu nedenle Hall, ergenlik dönemini "fırtına ve stres" dönemi olarak nitelendirmiştir. Bu çatışma ergenlik döneminde her insanda yaşanır (Özbay ve Öztürk, 1992 ; Kulaksızoğlu, 1998 ; Ekşi, 1990).

Ergenlik dönemi erişkinler tarafından neşe ve çılgınlık olarak algılansa da düşünürler ergenliğin hüznü olduğunu söylerler. Bahsedilen hüznü yitirilen ve bir daha asla bulunamayacak olan çocukluğa duyulan hüznüdür. Gerçekten de tüm şaşırtıcı davranışlara karşın ergenler çoğunlukla mutsuz, durgun ve isteksiz görünürler. Çünkü bir çok ergen, ergenliğin getirdiği duygusal çalkantılarla çevreye fark ettirmeden baş edebilirken, bir kısmı için bu kolay olmaz (Semerci, 2012).

Erikson'a göre bireylerin yaşam döngüsü içinde en fazla problemle karşılaştığı kritik dönemlerden biri de "ergenlik" dönemidir. Bu dönemde yetişkin olma çabası içinde olan gencin benlik karmaşası ve uyum problemleri artar. Bireyin yaşamındaki değişiklikler, başarılması gereken gelişim görevleri bireyin psikolojisine, benlik değişiklikleri olarak yansır. Ergenin sağlıklı bir kimlik geliştirebilmesi, her şeyden önce, karşılaştığı problemleri çözebilmesiyle sağlanabilir. Bu dönemde ergenlere verilecek sosyal destek onların kendilerini daha değerli hissetmelerine neden olacağı gibi benlik saygılarını yükseltecek aynı zamanda problemlerini daha kolay ve başarılı bir şekilde çözümlenmelerini sağlayacaktır. Problemlerini çözümlenemeyen gencin, genç yetişkinlik döneminde başkalarına yakınlaşmaktan korkması, yalnız olma eğilimi göstermesi, kişiler

arası duygusal yakınlık kuramaması gibi problemler yaşaması normaldir (Akt:Arslan, 2009).

Ergenlik döneminin karmaşık ruhsal özellikleri incelendiğinde ortaya dengesiz ve sağlıksız bir görünüm çıkar: Sinirlilik, birden tepki gösterme, öfke patlamaları, çabuk sevinip, çabuk üzülme, içe kapanma ile coşku arasında gidiş gelişler, bencillik, kaygılar, güvensizlik, kararsızlık ve birçok özellik... Öyle ki, bu özellikler bir yetişkinde toplandığı zaman o kişiye ruh sağlığı bozuk ya da uyumsuz tanısı konabilir. Yörükoğlu (1993) bu nedenle yetişkini psikolojik açıdan değerlendirme ile ergeni bu açıdan değerlendirme kriterlerinin farklı olduğunu ve hatta bu çağın uyumsuzluğunun Anna Freud'un da vurguladığı gibi bir sağlık göstergesi sayılması gerektiği üzerinde durur.

Bir insan bugününün ve geleceğinin sorunlarıyla başarılı biçimde uğraşacaksa, bebeklikten ve ilk çocukluktan ergenliğe, ergenlikten ileri yetişkinliğe doğru bazı gelişimsel davranış türlerini kazanması gerekmektedir. Bu özelliklerden bazıları şunlardır;

- Bedensel özelliklerini kabul etmek ve bedenini etkili biçimde kullanmak
- Eril ya da dişil bir toplumsal rolü gerçekleştirmek
- Her iki cinsten yaşlılarıyla yeni ve daha olgun ilişkiler kurmak
- Ana babadan ve diğer yetişkinlerden duygusal bağımsızlığı gerçekleştirmek
- Bir mesleğe hazırlanmak
- Evliliğe ve aile yaşamına hazırlanmak
- Toplumsal bakımdan sorumlu bir davranışı istemek ve gerçekleştirmek

• Davranışın rehberi olarak bir dizi değer ve bir ahlak sistemi kazanmak, bir ideoloji geliştirmek (Gander & Gardiner, 1993).

Ergenlik döneminde genç ailesiyle yoğun çatışmalar yaşar. Kimlik gelişimi sürerken yetişkin davranışı ile çocuksu davranışı çoğu kez karıştırır. Gencin aileden bağımsız olma çabalarında çelişkili duyguları çoğunlukla artar. Hem onlardan

uzaklaşma ve bağımsızlaşma isteği hem de onların desteğine ve sevgisine ihtiyaç duyma ikilemi içindedir... Böylece aileye ve diğer otorite figürlerine daha fazla gereksinim duymasından ileri gelen içsel çatışmayı geçici olarak çözmüş, kendini onların desteğine gerek duymaz halde görmeye başlamıştır (Ekşi, 1999).

Tüm bu çalışmalara dayanarak ergenliğin gençler için önemli psikolojik strese neden olabilen sosyal, fiziksel ve duygusal değişim dönemi olduğu söylenebilir. Okul, akademik baskı, gelecek kaygısı, aile desteği ve akran ilişkileri gibi konular ergenler için stres kaynağı olabilir. Baş etme stratejilerinin ve sosyal destek kaynaklarının kullanımı bireylerin zihinsel, sosyal ve duygusal gelişimine bağlıdır.

Ergenlik evreleri son yıllarda öne gelmiş olsa da ortalama şöyledir:

- A. Ergenliğin Başları: 12-13 (12-14) yaş kızlar, 13-15 yaş erkekler
- B. Ergenliğin Ortaları: 14-16 yaş kızlar, 15-17, yaş erkekler
- C. Ergenliğin Sonları: 16/17-21 yaş olarak alınmıştır (Kulaksızoğlu, 2002).

### **2.1.2. Kuramsal Açıklamalar**

Ergenliği Freud, psiko-seksüel gelişim dönemleri olarak tanımlamış ve gelişim görevlerinin seksüel enerjinin toplumsal yönden onaylanan faaliyetlere yönlendirilmesi olarak yorumlamıştır. Psiko-analitik kurama göre ergenlik geçici bir rol kararsızlığı dönemidir. Çeşitli roller, düşünceler, idealler ve değerler denenir, benimsenir, sonra terk edilir ve yenileri aranır. Bu dönemin çözilemeyen problemleri kimlik problemi olarak karşımıza çıkar (Geçtan, 1995). Erikson ise psiko-sosyal gelişimi ön planda düşünmüş ve ergenin en önemli gelişim görevinin kimlik kazanma, kendini birey olarak algılama ve kabul etme olduğunu vurgulamıştır. Piaget ise bilişsel gelişime önem vermiş ve ergenlik dönemindeki en önemli gelişim basamağı olarak soyut düşüncelerle ilgilenme ve formal işlemler ve kuramsal durumlar üzerinde düşünebilme özelliğinin öneminden bahsetmiştir. Maslow insanların ihtiyaçları doğrultusunda güdülendiklerin söylemiş ve ego, güven duygusunun gelişimi, olumlu benlik saygısı, kendini geliştirme gibi becerilere değinmiş. Super mesleki seçimlere ve genelleştirilmiş seçimlerden özelleşen

seçimlere değinmiş. Sullivan kişilerarası ilişkilerin geliştirilmesine ve toplumsallaşmaya vurgu yapmıştır (Akt: Özatça, 2009).

Sosyal Öğrenme Kuramcısı Bandura ise ergenliğin buhranlı bir dönem olduğu fikrine karşı çıkmaktadır. Ona göre ergenlikte bunalım geçirenler, yeterince toplumsallaşmamış olanlardır. Ergenlik döneminde saldırgan davranışlar sergileyen gençlerin durumu normal büyüme sancısı olarak kabul edilemez, onlara aileleri tarafından uygun eğitim verilmemiştir. Bandura, düzenli, istikrarlı, sevecen ailelerden gelen ergenlerin bu dönemi rahat geçirdiklerini belirtmiştir (Akt: Kulaksızoglu, 1998).

Ergenlik dönemine ilişkin kuram ve görüşlerin büyük bir bölümü ergenlik döneminin sorunlu bir dönem olduğu noktasında birleşmektedir. Ancak araştırma sonuçları bu görüşleri desteklememektedir. Ergenlikte ortaya çıkan değişikliklerle gencin birer birer başa çıktığını, ergenliğin bu yüzden bir kriz dönemi olmadığını savunan görüşler de vardır. Ancak deneysel verilere dayanan araştırma bulguları, ergenlerin yarısı için bu dönemin potansiyel bir stres dönemi olduğunu desteklemektedir. Bu durum sosyal ve eğitimsel alanda işlev bozukluğu yaratmaz, ancak ergenin kendisi için rahatsızlık yaratır. Bu bocalama olmadan ruhsal gelişme olmayacağı teorisi doğru değildir. Deneysel çalışmaların sonuçları ebeveynleri ile uyumlu ilişkileri olan, akademik sorunu ve anti-sosyal davranışları az olan ergenlerin ruh sağlığının da daha iyi olduğu yönündedir (Özbay, 2000).

## **2.2. Baş Ağrısı ile İlgili Kuramsal Açıklamalar**

Uluslararası ağrı araştırmaları derneği (International Association for the Study of Pain = IASP) ağrıyı, vücudun herhangi bir yerinden başlayan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, duyuşsal (sensorial) ve duygusal (emotional), hoş olmayan bir yaşantı olarak tarif etmiştir. Ağrının, doku hasarının bilinçsiz olarak farkına varılması şeklinde de tanımlanabileceği bildirilmiştir (Yücel, 1997). Bu tanımla duygusal ve zihinsel etmenler fiziksel etmenler ile eş değer olarak sıralanmıştır.

Başka bir tanıma göre de ağrı, organizmayı ve dokuyu zedelemeye yönelik iç ve dış uyaranlara karşı ortaya çıkan bir duyum şeklidir. Ağrı organizma için erken uyarı

sistemidir. Ağrı ile birlikte nörolojik, fizyolojik, davranışsal ve duygusal durumda değişiklikler de söz konusudur (Erdine, 2000). Ertekin (1993) ise ağrıyı, bedenin bir köşesinden köken alan, hoş olmayan, kişiyi panik ve kaçış davranışına yönelten algılamadır diye tanımlamıştır.

Ağrı davranışını gösteren kişilerin düşünce, duygu ve davranışları ağrı ile ilişkilidir. Sergilenen ağrı davranışı kişinin kognitif stili, fonksiyon düzeyi, affektif durumu ve davranışlarından etkilenir (Güleç ve Güleç, 2006).

Öğrenme kuramı ve sosyal psikolojiye göre duygularını sözel dille ifade etme becerisi sınırlı kişiler, hastalık davranışını, ilgi, destek ve bakım elde etmek için geçerli bir yol olarak öğrenmişlerdir. Psikolojik ve davranışsal iletişim yollarının engellendiği durumlarda beden dili seçenek olarak gelişir ve sonuçta ruhsal çatışma, kaygı ve gereksinimler somutlaştırılarak beden dili ile ifade edilir. Tüm bunlar ağrının algılanmasını şiddetini ve sürekliliğini etkiler. Ağrı, fizyopatolojik süreçlerin şiddeti ne olursa olsun öznel bir yakınma olarak kişinin kendisini iyi hissetmemesiyle ilişkin bir kavramdır (Kara ve Abay, 2000).

Başka bir tanımlamaya göre de ağrı, vücuttaki ağrı reseptörleri çevresinde meydana gelen, kimyasal ya da mekanik olayların etkisi ile oluşan uyarıların santral sinir sistemine taşınması ile ortaya çıkan bir histir. Ağrı reseptörleri kafadaki bazı dokularda bulunur, bazılarında ise bulunmaz. Ağrı reseptörlerinin bulunmadığı dokular ağrı oluşturmazlar. Örneğin; beyin parenkiması ağrıya duyarlı değildir. Ancak kafa bölgesindeki kan damarları, sinirler ve kaslar ağrıya oldukça duyarlıdır (Kıvrak ve ark. 2009).

### **2.2.1. Baş Ağrısının Tarihçesi**

Baş ağrısı, çok eski çağlardan beri bilinen ve toplumu meşgul eden bir sorundur. Farklı formlarıyla değişik düzeylerde ağrıya yol açarak toplumun büyük bir kısmını etkilemesi, iş gücü kaybına yol açması, bazen hayatı tehdit eden bir hastalığın belirtisi olabilmesi nedeniyle üzerinde durulması gereken bir belirtidir (Rasmussen ve ark. 1991).

Geçmişten beri tıp insanları ve düşünürler baş ağrısının fiziksel ve duygusal sebepleri üzerine yorumlar yapmışlardır. Milattan önce (MÖ) 7000’li yıllardan kalan insan kafataslarında, “trepanasyon” adı verilen ve bir cisimle kafatasının delindiği bir işlemin uygulandığına dair bulunan izlerin baş ağrısı tedavisi nedeniyle yapıldığı düşünülmektedir. Platon ise zihnin vücutla fazla meşgul olmasının baş ağrısını tetikleyebileceğine olan inancıyla zihinsel uğraşlarla baş ağrısı arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir. MS 980-1037 yıllarında yaşayan İbn-i Sina “doktor, hastanın baş ağrısını geçiremiyorsa, hastalığın nedenini hastanın iç dünyasında aramak gerekir” diyerek baş ağrısında ruhsal etmenlere dikkat çekmiştir (Silberstein ve ark. 2004).

Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu “International Headache Society” (IHS) son olarak 2004 yılında baş ağrılarını birincil ve ikincil olarak iki grupta gruplandırmıştır. Bu gruplandırmada; öykü, fizik ve nörolojik muayene veya gerektiğinde ileri tetkikler ile ağrının nedeni olarak yapısal bir değişiklik veya sistemik bir hastalık veya geçirilmiş kafa travması söz konusu değilse ağrı “birincil baş ağrısı” olarak kabul edilmektedir. Erişkinlerde baş ağrılarının yaklaşık % 90’ını birincil baş ağrıları oluşturmaktadır ( ICHD, 2004). Çocukluk çağında da baş ağrısı yaşam kalitesini etkileyen yakınmalardan biridir. Baş ağrısı sıklığı çocukluk çağı boyunca yaşla birlikte artmaktadır, 7-15 yaş grubunda baş ağrısı prevalansı % 26-82 arasında değişmektedir (Buğdaycı ve ark. 2005).

Baş ağrısına neden olan etmenlerin bilinmesi hastanın değerlendirilmesi ve tedavisinin planlanmasında çok önemlidir. Baş ağrısı nedeni ile polikliniğe başvuran çocuklar ağrının nedenleri yönünden değerlendirildiğinde bunların çoğunun enfeksiyona bağlı olduğu görülmüştür. Ayrıca menenjit, hipertansiyon, subaraknoid veya intraserebral kanama ve hidrosefali baş ağrısının daha az görülen ancak erken tanı ve tedavisi önemli olan diğer nedenleri olarak sıralanabilir. Baş ağrısının izole ciddi nedenleri oldukça nadirdir (Kılıç, 2009).

### **2.2.2. Baş Ağrısı İle İlgili Güncel Çalışmalar**

IHS, baş ağrılarını baş ağrısının etiyolojisine değil belirti özelliklerine göre sınıflayan tanımlayıcı bir sistem ortaya koymuştur. ICHD kriterleri WHO tarafından kabul görmüş ve bu sistemin ana hatları ICD-10’a da alınmıştır (Akyıldız, 2011).



Baş ağrısı olan insanların hayatları üzerine bazı çalışmalar olsa da aslında organize çalışmalara az rastlanan bakir bir alandır (Steiner, Birbeck, Jensen, et al. 2010). Ancak son yıllarda çocuklarda baş ağrısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye yönelik çalışmaların sayısında bir artış olmuştur (Powers ve ark. 2003).

Baş ağrıları bazen hayatı tehdit edici bir patolojinin habercisi olabildiği gibi, bazen de bir enfeksiyona, ailevi olarak geçebilen vasküler patolojilere veya psikojenik kökenlere bağlı olabilir (Okan, 2013).

Birincil baş ağrısı bozuklukları genel popülasyonda sık bulunmaktadır ve en sık görülen iki tipi gerilim tipi baş ağrısı gtba ve migrendir. Dünyanın yetişkin nüfusunun% 50'ya yakını aktif baş ağrısından muzdariptir (Stovner ve ark. 2007). Gerilim tipi baş ağrısı (GTBA) ve migren çocukluk ve adölesan çağında en sık görülen baş ağrısı tipleridir (Laurel, 2004).

Güçtürk'e (2012) göre de baş ağrılarının çoğu migren ve gerilim tipi baş ağrısı gibi selim fonksiyonel bozukluklara bağlıdır. Küçük bir kısmı ciddi, organik bir nedene dayanır. Migrenin çocuklardaki özellikleri erişkinlerdekinden çok farklı olmamakla birlikte, ağrı tek taraflı olmayabilir. Migren tipi baş ağrılarında yaşamı etkileyen esas problem baş ağrısının kendisinden çok, ona bağlı olarak günlük işlevleri yapamamak; sosyal aktivitelerden ve okuldan geri kalmaktır. Gerilim tipi baş ağrısı (Gtba) çocuklarda migrenden sonra 2. sıklıkta görülür; genellikle ergenlikte başlar; migrenden ayrımı zordur ve bazen aynı hastada migrenle birlikte görülebilir. Rasmussen ve arkadaşlarının 1991 yılında baş ağrısı bozukluklarının toplumdaki dağılımını incelemek için kişisel klinik değerlendirme yoluyla temsil gücü yüksek bir çevre örnekleminde ICHD tanı kriterleri kullanılarak yaptığı çalışmada da bütün primer baş ağrıların yaşam boyu prevalansı gerilim tipi baş ağrısı için % 78, migren için % 16 bulunmuştur (Rasmussen ve ark. 1991).

Baş ağrıları hekimin üstesinden gelmesi gereken sorunlar yönünden üç ana gruba ayrılabilir:

#### 1. Semptomatik baş ağrıları

- baş ve/veya yüz oluşumlarındaki yapısal lezyona bağlı baş ağrıları ve yüz ağrıları

- fizik, toksik, metabolik, vb. nedenlere bağlı baş ağrıları

## 2. Primer baş ağrıları

- migren,

- gerilim tipi baş ağrısı

- küme baş ağrısı

- kronik paroksizmal hemikrania.

## 3. Ruhsal nedenli (psikojen) baş ağrıları (Çelebi ve Altunhalka, 1995).

Primer baş ağrılarında baş ağrısı asıl septomu oluşturur. Primer baş ağrıları grubundaki hastalıklar klinik olarak kolay tanınabilen ve bir bütünlüğü olan semptomlar gösterirler. Olayı başlatan çevresel zorlanmanın ya da ruhsal sorunların varlığı bunlara yönelik kontrol ve düzenlemelere imkan verir (Çelebi ve Altunhalka, 1995).

Psikojen (ruhsal nedenli) ağrı: Ağrı ya da baş ağrısı, somatoform ağrı bozukluğunda ana semptomu oluşturur veya bir psikiyatrik hastalığın semptomlarından biri olarak ortaya çıkar. Doğaldır ki bunlarda esas tedaviyi ruhsal hastalığa yönelik tedavi (psikoterapi ya da ilaç tedavisi) oluşturacaktır (Çelebi ve Altunhalka, 1995).

Çalışmamızda primer baş ağrılarından migren ve GTBA için tanımlamalar yapılacaktır.

### **2.2.3. Migren**

Migren en temel tanımı ile ne zaman geleceği belli olmayan nöbetlerin, çoğunlukla başlangıçta başın bir yarısından zonklayıcı bir biçimde başlayıp bütün başa yayılmasıyla şekillenen ve nöbet dışındaki zamanlarda hastanın bütünüyle sağlıklı olduğu bir hastalıktır. Bir migren nöbetine çoğunlukla bulantı kusma iştahsızlık titreme terleme ve ürperme eşlik eder. Hasta baş ağrılı dönemden sonra uyumadığı takdirde

kendini bitkin hisseder. Eğilmek, hareket etmek zonklayan türde baş ağrısına yol açabilir. Nöbet sırasında hasta düşünmek ve akıl yürütmekte güçlük çeker. Kızgınlık ve öfkesini yakın çevresindeki insanlara yöneltir. Dikkati, hafızası ve odaklanma becerisi zayıflamıştır. Migren büyük çoğunlukla ilk ergenlik döneminde başlar, kadınlarda çoğunlukla menopozdan sonra kaybolur. Migren nöbetlerinin şiddeti ve sıklığı hem hastadan hastaya hem de aynı hastada zaman içinde büyük değişiklikler gösterebilir. Bu nöbetler hafif orta ya da şiddetli olabilir. Sıklık açısından bazı hastalar yılda 1-2 bazılarını ise haftada 2-3 büyük nöbet yaşayabilir (Batlaş ve Batlaş, 1993; s.140)

### **Migren tanı kriterleri**

Tanısal kriterler Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu tarafından şöyle bildirilmiştir:

- 6 aylık bir zamanda en az 5 atak olması,
- Baş ağrılarının birkaç saatle birkaç gün arasında sürmesi (4-72 saat),
- Baş ağrılarında aşağıdaki özelliklerden en az ikisinin bulunması

\*Baş ağrısının orta şiddette veya çok şiddetli olması,

\*Fiziksel aktiviteyle ağrının kötüleşmesi,

\*Tek taraflı olması,

\*Zonklayıcı karakterde ağrının görülmesidir.

\*Baş ağrısının, bulantı veya kusma ile gürültü veya ışık hassasiyeti özelliklerinin en az biriyle ilişkili olması.

\*Hasta öykü ve muayenesinde başka bir baş ağrısı sebebi bulunmaması (ICHD, 2004).

Hem çocuk hem de ergenlerde migren tanısında önde gelen kriterler ağrının şiddeti, süresi, zonklayıcı özelliği, ağrının lokalizasyonu ve ilişkili semptomların varlığı olarak belirtilmiştir. Migren tetikleyicileri çeşitli olmakla birlikte çocuk-ergen yaş grubunda en sıklıkla bildirilenler stres (% 13.9- %16.5), yorgunluk (% 8.3), egzersiz (%

2.8-% 26.2), parlak ışık (% 2.8), açlık (% 2.8) ve ders çalışma (% 2.8) dır. Taşıtı tutması migrenlilerde GTB grubundan daha sık (%53.2 ye karşın % 46.8) rastlanan bir sorundur. Ağrıyı rahatlatan faktörler arasında en sık olarak uyumak (% 52.8) ve analjezik kullanımı (% 67.5) belirtilmiştir ( Türkdoğan ve ark. 2006). Özge ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da, baş ağrısını en sık tetikleyen etkenlerin sıcak hava (%26.6), ders çalışma (%25.5), televizyon izleme (%24.4), aşırı fiziksel aktivite (%18.7) ve açlık (%18.0) olduğu bildirilmektedir.

#### **2.2.4. Gtba**

Primer baş ağrıları içinde en sık karşılaşılan tip gerilim baş ağrılarıdır. Toplumda en sık karşılaşılan baş ağrısı nedeni olmasına karşın hastaların çoğu doktora başvurmaz. Gerilim Tipi Baş ağrısı (GTB) genellikle çift taraflı, künt, basınç yapıcı veya sıkıştırıcı karakterdedir. Baş ağrısı kafa arkasına ve boyuna yayılabilir. Genellikle hafif veya orta şiddettedir, fiziksel etkinlikle artmaz ve fotofobi ve/veya fonofobi nadiren olur (Kılıç, 2009). İncelendiğinde ağrının başlamasının, şiddetinin, sürmesinin psikolojik etkenlerle bağlantılı olduğu görülür. Fiziksel ağrı yapabilecek herhangi bir neden bulunmaz. Ağrının yeri ve yayılımı bilinen fiziksel ağrıdan farklıdır ve kurallara uymaz. Ensedan başlar tepeden başlar, yayılır, toplanır. Ağrı kesicilere yanıt ya az verir ya da hiç vermez (Semerci, 2012). Gtb çok şiddetli olmamakla birlikte, sıkıntı ortaya çıkaran, yaygın, genellikle öğleden sonraları ortaya çıkan baş ağrılarıdır. Bazen tüm kafada basınç ve ağırlık hissi şeklinde hissedilir ( Kıvrak ve ark. 2009).

Rasmussen'in (2001) de belirttiği gibi Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (International Headache Society, IHS), kronik gerilim tipi baş ağrısını (Kgtb) 6 aydan uzun süre var olan ve ayda en az 15 gün görülen Gtb olarak tanımlamaktadır. IHS'ye göre, gerilim tipi baş ağrısı (Gtb), en sık görülen ve sosyoekonomik etkileri en fazla olan baş ağrısı tipidir (Akt: Boz ve ark. 2004).

Gerilim baş ağrısının başlamasında ve devam etmesinde psikososyal stres, anksiyete, depresyon, yorgunluk ve uykusuzluk gibi faktörlerin etkili olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (İRkeç ve ark. 2006). Somatizasyon, anksiyete, depresyon gibi

emosyonel faktörler, kronik baş ağrısında, özellikle de Gtba'da sık bildirilen faktörlerdir (Abbass ve ark. 2008).

Gerilim baş ağrısının tedavisi buna yol açan nedenlerin saptanması ile başlar. Anksiyete ve stres farkına varmadan bazı kasların sürekli kasılmasına sebep olabilir Bunun sonucu olarak da künt, sızlama tarzında baş ağrısı gelişir. Bu nedenlerin ortadan kaldırılması ilk iş olmalıdır (Okan, 2013).

### **Kronik gerilim tipi baş ağrısı tanı kriterleri**

- A. En az 3 aydır ayda ortalama 15 gün veya daha sık ortaya çıkan (yılda 180 gün veya daha fazla) ve B-D kriterlerini karşılayan baş ağrısı
- B. Baş ağrısı saatler sürer veya süreklidir
- C. Baş ağrısı aşağıdaki özelliklerden en az ikisini karşılar
  - 1. Bilateral (iki taraflı) yerleşim
  - 2. Sıkıştırıcı/basıcı (zonklayıcı olmayan) karakter
  - 3. Hafif veya orta şiddette
  - 4. Günlük fiziksel aktivitelerden etkilenmeme
- D. Aşağıdakilerden her ikisi:
  - 1. Bulanı ya da kusma yok (iştahsızlık olabilir)
  - 2. fotofobi ya da fonofobiden sadece biri
- E. Baş ağrısı başka bir hastalığa bağlanamaz (Akyıldız, 2011).

### **2.2.5. Baş Ağrısı ve Stres**

Uluslararası Baş ağrısı Derneği, Baş ağrıları Sınıflama Komitesi tarafından, 1988 yılında yayımlanan, "Baş ağrıları Kranial Nevraljiler ve Yüz Ağrılarının Sınıflanması ve Tanı Kriterleri'nde" ruhsal kökenli baş ağrısına ayrı bir başlık ya da bir baş ağrısı tipinin alt formu olarak yer verilmemiş olmasına rağmen psiko-sosyal streslerin sonucu olarak veya psikiyatrik hastalıkların bazılarının bir semptomu olarak gerilim tipi baş ağrısı ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (Çelebi, 1995).

Ergenlik veya erken erişkinlik döneminde kişilerin migrene sahip olup olmayacağını göstergeleri arasında maternal baş ağrılarının varlığı çocukluk veya erken

ergenlik döneminde var olan anksiyete sendromları, 18 yaşına geldiğinde devam eden stres reaktivitesi gibi faktörler tanımlanmıştır (Poulton, 2002).

Gerilim baş ağrısı patogeneğinde periferik ve santral mekanizmalar üzerinde durulmaktadır. Periferik mekanizmalar içinde, yorgunluk ve fiziksel hareketler sonucu zorlanan baş ve boyun bölgesi kaslarından kaynaklanan ağrılı uyarıların, kortikal ve subkortikal yapıları etkilemesi sonucu, retikülospinal yol üzerinden baş ve boyun bölgesi kaslarında ortaya çıkan kas tonusu artışının ağrıya neden olabileceği, santral mekanizmalar içinde ise stres faktörü başta olmak üzere, çeşitli uyarıların etkisiyle beyin sapında bulunan nöronlarda fasilitasyonun artması, ağrı algılanmasını kontrol eden antinosiseptif sistemlerin fonksiyonunun azalması yer almaktadır (İrkeç, 2006). Merkezi mekanizmalar içinde ise özellikle psikososyal stres faktörü başta olmak üzere çeşitli uyarıların etkisiyle beyin sapındaki ağrı algılanmasını sağlayan nöronlarda aktivite artışı ağrının algılanmasını kontrol eden antinosiseptif sistemlerin fonksiyonunda azalma olmaktadır (Saip, 2005).

Baş ağrısı ve stres arasında ters yönlü bir ilişki de olabilmektedir. Holmes ve ark. göre baş ağrısı fonksiyonel bozukluklara sebep olan bir stres kaynağı olabilir. Hatta ailelerde ve hastalarda anksiyeteye de sebep olabilir (Akt: Toros, 2010).

Baş ağrısı genellikle sadece ağrı boyutu ile ele alınmakta, ancak ağrının gerek kişiye, gerekse topluma getirdiği yükler çoğunlukla göz ardı edilmektedir. Nitekim ayda birkaç kez şiddetli migren atakları geçiren bir kişi bir süre sonra bu ağrıların her an gelebileceği korkusuna kapılmakta, bu kendi başına bir stres faktörü olabilmekte ve nadir olmayarak kişi depresyona da girmektedir. Stres ve depresyon migren ataklarını arttırabilmekte ve böylece kişi ağrı ve depresyonun çok yoğunlaştığı bir kısır döngü içine girmektedir. Doğal olarak bir hastalığa bağlı olmayan bu “ağrılı yaşam”, kişinin özel ve sosyal yaşamını da olumsuz olarak etkilemektedir (Siva, 1998).

#### **2.2.6. Baş ağrısı ve genetik**

Baş ağrısı, nöroloji uzmanına başvurma nedenleri arasında da ilk sıralarda yer almaktadır. Çocuklardaki baş ağrıları çoğunlukla migren ve gerilim tipi gibi benign nedenlere bağlı olmasına karşın, santral sinir sistemi enfeksiyonları veya kafa içi basınç

artışı gibi ciddi organik durumlarda da ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle baş ağrısı ile getirilen her hasta ayrıntılı bir şekilde değerlendirilerek etiyoloji açığa kavuşturulmalıdır. Baş ağrısının oldukça sık görülen bir semptom olmasına karşın çocuklarda bu konuda yapılmış prospektif çalışma oldukça azdır (Alehan, 2003).

Migren ve Gerilim baş ağrısında aile öyküsü pozitif bulunmuştur (Alehan, 2003). Son yıllarda baş ağrısı, özellikle de migren genetiği konusunda önemli gelişmeler olmuştur ve bugün için migren kompleks genetik özellik gösteren, heterojen bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Migrenin ailesel özellik gösterdiği uzun zamandır bilinmekte ve deneyimli klinisyenler tarafından tanıya yardım amacıyla bile kullanılmakta idi. Buna karşın yoğun araştırmalara rağmen şu an için sadece migrenlilerin çok küçük bir oranını oluşturan ve karakteristik bir klinik tablo olan ailesel hemiplejik migrenin (familiar hemiplejik migren (FHM)) genleri bulunabilmiş, ancak çok daha sık görülen aurasız migren formlarının genlerine henüz ulaşılamamıştır (Baykan, 2006).

Baş ağrısı merkezlerinde görülen hastaları ve ailelerini inceleyen çalışmalar ise genel popülasyonu yansıtmamakta ve daha atipik ve ağır seyreden hastalardan oluşmaktadır. Yine de bugüne dek yapılmış olan tüm çalışmalar migren için genetik temelin varlığını desteklemektedir. Çeşitli çalışmalarda ailesel olguların oranı tanı kriterine ve kullanılan yöntemlere göre değişerek %34-%90 gibi farklı oranlarda bulunmuştur (Baykan, 2006).

Küme tipi baş ağrısının yakın zamana dek genetik bir hastalık olduğu üzerinde durulmamıştır, ancak son zamanlarda yapılan çalışmalarda genetik faktörlerin rolü olabileceği vurgulanmıştır. Migren ve gerilim tipi baş ağrısından sonra en sık rastlanan baş ağrısı tipi olan kronik günlük baş ağrısı için genetik faktörlere işaret edilmesi de çok yenidir ve bu konu da toplum sağlığı ve rasyonel tedavi stratejileri geliştirmek açısından büyük önem taşımaktadır (Baykan, 2006).

### **2.2.7. Epidemiyoloji**

Baş ağrısı insanların en sık yaşadığı sağlık sorunlarından biridir. ABD’de yapılan bir çalışmada baş ağrısının 3 aylık periyot içerisinde toplumdaki yaygınlığı yaklaşık %23 bulunmuştur. Baş ağrısı yaşayan hastaların büyük çoğunluğu ise genç ya da genç

yetişkin kadınlardan oluşmaktadır (Kalaydjian ve Merikangas, 2008 ). ABD de Ulusal Sağlık Görüşme Araştırması tarafından yapılan bir başka araştırma verilerine göre, 4-17 yaşları arasında bulunan 3,7 milyondan fazla çocuk ( % 6.7 ) 12 aylık bir dönemde önemli bir baş ağrısı yaşamıştır (Strine ve ark. 2006).

Baş ağrısı 4 yaşında nadir olmakla beraber bu yaştan itibaren artarak çocukluk boyunca görülen ve erkeklerde ve kadınlarda 13 yaşta zirveye ulaşan bir durumdur. (Fearon P, Hotopf M 2001. Başka bir çalışmada GTBA'nın 7 yaşından sonra daha sık görüldüğü ve prevalansının 7-19 yaşları arasında %9.8-24.7 arasında olduğu bildirilmiştir (Laurell ve ark. 2004). İngiltere'de yapılan 26 yıllık bir başka izlem çalışmasında çocukluk çağında baş ağrısı tanısı alan kişilerde ergenlik döneminde baş ağrısı olasılığının 2.22 kat, çeşitli fiziksel semptomlara sahip olma olasılığının 1.62 kat ve psikiyatrik morbiditenin 1.41 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Fearon ve Hotopf, 2001).

Gerilim tipi baş ağrısı ve migren, diş çürüğünden sonra, dünyanın ikinci ve üçüncü en yaygın sağlık bozukluklarıdır (Atlas, 2011). Migren, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından dünyada iş görememeye sebep olan hastalıklar arasında genelde 19. sırada, kadınlarda ise 12. Sırada yer almaktadır (WHO, 2001).

Dünya çapında yapılan epidemiyolojik çalışmalarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde 10-45 yaş grubunda belirgin olmak üzere migren prevalansının tüm yaş gruplarında çarpıcı bir şekilde arttığı gösterilmiştir (Anttila ve ark. 2006). Pek çok çalışmaya göre migren baş ağrısı küresel ortalaması % 11'dir (Steiner, 2010). Buna rağmen WHO verilerine göre özellikle orta gelirli ülkelerde baş ağrısı araştırmalarının yetersiz olduğu görülmektedir (Mateen ve ark. 2008).

Çocuk nörolojisi pratiğinde, baş ağrısı en sık doktora başvurma nedenidir. Görülme sıklığının yüksek olması, ekonomik yükünün önemli olması nedeni ile baş ağrısı tanısı, sınıflandırılması, fizyopatolojisi ve tedavisi ile ilgili çalışmalar tüm dünyada önemli bir yer kaplamaktadır. WHO verilerine göre baş ağrısı işgücü kaybına neden olan ilk 10 hastalığın içerisinde yer almaktadır (Stovner ve ark. 2007).



HBSC'ye göre 11-15 yaş aralığındaki gençler Türkiye raporunda öğrencilerin %58,4'u iki ya da daha fazla sağlık yakınmasını (Baş ağrısı, karın ağrısı, sırt ağrısı, moral bozukluğu, çabuk sinirlenmek ya da huysuzluk, gerginlik ya da kaygı hissi, uyuma güçlüğü ve baş dönmesi) haftada birden fazla ya da hemen hemen her gün yaşadığını bildirmektedir ( Ercan ve ark. 2009).

Baş ağrısı, özellikle migren çocukların fiziksel, duygusal, sosyal durumlarına ve okul başarılarına, sonuçta yaşam kalitesine etki eder. Baş ağrısının, erişkinlerde olduğu kadar çocukluk çağında da yüksek prevalansı ve ekonomik yükü olması nedeni ile son yıllarda çocukluk çağı baş ağrıları ile ilgili çalışmalar artmıştır. En kapsamlı çalışmalardan birisi 2004 yılında Zwart ve ark. (2004) nın yayınladıkları 13-15 yaş arası 8255 okul çocuğu üzerinde yaptıkları epidemiyolojik çalışmadır. Bu çalışmada 1 yıllık prevalans migrende %7, GTBA'da %18 olarak bulunmuştur. Ancak migren bir halk sağlığı sorunu olarak görülmez; çocuklar ve erişkinlerde sıklıkla tanı almaz ve tedavi edilmez. İngiltere ve ABD'de migren hastalarının yaklaşık üçte ikisinin doktora danışmadığı, doğru tanı almadığı ve sadece reçetesiz ilaçlarla tedavi olduğu tahmin edilmektedir (Lipton ve ark. 2003).

Çocuklarda baş ağrısı genellikle primer baş ağrısı olmakla birlikte, bazen ciddi hastalıkların semptomu olarak da karşımıza çıkabilir. Baş ağrılarıyla ilgili epidemiyolojik veriler tanı ve tedavide doktorlara ve ailelere yarar sağlayabilir. Çocukluk çağı baş ağrıları hakkındaki epidemiyolojik çalışmaların çoğu çocuğun kendi kendine doldurduğu anket formlarından edinilen verilere göre ve bir sınıflama sistemi kullanılarak yapılmaktadır. Klinik görüşmeye dayalı çalışmalar ise daha az sayıda olup; zaman alıcıdır; ancak anket çalışmalarına göre daha duyarlıdır (Güçtürk, 2012).

Çocukluk çağında tekrarlayan baş ağrıları yetişkinlikte yaşanabilecek baş ağrılarının habercisi olabileceği için önemli bir veridir (Scott ve ark. 2003). Migrenin ömür boyu sürebilen bir hastalık olduğu, migrenli erişkinlerin çoğunun migren tipi baş ağrılarının çocukluk çağında başladığını ifade ettikleri göz önüne alındığında çocukluk çağındaki çalışmaların önemi daha iyi anlaşılabilir (Özkan ve ark. 2012). Baş ağrısının eşlikçi belirtileri erişkin yaşta da küçük farklar ile benzer şekilde seyretmekte ve artan bilgisayar kullanımı bu süreçte olumsuz rol oynamaktadır (Özge ve ark. 2007).

Çocuklarda baş ağrısı diğer kronik hastalıklar ile kıyaslandığında gerek okul performansı, gerekse emosyonel durumu olumsuz yönde etkilemekte ve bu durum ailelerin veya öğretmenlerin gözünden kaçtığına ilave sosyal sorunlara yol açmaktadır (Powers, etc. 2003). Sebep ne olursa olsun kronik ağrı, sık sık hastanın duygu durumunu, kişiliğini ve sosyal ilişkilerini etkilemektedir (Kara ve Abay, 2000).

Çocukların yaşam stillerinde ortaya çıkan değişiklikler ile birlikte son 30 yılda çocukluk çağı migreninde gözlenen çarpıcı artış konuya olan ilgiyi artırmıştır ve gerek hekimlerin gerek ailelerin bilgilendirilmesi ile etkin sağıltım stratejilerinin geliştirilmesini gerekli kılmıştır (Şaşmaz ve ark. 2004).

### **2.2.8. Tedavi**

Ağrısı olan bireye ağrının kontrol edilebilen bir bulgu olduğunu anlatmak, ağrı kontrolünde etkin hale getirmek, ağrı ile ilgili genel fikirlerini değiştirmesini sağlamak önemlidir. Kişiyeye uygun baş etme mekanizmaları ile bu sağlanabilir. Kronik ağrı tedavi ilkeleri: Tedaviye organik, ruhsal ve sosyal açılardan yaklaşılmalı ve multidisipliner bir yaklaşım izlenmelidir. Var olabilecek diğer fiziksel ya da psikolojik hastalıkların tedavisi sağlanmalıdır. Ağrının sürmesine neden olan psiko-soyal stres etkenleri azaltılmaya çalışılmalı ve kişi yaşamındaki temel sorun kaynaklarını tanıması için yöreklendirilmelidir. Kişinin yaşam alanındaki işlevselliği artırılmalıdır (Kara ve Abay, 2000).

Özge (2007) 'nin çalışması migrenin erken tanısı, hasta ve hasta yakınının eğitiminin önemini ortaya koymakta ve bilinçsiz kullanılan ilaçların zararına dikkat çekmiştir. Çalışma migrende yaşla birlikte ortaya çıkan klinik maturasyon ve çevresel faktörlerin süreçteki olumlu ve olumsuz etkilerini ortaya koymada değerli bilgiler sağlamıştır. Bu bilgiler migrenin anlaşılması ve uygulanacak sağıltım stratejilerine temel oluşturmaktadır.

Baş ağrısından muzdarip bireyin günlük yaşam pratiği, aile ve sosyal yaşantısından kaynaklanan zorlanmalar, bunların kendi üstündeki etkileri ve uyandırdığı duygular, beklentileri ve hayal kırıklıkları üstüne konuşulması gerekir. Bu amaçla günlük tutturulması faydalı olur (Çelebi ve Altunhalka, 1995).

İrkeç ve ark. (2006) yazısında: Gerilim tipi baş ağrısı patogeneğinde immün sisteme yönelik bu çalışmada, gerilim tipi baş ağrısı ve migren arasında nöroimmünolojik reaksiyonlar açısından benzerlik olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla gerilim baş ağrılarının tedavisinde immünoinflamatuar moleküllere yönelik spesifik tedavi yöntemlerinden de yarar sağlanabileceği sonucuna varılmaktadır.

Baş ağrısı şikayeti olan hastanın değerlendirilmesi ve uygun tedavinin uygulanabilmesi için bazen Psikiyatri, Nöroloji, Nörojurji, Fizik tedavi, Kbb, Göz hastalıkları, Diş Hekimliği, İnfeksiyon hastalıkları gibi çeşitli bölümlerin işbirliği gerekebilmektedir. Uzun süren ya da sık tekrar eden baş ağrıları, kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Ayrıca verimlilik ve üretkenliğini de azaltır. Yani baş ağrısı tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım benimsemek elzemdir.

Gerilim tipi baş ağrılarında dirençli hastalarda Biofeedback teknikleri, relaksasyon işlemi için hastaya fizyolojik fonksiyonları hakkında bilgilendirme sağlar. Hastanın sosyal ortamının düzenlenmesi, aile terapisi, sosyal destek grupları oluşturulması, stresle baş etme yollarının gösterilmesi, uğraşı terapileri, ağrı konusunda hastanın eğitimi için kullanılan psikososyal tedavi yöntemleridir (Kara ve Abay, 2000).

Söz konusu stres yönetimi becerisi eğitimlerinin, gevşeme egzersizleri, nefes egzersizleri, yürüyüşler, vb. bedensel egzersizler yanında, duygu yönetimine yardımcı bilişsel-davranışçı psiko-eğitim müdahalelerini de içermesinde yarar olacaktır. Söz konusu bu destekleyici müdahaleler, bir yandan bedensel semptomların giderilmesinde yardımcı olurken, diğer yandan da hastanın yaşaması muhtemel, depresyon ve anksiyete belirtilerinin azalmasında katkı yapabilecektir. Böylece hastalar, çağdaş biyo-psiko-sosyal model çerçevesinde, bütüncül bir yaklaşımla tedavi edilebilirler (Batıgün ve ark. 2011).

Davranışsal tedaviler özellikle yüksek oranlarda psikolojik komorbiditenin eşlik ettiği ve kişilik özelliği dışı vurumcu olan çocuklarda daha iyi sonuç vermektedir. Termal “biofeedback” veya “biofeedback” yardımı gevşeme egzersizleri ayrıca motivasyonu ve öğrenme becerilerini artırmaktadır (Hermann, 2002).

Çocuklar ve aileleri migrenöz sinir sisteminin yapısı hakkında bilgilendirilmelidir. Ataklar ve baş etme yöntemleri öğretilmelidir. Ağrı günlüğü tutulmalıdır. Günlük, stres ilişkili baş ağrıları için bir tedavi yöntemi bile olmaktadır. Migrenlilerin sinir sistemi çevresel uyarılardan korunma ihtiyacı duyar. Uyaran şiddetli ise atak migren ile sonuçlanır. Eğer uyaran egzersiz, biyofeedback, rutin yiyecekler ve uyku gibi koruyucu faktörler ile dengelenirse atak önlenir. Ayrıca ataklar ile ilişkili aktiviteler sorgulanmalıdır. Hastalar ataklara zemin hazırlayabilecek düzensiz uyku, düzensiz yemek, düzensiz istirahat zamanları, alışılmadık kokular ve bilgisayar oyunları gibi kaotik görsel uyarılardan uzak tutulmalıdır. Kötü ışıklandırılmış ortam, gürültü, hava koşullarında değişiklik için dikkatli olunmalıdır. Mayalı yiyecekler, tatlandırıcılar, kafein, aspartam ve monosodyum glutamat diyetten arındırılmalıdır. Özellikle uyku bozukluklarının pek çok açıklanmış hipotezle migrenli çocuklarda sağlıklı olanlardan daha sık görüldüğü dikkate alındığında baş etme stratejilerine iyi bir uyku hijyeninin dahil edilmesinin önemi açıktır (Forsty, 1999).

Baş ağrısı tedavisinde amacın; ağrıyı tamamen ortadan kaldırmak olmadığı, çocuğun derslerini rahat yapabildiği, sosyal aktivitelerine katılabildiği durumu sağlamanın amaçlandığı aileye anlatılmalıdır. Düzenli uyku, okul ve ödev zamanlarını ayarlamak, boş vakitlerini uygun şekilde düzenlemek ve yemek öğünlerinin atlanmaması her kronik baş ağrısı olan çocuğa öğütlenmelidir. Özellikle aç olarak okula gitmemesi, aç olarak okul servisine binmemesi gerektiği anlatılmalıdır. Eğer baş ağrısı uyumak ile düzeliyorsa bunun da bir tedavi yöntemi olduğu bilinmelidir (Kılıç, 2009).

## **2.3. Stres İle İlgili Kuramsal Açıklamalar**

### **2.3.1. Stres Tanımları**

‘Stres’ Latince’den türemiş ve İngiliz dilinde kullanılan bir terimdir. İnsanla ve canlılarla ilgili durumu tanımlamada kullanılan bir kelime olmadan önce, fizik ve mühendislik bilimlerinde kullanılmıştır. Stres Latince’de ‘Estrictia’ eski Fransızca’da ‘Estrece’ kelimelerinden türetilmiştir ve kavrama tarihsel süreçte farklı anlamlar yüklenmiştir (Baltaş, & Batlaş 1993). Kavram, 17. yüzyılda “felaket, bela, dert, keder, elem” anlamlarında kullanılmıştır. 18 ve 19. yüzyıllarda kavramın anlamı değişmiştir.

Bu dönemde kavram, “kişiyeye, ruhsal yapıya, organlara ya da objelere karşı yöneltilen güç, baskı ve zorlama” anlamlarında kullanılmıştır (Şahin, 1998).

Literatüre bakıldığında, stres kavramına yüklenen anlamların kaynaktan kaynağa ve yazardan yazara değişmekte olduğu görülmektedir. Örneğin; stres, Ruh Bilimleri Sözlüğünde, “bir organizmanın üstesinden gelmesi gereken koşullar karşısında verdiği tepki durumu” olarak tanımlanmaktadır (Erkuş, 1994).

Stres yaşama ve stresle başa çıkmayla ilgili bilimsel çalışmaların ilk temelleri Canon ve Selye'nin çalışmalarıyla atılmıştır. Ancak bu araştırmacılar yaklaşık iki yüzyıl önce “stres” kavramı Fizikçi Robert Hooke ve sonrasında Thomas Young tarafından kullanılmıştır (Şahin, 1994). Cannon'un modelinde “stres” acil durum tepkisi olarak tanımlanmakta, organizmanın biyolojik varoluşu ve uyum gereksinimi üzerinde durulmaktadır. Buna göre, “stres, organizmanın, kendi yaşamını ve çevreye uyumunu (dengesini) tehdit eden bir uyarana gösterdiği, varoluşsal değeri olan bir “savaş ya da kaç” tepkisidir (Şahin, 1998). Selye (1976) ise stresi olaylar karşısında gösterilen tepki olarak yorumlamıştır. Bu modele göre stres reaksiyonları üç aşamalı bir süreçten geçmektedir: Alarm, direnç ve tükenme. Organizma tehlike sinyalini aldığı anda alarm durumuna geçer. Tehlikeli durum devam ederse fiziksel olarak tepkide bulunur ve duruma uyum sağlamaya çalışır. Buna rağmen tehlike ortadan kalkmazsa bir süre sonra organizmada tükenme görülür.

Stres, Fransız Fizyolog Bernard tarafından 1950'lerde tıp alanında, “organizmanın dengesini bozan uyarılar” olarak tanımlanmıştır. Aynı yıllarda Kanadalı Fizyolog Selye, stresi önceleri “organizmaya zarar veren uyarılar olarak” tanımlarken, daha sonraları “organizmada zorlanma sonucu ortaya çıkan tepki” olarak değerlendirmiştir (Köknel, 1988). Öte yandan stres, Cüceloğlu (1996) tarafından, “bireyin fiziksel ve sosyal çevreden gelen uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı çaba” olarak ele alınmaktadır.

Lazarus ve Folkman (1984) ise stresi uyarıcı tepki bağlamında tanımlamıştır. Buna göre stres olaydan veya kişinin kendisinden kaynaklanmaz; olay ile kişi arasındaki etkileşimden kaynaklanır. Yani kişinin olayı değerlendirip, uyum geliştirmesiyle

(bilişsel yorumlamayla) ilgilidir. Bu çalışmada araştırmacılar stresin yaşanmasındaki bireysel yorumlamalara ve subjektifliğe vurgu yapmışlardır.

Başka bir deyişle stres, yaşama uyum sağlama sürecinde yaşanan bir engellenme durumunu ve bu duruma yönelik duyguları, düşünceleri ve ağırlıklı olarak da bedensel tepkileri anlatmak üzere kullanılan bir kavramdır (Lazarus ve Folkman, 1984; Baltaş, 1998; Şahin, 1994; s.17).

Stres can sıkıntısı ve üzüntü karşılığı kullanılmaması gereken bir kavramdır. Stresin sonuçlarının hayatın her cephesinde gözlemlenmesinin sebebi stresin çok temel ve değişmez bir mekanizmaya bağlı biyokimyasal maddeler aracılığı ile anatomik yapılar üzerinden çalışan fizyolojik bir tepki olmasıdır (Baltaş ve Baltaş, 1993).

Bu tanımlara bakıldığında, başta Selye olmak üzere, çoğu yazarın "stres tanımı" olarak dystress'in tanımını yaptıkları görülmektedir. Bu çalışmada da "stres" kavramı, ıstırap verici stres (dystress) anlamında kullanılmıştır. Psikolojik stres ise, strese yol açan olaylar yoluyla ortaya çıkan değişim, gündelik sıkıntılar, baskı, engellenmeler ve çatışmalar aracılığıyla tanımlanmaktadır ( Şahin, 1994).

### **2.3.2. Stres Kuramları**

Literatürde stres ile ilgili pek çok tanımlamaya rastlanmıştır. Bu tanımlamalar fiziksel, fizyolojik, sosyal ve psikolojik etkenlerin oranlarına, birey-sosyal çevre ilişkisini açıklayış biçimine göre değişmektedir.

#### **2.3.2.1. Canon'un Savaş-Kaç Modeli**

Walter Canon, stres kavramını canlı organizmalar bağlamında açıklamıştır. Canon'a göre stres, canlının doğal içsel dengesinin dışsal çevresel uyarıcılarla bozulması sonucunda oluşur. Canon bu süreci homeostatis ve "savaş kaç tepkisi" kavramlarıyla açıklamaktadır. Cannon savaş/kaç tepkisinin bir taraftan organizmanın tehlide karşı ani bir biçimde tepki vermesini mümkün kıldığı için uyumlu olduğunu bir taraftan da stresin, duygusal ve fizyolojik fonksiyonları bozucu etkisi ve zamanla ortaya çıkarabileceği sağlık sorunları nedeniyle zararlı olduğunu öne sürmüştür (Taylor, 2003).

**Savaş-Kaç Tepkisi:** Stres organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Organizma tehlike ile karşılaşınca “savaş ve kaç tepkisi” olarak adlandırılan bir tepki geliştirir. Canlı başa çıkabileceğine inandığı tepki ile savaşır başa çıkacağına inanmadığı durumdan kaçır. Böylece yeni duruma uyum sağlar. İster gerçek ister algılanan stres sonucu olsun sempatik sistemin faaliyeti önemli ölçüde artar. Savaş ve kaç tepkisi organizmanın yüksek bir enerji boşalmasını ve fizik mücadelesini içeren ve bir dizi bedensel değişikliğe sebep olan tepki zinciridir. Sempatik sistemin harekete geçmesi fizik sebeplerle olabileceği gibi duygusal sebeplerle de olabilir. Bu sebepler savaş ve kaç tepkisinin doğrudan otonom organlara yayılmasına yol açar (Baltaş ve Batlaş, 1993).

Savaş ya da kaç tepkisine yol açan bu psikolojik nitelikli koşullar yoluyla yaşanan duygular da stres vericidir. Ayrıca bu süreçte biyolojik alanda oluşan değişimler de kişiye fiziksel olarak zarar verebilmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984). Buradan da anlaşılmaktadır ki stres durumu bedende olumsuz durumlar yaratarak kişiye zarar vermektedir.

### **2.3.2.2. Selye'nin Genel Adaptasyon Sendromu Kuramı**

Endokrinolog Hans Selye, Canon'un stresle ilgili düşüncelerinden esinlenerek laboratuvar çalışmaları yapmış ve çalışmaların sonunda Genel Uyum Sendromu (1952) fikrini ortaya koymuştur. Selye'nin fareler üzerinde gerçekleştirdiği deneylerde uzun süre soğuk ve yorgunluğa maruz kalan farelerin sergiledikleri fizyolojik tepkilerin stresörlerin türüne bakılmaksızın aynı olduğu (hepsinde böbrek üstü bezlerin korteksinde büyüme, timus ve lenf bezlerinde küçülme olduğu ve mide ve on iki parmak bağırsağında ülser gelişmeye başladığı) gözlenmekteydi. Organizma bir stresörle karşılaştığında kendisini harekete geçmeye teşvik eder. Tehdidin, diğer bir deyişle stresörün türüne bakılmaksızın birey aynı fizyolojik reaksiyon şekliyle tepki gösterecektir. Strese tekrar ya da uzun süre maruz kalma sonucunda sistemde normal bir aşınma gerçekleşecektir ( Rice, 1990; Akt: Yerlikaya, 2007).

Birey ne tür stresörle karşı karşıya kalırsa kalsın, hoşla giden, gitmeyen bu etmene yanıt verme durumundadır. Bu yanıt, Selye tarafından “genel adaptasyon

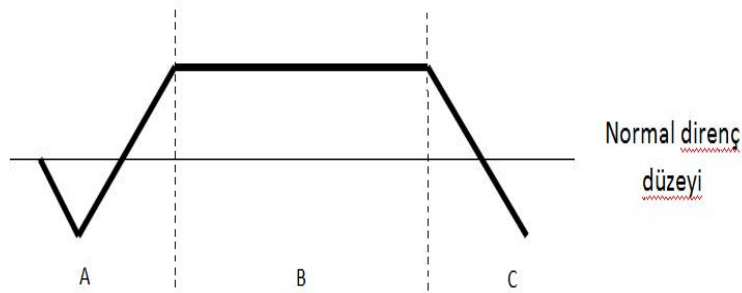
sendromu (GAS)’ya da “biyolojik stres sendromu” olarak tarif edilmiştir. Stres etmeninin GAS’ı harekete geçiren etkisi non-spesifik bir etkidir. Bunun dışında her stres etmeninin kendine özgü bir de spesifik etkisi vardır. GAS oluşumunda bu spesifik etki de işin içine girer. Her stres etmeninin aynı/ortak non-spesifik etkileri olduğu halde, her bireyde aynı lezyona ya da tepkimeye neden olmaması, hatta aynı stres etmeninin aynı bireyde değişik zamanlarda değişik tepkimelere neden olması iç ve dış koşullandırma etkenleri ve psikik faktörlerle açıklanır (Yurdakoş, 2014).

Bu süreçte ilerleyen çalışmalarla Selye “Genel Uyum Sendromunu” tanımlamıştır. Selye’ye göre, stres verici uyarıcılara uzun süre maruz kalış, organizmada yapısal ve işlevsel değişikliklere yol açmaktadır. Bu açıdan bakıldığında stres yaşantısı, bir süreç olarak da değerlendirilebilir.

Genel uyum sendromu üç aşamayı içermektedir. Bu aşamalar ‘alarm, direnç ve tükenme’ aşamalarıdır. Birey alarm aşamasında, öncelikle stresörü algılar. Alarm aşamasında stres verici etken fark edilerek, biyokimyasal tepkilerin harekete geçirilmesi yoluyla bedenin kendini korumaya hazırlaması söz konusudur. İkinci aşamada stresörle ya mücadele etmek ya da ondan uzaklaşmak için harekete geçer. Daha sonra strese uyum yapıldıkça, direnç ortaya çıkmakta; stres verici etkenin ortadan kalkmadığı ve etkisini sürdürdüğü koşulda ise, beden genel uyum sendromu sürecinde tükenme aşamasına girmekte ve her türlü hastalığa açık duruma gelmektedir.

**Selye’nin GAS olarak tanımladığı tablo üç dönemdir.**

#### **Genel Adaptasyon Sendromu:**



**A= Alarm dönemi**



**B= Direnç dönemi**

**C= Tükenme dönemi**

Selye (1976) stresi olaylar karşısında gösterilen tepki olarak yorumlamıştır. Bu modele göre stres reaksiyonları üç aşamalı bir süreçten geçmektedir: Alarm, direnç ve tükenme.

**A-Alarm tepkisi:** Stresin bu ilk aşamasında direnç normal zamanlara oranla daha düşüktür, yani kişi normal yaşantısını sürdürmektedir ve strese hazırlıksızdır. Direncin daha düşük olduğu bu kısa sürede, gastrointestinal rahatsızlıklar, artmış kan basıncı görülebilir. Bedenin stres etmeni ile karşılaşması ile hipotalamo- hipofizer sistem ve otonom sempatik sistem uyarılır. Daha sonra beden kaynaklarını devreye sokmaya başlar ve kendini korumaya yönelik ayarlamalar yapar. Bu savunucu tepkiler başarılı olursa alarm durumu sönmeye başlar ve beden normal aktivitesine geri döner. Etmen çok güçlü ise birey birkaç saat/gün içinde ölebilir. Alarm döneminden sonra beden bu etmene uyum göstermeye çalışır ve ikinci dönem, direnç dönemi başlar (Baltaş, 1984; Şahin, 1994 ; Lazarus ve Folkman, 1984; Rice, 1990; Baltaş ve Baltaş, 1988).

**B-Direnç dönemi:** Kendini korumaya yönelik savunucu tepkilerde başarılı olunamamışsa, yani stres devam ediyorsa, beden aktivitesi ve direnç artmaya başlar ve bu artış bir süre devam eder. Stres etmeninin varlığını sürdürmesine karşı, beden normalin üstünde dirençli durumdadır. İkinci aşamada stresörle ya mücadele etmek ya da ondan uzaklaşmak için harekete geçer. Direnç dönemi etmenin gücüne, bedenin adaptasyon yeteneğine ve enerjisine bağlıdır. Ancak stres etmeni sürdüğü sürece adaptasyon sürüp gidemez. Beden bu savaşı kazanmak için çok fazla kaynak harcayabilir ve bu da zamanla dirençte düşüşe neden olur. Direnç dönemi uzadıkça bedenin savunması zayıflar ( Baltaş, 1984; Şahin, 1994; Lazarus ve Folkman 1984; Rice, 1990; Baltaş ve Baltaş, 1988).

**C-Tükenme dönemi:** Stresör şiddetli ve devamlı ise beden enerji rezervlerini tüketir. Sonunda direnç kırılır. Beden işlevleri alarm öncesi döneme düşer. Alarm reaksiyonu yeniden belirir. Vücut her türlü hastalığa açık duruma gelir. Tükenme aşamasında bireyin dengesi bozulur, bitkinliği ve yorgunluğu artar. Selye, stres

tepkisinin olağan dışı sürelerde devam etmesi sonucunda adaptasyon enerjisi tamamen tükenmiş ise ölüm, değilse stres hastalıklarının oluşacağını belirtmiştir. Organizmada direnç dönemini sonlandırıp tükenme dönemini başlatan ise stres hormonlarının organizma üstündeki uzamış etkileridir ( Baltaş, 1984; Şahin, 1994 ; Lazarus ve Folkman 1984; Rice, 1990; Baltaş ve Baltaş, 1988).

Günümüzde de Selye'nin modeli önemini sürdürmektedir. Bunun bir nedeni reaksiyonların genel bir teorisini sunuyor olması; ikincisi ise stres ve fiziksel rahatsızlıklar arasında fizyolojik bir ilişki mekanizması sunuyor olmasıdır. Selye özellikle kaynakların tekrarlı ya da uzun süreli kullanımı sonucunda tükenmesinin, yani üçüncü evrenin, hastalığın temelinde yatan fizyolojik zararın sorumlusu olduğuna inanmaktadır. Fakat Selye'nin modeli psikolojik faktörlere gereken önemi vermediği gerekçesiyle eleştirilmiştir. Günümüzde araştırmacılar psikolojik değerlendirmelerin stresin açıklanmasında önemli etkisi olduğunu kabul etmektedirler. Bu modele yöneltilen diğer bir eleştiri ise strese karşı verilen tepkinin tek bir biçimi olduğu varsayımıyla ilgilidir. Tüm stresörlere aynı endokrinolojik tepkinin verilmediğine dair kanıtlar mevcuttur. Dahası insanların strese karşı verdikleri tepkiler onların kişilikleri, anlayışları ve biyolojik durumlarından etkilenmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984).

### **2.3.2.3. Bilişsel Değerlendirme Modeli**

Lazarus'un (1984) bilişsel değerlendirme modeli insanları çevrelerine pasif bir biçimde tepki veren değil, dış dünyayı yorumlayan psikolojik varlıklar olarak ele almaktadır. Bilişsel değerlendirme modelinde, bir nesne, olay ya da olgunun birey tarafından stres verici olarak tanımlanmadığı sürece hiçbir şeyin stres verici olmadığı kabul edilir. Hiçbir olay, evrensel olarak stres verici değildir. İnsanların yaşadığı stresin yoğunluğu, yine insanların olaylara verdikleri anlamla ilişkilidir. Olayları anlamlandırma süreçleri içerisinde birincil ve ikincil değerlendirme süreçlerinden bahsedilmiştir. Birincil değerlendirmede, kişi olayın kendisi için ne kadar önemli olduğunu değerlendirir ve olayı kendisi için tehdit edici, kayba neden olan ya da zarar verici bir durum olarak yorumlayabilir. İkincil değerlendirme yapan bir kişi ise aynı olayı bir fırsat ya da geçici bir durum olarak yorumlayıp stresin zararlı etkisinden

korunabilir (Lazarus ve Folkman, 1984). Kişi durumu tehdit edici olarak algırsa, yani “stres verici” olarak değerlendirirse, aynı anda ikincil değerlendirme süreci de başlamıştır. Bu aşama, kişinin başa çıkma yeteneklerinin ve kaynaklarının, durumla baş etmeye yetip yetmeyeceğinin zihinsel değerlendirilmesidir; bir anlamda bir “zihinsel muhasebe”dir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

Stres teorilerinde otonom faaliyetlerin kontrolü ve gevşeme cevabının oluşturulması önemli rol oynar. Stres durumu çok uzun süre devam etmezse, strese karşı verilen tepki otonom sinir sistemi düzeyinde kalır. Stres durumu uzun süre devam ettiği takdirde, hormon sistemi devreye girer (Baltaş ve Baltaş, 1993). Bu da çeşitli fiziksel ve psikolojik tepkilerin ve savunma mekanizmalarının ortaya çıkmasına sebep olur.

### **2.3.3. Kavram Olarak Stres**

Ergenlik biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak pek çok stresli durum içerir. Bunların aşılması o insan için bir gelişme ölçüsüdür.70 li yıllardan bu yana yıkıcı ve yapıcı streslerden bahsedilmiştir. Jessie Bernard stresi zevk veren ve zevk vermeyen olarak ‘eustress’ ve ‘dystress’ kavramları ile tanımlamıştır (Baltaş ve Baltaş, 1993; Gadzella ve Masten, 2005)’e göre alan yazında iki çeşit stresten bahsedilmektedir: Birincisi insanları harekete geçiren ve güdüleyen iyi huylu stres (eustress), ikincisi ise fiziksel ve duygusal anlamda zarar veren kötü huylu stres (distress)’tir (Akt: Baloğlu ve Bardakçı, 2010). Hans Selye de bu konu üzerinde önemle durmuştur. Yaşanan olayları algılar, değerlendirir ve duygular yükleriz. Organizmada üç tür duygu vardır. Bunlar olumlu, olumsuz ve ayırmsız duygulardır. Duygular stres ya da distres yükünü taşırlar. Olayların distres yükünü azaltmak en azından ayırmsız duygularla değerlendirmek bireye rahatlık ve başarı getirecektir (Baltaş ve Baltaş, 1993; s.55).

Fried (1980), ise stresi oluşum şekillerine göre üç düzeyde tanımlamıştır: Birinci düzey, felaket stresidir (catastrophic stress). Felaket stresi, büyük alanları ve insan topluluklarını etkileyen felaketlerin (deprem, sel gibi) neden olduğu strestir. İkinci düzey, akut strestir. Akut stres, krizler ya da bireyleri etkileyen anlık olaylar sonucunda oluşan stres çeşididir. Üçüncü düzey ise, günlük (endemic stress) strestir. Günlük stres,

günlük yaşam içerisinde sürekli olarak varlığını gösteren ve bireyleri tehdit eden strestir (Akt: Eryılmaz, 2009).

Bireyler duygusal yaşantılarındaki duruşlarıyla uyaran durumlarını yorumlar ve tavır koyarlar. Bu nedenle stres olgusu incelenirken stres verici durumlar kadar onlarla karşılaşan bireyin psikolojik özelliklerinin de değerlendirilmesi gereklidir. Duygusal yaşantılar ise anılar, sağlık koşulları, aile ortamı, çocuğun yetiştirme tarzı, aile üyelerinin görüşleri, aile içi etkileşim ve yetişkinlerin yol gösterici tutumu ile şekillenir. Kişinin yetemediğini, eksikliğini fark ettiği durumlarda, olayın yarattığından daha yoğun bir stres ortaya çıkar. Kaygı, depresyon, korku vb. stres sonucu ortaya çıkan patolojilerdir. Yüksek ve sürekli stres ortamı zihinsel etkinlikleri verimli biçimde sürdürmeye hem doğrudan hem de duygu ve davranışlarda meydana gelen aksamalar vasıtasıyla dolaylı olarak etkiler (Baltaş ve Baltaş, 1993; s. 39). Büyük bir stresten çok, küçük çaplı bir stresin üst üste binmesi ve uzun süre devam etmesi, stresin birey üzerindeki etkisini artırmaktadır (Baltaş ve Baltaş,1988).

#### **2.3.4. Stres Kaynakları**

Stresin oluşması için öncelikle, organizmanın uyum sağlayıcı mekanizmalarını sarsan ve tehlikeye düşüren koşulların ve faktörlerin varlığı gereklidir. Bu koşullara ve faktörlere “stresör” adı verilir. Stresörler, organizmanın dengesini bozar. Birey, bozulan denge karşısında, dengeyi sağlamak için fizyolojik, bilişsel ve davranışsal tepkiler üretir (Baltaş, 1984).

Bireyde stres oluşturan etmenler “Stresörler” diye tanımlanmaktadır. Stresörler, psikolojik, fiziksel ya da sosyal alanda olabilir (Yurdakoş, 2014). Başlıca stres kaynakları şöyle sıralanabilir.

1-Fiziki çevreden kaynaklananlar: Gürültü, ışık yaşanan yerin özellikleri, toz vb.

2-İş veya meşguliyet konusundan kaynaklananlar. Zaman baskısı, karar vermede güçlük, akademik zorlanmalar.

3-Psiko-sosyal özelliklerden kaynaklananlar. Yaşam olaylarını algılama ve yorumlama biçimi.

a-Günlük stresler. Bunlar günlük hayatın basit gerilimleridir. Sınavlar, trafik vb.

b-Gelişimsel stresler: Ergenlik, okula başlama vb.

c-Hayat krizleri: Hastalık, doğum, savaş vb. ( Baltaş ve Baltaş, 1993).

Genel olarak bakıldığında, günlük yaşamda bireyler için stres oluşturan olaylara, “stresli yaşam olayları” denilmektedir. Eşin ölümü, işten atılma, emekli olma, önemli kişilerin kaybı, yeni bir okula başlama gibi olayları, stres verici yaşam olayları bağlamında değerlendirmek olasıdır. Bireyin içinde bulunduğu gelişim dönemi, cinsiyeti, toplumsal çevresi, yaşadığı zaman dilimi gibi pek çok faktör, bireyin farklı stres verici yaşam olaylarıyla karşı karşıya kalmasına neden olabilir (Köknel, 1988). Gündelik sıkıntılar, çevreyle etkileşimlerimiz sırasında her gün karşılaştığımız, insanı sinirlendiren, tedirgin eden, engelleyici ya da rahatsız edici olaylardır. Gündelik sıkıntıların fiziksel ve psikolojik sağlığımız üzerindeki etkisi çoğunlukla bu sıkıntıların sıklığı, süresi ve yoğunluğuna bağlıdır. Biriyle aramızda geçen bir tartışma, değerli bir eşyamızı yitirme, trafik sıkışıklığı gibi her gün yaşanan görece küçük ancak yineleyici ya da birikimli olduğunda kişide strese yol açacak gündelik sıkıntılar için de bir ölçme aracı oluşturulmuştur. Bu ölçme aracı kullanılarak yapılan çalışmalarda “gündelik sıkıntıların” “büyük yaşam olaylarına” kıyasla psikolojik ve fiziksel sağlığı daha iyi yordayan bir değişken olduğu görülmüştür (Lazarus, 1994; Akt: Yerlikaya, 2009). Lazarus ve Folkman (1984) da gündelik sıkıntıların olumsuz psikolojik ve somatik rahatsızlıkların en iyi yordayıcıları olduğunu belirtmektedir.

Her olayın yol açtığı stresin şiddeti olayın yol açtığı değişikliğe uyum yapma güclüğü ile orantılıdır. Bu sebeple stresi yalnızca olumsuz olay ve durumlarda aramamak gerekir (Baltaş ve Baltaş, 1993). Örneğin evlilik, yeni bir okula başlama, aşık olduğun kişi ile buluşma da stres kaynağı olabilmektedir ancak kişi için istendik bir yaşantıdır.

Stres altındaki birey bazı duygular yaşar. Bireyin engellenmeye karşı geliştirdiği duygu kızgınlıktır. Kızgınlık eğer birey, sıklıkla engellenmelerle karşılaşarsa, kızgınlık duygusu düşmanlık duygusuna dönüşebilir. Kızgınlık ve düşmanlık duyguları yönetilmesi en güç duygulardır. Ayrıca, stres altındaki birey yetersizlik, güvensizlik,

değersizlik ve terk edilmişlik duyguları da yaşayabilir. Bu duygulara eşlik eden bazı düşünce ve davranışlar, örneğin, karar vermede güçlük; alışılmış davranış biçimlerinde önemli değişiklik; en iyi olanı değil, garanti olanı seçmek; sigara, içki içme eğiliminin artması; sık sık hayal kurma; düşünceye dalma; kişisel hata ve başarısızlıklarını sürekli düşünme; cinsel yaşamda düşüncesiz davranışlar; alışılmıştan daha fazla titiz çalışma; konuşma ve yazıda belirsizlik ve kopukluk; önemsiz konularda aşırı endişelenme veya tam tersine gerçek problemler karşısında ilgisizlik ve kayıtsızlık; sağlığa aşırı ilgi; uyku bozukluğu; ölüm ve intihar düşüncelerinin sık sık tekrarlanması (Geçtan, 1982; Baltaş ve Baltaş, 1988) görülebilir.

Belirsizliği yüksek olan olayların bireyde daha fazla stres yarattığı anlaşılmıştır (Folkman and Lazarus, 1985; Folkman ve ark. 1986). Ancak stresle başa çıkma davranışının nasıl olduğu stres verici kaynağın nasıl yorumlandığına göre değişmektedir. Bu açıdan bakıldığında herhangi bir yaşantının stres verici niteliği olması ya da olmamasının ya da stres vericilik düzeyinin bireyin değerlendirmesine göre değişebileceği anlaşılmaktadır (Folkman ve ark. 1986; Lazarus ve Folkman, 1984). Fakat 20. yüzyılın stresleri genellikle insanın ve gençlerinin bedensel gücünü kullanmasına dönük değil, arkadaş ilişkilerinden doğan problemler (Baltaş ve Baltaş, 1993) akademik kaygılar, otobüse geç kalma, sınavda istediği okula yerleşememe, arkadaşlar arasında dışlanma, popüler olmak ya da olamamak, anne baba ve öğretmenlerin beklentisi gibi konularda yoğunlaşmıştır.

Daha iyi yaşamak için en önemli adımlardan biri, kişinin kendi sınırlarını ve gücünü tanımasıdır. Sınırlarını tanımayan insanı pek çok gerilim beklemektedir. Stres ruhsal ve bedensel sınırların zorlanmasıyla ortaya çıkar ve dış şartlardan çok iç şartlardan (bireyin olayları yorumlayış biçiminden) kaynaklanır. İnsanın sınırlarını tanımaması ve beklenti düzeyini yüksek tutması iç gerginliğe bu da beden kimyasında değişikliğe sebep olur. Rekabet, hırs, eleştiriye kapalı olmak (Baltaş & Baltaş, 1993), kararsızlık, kendini iyi tanımamak, gerçekçi hedefler belirlememek de iç gerginliğin sebeplerinden bazılarıdır.

### **2.3.5. Stresle Başa Çıkma**

Bedende aynı zamanda hem gerginliğin hem de gevşemenin beden kimyası aynı zamanda olamaz. Eğer insan gevşemeyi başarabilirse stresin yarattığı fizyolojik ve biyokimyasal kısır döngü kırılmış ve onun yerine gevşemenin fizyolojik ve biyokimyasal döngüsü kurulmuş olur (Baltaş ve Baltaş, 1993). Sadece solunumun düzenlenmesi ve derinleşmesi bile gevşemeyi sağlayabilen bir faktördür.

Eskiden insanın bedenini kontrol konusundaki bilgilerin abartmalı, mistik ve imkansız olduğu düşünülürdü. Ancak bilimsel araştırmalar sonucu günümüzde bedenin kendi kendine çalışan sistemlerini (otonom faaliyetler) yani kan dolaşımı, kalp atışı, beden sıcaklığı gibi fonksiyonlarını kontrol edebileceği bilinmektedir (Baltaş ve Baltaş, 1993). Bu sebeple gevşemeyi öğrenmek önemlidir.

Ergenin öğretim sürecindeki stresle ilgili yaşantıları ve stresle başa çıkma davranışları, gerek ergenlik dönemi için gerekse yetişkin döneme taşınacak özelliklerin ruh ve beden sağlığını etkilemesi açısından önemlidir. Ayrıca bu dönem ergenin bir yandan duygusal ve bilişsel değişimlere uyum sağlarken, diğer yandan akademik başarıyı yakalamak ve bu başarı yoluyla da geleceğe hazırlanmak gibi görevleri açısından da önem taşımaktadır (Oral, 2005).

Ergenlerde yaşanan stres düzeyinin azaltılmasıyla, önemli bir stres kaynağı olan eğitim-öğretim boyutundaki gelişim görevlerini gerçekleştirmenin bedeli de azalmış olacaktır. Özellikle Türkiye koşullarında ortaöğretim düzeyindeki öğrenciler için üniversiteye giriş ve meslek edinme konusunda karar vermenin gerek ekonomik ve gerekse sosyal-duygusal boyutta ciddi stres kaynakları oluşturduğu görülmektedir. Aslında bu zorluk yalnızca öğrenci statüsünde olma konusunda değil ana-baba ve eğitimci-yönetici pozisyonlarında da oldukça stres verici bir süreci ifade etmektedir (Baltaş, 2001).

Canlının yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan üç tür dengeden (biyolojik, psikolojik ve sosyal) bahsedilmektedir. Stresle başa çıkmak, stresin etkisini hep olumlu düzeyde tutabilmeyi öğrenmek anlamına gelmektedir (Şahin, 1994). Yaşamımızın bir parçası olan stresten kaçmak mümkün değildir. Stres karşısında gösterilen tepkiler, ondan kaçmaya çalışmak yerine, stresle başa çıkmaya yönelik olmalıdır. Stres

durumunun uzun süre devam etmesi, ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bireyin ruh sağlığını koruyabilmesi için stresle başa çıkma yollarını öğrenmesi gerekmektedir. Gevşeme teknikleri, stresle ve daha başka rahatsızlıklarla başa çıkmada uygulanacak ilk adımlardan birisidir. Diğer başa çıkma teknikleriyle birlikte kullanıldığında daha etkili olabilmektedir (Yıldırım, 1991).

İnsanda stres ve başa çıkma olguları çok etkili ve döngüselidir. İnsanın stres tepkisi her zaman dışsal bir baskıyla ya da dışsal baskının gücüyle orantılı olarak oluşmamaktadır. Buna bağlı olarak da stres kavramı, bazen organizmanın tepkisi (sonuç), bazı alanlarda da dıştaki uyarıcı (neden) anlamını taşıyacak biçimde tanımlanmaktadır. Canlı (insan) psikolojik ya da fizyolojik dengenin bozulmasına verdiği stres tepkisiyle tekrar dengeye dönmeye, uyum sağlamaya çalışacaktır ( Lazarus, ve ark. 1985; Şahin, 1994; Lazarus ve Folkman, 1984).

Pek çoğumuz hayatımızdaki diğer insanların ve meydana gelen olayların duygu ve düşüncelerimizi belirlediğini kabul ederiz ve yaşadığımız stresin nedenini kendi dışımızda ararız. Bununla beraber, kişinin yaşadığı stresin büyük bir çoğunluğunun, olaylara ve durumlara yönelik kişisel algılarından ve yorumlarından bağımsız olarak düşünölemeyeceği de bilinmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984).

İnsanlar, tehdit ya da güçlükler karşısında uyum sağlama ve başa çıkma mekanizmalarını, bir başka deyişle, psikolojik ve biyolojik kapasitelerini kullanarak gelişirler (Skinner, 1995). Lazarus'a (1993) göre başa çıkma iki yolla olabilir. Eğer kişi-çevre ilişkisini değiştiren doğrudan başa çıkma davranışları kullanılıyorsa, bu tarz başa çıkma problem odaklı başa çıkma olarak adlandırılır. Eğer kişi-çevre ilişkisinde değişim doğrudan davranışlar yoluyla değil de kişinin çevreyi yorumlama biçiminde oluyorsa buna da duygu odaklı başa çıkma adı verilir. Problem odaklı başa çıkma tarzının kullanılması dış koşullarda değişimle sonuçlanırken duygu odaklı yöntemlerin kullanılmasının bireyde içsel bir değişim meydana getirdiği görölmektedir.

Stres durumu karşısında yapılan birincil değerlendirmeden sonra birey, tüm kaynaklarını (kişiliği, ahlaki değerleri, sosyal destekleri) dikkate alarak kendi kendisine "bu durum karşısında ne yapabilirim?" sorusunu sormakta ve böylece ikincil



değerlendirme yapmaktadır. Bu değerlendirmenin genel amacı, olayın kontrol edilebilir olup olmadığına karar vermektir. Kontrol edilebilirlik, soruna odaklanan başa çıkmaların kullanımını, kontrol edilemezlik ise duyguya odaklanan başa çıkmaların kullanımına işaret etmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984). Soruna odaklanan stratejilerde, doğrudan doğruya stres yaratan sorunun ortadan kaldırılması, duyguya odaklanan stratejilerde ise, stresli durumun kendisinin olduğu gibi kabul edilmesi, ancak bunun verdiği rahatsızlığın hafifletilmesine ya da yatıştırılmasına yönelik yolların benimsenmesi esastır. Ancak bu iki genel strateji çoğunlukla bir arada kullanılmakta ya da duruma göre biri daha ağırlıklı olarak seçilebilmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984; Folkman ve ark. 1986).

Stres verici olayların farklı özelliklerinin bir arada bulunması, bunların farklı yöntemlerle ele alınmasını gerektirebilir. Bu durumda iki tür başa çıkma tarzının birey için avantajlı ve dezavantajlı olduğu durumlar söz konusudur. Bu nedenle, bireylerin farklı başa çıkma yollarını kullanmada esnek davranmaları ve stres verici olaylar için farklı yöntemleri denemeleri onların uyum düzeyini artıran bir etken olacaktır. Esnek olunmaması ise uyumu zorlaştırır (Folkman ve Lazarus, 1985).

#### **2.3.5.1. Problem Odaklı Başa Çıkma**

Problem odaklı başa çıkmanın hedefi stresli durumun etkilerini azaltmak ya da kişinin bu durumla uğraşacak kaynaklarını geliştirmektir. Problem odaklı başa çıkma problem ortaya çıkmadan da başlayabilir. Bu durumda birey stresin potansiyel nedenlerini sezerek duruma uygun planlar yapar. Proaktif başa çıkmayı kullanmak bir kimsenin hiçbir zaman stres yaşamayacağı anlamına gelmez ama kişinin bu durumun üstesinden gelmesini sağlar. İnsanlar karşılaştıkları stresli durum karşısında yapabilecekleri bir şey olduğuna inandıklarında problem merkezli başa çıkmayı kullanma eğilimindedirler (Lazarus ve Folkman, 1984).

#### **2.3.5.2. Duygu Odaklı Başa Çıkma**

Duygu odaklı başa çıkma stresli olayın duygusal sonuçlarını azaltmayı ya da düzenlemeyi içerir. Birey kendi duygularını düzenlemeye çalışır. Örneğin bir duygusal ilişki sona erdiğinde insanlar yaşadıkları olumsuz stres duygularıyla baş etmek için günlük aktivitelerle dikkatlerini dağıtmaya çalışırlar. Stresli olaylara bir tepki olarak

duygu merkezli başa çıkma; durumun bilişsel yeniden değerlendirmesini (“Bu iş benim için uygun değildi. Çok uzun çalışma saatleri vardı”) diğer insanlardan sosyal destek ve yatıştırma beklemeyi, eğer yapılabilecek hiçbir şey yoksa problemi kabul etmeye çalışmayı ve duyguları boşaltmayı (ağlamak ya da espri yapmak gibi) içerir (Lazarus ve Folkman, 1984).

Genellikle duygu odaklı başa çıkma duygusal olarak kaçınma ve görmezden gelme şeklinde gözlemlenir, örneğin problemlere gülüp geçmek gibi ortaya çıkabilir. Böylelikle, güçlülere karşı gösterilen duygusal tepkiler, onlarla doğrudan yüzleşmek yerine, güçlükleri reddetmek ya da bireyin dikkatini sorunlardan uzaklaştırması şeklinde kullanılan savunma mekanizmaları halinde ortaya çıkar (Lazarus, 1993).

Problem merkezli başa çıkma da duygu merkezli başa çıkma da stresli durumlarla karşılaştığımızda gerekli olduğu halde, insanlar genellikle ikincisini birincisinden daha sık kullanma eğilimindedirler. Ancak birçok durumda hem problem merkezli hem de duygu merkezli başa çıkma uzun süreli etkin başa çıkma için gereklidir. Stresli bir olayın duygusal yönleriyle başa çıkmak son derece önemli de olsa, duygu merkezli başa çıkma problemin gerçeğiyle çok ilgilenmez ve uzun vadeli bir çözüm getirmez. Benzer bir biçimde bir problemi birey üzerindeki psikolojik etkilerini dikkate almadan çözmeye çalışmayı sürdürmek kişiyi tehlikeye atabilir. Uzun vadeli gerçekçi bir çözüm kişinin psikolojik sağlığına mal olabilir ve uzun süreli problem çözme çabaları kısa süreli rahatlama ve duygu merkezli başa çıkma olmaksızın başarısız olabilir (Yerlikaya, 2007).

### **2.3.6. Stres ve Hastalık İlişkisi**

Stresin, insanların fiziksel ve psikolojik iyi oluşları üzerinde önemli etkileri vardır. Araştırmalar, stresin madde kullanımı, intihar, depresyon, kalp hastalıkları ve bağışıklık sisteminin zayıflaması gibi önemli psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklara neden olduğunu ortaya koymuştur (Lazarus ve Folkman, 1984). Holmes ve Rahe (1967) da stresi olayları tetikleyici bir yapı olarak görmüş ve fiziksel hastalıklarla stres arasında ilişkiler belirlemişlerdir (Akt: Baloğlu ve Bardakçı, 2010).

Stres yaşama temelde bir olumsuz duygu durumunu ifade etse de, stres yaşamanın çok değişik ve karmaşık etkileşimleri olabilmektedir. Özellikle bedensel hastalık ve stres etkileşimi iki yönlüdür. Bazı çalışmalarda stresin fiziksel hastalığa sebep olduğundan bahsedilir (Baltaş, 1998). Bazı kaynaklarda ise bedensel hastalıklar sonucunda kişilerin stres yaşadıklarından bahsedilir (Şahin, 1994). Ya da yaşanan stres belirtileri hastalık belirtileri ile etkileşerek hastanın sıkıntılarını daha da arttırabilir (Survit, 1996).

Stres yaşama ve stresle başa çıkma ile beden sağlığı arasındaki ilişki gerek gündelik yaşamda gerekse bilimsel alanda sıklıkla ele alınan konulardan biridir. Stres yaşama ve başa çıkma ile beden arasındaki ilişki biyolojik bakış açısı yardımı ile izlenebilmektedir. Bedenin strese maruz kalma koşulları ve stresle başa çıkma sürecinin özelliklerine göre değişebilen hastalıkların gelişme olasılığı söz konusudur (Şahin, 1994). Sık sık baş ağrısı sorunları yaşayan çocuklar ve ergenler için, bu duruma eşlik eden psikolojik zorlanmalar iyi tanınmaktadır, ama az anlaşılmış bir klinik olgudur (Scott, 2003).

Canlı organizmasının stres etmeni ile ilk karşılaştığında görülen değişikliklerin başlamasına neden olan “Mediator” diğer deyişte alarm sinyallerinin çaldırıcısının ne olduğu bilinmemektedir. Bu, belki stresörün bazı dokuları etkilemesi, bazı sistemleri uyarması sonucu oluşan metabolik yan ürünler, ya da yaşamsal değeri olan bazı maddelerin kaybıdır. Sonuçta stres hormonları diye adlandırdığımız adrenalinin ve kortizolün salgılanmasındaki artış ve bu iki hormonun genel fizyolojik etkileri ile beden direnç döneminde stres etmeni ile başa çıkmaya çalışır. Birey Yaşam Süreci içinde pek çok kez genel adaptasyon sendromunun ilk iki dönemine girebilir. Eğer stres etmeni çok güçlü ise ya da çok uzun bir süreyi kapsamışsa diğer bir deyişle beden direnç döneminde stres etmeni ile başa çıkamaz ise organizma direnç döneminden tükenme dönemine girer, psikosomatik hastalıklar ya da ölüm gerçekleşir (Yurdakoş, 2014).

**Bu açıdan bakıldığında psikosomatik sonuçların ortaya çıkmasında 3 faktör vardır:**

-Stresin şiddeti

-Stresin kronikleşmesi

-Genel uyum belirtisinin hangi aşamada olduğu ( Baltaş ve Baltaş, 1993).

Stres durumunda insanlarda bedensel ve psikolojik düzeyde pek çok olay meydana gelir. Bedensel değişiklikler tüm insanlarda aynı basamaklardan geçmesine rağmen psikolojik düzeydeki olaylar kişilik, çevre gibi pek çok şarta göre değişiklik gösterir (Baltaş ve Baltaş, 1993). Beden bir stres durumunda bütün sistemlerini harekete geçirir. Dolaşım, bağışıklık, solunum, sindirim, duyu organları ve beyin, karşı karşıya kalınan duruma hazır hale gelir. Beyin, adrenalin ve noradrenalin hormonlarını artırır. Dolayısıyla kan basıncı yükselir. Bu arada kortizol hormonu artar, kortizol sisteme fazladan besin sağlar ve bağışıklık sistemlerini yeniden düzenler. Tüm bu tedbirler vücudun strese başa çıkma çabasıdır. Akut Stres durumu geçtiğinde 30-60 dakika sonra metabolizma normale döner. Stres hormonları organları yüksek uyarılmışlık durumunda tutar (Yavuz, 2005).

### **2.3.7. Strese Karşı Koruyucu Etmenler**

Ruhsal bozukluklarla ilişkili sosyal, çevresel etmenler koruyucu ruh sağlığı alanında çalışanların uzun yıllardır üstünde durdukları bir konudur. Zorlayıcı yaşam olaylarının bedensel ve ruhsal birçok hastalığın etiolojisinde rol oynadığı bilinmektedir. Ancak birçok insanın stresli olaylar karşısında sağlıklı kalması bireyleri stresli olayların zararlı etkilerine karşı koruyan etmenlerin varlığını düşündürmüştür (Çakır ve Palabıyıkoglu, 1997).

Kobasa'ya (1979) göre strese dirençli kişilerin yaşam karşısında bazı tipik tutumları vardır. Bunlar “değişmeye açıklık, yaptıkları iş ne olursa olsun kendini o işe verebilme ve olayların denetimini elinde tuttuğuna inanma” dır.

Bedensel, bilişsel, duygusal ve psiko-sosyal tüm alanlarda hızlı ve yoğun bir değişim yaşamakta olan ergen, gerek gelişimsel gerekse durumsal nitelikli stres vericilerle başa çıkmaya çalışmaktadır. Şahin (1994) stresin etkisini artıran özelliklerin yanında, azaltan özellikler de olduğunu bildirmektedir. Buna göre, belli kişilik yapıları olarak karşımıza çıkan bu özellikler şöyle sıralanabilmektedir: kendine güvenme,

kendiyle barışıklık, stresli durumdan kurtulmanın mümkün olduğu inancı, olayları tehdit olarak değil, büyüme, değişme için fırsat olarak algılama, mizah yeteneği, yapılan işin sonucundan çok sürecinden keyif alma gibi. Bunlara ek olarak sosyal destek varlığı, duygusal paylaşım gibi yaşantılar da stresi azaltmaktadır (Akt: Özatça, 2009).

### **2.3.8. Ergenlik ve Stres**

Stres ile bedensel rahatsızlıklar arasındaki ilişki, yetişkin yaşamı için olduğu kadar ergenlik dönemi açısından da önemli bir konudur. Ergenlerin çoğu için ciddi sağlık sorunları söz konusu olmamasına karşın, son dönem olumsuz yaşam olaylarının üst üste gelişi ile psikolojik ve fiziksel sağlık sorunları arasında olumlu bir ilişki olduğu gözlenmektedir. Tedavi kurumlarına başvuran ergenler arasında yaşam stresleri ile tekrarlayan ağrı ve davranışsal sorunların birlikte yer aldığı bildirilmektedir (Baldwin ve ark. 1997). Günlük stres etkisi, gençlerin psikolojik ve fizyolojik sağlığı için özellikle zararlı olabilir (Yahav ve Cohen, 2008).

Ergenlerde psikosomatik şikayetleri veya belirtilerin stresli durumlara yanıt olarak oluştuğu düşünülmektedir. Subjektif sağlık şikayetleri arasında baş ağrısı ya da sırt ağrıları gibi bedensel belirtiler ve sinirlilik gibi psikolojik belirtiler bulunmaktadır. Böyle öznel ve bireysel sağlık şikayetleri, sağlık sistemi içinde ihmal edilemeyecek miktarda yer almaktadır (WHO,2008).

Schreurs ve Ridder (1997) kronik rahatsızlıklara uyum sağlamada sosyal destek ile başa çıkma arasındaki ilişkiyi dört farklı şekilde incelemektedir; 1) bir başa çıkma stratejisi olarak sosyal destek arama, 2) başa çıkma kaynağı olarak sosyal destek, 3) birey olarak hastanın başa çıkma yoluna bağımlı sosyal destek ve 4) bir sosyal sistem olarak başa çıkma. Yazarlar ayrıca, kronik hastalık sürecinde sosyal destek almanın, bağımsızlık ve kendine yeterli duyguları üzerindeki etkileri yoluyla olumsuz sonuçlar doğurabileceğine dikkat çekmektedir (Akt: Oral, 2004).

Ergenlik dönemindeki stres yaşantılarının “yaşam stresi” ve “gelişimsel stresler” şeklinde ele alınmalıdır. Ayrıca bu süreçte zorluğu olan ve yaşadıkları stresle etkili başa çıkamayan ergenlerin kendileri ve çevreleri için stres yaşantısının sürmesine ve ikincil zorlukların, ruhsal ve bedensel rahatsızlıkların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir.

Çünkü günümüzün eğitim-öğretim ortamının barındırdığı yoğun rekabet sürecinde çocuk, ergen ve gençler karşılaştıkları stres vericilerle başa çıkma davranışları konusunda zorlanma potansiyeli taşımaktadırlar (Gore ve Colten, 1991).

Ergenlikte duygusal sorunlara ve strese yol açan faktörler toplumdan topluma ve kültürden kültüre değişiklik göstermektedir. Çünkü ergenin gelişimsel görevleri büyük ölçüde sosyal çevre tarafından belirlenir ve her toplumun ergenlik dönemindeki gence yaklaşımı farklıdır. Kültürler arasında yapılan karşılaştırmalı çalışmalar ergenlik özelliklerinin bazı benzerlikler yanında kültüre bağlı önemli farklılıklar da gösterdiğini ortaya koymaktadır (Çuhadaroğlu ve ark. 2004).

Buescher (1991)'e göre eğitim-öğretim yaşantıları için daha üstün zihinsel gelişim özellikleri gösteren bireylerin bu alanda stres yaşama ve stresle başa çıkma açısından daha avantajlı oldukları söylenebilir. Benlik algısı, problem çözme, sosyal beceri açısından daha alt düzeyde zihinsel gelişim özellikleri olan yaşlılarına göre daha olumlu ve istendik nitelikler taşıdıkları bildirilmektedir. Ancak bu bireylerin çoğunluk, seçilerek girdikleri eğitim öğretim ortamlarında bu olumlu özelliklerin yanı sıra başarı ve beceriye yönelik yoğun bir yarışmanın olması da başka bir stres kaynağını oluşturmaktadır (Oral, 2004).

Ergenlik dönemi bazen çok abartılmakta bazen de yeterince önemsenmemektedir. Dönem fazla abartılmadan ergenlere yaşadıkları stresle baş etme, sosyal desteklerini kullanma, psikolojik ve fiziksel sağlıkları için gerekli becerileri geliştirebilme, sağlıklı çözümler üretebilme için yönlendirme yapmak gereklidir. Yaşının gerektirdiği sorumluluğu alabilen gençler sağlıklı yetişkinler olabileceklerdir. Yaşının altında ya da üstündeki yaşlara özgü görevlerle uğraşan ergenlerin stres yaşayacakları aşikardır. Özellikle zeki ve başarılı çocuklar üzerindeki yüksek beklentiler bu gençlerin stres yükü altına girmelerine ve hayat amaçlarını yetişkinlerin gölgesinde belirleyerek iç dünyalarına yabancılaşmalarına ve gerçek hedeflerine ulaşamamalarına sebep olmaktadır.

#### **2.4. Sosyal Destek İle İlgili Kuramsal Açıklamalar**

Sosyal destekle psikolojik sağlık ilişkisi konusunda 1970'li yıllardan günümüze kadar pek çok araştırma yapılmıştır. Sosyal destek kavramının temelinde, bireyin çevresi tarafından gvenilme, sevilme, saygı duyulma, ilgi görme, değer verilme gibi gereksinimlerin bulunduğu varsayımı yatmaktadır. Bu gereksinimin değişik boyutlarının vurgulanmasından dolayı tanımlarda da farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Aşağıda sosyal destek tanımlarından bazıları, alt boyutları ve sosyal desteğin işlevleri üzerinde durulmuştur.

#### **2.4.1. Tanımlar, Açıklamalar ve İlgili Kavramlar**

Sosyal desteğin kuramsal temeli Kurt Lewin'in "Alan Kuramı ve Davranış Tanımına" dayanmaktadır. Lewin'e göre davranış psikolojik çevrede olan değişmedir. Bireyin olumsuz davranışlarını ortadan kaldırmak ve yeni davranışlar kazanmasını sağlamak, bireyin psikolojik çevresinde değişiklik yapmasına yardımcı olmakla mümkün olabilir. Bireyin sosyal destek sistemi, onun psikolojik çevresinde yer almaktadır (Yıldırım, 1997).

Literatürde sosyal desteğin tanımı ve işleyişi konusunda görüş ayrılıkları olmakla birlikte genel olarak stresli ve zorlu yaşantılar karşısında bireye çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş) tarafından yapılan maddi ve manevi yardım olarak tanımlanır. Kriz ve duygusal gerginlik durumlarında bireyler, doğal yardımcı olarak görülen aile yeleri ve arkadaşlarına dayanma gereksinimindedir. Bu doğal yardımcıların sağladığı destek ağı, bireyin sorunlarla baş etmesi, yeni durumlara uyum sağlama hızı, fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ( Sarason ve ark. 1983; Eker ve Arkar, 1995; Sorias, 1988; akır ve Palabıyıkğlu, 1997).

Sosyal ilişkilerde insanların birbirlerine sağladığı en önemli yararlardan birisi sosyal destektir. Ayrıca sosyal destek, olumsuz yaşam olaylarına karşı tampon görevi sağlayan sosyal ağların bireyin davranışlarını destekleme düzeyine ilişkin algı olarak tanımlanır. Malecki ve Demaray (2006) ile Coyne ve Dovvney (1991)'de yakın zamanda sosyal destek konusunda yapılan çalışmalarda ilginin, çevreden alınan desteğin nasıl algılandığına yöneldiğini belirtmişlerdir. Cohen ve Syme (1985) ise yakın

çevrenin sağladığı bu yardımın olumlu ya da olumsuz etkisine değinerek, sosyal desteğin sübjektif ve objektif boyutunu vurgulamıştır.

Sosyal destek kavramının temelleri Caplan (1974) tarafından atılmıştır. Caplan, çalışmalarında ihtiyaç duyulduğunda bireye sağlanan araçsal ve duygusal destekten bahsetmiştir.

**Caplan (1974) sosyal destek türlerini beş başlıkta tanımlamıştır:**

a) *Duygusal destek (Emotional support)*: İlgi, sevgi, güven duygularının iletilmesine dayanır.

b) *Takdir desteği (Esteem support)*: Kişinin sorunları ve kusurlarıyla birlikte olduğu gibi kabul edildiği ve saygı duyulduğunun belirtilmesine dayanır.

c) *Maddi destek (Instrumental Support)*: Maddi yardım, araç-gereç ve hizmet verilmesine dayanır.

d) *Bilgisel Destek (Informational support)*: Sorunların çözülmesini sağlayabilecek bilgilerin verilmesi ya da becerilerin öğretilmesine dayanır.

e) *Berberlik Desteği (Social companionship)*: Boş zamanların birlikte geçirilmesine dayanır (Akt: Yıldırım, 1997).

Ardından Cobb (1976) ve Cassel (1976) bu konuda çalışmalar gerçekleştirmiştir.

Cobb (1976)'a göre sosyal destek bilgidir. Bu bilgi kişinin “bakıldığına ve sevildiğine, saygı duyulduğuna, bir sosyal ağın parçası olduğuna ve insani sorumlulukları olduğuna inanmasına” neden olan bilgidir.

Lieberman, sosyal desteği, kişinin çevresinden kabul edildiği ve sayıldığı düşüncesi edinmesi olarak değerlendirmiştir. Lin ise sosyal desteğin toplumsal, sosyal ağ ve eşler tarafından algılanan ya da var olan araçsal ve/veya açık yardımlar olduğunu belirtmiştir. Sosyal desteğin kişisel yaşantılar sonucu oluşan bilişsel bir tatmin olduğu ifade edilmektedir. Yaşamın çeşitli alanlarında sevilen, aranan değer verilen ve gerektiğinde ihtiyacı olduğu yardımı alan kişinin yakın ilişkilerden daha fazla doyum



aldığı ve başkalarının desteklediği duygusunu taşıdığı da ileri sürülmektedir (Sorias, 1988). Öğrencilerin en önemli sosyal destek kaynakları aileleri, arkadaşları ve öğretmenleri olarak sıralanmaktadır (Yıldırım, 1998).

Tardy (1985) sosyal desteğin tanımı ve yaklaşımı konusunda görüş ayrılıkları üzerinde durmuştur. Farklı yaklaşımların aydınlatılmasının en iyi yolunun desteğin yönü (verilen ve alınan), uygunluğu, kişinin nasıl tanımladığı ya da alınan doyumun değerlendirilmesi, içeriği ve hangi sosyal sistemden alındığının belirlenmesinin olduğunu ileri sürmüştür (Akt: Çakır ve Palabıyıkoglu, 1997).

Bireyin yaşamında önemli bir yere sahip olan anne, baba, eş, sevgili, arkadaşlar, aile, öğretmenler, akrabalar, komşular, uzmanlar gibi kimseler ise o bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Sosyal destek kaynaklarının bireylere farklı şekillerde yardımlar sağladığı, bunların arasında da üzerinde en fazla durulanların maddi, duygusal ve zihinsel destekler olduğu belirtilmiştir. *Maddi destek*, günlük sorumlulukların gerçekleştirilebilmesi için başkaları tarafından sağlanan eylem ya da araçlardır (başkasına para veya eşya ödünç verme, iş imkanı sağlama gibi). *Duygusal destek*, kişinin, sevgi, şefkat, saygı, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar. *Zihinsel destek* ise, bireye kişisel ve çevresel sorunlarla ilgili olarak bilgi, öğüt verme ve rehberlik etme gibi davranışları kapsar (Sorias, 1988).

Compas ve arkadaşları (1986) 16-19 yaş aralığındaki 243 (90 erkek 153 kız) ortaöğretim öğrencisi ile yaptığı çalışmada sosyal destek ile psikolojik düzensizlikler arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu, sosyal destek açısından doyumun azalmasıyla, depresyon, anksiyete, somatik yalanlamalar ve kişilerarası ilişkilerde duyarlılığın arttığı, sosyal desteğin türünün önemli olmadığı önemli olanın desteğin olması veya olmaması şeklinde yorumlamışlardır (Başer, 2006).

Sosyal destek yapısal ve işlevsel olarak iki kategoride düşünülmektedir. Yapısal destekte bireyin kimlerden destek aldığı, destek veren kişilerin sayısı ve bireye yakınlık derecesi önemlidir. İşlevsel destekte ise verilen yardımın birey için ne kadar önemli olduğu ve ne ifade ettiği, ayrıca bireyin ihtiyacı olan desteğin ne kadar karşılanıp karşılanmadığı söz konusudur (Yıldırım, 2005).

Richman ve ark. (1998), sosyal desteğin tek yönlü değil de, çok yönlü bir şekilde tanımlanmasının daha uygun olacağını çünkü, sosyal desteğin içerisinde bir çok şeyi barındırdığını ve kişilere maddi, bilişsel ve duygusal desteğin sağlanmasıyla bireylerin daha başarılı olabileceğini hissedeceğini açıklamıştır.

Literatürdeki açıklamalarda bireyin başkalarıyla kurduğu ilişkilerin, kuramsal olarak çeşitli problemlerle başa çıkma ve uyum sağlama açısından farklı önem taşıyan birkaç yararlı işlev sağladığı konusunda görüş birliği bulunmaktadır. Ayrıca sosyal desteğin en azından dört işlevi üzerinde görüş birliği devam etmektedir (Okyavuz, 1999).

Cohen ve Wills (1985) ve Cohen (1984) daha önceki sosyal destek tipolojilerinden yola çıkarak sosyal desteği dört boyutta ele almış ve şöyle açıklamıştır:

**Araçsal Destek (Instrumental Support):** Somut ve maddi desteği ifade etmektedir. Para, iş, zaman ve çevresel yardımı içerir. Bu destek türünün bireyin sorununu doğrudan onun adına çözüme gibi bir yararı vardır.

**Duygusal Destek (Emotional Support):** Sevgi, hoşlanma, anlayış, kabul görme, değer verilme, özen gösterilme, korunma gereksinimlerini kapsayan bu tür destek, literatürde ifade edici destek, değerlilik desteği, yakın destek olarak da adlandırılmaktadır. Duygusal desteğin işlevi, bireylerin psikolojik sağlığı ile direkt ilgili olduğu belirtilmektedir. Duygusal işlevi oluşturan davranışların, bireyin stresli olayların sonuçları ile duygusal yönden baş edebilmelerini sağladığı vurgulanmaktadır.

**Bilgisel Destek (Informational Support):** Bireye kişisel ve çevresel sorunlarla ilgili olarak bilgi, öğüt verme, kişisel geri bildirimler, önerilerde bulunma ve rehberlik etme gibi davranışları kapsamaktadır. Bilgisel destek, bireyin problemleri ile ilgilenmek, rehberlik yapmak ve tavsiyelerde bulunmakla sağlanır. Birey için stres kaynağı olan ve çözüm yollarında yetersiz kaldığı durumlar olabilir. Birey, çevresinde daha önce dikkatini çekmemiş, sorun çözücü nitelikte yeni çözüm yollarını bu işlev yardımıyla yeniden değerlendirilebilir

**Yaygın Destek (Apparaisal support):** Bireyin kendi davranışları, düşünceleri, duyguları hakkında geri bildirim sağlayan davranışlar bu işlevi oluşturmaktadır. Bireyler yeni ve belirsiz ortamlarda, kendi davranış, duygu ve düşüncelerini benzer buldukları başkaları ile karşılaştırarak, bir değerlendirme gerçekleştirirler. Bu tür destek, bireyin kendini yeterli biçimde değerlendirmesine ve sonuç olarak davranışlarını kendi yararına olabilecek şekilde değiştirmesine yardımcı olmaktadır. Boş vakitlerde diğer insanlarla zaman geçirme, eğlenme, rahatlama, sosyal arkadaşlık olarak tanımlanmaktadır. Bu destek şeklinin gruba dahil olma duygusuyla birlikte stresi azalttığı ve başkalarıyla problemler hakkında konuşmanın rahatlama sağladığı varsayılmaktadır.

Bruhnn ve Philips (1984)'e göre sosyal destek ihtiyacı ve ulaşılabilirliği, kişinin sosyal yaşamı boyunca değişmekte ve birçok olay tarafından etkilenmektedir. Sosyal desteğin birey tarafından olumlu olarak algılanması ve kullanılması için belli şeyler mevcut olmalıdır. Kişi sosyal destek için ihtiyaç hissetmelidir. Desteğin ulaşılabilirliğini algılamalıdır. Desteği nasıl kullanacağını bilmelidir. Başka bir deyişle kişinin sosyal desteği kullanmasını birçok faktör etkilemektedir. Kişinin destek ihtiyacı, sosyal desteği istemesi ve kullanmaya başlanması kişinin algılamasını etkilemektedir (Akt:Arslan, 2009).

Cohen ve McKay (1984)'e göre; sosyal destek olumlu ve koruyucu bir denge yaratarak uyumu ve bireyin kendisini değerli algılayabilmesini sağlar. Ayrıca bireyin sosyal ağ ile kaynaşması, olumsuz deneyimlerin (ekonomik, yasal vb.) beraberinde, artan psikolojik ve fiziksel bozuklukların üstesinden gelmesine yardımcı olarak tanımlanmaktadır.

#### **2.4.2. Sosyal Destek ve Sağlık İlişkisi**

Sosyal desteğin sağlıkla ilişkisi üzerine yayınlanmış çok sayıda çalışma olmasına rağmen, sosyal destek kavramının kavramlaştırılması ve tanımlanmasında bir çeşitlilik ve farklılaşma olduğu belirtilmektedir (Cohen ve Wills, 1985 ; Uchino ve ark. 2006).

Bireylerin hem sosyal hem de psikolojik sağlıkları açısından hissettikleri veya yaşadıkları problemlerin üstesinden gelmede sosyal destek kaynaklarından yardım aldıkları, sosyal desteğin ve sosyal ilişkilerin bireyin yaşamında olumlu etkisi olduğu

kabul edilmektedir (Cohen, 2004). Çeşitli fiziksel hastalıkları yaşayan bireylerle, tedavileri esnasında veya sonrasında yapılan sosyal destek çalışmalarının olumlu etkileri belirtilmiştir (Cassel, 1976). Araştırmacılar fiziksel sağlık ile sosyal destek ilişkisinin biyolojik mekanizmalarını anlamının önemine değinmektedirler (Berkman ve Syme 1979).

Sosyal desteğin, sağlığı farklı biçimlerde etkilediği belirtilmektedir. Bu etkiler, (a) düşünce, duygu ve davranışları, sağlığı iyileştirecek yönde düzenlemek; (b) gencin, yaşama ilişkin bir anlam oluşturmaya yardımcı olmak; (c) sağlığa katkı sağlayan davranışları kolaylaştırmak şeklinde sıralanabilir (Gökler, 2007).

Cassel (1976), sosyal destek kavramını sağlıkta önemli bir psiko-sosyal faktör olarak ele almış ve bu noktadan tanımlamıştır. Ona göre sosyal destek, stresin kişiye zarar veren etkisine karşı bireyi koruyan bir faktördür. Duru ve Balkıs'a (2007) göre de son yıllarda sosyal destek üzerinde yapılan çalışmalarda görece bir artış gözlenmektedir. Bu ilgi artışının temel nedeni; sosyal desteğin bireyin beden ve ruh sağlığı açısından önemli olduğunun fark edilmesi önleyici-koruyucu ruh sağlığı alanındaki gelişmeler olarak düşünülebilir.

### **2.4.3. Sosyal Destek-Sağlık İlişkisini Açıklayan Modeller**

Sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkileri konusunda günümüze değin pek çok araştırma yapılmıştır, Bu araştırmalarda, sosyal desteğin sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki etkisini açıklayan iki farklı model önerilmiştir. Bu modeller şunlardır :

-Temel Etki Modeli (Main Effect Model), (Cohen ve Wills, 1985).

-Tampon Etkisi Modeli (Buffering Effect Model), (Cohen ve Wills, 1985).

**2.4.3.1. Temel Etki Modeli (Main Effect Model):** Sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Bu modele göre, sosyal destek fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde doğrudan olumlu bir etkiye sahiptir. Aynı zamanda temel etki modeli, sosyal desteğin olmamasının birey üzerinde olumsuz etki yaratabilecek bir durum olduğu görüşünü savunur. Dolayısıyla, sosyal destekten yoksun olma, birey üzerinde kendi başına olumsuz etki yaratabilecek bir durumu

oluşturmaktadır. Modelin varsayımına göre, bireylerin düşük sosyal bağları, geri bildirimleri azaltmaktadır, bu durum ise bireylerde duygusal karışıklıklar ve çeşitli hastalıkların artmasına karşı hassasiyet oluşturmaktadır (Cohen ve Wills, 1985; Cassel, 1976).

**2.4.3.2. Tampon Etkisi Modeli (Buffering Effect Model):** Sosyal desteğin en önemli fonksiyonu, stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumaktır. Stres yaratıcı durumlar söz konusu olmadığı sürece, sosyal desteğin bulunmamasının sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde olumsuz bir etkisi yoktur. Ancak, yüksek düzeylerde stres yaratıcı durumlarda sosyal destek bireyin uyum sağlamasını ve koşullarla başa çıkmasını kolaylaştırarak stresin zararlı etkilerini azaltan bir tampon görevi yapmaktadır (Cohen ve Wills, 1985; Cassel, 1976).

Türkiye’de sosyal desteğin temel ve tampon etkisi üzerinde araştırma yapan Sorias (1992) da sosyal desteğin sağlığı doğrudan olumlu bir şekilde etkilediğini doğrulamış ancak tampon etkisi ile koruduğu varsayımını kısmen doğrulamıştır.

Alan yazındaki araştırmalara bakıldığında, sosyal desteğin sadece bireyin beden ve ruh sağlığı açısından önemli olmadığı, aynı zamanda yeni bir çevreye uyum sürecinde de etkili bir değişken olduğu görülmekte, bu durumun da bireylerin performanslarını ve fonksiyonlarını farklı düzeylerde etkileyebileceği vurgulanmaktadır ( Yıldırım, 2004; Duru, 2008).

Çakır (1993) 12-22 Yaş Grubundaki Gençlerle yaptığı çalışmaya göre Sosyal destek ve sağlık ilişkisi konusunda destek mekanizmasının işleyişine ait hipotezler ve boyutlarının araştırılmasında desteğin doğası, direkt ya da hafifletici etkisi ve de iyileştirici etkisinin olup olmadığı tartışmalarına yol açmıştır. Sosyal desteğin doğasına ilişkin kuramsal yaklaşımlardan bazıları desteğin temel etkisini dikkate almaktadır. Sosyal destek kaynaklarının genel olarak geniş sosyal ağın kişiye sağladığı düzenli olumlu yaşantılar toplumsal olarak onaylanan roller aracılığıyla etki yaptığı ileri sürülmüştür. Bu tür destek kişinin yaşam durumları, kendini kabulü ve değeri üzerindeki etkisiyle psikolojik iyilik durumunda rol oynar. Ayrıca sosyal ağı ile bütünleşme ruhsal

ya da bedensel sağlığın bozulmasına yol açabilecek olumsuz davranışlardan da kaçınmaya hizmet eder.

#### **2.4.4. Sosyal Destek ve Stres İlişkisi**

Bireyin yaşam alanını oluşturan kişisel ve çevresel faktörler sürekli değişmektedir. Bu değişimlerin hızı bireyin uyum sağlamasıyla ters orantılıdır. Değişim hızı yüksek olduğu dönemlerde birey uyum sağlamakta zorlanmaktadır. Lewin'e göre yaşam alanının hızlı değiştiği ergenlik dönemi de böyle stresli bir dönemdir. Bu dönemde ergen hem bedensel olarak hızlı büyür hem de yaşamıyla ilgili önemli kararları alması gerekir. Ergenler bu dönemde yoğun bir çelişki ve stres içinde bulunurlar (Kulaksızoğlu, 2000: 27,28).

Cohen ve Wills (1985), sosyal desteğin stres ile ilişkisine vurgu yapmışlar ve sosyal desteği tanımlarken stresli olayların kişilerdeki etkisini azaltan, kişiler arasında yararlı etkileşim olarak kavramlaştırmışlardır. Literatürde Kobasa ve Puccetti (1983) ve Folkman ve Lazarus (1984) stres/hastalık arasındaki ilişki çalışmaları, başa çıkma stilleri, sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık gibi psiko-sosyal değişkenlerin tampon (buffer) etkisi üzerine odaklanmaktadır. Bu çalışmalarda dikkat çeken psikolojik dayanıklılığın ve sosyal desteğin stres üzerinde tampon etkisi olduğudur.

Birçok alışma, hayat krizlerinin ve stresin sağlık sorunlarına yol açtığını ve sağlık üzerinde sosyal desteğin olumlu etkisine vurgu yapmaktadır. Ancak nedensel mekanizmaları henüz tam olarak açıklanamamıştır (Skornoff, 1984). n biyomedikal araştırmalar göstermektedir ki, bu koruyucu etkilerin fizyolojik temelleri karmaşık nöroendokrin ve imnolojik sistemler vasıtasıyla gerçekleşmektedir. Bu etki muhtemelen sosyal desteğin stresin olumsuz etkilerini azaltma ve başa çıkma mekanizmalarının ve psikofizyolojik uyumun desteklenmesi şeklinde gerçekleşmektedir (Cobb, 1976).

Sosyal desteğin en önemli işlevi stres verici yaşam olaylarının ve devam eden yaşam güçlüklerinin yarattığı psikolojik zararları azaltarak ya da dengeleyerek tampon görevi görmesidir. Bununla birlikte bireyin stresli yaşam olayları ile karşılaştığında

sevgi, şefkat, bir gruba ait olma, zihinsel, maddi ve duygusal teselli etme gibi temel sosyal gereksinimlerinin karşılanması ruh sağlığını doğrudan etkilemektedir. Ayrıca sosyal desteklerin yeterli, benlik saygısı gibi sosyal gereksinimleri karşılayarak fizik ve ruh sağlığını olumlu bir biçimde etkilediği düşünülmektedir (Sorias, 1988 ).

#### **2.4.5. Ergenlikte Sosyal Destek**

Gencin aile ve arkadaşları ile ilişkilerinde sorunlarını aşabilmesi, çevreye uyum sağlaması ve psikolojik sağlığını sürdürülebilmesinde sosyal destek, genç için vazgeçilmez temel bir ihtiyaç özelliği taşımaktadır (Başer, 2006).

Ergenin davranışlarının şekillenmesinde toplumsal süreçlerin önemi büyüktür. Toplum, bireyler arasındaki ilişkilerden ve etkileşimlerden meydana gelen bir bütündür. Bu anlamda birey, sadece fiziksel çevresinin değil, sosyal çevresinin de etkisinde kalarak, içinde yaşadığı toplumdaki olayları, kuralları, değerleri öğrenir ve bir dünya görüşü kazanır. Sosyalleşme bebeklik döneminde ailede başlayan bir süreçtir. Ergen için sosyal olmak; çevresi tarafından birey olarak kabul edilmeyi ve birlikte olmaktan hoşlanılmayı içerir. Ergenlik dönemindeki bireyden, çocukluktan farklı olarak, günlük problemlerini çözebilmesi, kişisel ödev ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi ve sosyal ilişkilere girebilmesi beklenmektedir (Temel ve Aksoy, 2001).

Sosyal olarak kabul görme, aileden ve diğer insanlardan sevgi ve saygı bekleme, kendine saygı duyma, başarı isteği, bedenen güçlü ve güzel olma arzusu ve bağımsızlık ergenlik dönemindeki beklentilerin önemli bir kısmını oluşturur. Ergen aynı zamanda bu dönemde, tüm bunları yapamamanın getirdiği bir korku duyar (Semerci, 2012). Çocukluktan yetişkinliğe geçiş hazırlıklarını içine alan bir gelişme evresi olan ergenlik döneminde, bireyin çevresinde ve iç dünyasında; fizyolojik, bilişsel, psikolojik ve sosyal boyutlarda değişimler gerçekleşmektedir. Bu anlamda ergenlik dönemi; gencin aile ve çevre desteğini hissetmeye en fazla ihtiyacı olduğu yaşam dönemi olarak nitelendirilmektedir. Bu süreçte genç, çevresi ve kendisiyle ilgili birçok veriye sahip olduğundan uyum sorunlarıyla karşılaşabilmektedir (Arslan, 2009)

Kılıççı (2000)'ya göre ergenlik döneminin en önemli gelişim ödevlerinden birisi akran dünyası içerisinde kendine yer edinebilmektir. Bunun için gerekli arkadaş

ortamına sahip olmayan ergen alması gereken sosyal desteği alamayacaktır. Bu durum ise ergende bir stres kaynağı oluşturacaktır.

#### **2.4.6. Sosyal Destek-Ağrı İlişkisi**

Kronik ağrının ortaya çıkmasında psiko-sosyal birçok etmenin rolü olabilir (Kara ve Abay, 2000). Bu sebeple ağrının değerlendirmesinde sadece ağrıyı değil kişinin psikolojik ve sosyal çevresini de dikkate almak gerekir.

### **2.5. Baş Ağrısı, Stres ve Sosyal Destek ile İlgili Yurt İçi ve Yurt Dışı Çalışmalar**

Bu bölümde baş ağrısı, stres ve sosyal destek ile ilgili yurt içi ve yurt dışı çalışmalara değinilmiştir.

#### **2.5.1. Baş Ağrısı İle İlgili Yurt İçi ve Yurt Dışı Çalışmalar**

Akdemir ve Çuhadaroğlu (2008)'in araştırmasında çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran ergenlerin yakındığı ilk üç konu kızlarda bedensel yakınmalar (%15), sinirlilik %10,7, okul başarısızlığı %7,8'dir. Erkeklerde ise dikkat eksikliği, hareketlilik %20,3, okul başarısızlığı 10,3, sinirlilik 7,8'dir.

Baş ağrısı yaşa, cinsiyete ve nüfus özelliklerine göre farklılıklar göstermesine rağmen, tüm yaş gruplarında yaygın olan önemli bir sağlık sorunu belirtisidir. Türk toplumunda birincil baş ağrısı alt tipleri ile ilgili az sayıda çalışma vardır ve bunlar da okullarda gerçekleştirilmiştir (Buğdaycı ve ark. 2005).

Boz ve ark. (2004) 18-50 yaş aralığı bireylerde yaptığı çalışmada KGTB (Kronik gerilim tipi baş ağrısı) etiyolojisinde önemli ölçüde psikolojik alt yapı özelliklerinin olması ve KGTB patofizyolojisinde rolü açık olan serotonerjik aktivitenin depresif duygulanım patolojilerinde de sorumlu tutulması ortak paylaşılan serotonerjik bir patofizyolojinin rolünü düşündürmektedir. Kişinin kendi kendine uyguladığı bir kişilik testi sonucuna dayandığından ve gerçekte serotoninle ilgili fizyolojik veya biyokimyasal bir değişken araştırılmadığından dolayı dolaylı olarak da, KGTB hastalarında serotonerjik sistemin etkilendiği hipotezi desteklenmektedir.



Toros ve ark. (2010) çalışmasında, psikiyatrik bozuklukların migren ve gtba'lılarda yaygın olduğu sonucuna varılmış. Çalışmada, baş ağrısı alt tiplerinin ve ruhsal bozuklukların bir arada görülebileceği görülmüştür. Baş ağrısıyla baş etme stratejileri için bu komorbid ruhsal bozukluklar da göz önünde bulundurulmalıdır. Sonuçlar çocukluk çağı baş ağrısı olanların baş ağrısı olmayan çocuklara göre daha duygusal ve davranışsal sorunlar yaşadıklarını doğrulamaktadır.

Bir çalışmada Japon hastalarda migren atağından birkaç gün önce yaşanan günlük sorunların varlığının stresten bir süre sonra migrende artışa sebep olduğunu düşündüren sonuçlar elde edilmiştir. Migren öncesi günleri ve diğer günler arasındaki psikolojik faktörlerin değerlerinde anlamlı farklılıklar tespit edilmiş. Bu çalışmada Avrupa ve Amerika'da yapılan çalışmadaki kadar stres faktörü güçlü değildi. Bu durum ise ırk farklılığını akla getirmektedir (Hashizume, 2009).

Bu güne kadar ABD'de yapılan çalışmalarda genellikle yetişkinlerde baş ağrısı araştırılmış ancak çocuklarda baş ağrısının getirdiği sağlık yükü daha az araştırılmıştır. Oysa bu konuda etkili çözüm yolları aranmalıdır. Strine ve ark. (2006) sosyal işlevsellikle ilgili olarak yaptığı çalışmada duygusal ve davranışsal sorunlarla ayrıca konsantrasyonla baş ağrısı arasında ilişki bulunmuştur. Ancak bu ilişkinin nedenselliği ile ilgili daha detaylı çalışmalara gerek vardır.

Rasmussen ve ark. (1991) çalışmasında gerilim tipi baş ağrısı kadınlarda daha siktir ve kadın/ erkek oranı 5/4 bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da cinsiyetler arasında farklılaşma görülmektedir. Kıvrak ve ark (2009) 72 migrenli, 28 GTB'li, 50 sağlıklı grupta yürüttükleri çalışma sonucunda her iki baş ağrısında da kadınlar çoğunluktadır (Kıvrak, 2009). Kılıç'ın (2009) 141 hasta üzerinde yaptığı çalışmada baş ağrısı şiddet derecesi ile cinsiyet arasında ilişki saptanmamıştır.

### **2.5.2. Stres İle İlgili Yurtiçi ve Yurtdışı Çalışmalar**

Sağlıklılığın korunması ve yaşamın sürdürülmesi için belirli düzeyi aşmayan stres vericilere ihtiyaç vardır. Ancak bu düzey bireylere göre değişiklik gösterir. Burada önemli olan olay değil kişi için anlamıdır. Birçok öğrenci sınavla birlikte kişiliğinin ve varlığının değerlendirildiğini düşünür ve aşırı bir kaygı yaşar. Bu değerlendirme

sonucunda beden kimyasında meydana gelen değişiklikler beyindeki protein zincirlerinin oluşumunu engeller ve dolayısıyla da akıl yürütme ve soyut düşünme yönündeki zihinsel faaliyeti bozar. Teşvik ya da tehdit amacıyla olsun çevresindeki yetişkinlerin gençteki kaygıyı arttırması genci yüksek kaygı sebebiyle kıpırdayamaz hale getirebilmektedir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

Bir grup araştırmacı stres yaşama ve stresle başa çıkma ile ruhsal hastalıklar arasındaki nedenselliğe dikkati çekmiştir. (Lazarus, 2000; Şahin, 1994). Bazı araştırmacılar da (Salovey ve ark. 2000) stres ile bedensel hastalıklar arasındaki ilişkilere önem vermiştir.

Stresin, insanların fiziksel ve psikolojik iyi oluşları üzerinde önemli etkileri vardır. Araştırmalar, stresin madde kullanımı, intihar, depresyon, kalp hastalıkları ve bağışıklık sisteminin zayıflaması gibi önemli psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklara neden olduğunu ortaya koymuştur (Lazarus ve Folkman, 1984).

Rice ve ark.(1993), yaşam değişimlerinin yapısı, sayısı, zamanı ve eşzamanlılığının stresle başa çıkmayı etkileyen etkenler olduğunu bildirmektedir. Ayrıca yazarlar ana baba, akran sosyal desteği gibi dışsal kaynaklarla, zeka, sosyal başarıda algılanan kontrol ve uyumsal başa çıkma tepkileri gibi içsel kaynakların, bir yandan temel yaşam olaylarına bağlı gündelik sıkıntı sıklığını etkilediğini diğer yandan, her tür önemli değişime yönelik uyum üzerinde de etkileri olduğunu bildirmektedirler (Oral, 2004).

### **2.5.3. Sosyal Destek İle İlgili Yurtiçi ve Yurtdışı Çalışmalar**

Ergen çocuğu olan ailelerde ergenlik, hem aile hem de ergen için zorlu geçen dönemlerdendir. Ergen, ailesinin çocukluktan beri vurguladığı pek çok kuralı, bu dönemde sınamaya başlamaktadır. Aile ise, ergene hem duygusal destek sağlamak, hem de belirli sınırlar içinde bağımsızlık vermek arasındaki hassas dengeyi bulmak zorunda kalmaktadır (Onur, 1991).

Çakır (1993)'a göre Sosyal destek ve sağlık ilişkisi konusunda destek mekanizmasının işleyişine ait hipotezler ve boyutlarının araştırılmasında desteğin

doğası, direkt ya da hafifletici etkisi ve de iyileştirici etkisinin olup olmadığı tartışmalarına yol açmıştır. Sosyal desteğin doğasına ilişkin kuramsal yaklaşımlardan bazıları desteğin temel etkisini dikkate almaktadır. Sosyal destek kaynaklarının genel olarak geniş sosyal ağın kişiye sağladığı düzenli olumlu yaşantılar toplumsal olarak onaylanan roller aracılığıyla etki yaptığı ileri sürülmüştür. Bu tür destek kişinin yaşam durumları, kendini kabulü ve değeri üzerindeki etkisiyle psikolojik iyilik durumunda rol oynar. Ayrıca sosyal ağı ile bütünleşme ruhsal ya da bedensel sağlığın bozulmasına yol açabilecek olumsuz davranışlardan da kaçınmaya hizmet eder (Çakır ve Palabıyıkoglu, 1997) .

Araştırma sonuçları ergenlerin ruh sağlığının korunmasında aileden ve arkadaştan algılanan sosyal desteğin önemini ortaya koymaktadır. Algılan sosyal destek düzeyi arttıkça depresyon ve sürekli kaygı düzeyi düşmektedir. Buradan hareketle aile, arkadaş öğretmen ve okuldaki sosyal destek kaynaklarının ergenin yaşamında önemli bir yer tuttuğu söylenebilir. Ergenlerin hem gelişimsel özelliklerden kaynaklanan problemler hem de yaşantılarındaki bazı olumsuz koşullarla başa çıkabilmeleri onların sosyal bir ağ içerisinde gerekli desteği görmeleri ile mümkün olabilmektedir (Erdeleklioğlu, 2006).

Sosyal bir varlık olan insan için en önemli sosyal destek kaynağı ailedir. Araştırmalar lise öğrencilerinde algılanan aile destekleri ile sosyal problem çözme puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu (Arslan, 2009) belirtmişler.

Helsen ve ark. (2000) ergenlik dönemindeki duygusal sorunlar ile akran grubu ve aileden alınan sosyal destek üzerine yaptıkları çalışmada, aileden ve akranlardan alınan desteğin bağımsız olduğu ve yaşa göre değişkenlik gösterdiği görülmüş. Ancak duygusal sorunlar söz konusu olduğunda ergenlikteki en önemli sosyal destek kaynağının aile olduğu tespit edilmiş (Akt: Kef ve ark. 2004).

Bandura (1997) ise aileden ve çevreden sosyal destek alan bireylerin sosyal ortamlarda daha atak, problem çözmede daha becerili olacakları için hayatta başarı elde edeceklerini belirtmiştir.

Sosyal desteğin ölçümünde Sarason ve ark. (1983) tarafından geliştirilen "Sosyal Destek Soru Listesi (SSQ, Social Support Questionnaire)" hazırlanmış ve çalışma sonunda sosyal destekle olumlu yaşam değişimleri arasında pozitif bir ilişki olduğu, sosyal desteğin olumsuz yaşam olayları karşısında kişinin direncini artıran bir mekanizma olduğu tespit edilmiştir.

Compas ve ark. (1986) tarafından yapılan çalışmada, ergenlerde yaşam olayları, algılanan sosyal destek ve psikolojik düzensizlikler arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmanın örneklemini 16-19 yaşları arasında bulunan (ortalama yaş: 17.9 ) 243 lise öğrencisinden oluşturulmuştur (90 erkek, 153 kız). Araştırma sonucunda, algılanan sosyal destek ile psikolojik düzensizlikler arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu, sosyal destek açısından doyumun azalmasıyla, depresyon, anksiyete, somatik yalanlamalar ve kişilerarası ilişkilerde duyarlılığın arttığı, algılanan sosyal desteğin türünün önemli olmadığı önemli olanın desteğin olması veya olmaması şeklinde yorumlamışlardır (Başer, 2006).

## BÖLÜM III

### YÖNTEM

Bu bölümde yapılan araştırmanın evreni, örneklem seçimi, veri toplama araçları, araçların teknik özellikleri ve araştırmada izlenen işlem yolu sunulmuştur.

#### 3.1 Araştırmanın Modeli

Bu araştırmanın modelini ilişkisel tarama modeli oluşturmaktadır. İlişkisel tarama modelleri iki ve daha çok değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeye amaçlayan araştırma modelleridir. Bu tür bir düzenlemede aralarında ilişki aranacak değişkenler, tekil taramada olduğu gibi, ayrı ayrı sembolleştirilir. Ancak bu sembolleştirme (değerler verme, ölçme) ilişkisel bir çözümlenmeye olanak verecek şekilde yapılmak zorundadır. İlişkisel araştırmalarda değişkenlerin birlikte değişip değişmedikleri, birlikte bir değişim varsa, bunun nasıl olduğu öğrenilmeye çalışılır.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul Bahçelievler İlçesinde yer alan Adnan Menderes Anadolu Lisesi öğrencileri oluşturmaktadır. Örneklemi ise 2013-2014 Eğitim-Öğretim yılında bu lisede eğitimine devam eden 10.,11.,12. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır.

#### 3.3. Veri Toplama Araçları

##### 3.3.1. Çocuklarda Baş Ağrısı Çalışması Anketi-ICHHD Tam Kriterleri

Çocukluk çağı baş ağrıları hakkındaki epidemiyolojik çalışmaların çoğu çocuğun kendi kendine doldurduğu anket formlarından edinilen verilere göre ve bir sınıflama

sistemi kullanılarak yapılmaktadır. Klinik görüşmeye dayalı çalışmalar ise daha az sayıda olup; zaman alıcıdır; ancak anket çalışmalarına göre daha duyarlıdır. Çalışmamızda Baş Ağrısı Anket Formlarının doldurulmasıyla veriler toplandı. Daha sonra uzman nörolog ekibi tarafından yüz yüze görüşmeler yapılarak tespitler doğrulandı. Baş ağrılarının sınıflandırılmasında en son sınıflama sistemi olan, “ICHD-II” tanı ölçütleri kullanıldı.

### **3.3.2. Algılanan Stres Ölçeği-10 Maddeli Form**

Ölçek, Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından kişilerin stresli yaşam olaylarını nasıl değerlendirdiklerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. ASÖ maddeleri kişilerin son bir ay içerisinde karşılaştıkları olayları ne düzeyde tahmin edilemez, kontrol edilemez ve baş etmesi güç buldukları ile ilgili soruları içermektedir. Katılımcılar her maddeyi “Hiçbir zaman (0)” ile “çok sık (4)” arasında değişen 5’li Likert tipi ölçek • üzerinde değerlendirmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 40 arasında değişmektedir ve ölçekteki 4 madde (4, 5, 7 ve 8. maddeler) tersine puanlanmaktadır. Ölçeğin ilk geliştirildiğindeki iç tutarlık katsayısı .75 ile .86 arasında değişmektedir. Türkçe formu Çelik-Örücü ve Demir (2008) tarafından geliştirilmiştir. Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda ölçek iki boyuttan oluşmaktadır. Algılanan çaresizlik boyutu 6, algılanan öz yeterlik boyutu ise 4 maddeden oluşmaktadır. Birinci boyut toplam varyansın % 42.66’sini, ikinci boyut ise %13.57’sini açıklamaktadır. Ölçeğin genelini güvenilirlik katsayısı .84’tür.

Algılanan Stres Ölçeği’nin farklı formları, ülkemizde Baltaş, Atakuman ve Duman (1998), Erci (2005) ve Örücü ve Demir (2008) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Eskin, Harlak, Demirkıran ve Dereboy tarafından (2013) yapılan güvenilirlik ve geçerlik çalışmasında da geçmiş çalışmalarla tutarlık sağlanmıştır.

### **3.3.3. Sosyal Destek Ölçeği**

Bu çalışmada kullanılan ölçek, Krepsi (1993) tarafından geliştirilen Sosyal Destek Ölçeği’nden yararlanılarak hazırlanan Torun (1995) tarafından oluşturulmuş 19 soruluk bir veri toplama aracıdır. Ölçek dolduranların algıladıkları sosyal destek miktarını “bilgisel-maddi”, “duygusal” ve “beraberlik desteği” olmak üzere üç boyutta

ölçmektedir. Tümü olumlu ifadelerden oluşan maddelerin puanlaması “Hiçbir Zaman”dan “Her Zaman”a uzanan beş basamaklı bir ölçek üzerinde beşli likert skalasında 0-4 arası derecelendirmeyle yapılır (0: Hiçbir Zaman; 1: Çok Nadir; 2: Bazen; 3: Çoğu Zaman; 4: Her Zaman). Yüksek puanlar sosyal destekteki artışı gösterir. Torun’un orijinal çalışmasında elde edilen iç tutarlılık katsayısı .92’dir.

Ölçeğin faktör analizi sonrasında madde dağılımları toplam varyansın %57,1’ini açıklamaktadır. Bilgisel ve Maddi Destek 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14; Duygusal Destek 1, 2, 3, 4, 5, 15, 16; Beraberlik Desteği 13, 17, 18, 19’uncu maddelerden alınan puanların yüksekliğine göre değerlendirilmektedir. Ayrıca çalışmamızda Toplam Soysal Destek Puanı da değerlendirmeye alınmıştır.

#### **3.3.4. Demografik Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından geliştirilen bilgi formu uygulandı.

#### **3.4. İşlem**

Bu bölümde verilerin toplanması ve çözümlenmesi süreci anlatılacaktır.

##### **3.4.1. Verilerin Toplanması**

Çalışma İstanbul Bahçelievler İlçesi’nde akademik başarısı yüksek bir Anadolu Lisesi’nde gerçekleştirildi. Çalışma öncesinde deneklere araştırmacı ve araştırmamanın amacı hakkında gereken bilgiler, yazılı ve sözlü olarak verilerek ölçeklerin nasıl doldurulacağı açıklandı. İlk olarak 10, 11 ve 12. Sınıf öğrencilerinin tamamına sınıf ortamında, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Bölümü doktor ekibi tarafından Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (ICHD) tanı kriterleri uygulandı ve 442 öğrencide baş ağrısı taraması yapıldı. Bu çalışmada baş ağrısı tespit edilen ve edilmeyen öğrencilerden seçkisiz olarak atanan 98 kişi ile, veli izni alınmak kaydı ile yine doktor ekibi tarafından bire bir görüşülerek tespitlerin geçerliği değerlendirildi. Öğrencilerin cevapları ile ölçek sonuçlarının paralel olduğu tespit edildi. Daha sonra tüm öğrencilere Demografik Bilgi Formu, Sosyal Destek Ölçeği ve Algılanan Stres ölçeği uygulandı. Ölçekler arasında eşleşme sağlanamayan ve eksik doldurulan ölçekler değerlendirmeye alınmadı ve 395 öğrenci verisi ile çalışmaya devam edildi.

### 3.4.2. Verilerin Çözümlemesi

Uygulamaların ardından tüm ölçekler araştırmacı tarafından kontrol edilmiş ve toplam 642 öğrenciye ulaşıldığı görülmüştür. Ancak bu öğrencilerden ölçekleri eksik ya da yanlış doldurduğu tespit edilen ya da ölçekler arasında eşleşme sağlanamayan 47 öğrenci örneklemden çıkartılmış ve geriye kalan 395 öğrencinin ölçekleri araştırmanın veri kaynağını oluşturmuştur.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirildi ve istatistiksel çözümler için SPSS for Windows paket programı kullanıldı. Öğrencilerin demografik bilgileri yorumlanırken önce frekans ve yüzde hesaplaması yapıldı. Daha sonra stres ve sosyal destek düzeyleri arasında farklılaşma bağımsız t testi ile değerlendirildi. Baş ağrısı olan ergenler ile olmayan ergenlerin stres ve sosyal destek puanlarını karşılaştırmak için bağımsız t testi yapıldı ve sonuçlar değerlendirildi. Primer baş ağrılı ergenlerin aile bireylerinde baş ağrısı varlığı ile ilişkisi non-parametrik testlerden ki-kare testi ile değerlendirildi. Stres ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Bivariate Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmada ele alınan bağımsız değişkenlerin düzeylerine göre oluşturulan grupların bağımlı değişken puanlarının farklı olup olmadığına, ikili gruplarda Bağımsız Gruplar t testi, ikiden fazla gruplarda Tek Yönlü Varyans Analizi ile bakılmıştır. Gruplar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı yorumlanırken p değeri .05 kabul edilmiştir.



## BÖLÜM IV

### BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amacı doğrultusunda elde edilen verilere uygulanan istatistik analiz sonuçlarına yer verilmektedir. Sunulan tüm analizler SPSS 15.0 for Windows paket programları ile gerçekleştirilmiştir.

#### 4.1. Araştırmanın Örneklem Grubunu Oluşturan Ergenlerin Cinsiyete Göre Dağılımı

**Tablo.1. Ergenlerin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Cinsiyet	Frekans	Yüzde
Erkek	176	44,5
Kız	219	55,5
Toplam	395	100

#### 4.2. Araştırmanın Örneklem Grubunu Oluşturan Ergenlerin Yaş Düzeyine Göre Dağılımı

**Tablo.2. Ergenlerin Yaş Düzeylerine Göre Dağılımı**

Yaş	Frekans	Yüzde
15 Yaş	138	35
16 Yaş	133	33,7
17 Yaş	124	31,3
Toplam	395	100

#### 4.3.1. Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Stres Düzeylerine Ait t Testi Sonuçları

**Tablo.3.**

	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	Ss	t	P
Stres	Erkek	176	17,0682	7,11424	-7,022	,000
	Kız	219	21,9863	6,66807		

Tablo 3 incelendiğinde erkelerin stres düzeyi puan ortalaması 17,0682 iken kızların puan ortalaması 21,9863 olarak hesaplanmıştır. Puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olup olmadığını test etmek için yapılan t testi analizi sonucunda cinsiyet değişkeni açısından stres puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma bulunmuştur ( $t=-7,022$ ,  $p<.05$ ). Kız öğrencilerin stres puan ortalaması erkeklerden yüksektir.

#### 4.3.2. Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Sosyal Destek Düzeylerine Ait t Testi Sonuçları

**Tablo 4.**

	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	Ss	t	P
Sosyal Destek Toplam	Erkek	176	53,6648	12,85195	-1,493	,136
	Kız	219	55,6484	13,44713		
Bilgisel- Maddi destek	Erkek	176	22,4205	5,52029	-1,314	,190
	Kız	219	23,1735	5,83544		
Duygusal Destek	Erkek	176	19,7386	5,33665	-1,654	,099
	Kız	219	20,6393	5,43456		
Beraberlik Desteği	Erkek	176	11,6307	2,94230	-1,234	,218
	Kız	219	12,0091	3,13312		

Tablo 4. incelendiğinde erkeklerin sosyal destek puan ortalaması 53,6648 iken, kızların puan ortalaması 55,6484 olarak hesaplanmıştır. Puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olup olmadığını test etmek için yapılan t testi analizi sonucunda cinsiyet değişkeni açısından sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma bulunmamıştır ( $t= -1,493$ ,  $p>.05$ ). Sosyal destek alt ölçeklerinden Bilgisel Maddi Destek ( $t=-1,314$ ,  $p>.05$ ), Duygusal Destek ( $t=-1,654$ ,  $p>.05$ ) ve Beraberlik Desteği ( $t=-1,234$ ,  $p>.05$ ) alt ölçeklerinde de anlamlı düzeyde farklılaşma bulunmamıştır. Kız ve erkek öğrencilerin cinsiyetlerine göre sosyal destek puan ortalamaları farklılaşmamaktadır ( $p>0.05$ ).

#### 4.4.1. Ergenlerin Yaş Düzeylerine (15- 16-17 yaş) Göre Stres Puanlarına Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

**Tablo 5.**

	Yaş	N	$\bar{X}$	Ss
Stres	15 Yaş	138	18,8913	,67317
	16 Yaş	133	20,3985	,58703
	17 Yaş	124	20,1532	,63325
	Toplam	395	19,7949	,36655

#### 4.4.2. Ergenlerin Yaş Düzeylerine (15- 16-17 yaş) Göre Stres Puanlarına Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

**Tablo 6.**

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Stres	Gruplar arasında	177,052	2	88,526	1,674	,189
	Gruplar içinde	20733,338	392	52,891		
	Toplam	20910,390	394			

Tablo 6. değerlendirildiğinde öğrencilerin yaş düzeylerine (15, 16, 17 yaş) göre stres puanlarına ait puan ortalamalarında farklılaşma yoktur ( $P>.05$ ).

#### 4.4.3. Ergenlerin Yaşlarına Göre (15, 16, 17 yaş) Sosyal Destek Düzeylerine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

**Tablo 7.**

		N	$\bar{X}$	Ss
Sosyal Destek Toplam	15 Yaş	138	55,4348	13,09034
	16 Yaş	133	54,2331	12,84929
	17 Yaş	124	54,5887	13,77403
	Toplam	395	54,7646	13,20563

Bilgisel- Maddi Destek	15 Yaş	138	23,2826	5,60889
	16 Yaş	133	22,5113	5,52215
	17 Yaş	124	22,6935	6,00295
	Toplam	395	22,8380	5,70235
Duygusal Destek	15 Yaş	138	20,4420	5,38316
	16 Yaş	133	20,0376	5,37024
	17 Yaş	124	20,2258	5,49477
	Toplam	395	20,2380	5,40296
Beraberlik desteği	15 Yaş	138	11,7826	3,15474
	16 Yaş	133	11,9850	2,87620
	17 Yaş	124	11,7500	3,13549
	Toplam	395	11,8405	3,05157

#### 4.4.4. Ergenlerin Yaşlarına Göre (15- 16 -17 yaş) Sosyal Destek Düzeylerine Ait Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

**Tablo 8.**

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Sosyal Destek Toplam	Gruplar arasında	103,392	2	51,696	,295	,744
	Gruplar içinde	68605,712	392	175,015		
	Toplam	68709,104	394			
Bilgisel- Maddi Destek	Gruplar arasında	44,064	2	22,032	,676	,509
	Gruplar içinde	12767,566	392	32,570		
	Toplam	12811,630	394			

Duygusal Destek	Gruplar arasında	11,105	2	5,552	,189	,828
	Gruplar içinde	11490,526	392	29,313		
	Toplam	11501,630	394			
Beraberlik Desteği	Gruplar arasında	4,254	2	2,127	,228	,797
	Gruplar içinde	3664,698	392	9,349		
	Toplam	3668,952	394			

Tablo 8. değerlendirildiğinde oğrencilerinin yaşlarına göre (15- 16 -17 yaş) sosyal destek düzeylerinde farklılaşma yoktur ( $P>.05$ ).

#### 4.5.1. Ergenlerin Gelirleri ile Stres düzeylerine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

**Tablo 9.**

	Stres	N	$\bar{X}$	Ss
Gelir düzeyi	32	21,4688	7,93109	1,40203
	199	18,9347	7,09608	,50303
	164	20,5122	7,29273	,56947
	Toplam	19,7949	7,28506	,36655

**4.5.2. Ergenlerin Gelir Seviyeleri ile Yaşadıkları Stres Düzeylerine Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.**

**Tablo 10.**

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Algılanan Stres	Gruplar arasında	321,295	2	160,647	3,059	,048
	Gruplar içinde	20589,095	392	52,523		
	Toplam	20910,390	394			

Tablo 10 değerlendirildiğinde lise öğrencilerinin gelir seviyeleri ile stres düzeylerine ait puan ortalamalarına bakıldığında farklılaşma vardır ( $P<.05$ ). Bu farklılaşmanın kaynağını tespit etmek için Lsd yapıldı.

**4.5.3. Lise Öğrencilerinin Gelir Düzeylerine Göre Stres Puanlarına Ait Lsd Testi Sonuçları**

**Tablo 11.**

Bağımlı Değişken	Gelir düzeyi	Diploma notu	Ortalamalar Arası Fark	Standart Hata	p
Gelir düzeyi	Düşük	Orta	2,53408	1,38032	,067
		Yüksek	,95655	1,40058	,495
	Orta	Düşük	-2,53408	1,38032	,067
		Yüksek	-1,57752	,76433	,040
	Yüksek	Düşük	-,95655	1,40058	,495
		Orta	1,57752	,76433	,040

Tablo 11. incelendiğinde gelir düzeyi orta ve yüksek olan ergenlerin puan ortalamaları arasında farklılaşma anlamlıdır ( $p<.05$ ). Ergenlerin gelir düzeyi ile stres puanları arasında farklılaşma anlamlı düzeydedir.

#### 4.5.4. Ergenlerin Gelir Düzeyine Göre Sosyal Destek Düzeylerine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

**Tablo 12.**

	Gelir düzeyi	N	$\bar{X}$	Ss
Sosyal Destek Toplam	Düşük	32	48,2188	13,35069
	Orta	199	54,6935	13,37310
	Yüksek	164	56,1280	12,65307
	Toplam	395	54,7646	13,20563
Bilgisel-Maddi Destek	Düşük	32	20,0313	5,87770
	Orta	199	22,7940	5,87606
	Yüksek	164	23,4390	5,30793
	Toplam	395	22,8380	5,70235
Duygusal Destek	Düşük	32	18,0938	5,36030
	Orta	199	20,1457	5,44892
	Yüksek	164	20,7683	5,27594
	Toplam	395	20,2380	5,40296
Beraberlik desteği	Düşük	32	10,2188	3,37672
	Orta	199	11,8794	3,04105
	Yüksek	164	12,1098	2,91813
	Toplam	395	11,8405	3,05157

#### 4.5.5. Ergenlerin Gelir Seviyelerine Göre Sosyal Destek Düzeylerine Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.

**Tablo 13.**

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Sosyal Destek Toplam	Gruplar arasında	1677,023	2	838,511	4,904	,008
	Gruplar içinde	67032,081	392	171,000		
	Toplam	68709,104	394			
Bilgisel-Maddi Destek	Gruplar arasında	311,719	2	155,859	4,888	,008
	Gruplar içinde	12499,912	392	31,888		
	Toplam	12811,630	394			
Duygusal Destek	Gruplar arasında	194,943	2	97,471	3,379	,035
	Gruplar içinde	11306,688	392	28,844		
	Toplam	11501,630	394			
Beraberlik Desteği	Gruplar arasında	96,353	2	48,177	5,286	,005
	Gruplar içinde	3572,599	392	9,114		
	Toplam	3668,952	394			

Tablo 13. incelendiğinde ergenlerin gelir düzeyine göre sosyal destek değişkenine ait puan ortalamalarına bakıldığında farklılaşma vardır. Bu farklılaşma hem toplam sosyal destek hem de alt ölçeklerde anlamlı düzeyde bulunmuştur ( $P < .05$ ). Bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin Tukey testi yapıldı.



**4.5.6. Ergenlerin Gelir Seviyelerine Göre Sosyal Destek Düzeylerine Ait Tukey Testi Sonuçlar**

**Tablo 14.**

Bağımlı Değişken	Gelir Düzeyi	Gelir Düzeyi	Ortalamalar Arası Fark	Standart Hata	p
Sosyal Destek Toplam	Düşük	Orta	-6,47472	2,49059	,026
		Yüksek	-7,90930	2,52714	,005
	Orta	Düşük	6,47472	2,49059	,026
		Yüksek	-1,43458	1,37912	,552
	Yüksek	Düşük	7,90930	2,52714	,005
		Orta	1,43458	1,37912	,552
Bilgisel-Maddi Destek	Düşük	Orta	-2,76272	1,07551	,028
		Yüksek	-3,40777	1,09129	,005
	Orta	Düşük	2,76272	1,07551	,028
		Yüksek	-,64505	,59555	,525
	Yüksek	Düşük	3,40777	1,09129	,005
		Orta	,64505	,59555	,525
Duygusal Destek	Düşük	Orta	-2,05198	1,02289	,112
		Yüksek	-2,67454	1,03790	,028
	Orta	Düşük	2,05198	1,02289	,112
		Yüksek	-,62256	,56641	,515
	Yüksek	Düşük	2,67454	1,03790	,028
		Orta	,62256	,56641	,515
Beraberlik Desteği	Düşük	Orta	-1,66065	,57498	,011
		Yüksek	-1,89101	,58342	,004
	Orta	Düşük	1,66065	,57498	,011
		Yüksek	-,23036	,31839	,750
	Yüksek	Düşük	1,89101	,58342	,004
		Orta	,23036	,31839	,750

Tablo 14. incelendiğinde Toplam ergenlerin gelir düzeyi ile sosyal destek puanları arasında farklılaşma düşük gelir düzeyi ile orta gelir düzeyi (,026) ve düşük gelir düzeyi ile yüksek gelir düzeyi (,005) arasında anlamlı bulunmuştur. Orta gelir düzeyi ile yüksek gelir düzeyine (,552) sahip ergenlerin sosyal destek puanları arasında anlamlı farklılaşma bulunmamıştır. Sosyal destek alt ölçeklerinde de farklılaşmanın kaynağı olarak düşük gelir düzeyine sahip ergenlerle hem orta hem de yüksek gelir düzeyine sahip ergenlerin sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı farklılaşma bulunmuştur.

#### 4.6.1. Ergenlerin Akademik Başarı Düzeyi ile Stres Değişkenine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

**Tablo 15.**

	Stres	N	$\bar{X}$	Ss
Akademik Başarı	Çok iyi	68	18,4118	6,97166
	Orta	251	19,4064	7,18514
	Düşük	76	22,3158	7,39046
	Toplam	395	19,7949	7,28506

#### 4.6.2. Lise Öğrencilerinin Akademik Başarı Düzeylerine Göre Stres Değişkenine Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.

**Tablo 16.**

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Stres	Gruplar arasında	650	2	325,474	6,298	,002
	Gruplar içinde	20259,441	392	51,682		
	Toplam	20910,390	394			

Tablo 16. değerlendirildiğinde ergenlerin akademik başarılarına göre stres düzeylerine ait puan ortalamalarına bakıldığında farklılaşma vardır ( $P<05$ ). Bu farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için Tukey Testi yapıldı.

#### 4.6.3. Ergenlerin Akademik Başarı Seviyelerine Göre Stres Değişkenine Ait Tukey Testi Sonuçları

**Tablo 17.**

Bağımlı Değişken	Diploma notu	Diploma notu	Ortalamalar Arası Fark	Standart Hata	p
Algılanan stres	Çok iyi	Orta	-,99461	,98282	,570
		Düşük	-3,90402	1,20003	,004
	Orta	Çok iyi	,99461	,98282	,570
		Düşük	-2,90941	,94124	,006
	Düşük	Çok iyi	3,90402	1,20003	,004
		Orta	2,90941	,94124	,006

Tablo 17. değerlendirildiğinde akademik başarı düzeyi ile stres değişkeni arasında farklılaşma vardır. Bu farklılaşma akademik başarıları çok iyi-düşük olanlar arasında ( $p=,004$ ) ve orta-düşük olanlar arasında ( $p=,006$ ) istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak akademik başarıları orta-çok iyi olanlar arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur ( $p=,570$ ). Sonuç olarak akademik başarı ile stres arasında anlamlı farklılaşma vardır.

**4.6.4. Ergenlerin Akademik Başarı Düzeylerine Göre Sosyal Destek Düzeyine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

**Tablo 18.**

	Diploma notu	N	$\bar{X}$	Ss
Sosyal Destek Toplam	Çok iyi	68	57,7353	12,13557
	Orta	251	55,3147	12,58986
	Düşük	76	50,2895	15,06326
	Toplam	395	54,7646	13,20563
Bilgisel-Maddi Destek	Çok iyi	68	24,2059	5,15885
	Orta	251	22,9801	5,61031
	Düşük	76	21,1447	6,12036
	Toplam	395	22,8380	5,70235
Duygusal Destek	Çok iyi	68	21,0441	4,97286
	Orta	251	20,5618	5,10991
	Düşük	76	18,4474	6,32750
	Toplam	395	20,2380	5,40296
Beraberlik desteği	Çok iyi	68	12,7647	2,90197
	Orta	251	11,8765	2,81224
	Düşük	76	10,8947	3,65360
	Toplam	395	11,8405	3,05157

#### 4.6.5. Ergenlerin Akademik Başarılarına Göre Sosyal destek Değişkenine Ait Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

**Tablo 19.**

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Sosyal Destek Toplam	Gruplar arasında	2198,101	2	1099,051	6,478	,002
	Gruplar içinde	66511,002	392	169,671		
	Toplam	68709,104	394			
Bilgisel-Maddi Destek	Gruplar arasında	350,204	2	175,102	5,508	,004
	Gruplar içinde	12461,426	392	31,789		
	Toplam	12811,630	394			
Duygusal Destek	Gruplar arasında	314,180	2	157,090	5,504	,004
	Gruplar içinde	11187,450	392	28,539		
	Toplam	11501,630	394			
Beraberlik Desteği	Gruplar arasında	126,387	2	63,194	6,993	,001
	Gruplar içinde	3543,565	392	9,037		
	Toplam	3668,952	394			

Tablo 19. değerlendirildiğinde ergenlerin akademik başarılarına göre sosyal destek değişkenine ait puan ortalamalarına bakıldığında farklılaşma vardır. Bu farklılaşma hem toplam sosyal destek hem de alt ölçeklerde vardır ( $P > .05$ ). Bu farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tukey Testi sonuçları aşağıdaki tablo ile verilmiştir.

**4.6.6. Ergenlerin Akademik Başarı Düzeylerine Göre Sosyal Destek Değişkenine Ait Tukey Testi Sonuçları**

**Tablo 20.**

Diploma notu	Diploma notu	Diploma notu	Ortalamalar Arası Fark	Standart Hata	p
Sosyal Destek Toplam	Çok iyi	Orta	2,42055	1,78077	,363
		Düşük	7,44582	2,17432	,002
	Orta	Çok iyi	-2,42055	1,78077	,363
		Düşük	5,02527	1,70543	,010
	Düşük	Çok iyi	-7,44582	2,17432	,002
		Orta	-5,02527	1,70543	,010
Bilgisel-Maddi Destek	Çok iyi	Orta	1,22580	,77081	,251
		Düşük	3,06115	,94115	,004
	Orta	Çok iyi	1,22580	,77081	,251
		Düşük	1,83534	,73819	,035
	Düşük	Çok iyi	-3,06115	,94115	,004
		Orta	-1,83534	,73819	,035
Duygusal Destek	Çok iyi	Orta	,48236	,73034	,787
		Düşük	2,59675	,89175	,011
	Orta	Çok iyi	-,48236	,73034	,787
		Düşük	2,11438	,69944	,008

	Düşük	Çok iyi	-2,59675	,89175	,011
		Orta	-2,11438	,69944	,008
Beraberlik Desteği	Çok iyi	Orta	,88821	,41098	,079
		Düşük	1,86997	,50181	,001
	Orta	Çok iyi	-,88821	,41098	,079
		Düşük	,98176	,39359	,035
	Düşük	Çok iyi	1,86997	,50181	,001
		Orta	-,98176	,39359	,035

Tablo 20. değerlendirildiğinde ergenlerin akademik başarı düzeyleri ile sosyal destek değişkeni arasında farklılaşma vardır ( $P < 05$ ). Bu fark düşük-orta ( $p = ,010$ ) akademik başarı ve düşük-çok iyi ( $p = ,002$ ) akademik başarıya sahip ergenlerin sosyal destek düzeyleri arasında bulunmuştur. Ancak çok iyi-orta ( $p = ,363$ ) akademik başarı düzeyine sahip ergenlerin toplam sosyal destek düzeyleri ve alt ölçek puanları arasında farklılaşma yoktur. Sonuç olarak akademik başarı ile sosyal destek arasında anlamlı farklılaşma vardır.

#### 4.7.1. Baş Ağrısı Olan ve Olmayan Ergenlerin Stres Düzeyi Puan Ortalamalarına Ait t Testi Sonuçları

**Tablo 21.**

	Baş Ağrısı	N	$\bar{X}$	Ss	t	P
Stres	Baş ağrısı var	223	18,8251	7,04240	-3,024	,003
	Baş ağrısı yok	172	21,0523	7,42153		

Tablo 21. incelendiğinde baş ağrısı yaşayan ergenlerin stres puanı ortalaması 18,8251 iken baş ağrısı yaşamayan ergenlerin stres puanı ortalaması 21,0523 olarak

hesaplanmıştır. Baş ağrısı olan ve olmayan ergenlerin stres puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık olup olmadığını test etmek için yapılan t testi analizi sonucunda baş ağrısı değişkeni açısından stres puanı ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma bulunmuştur ( $t=-3,024$ ,  $p<0.05$ ). Buna göre baş ağrısı yaşayan ergenlerin stres puan ortalaması baş ağrısı yaşamayanlardan daha düşüktür.

#### 4.7.2. Baş Ağrısı Olan ve Olmayan Ergenlerin Sosyal Destek Düzeylerine Ait t Testi Sonuçları

**Tablo22.**

	Baş Ağrısı	N	$\bar{X}$	Ss	t	P
Sosyal	Baş ağrısı var	223	55,3677	11,93561	1,034	,302
Destek	Baş ağrısı yok	172	53,9826	14,68917		

Tablo 22. incelendiğinde baş ağrısı yaşayan ergenlerin sosyal destek puanı ortalaması 55,3677 iken baş ağrısı yaşamayan ergenlerin sosyal destek ortalaması 53,9826 olarak hesaplanmıştır. Baş ağrısı olan ve olmayan ergenlerin sosyal destek puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık olup olmadığını test etmek için yapılan t testi analizi sonucunda baş ağrısı değişkeni açısından sosyal destek puanı ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma bulunmamıştır. ( $t=1,034$ ,  $p>,302$ ).

#### 4.8.1. Ergenlerde baş ağrısı olan ve olmayanların ailede baş ağrısı varlığına ait dağılımı.

**Tablo 23.**

	N (%)	Ailede Baş Ağrısı Var	Ailede Baş Ağrısı Yok
Bireysel Baş Ağrısı Var	223(% 56)	64	159
Bireysel Baş Ağrısı Yok	172 (% 44)	48	124
Toplam	395 (% 100)	112 (28)	283 (72)



#### 4.8.2. Baş ağrısı olan ve olmayan ergenlerin ailede baş ağrısı varlığı ve yokluğuna göre Ki-Kare Testi sonuçları

İki nitel değişken (Ailede baş ağrısı ve ergende baş ağrısı değişkenleri) arasında ilişki olup olmadığına bakmak için non parametrik bir test olan ki kare testi uygulanmıştır. Uygulanan bu testin sonucunda oluşan tablodaki hücrelerin %20 sinden fazlasında 5' ten küçük değer bulunamamıştır. Bu nedenle bakılan Pearson Chi-Square değerinin ,05 in üstünde olduğu görülmüştür (Pearson Chi-Square: ,862). Sonuç olarak ailede baş ağrısının var olup olmamasıyla ergende baş ağrısının olup olmaması arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır.

**Tablo 24.**

	Ki-kare	sd	p
Pearson Chi-Square	,030	1	,862

Tablo değerlendirildiğinde primer baş ağrısı olan ve olmayan ergenlerin ailede baş ağrısı varlığına göre aralarında ilişki olmadığı görüldü ( $\chi^2 = ,030$ ,  $sd=1$ ,  $p=,862$ ). Sonuç olarak ergenlerin ailelerinde baş ağrısı varlığı kendilerinde baş ağrısı varlığını yordamamaktadır.

#### 4.9.1. Ergenlerde Stres ve Sosyal Destek Düzeylerine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

**Tablo 25.**

	N	$\bar{X}$	Ss
Stres	395	1,4354	,49644
Sosyal Destek		54,7646	13,20563

#### 4.9.2. Ergenlerin Stres ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Tablosu

Tablo 26.

		Stres	Sosyal Destek
Stres	r	1	-,345(**)
	p	.	,000
Sosyal Destek	r	-,345(**)	1
	p	,000	.

Stres ve sosyal destek arasında ilişkiye bakmak için basit korelasyon (brivate) yapıldı. Stres değişkeni ile sosyal destek değişkeni arasında negatif yönde anlamlı ve yüksek düzeyde ilişki bulundu ( $r=-,345^{**}$ ). Buna göre stres ile sosyal destek arasında ilişki vardır.

## BÖLÜM V

### TARTIŞMA VE YORUM

Bu bölümde, araştırmada ele alınan amaçlar doğrultusunda katılımcılardan elde edilen bulguların, mevcut kuramsal literatür ve araştırmaların ışığında tartışılması ve yorumlanmasına yer verilmiştir.

#### **5.1. Ergenlerin stres ve sosyal destek düzeyleri cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?**

Çalışmamızda lise öğrencilerinde cinsiyete göre stres düzeyleri arasında farklılaşma bulunmuştur. Cinsiyet ve sosyal destek arasında farklılaşma yoktur.

##### **5.1.1. Cinsiyet ile stres arasındaki farklılaşma**

Oral'a (2004) göre alan yazında, stresle başa çıkma yolları açısından cinsiyetler arası farklılıklardan sıklıkla söz edilse de özellikle eğitim-öğretim yaşantıları kapsamında değerlendirilebilecek stres yaşantılarında kullanılan başa çıkma yolları açısından belirgin cinsiyet farklılıkları bildirilmemektedir. Başka bir çalışmada ise kızların erkeklere oranla daha fazla sağlıklı baş etme yöntemleri kullandığı saptanmıştır (Çuhadaroğlu, 2004).

Cohen ve ark. göre (1983), kadınların algılanan stres ortalamaları, erkeklerin ortalamalarından genel olarak daha yüksek olsa da bu farklılık genellikle istatistiksel olarak anlamlı olmamaktadır. Yerlikaya'nın (2009) çalışmasında, kadınların stres puan ortalamaları erkeklerden daha yüksektir. Altunkol'un (2011) araştırmasında ise, kadınların algılanan stres düzeylerinin, erkeklerin algıladıkları stres düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Algılanan stres düzeyinin kadınlarda daha yüksek olmasının olası sebeplerinden birisi, toplumda kendisine atfedilen rol olarak açıklanabilir.

Şahin ve ark. (2002) 14-17 yaş grubu ergenlerinde kızların erkeklerden daha fazla stres yaşadıklarını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da cinsiyet ile stres arasında farklılaşma tespit edilmiştir. Kız öğrencilerin stres puan ortalaması erkeklerden yüksektir.

### **5.1.2. Cinsiyet ile sosyal destek arasındaki farklılaşma.**

Sosyal destek ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda bizim çalışmamızdan farklı olarak cinsiyete göre sosyal destek düzeyleri arasında farklılaşma bulunmuştur. Başer (2006) sosyal destekle ilgili araştırmasında bireylerin cinsiyetlerinin aileden algılanan sosyal destek düzeyini etkilediğini tespit etmiştir. Analiz sonucunda cinsiyete yönelik anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada cinsiyet farklılığının sosyal desteğin yapısal özelliklerinin yanı sıra ilişkinin algılanış biçimini de etkilediği yönünde bulgular elde edilmiştir. Sorias (1988)'a göre aileden algılanan sosyal desteğin cinsiyete göre farklılık gösterme sebebi, her cinse mensup bireylerin farklı ihtiyaçlara gereksinim duymasından kaynaklanabilir.

Yapılan bazı araştırmalarda da kızlar lehine anlamlı farklar bulunmuştur (Sarason ve ark. 1983). Arslan'ın (2009) çalışmasında, kız öğrencilerin erkeklere oranla anne ve babalarını kendilerine daha yakın ve sıcak algılayarak, anneleri ile olan ilişkilerinde ortaya çıkan problemleri daha kolay çözümlenebildikleri bulunmuştur. Benzer şekilde kızların okulla ilgili konularda erkeklere oranla anne-babalarıyla ilişkilerinde daha az çatışma yaşadıkları ve çözüm için destek alabildikleri belirlenmiştir. Bu çalışmada kız öğrencilerin problemleri anneleri ile rahatlıkla konuşup çözüm bulabildiklerinden bahsedilmiş ancak bu durum erkek öğrenciler için geçerli değildir. Malecki ve ark. (2006) çalışmasında da kızlar için sosyal desteğin erkeklere oranla daha önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Kartal ve Çetinkaya'nın (2009) kız öğrencilerde algılanan aile desteği ve arkadaş desteği puan ortalaması erkeklere göre daha yüksektir.

Sorunlarla baş etme konusunda cinsiyet farklılığı ile ilgili bulgulara bakıldığında; kızların problem çözme konusunda sosyal desteğe daha sık başvurduğu, erkeklerin ise sorunu göz ardı etme yöntemini kullandıkları görülmektedir. Kızların problem çözme konusunda daha fazla kaderciler oldukları, problemin kendi kontrolleri dışında olduğuna

inandıkları, erkeklerin ise problemler karşında esritüel yöntemleri kullandıkları saptanmıştır ( Plancherel ve ark. 1998).

Literatürde bizim çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşan araştırmalar da mevcuttur. Örneğin, Çeçen (2008) Çukurova Üniversitesi'nde farklı fakülterde öğrenim gören 521 öğrenci ile yapmış olduğu çalışmada kız ve erkeklerin aynı düzeyde sosyal destek algılamış olduklarını belirtmiştir. Sosyal desteğin kaynaklarının araştırıldığı çalışmada Çakır (1993) 12–22 yaş arasındaki öğrenciler üzerinde çok yönlü algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışmasını yapmıştır. Bu çalışmada sosyal desteğin kaynağının cinsiyete göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Ayrıca Ökdem ve Yardımcı (2010) da çalışmalarında sosyal desteğin cinsiyete göre farklılaşmadığı yönünde bulgulara ulaşmıştır.

## **5.2. Ergenlerin stres ve sosyal destek düzeyleri yaşa göre anlamlı seviyede farklılaşmakta mıdır?**

Çalışmamızda ergenlerin yaş düzeylerine göre stres ve sosyal destek puanları arasında farklılaşma yoktur.

### **5.2.1. Ergenlerin yaş düzeyleri ile stres arasındaki farklılaşma**

Depresyonun ve anksiyetenin psikolojik nedenlerinden biri de uygun sosyal çevreden yoksun olma ve strestir. Ergenlerde yaş artışı ile birlikte sorunlu yaşam olaylarının artışı ve sosyal desteğin kaybı depresyonun ve anksiyetenin artmasında yaşanan diğer unsurlardır (Westenberg ve ark.1999).

Altunkol'un (2011) araştırmasında üniversite öğrencilerinin algılanan stres düzeyleri ile yaşları arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiş. Bu amaçla gerçekleştirilen analizler sonucunda öğrencilerin yaşı ile Algılanan Stres Ölçeği puanları arasında pozitif yönde ve oldukça düşük düzeyde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur Cohen ve ark. (1983)'ne göre de Algılanan stres ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Batıgün'ün (2011) çalışmasında yaş ilerledikçe stres belirtilerinin düştüğü saptanmış. Ancak bizim çalışmamızda yaş düzeyleri ile stres arasında farklılaşma tespit edilmedi.

### **5.2.2. Ergenlerin yaş düzeyleri ile sosyal destek arasındaki farklılaşma**

Helsen ve ark. (2000) ergenlik dönemindeki duygusal sorunlar ile akran grubu ve aileden alınan sosyal destek üzerine yaptıkları çalışmada, aileden ve akranlardan alınan desteğin bağımsız olduğu ve yaşa göre değişkenlik gösterdiği görülmüş. Ayrıca bu çalışmada duygusal sorunlar alanında ergenlikteki en önemli sosyal destek kaynağının aile olduğu tespit edilmiş (Akt: Kef, 2004).

Sosyal desteğin kaynaklarının araştırıldığı bir çalışmada Çakır (1993) 12–22 yaş arasındaki öğrenciler üzerinde çok yönlü algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışmasını yapmıştır. Araştırma sonucunda yaş ve ergenlik evrelerine göre oluşturulan gruplar arasında algılanan sosyal destek düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklar göstermiştir.

Ökdem ve Yardımcı (2010) da çalışmasında sosyal desteğin yaşa göre farklılaşmadığı yönünde bulgulara ulaşmıştır. Bizim çalışmamızda da yaş ve sosyal destek arasında farklılaşma tespit edilmemiştir.

Aysan (1988) tarafından, ergenlerin yaşları büyüdükçe daha az sosyal destek arama eğilimleri olduğu belirtilmiştir (Akt:Oral, 2004). Ancak bizim çalışmamızda yaş düzeylerine göre farklılaşma tespit edilmemiştir. Çalışmamızda yaş aralığının dar olması bu duruma sebep olabilir.

### **5.3. Ergenlerin stres ve sosyal destek düzeyleri gelir düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?**

Çalışmamızda öğrencilerin gelir düzeyi ile stres düzeyi arasında farklılaşma vardır. Bu farklılaşma orta ve yüksek gelir düzeyine sahip ergenlerin stres puan ortalamaları arasında bulunmuştur. Gelir düzeyi ile sosyal destek arasında farklılaşma vardır. Bu fark gelir düzeyi yüksek ve orta olanlar arasında olmamakla beraber düşük gelir düzeyi ile hem orta hem de yüksek gelir düzeyi arasında vardır. Bu durumda ergenlerin gelir düzeyinin yüksek ya da düşük olmasına göre stres düzeylerinin düştüğü ya da arttığı söylenebilir. Başka bir yorumlamayla ise gelir düzeyi yüksek ya da düşük olan ergenler sosyal destek düzeylerini farklı hissediyor da olabilirler.

### **5.3.1. Ergenlerin gelir düzeyleri ile stres arasındaki farklılaşma**

Altunkol (2011) araştırmasında üniversite öğrencilerinin algılanan stres düzeyleri ile sosyo-ekonomik düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını incelemiştir. Bu amaçla, Algılanan Stres Ölçeği ile Sosyo-Ekonomik Düzey ölçeğinden alınan puanlar arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda, aralarında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Şahin ve ark. (2002) çalışmasında alt sosyo-ekonomik düzeyde bulunma, kız olma ve yaşamdan memnun olmama 14-17 yaş grubu ergenlerinde stres yaşamının en güçlü yordayıcıları arasındadır. Bizim çalışmamızda da bu çalışmaya uygun sonuçlara ulaşılmıştır.

### **5.3.2. Ergenlerin gelir düzeyleri ile sosyal destek arasındaki farklılaşma**

Bu konuda yapılan bir çalışmada öğrencilerin gelir düzeylerinin aileden algılanan sosyal desteği etkilemediği, ancak arkadaşlardan algılanan sosyal desteği etkilediği belirlenmiştir. Yine ekonomik zorluk yaşayan öğrencilerin arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalaması, ekonomik problemler yaşamayan öğrencilere göre düşük bulunmuştur. Aynı şekilde ekonomik zorluk yaşamayan öğrencilerin aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması, ekonomik zorluk yaşayan öğrencilere göre yüksek bulunmuştur. Yine ekonomik problem yaşamayan öğrencilerin algılanan sosyal destek düzeyleri ekonomik zorluk yaşayan öğrencilere göre daha iyidir. Çakır ve Palabıyıkoglu'nun (1997) yapmış olduğu çalışmada üst sosyokültürel düzey gençlerin aileden algıladığı desteğin diğer düzeylere göre destek kaynaklarının içinde en yüksek olduğu saptanmıştır. Bu da üst düzeye mensup ailelerin çocuk yetiştirme tutumlarına gereken özeni göstermeleri ve çocuklarının gerek bedensel, gerekse ruhsal açıdan sağlıklı yetişmelerine verilen önem ve iyi bir iletişim ortamı sağlamalarıyla açıklanabilir.

Sosyal desteğin kaynaklarının araştırıldığı bir çalışmada Çakır (1993) sosyo-kültürel düzey (alt, orta, üst) değişkenlerinin algılanan sosyal desteği etkilediği de saptanmıştır. Ayrıca anne, baba ve öğretmen desteğinin sosyoekonomik olarak dezavantajlı olan öğrencilerin başarısına olumlu katkı sağladığı bulunmuştur. Sosyal desteğin yüksek ekonomik düzeydeki ergenlerin notlarına katkı sağlamazken düşük sosyoekonomik düzeydeki ergen öğrencilerin notlarına katkı sağladığı sonucu ilginç bir

veridir (Malecki ve Demaray, 2006). Bizim çalışmamızda da gelir düzeyi ile sosyal destek arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu farkın özellikle düşük gelir düzeyine sahip ergenlerle hem orta hem de üst gelir düzeyine sahip ergenler arasında bulunması da Malecki ve Demaray (2006)'in çalışması ile paralellik göstermektedir. Buradan yola çıkarak düşük sosyoekonomik düzeydeki ergenlere sağlanacak sosyal desteğin onların potansiyelini ortaya çıkarmalarına katkı sağlayacağını söyleyebiliriz.

#### **5.4. Ergenlerin stres ve sosyal destek düzeyleri akademik başarı düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?**

Akademik başarı değişkeni ile ergenlerin stres düzeyleri arasında farklılaşma vardır. Bu farklılaşma akademik başarı düzeyi çok iyi ve düşük olanlar arasında ve orta ve düşük olanlar arasında anlamlı bulunmuştur. Ancak akademik başarısı orta ve çok iyi olanlar arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur. Ayrıca sosyal destek değişkenine göre de düşük akademik başarıya sahip bireylerin orta ve yüksek başarıya sahip olanlara göre daha düşük sosyal destek aldıklarını ifade ettikleri görülmüştür.

##### **5.4.1. Ergenlerin akademik başarı düzeyleri ile stres arasındaki farklılaşma**

Sağlıklılığın korunması ve yaşamın sürdürülmesi için belirli düzeyi aşmayan stres vericilere ihtiyaç vardır. Ancak bu düzey bireylere göre değişiklik gösterir. Burada önemli olan olay değil, kişi için anlamıdır. Birçok öğrenci sınavla birlikte kişiliğinin ve varlığının değerlendirildiğini düşünür ve aşırı bir kaygı yaşar. Bu değerlendirme sonucunda beden kimyasında meydana gelen değişiklikler beyindeki protein zincirlerinin oluşumunu engeller ve dolayısıyla da akıl yürütme ve soyut düşünme yönündeki zihinsel faaliyeti bozar. Bu sebeple yüksek sınav kaygısı öğrenci başarısızlığına yol açan en önemli etkenlerden birisidir. Ancak unutulmaması gereken durum kaygı yaratanın sınav ya da dersler değil çevredekilerin tutumları olduğudur. Teşvik ya da tehdit amacıyla olsun çevresindeki yetişkinlerin gençteki kaygıyı arttırması genci yüksek kaygı sebebiyle kıpırdayamaz hale getirebilmektedir (Baltaş ve Baltaş, 1993;104)

Çalışmamızda da akademik başarı ile stres arasında farklılaşma bulunmuştur.



#### **5.4.2. Ergenlerin akademik başarı düzeyleri ile sosyal destek arasındaki farklılaşma**

Gelişim düzeyi ve zeka, okul başarısı ile ilişkilidir. Ama bu tek başına başarı için yeterli değildir. Kendine güven ve saygı, iyi insan ilişkileri, kaygıyı kontrol edebilme, daha az kimlik çatışması ve en önemlisi gerçekçi bir amaca sahip olma okul başarısını olumlu etkiler. İçinde bulunduğu grubun ya da yakın arkadaşların değerleri başarıyı etkiler. Arkadaşlarının başarıya verdikleri önem, hedefleri olması, çalışma ortamı olması ergenin başarısını artırır. Bağımsızlığa, yeteneğe, etkileşime önem veren ailelerin çocukları daha başarılı olabilmektedir. Olumlu aile-ergen ilişkisi başarının temel koşullarındandır. Ergenle hiç ilgilenmeyen ya da aşırı baskı yapan aileler başarıyı olumsuz etkilemektedir (Semerci, 2012).

Çalışmamızda da akademik başarı ile sosyal destek arasında anlamlı farklılaşma bulunmuştur. Bu farklılaşma düşük akademik başarıya sahip bireyler ile üst ve orta akademik başarıya sahip ergenler arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Karadağ'ın (2007) çalışmasında öğrencilerin akademik başarıları ile aileden, arkadaştan ve öğretmenden algılanan sosyal desteğin anlamlı düzeyde farklılaştığı sonucuna varılmıştır.

Sosyal destek ile öğrencinin akademik başarısı arasında doğrudan ve dolaylı manidar ilişki olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Levitt ve ark. 1994). Yıldırım (2000; 2006) sosyal destekle ilgili çalışmalarında lise öğrencilerinin algıladıkları sosyal desteğin akademik başarılarını yordadığını ortaya koymuştur. Konuyla ilgili çağdaş araştırmalar göstermektedir ki, akademik başarı sosyal destek sisteminden olumlu olarak etkilenir (Yıldırım ve Ergene, 2003). Yapılan çalışmalar, sosyal desteğin, öğrencilerin akademik başarılarının yanı sıra, okula devam etmeleri ve okula uyum sağlamalarında da önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır (Yıldırım, 2000). Doğan'ın (2008) çalışmasında da aile desteği olanların akademik olarak daha başarılı oldukları doğrultusunda sonuçlar bulunmuştur.

Bir başka çalışmasında Yıldırım (2006) gündelik sıkıntılar, sosyal destek ve cinsiyet değişkenlerinin 8-11. sınıf öğrencilerinin akademik başarılarını ne derecede

yordadığını incelemiştir. Araştırmaya 564 kız, 398 erkek olmak üzere toplam 962 öğrenci alınmıştır. Veri toplama araçları olarak, Gündelik Sıkıntılar Ölçeği (GSÖ), Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ-R) ile araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan Öğrenci Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Araştırma sonucunda; aile, geniş çevre, öğretim yaşamı ile ilgili sıkıntılar ile aile, arkadaş desteği değişkenlerinin akademik başarıyı anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur (Yıldırım, 2006).

Performans ve akademik başarı üzerine okul çağı gençlerde yapılmış bir çalışmada ebeveynler, öğretmenler ve akranlar ile destekleyici ilişkilerin motivasyon ara değişkeni ile başarı ve performansı etkilediği sonucuna varılmıştır (Wentzel 1998). Yapılan bir araştırmada akademik başarısı yüksek olan bireylerin, düşük olan bireylere göre aileden algılanan sosyal destek kaynaklarını daha çok kullandıkları ve algıladıkları bulunmuştur (Yıldırım, 1997).

Anne babadan sonra çocuğun yeteneklerinin ve becerilerinin gelişmesinde rol alan en önemli yer okuldur. Belli bir düzen ve disiplin içinde, bilgiyi, kişiliği, yetenekleri, yaratıcılığı geliştiren yere okul denir. Çocuğun yaşamının büyük bir kısmı okulda geçer. Buna rağmen ailenin konumu, eğitimi, sosyo-kültürel özellikleri çocuğun gelişiminde okuldan daha önce gelir. Ancak ergenin arkadaşlıkları, başarıları ve sorunları okulda şekillenir... Öğrenciler bazı öğretmenleri daha çok severler. Sevdikleri zaman ders başarıları artar. Doğru öğretmen, öğrencinin sorunlarını aşmaya yardım eden, yetenek ve ilgilerini geliştiren kişidir. Gençler genellikle sıcak, istekli, sempatik, kolay uyum sağlayabilen ve endişelerini anlayıp yanıt verebilen öğretmenleri yeğlerler. Ama aynı zamanda kontrolü sağlayabilen, adil davranan ve dersi açık, net anlatabilen bilgili öğretmenlere saygı duyarlar. Öğrenciyi öğrenme sürecine katan, güler yüzlü ama disiplinli öğretmen ergen tarafından yeğlenmektedir (Semerci, 2012).

### **5.5. Baş Ağrısı Yaşayan ve Yaşamayan Ergenlerin Stres ve Sosyal Destek Puan Ortalamaları Anlamlı Düzeyde Farklılaşmakta Mıdır?**

Çalışmamızda baş ağrısı yaşayan ve yaşamayan ergenlerin stres düzeyleri arasında farklılaşma bulunmuştur. Ancak sosyal destek düzeyleri arasında farklılaşma yoktur.

### **5.5.1. Baş Ağrısı Yaşayan ve Yaşamayan Ergenlerin Stres Puanları Arasındaki Farklılaşma**

Çalışmamızda baş ağrısı yaşayan ve yaşamayan ergenlerin stres puanları arasında farklılaşma vardır. Bu farklılaşma baş ağrısı olan ergenlerin stres düzeyinin olmayanlardan daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum literatürle ters düşmektedir. Literatürde migren ve gerilim tipi baş ağrısı hastalarında psişik stresörlerin provokatif etkileri olduğu bildiren çalışmalara rastlanmıştır (Rasmussen, 1995). Birçok araştırmacı, zihnin beden üzerindeki hastalık oluşturucu gücünü, zihinsel süreçler ile başlayan ve fiziksel etkiler ile sonuçlanan stres tepkisi ile açıklamaktadır (Onbaşıoğlu, 2006).

Hastalıkların çoğu stres, ruhsal çatışma ve yaygın anksiyeteden etkilenir. Bazı hastalıklarda bu etkilenme daha fazladır. Hepimiz günlük hayatımızda belirli bir direnme sınırımız olduğunu biliriz. Zorlayıcı yaşam olayları, karşılanamayan ruhsal gereksinimler psikofizyolojik savunmaların yıkılmasına ve fiziksel hastalıklara yol açar. Her insanın strese duyarlı bir “şok organı” (sindirim sistemi, dolaşım sistemi, kalp, deri...) vardır. Benzer şekilde, anksiyete ve stres, migren veya gerilim baş ağrısına yol açar. Kronik ağrı, sık gelen migren atakları ve gerilim baş ağrısı da anksiyete ve depresyona neden olur (Çelebi, 1995). Migren ve gtba, her ikisi de stres faktöründen etkilenir ve kadınlarda görülme sıklığı fazladır (Hashizume, 2008; Yücel, 2008). Özellikle günlük stresin kronik baş ağrısı atakları üzerindeki etkisinin doğrulandığı çalışmalar da bulunmaktadır (Hashizume, 2008).

Bir başka çalışmada, baş ağrısı yaşayan olguların yaklaşık üçte ikisini 7-12 yaş grubundaki hastalar, yaklaşık üçte birini ise 13-17 yaş grubundaki hastaların oluşturması, baş ağrısının özellikle puberte ile birlikte pubertal/ adölesan dönemde artış gösterdiğine işaret etmektedir. Kişiliğin şekillendiği bu dönemde hormonal değişikliklerin meydana gelmesi ve ayrıca anksiyete, depresyon ve stres gibi etmenlerin daha sık görülmesi bu durumu açıklayabilir. Çalışmada, hastaların bir kısmı (2/5) baş ağrısı ile birlikte perikraniyal hassasiyet bildirirken, bazıları (2/5) baş ağrısını stresin tetiklediğini bildirmişler (Aydın ve ark. 2010).

Baş ağrısı üzerinde tetikleyici faktörlerin ve stresin etkisi olduğuna dair başka çalışmalar da mevcuttur. Bu sebeple tetikleyicilerden uzak durmak gereklidir (Okan, 2013). Çoğu zaman sık ağrıları nedeniyle hastaneye getirilen çocuklarda sadece ağrıyı tetikleyen faktörleri ortadan kaldırmak bile ağrıları önemli oranda azaltır. Okul sorunları çocuklarda baş ağrısına neden olan önemli bir faktördür. Bu sebeple okul ve öğretmenler ile işbirliği yapmak önemlidir (Kılıç, 2009).

Migren nöbetlerinin tek sebebi stres verici durumlarla karşılaşmak değildir. Ancak nöbetlerin en az yarısının duygusal bir stres sebebiyle başladığı tespit edilmiştir. Ayrıca migrenli hastaların yarısının ilk nöbeti de duygusal bir stres sebebiyle başladığı bilinmektedir. Psikolojik açıdan migren başka yollarla ifade edilmesi birey tarafından kabul edilemeyen bir duyguyu ifade biçimidir. Bazı hastalarda da bunun tam tersi olmakta ve stres faktörü ortadan kalkınca nöbet ortaya çıkmaktadır. Strese bağımlı kişilerde günlük rutinin ve stres faktörünün ortadan kalkması da nöbetin başlamasına sebep olabilir (Baltaş ve Baltaş 1993). Bizim çalışmamızda da baş ağrısı olanların stres düzeyi olmayanlardan düşüktür ancak stres tepkisinin mekanizasını düşündüğümüzde konuya farklı açılardan bakmakta fayda var.

Çocuk ve ergen baş ağrısı bozukluklarında belirli kişilik özellikleri hakkında çelişkili kanıtlar vardır. Bu kişilik özellikleri üzerinde yeterince çalışılmamış olsa da migren güvensizlik, mükemmeliyetçilik, kararlılık, rekabetçilik, stresli olaylarla baş etme, somatik yakınmalara eğilim gibi kişilik özellikleri ile diğer pediatrik ağrılardan ayırt edilebilir (Cunningham ve ark. 1987; Akt: Toros, 2010).

Araştırmacılar psikopatoloji (örneğin, faaliyetlere azalmış ilgi, fiziksel belirtiler, iştahsızlık, uyku zorluğu hakkında endişe) ve baş ağrısının ortak belirtilerini ve etkileşimini incelemişlerdir. Tek başına olmasa da bu iki faktör arasında etkileşim vardır ancak bu konuda daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır. Görünüşe göre yüksek pediatrik baş ağrısı ile depresyon ve anksiyete birlikteliği ve literatürde önemli bir yere sahiptir (Scott, 2003).

### **5.5.2. Baş Ağrısı Yaşayan ve Yaşamayan Ergenlerin Sosyal Destek Puanları Arasındaki Farklılaşma**

Çalışmamızda baş ağrısı ile sosyal destek arasında anlamlı farklılaşma bulunmamıştır. Ancak alan yazında baş ağrısı ile sosyal destek arasında doğrudan ya da dolaylı ilişkiye vurgu yapan çalışmalar mevcuttur.

Cohen ve Wills (1985)'e göre bazı araştırmacılar sosyal desteğin psikolojik ve bedensel belirtilerin şiddeti ile doğrudan bir ilişkisi olduğunu, diğer bazıları stresli olayların kişinin tepkilerinde hafifletici bir rol oynadığını kanıtlamayı amaçlamıştır. Araştırmacılar buna ek olarak, sosyal destek kaynaklarının bilişsel-davranışçı etmenler gibi kronik ağrının uzun süreli sonuçları üzerinde etkili olduğuna vurgu yapmışlardır. Sosyal ağlar ve yakınlardan gelen destek, fiziksel ve sosyal aktivitelerden kaçınmayı engelleyerek ağrının meydana getirebileceği engellenme durumunu azaltabilmektedir.

Doğan'ın (2008) çalışmasında aile desteği olanların psikolojik desteğe daha az ihtiyaç duydukları daha az fiziksel rahatsızlık yaşadıkları doğrultusunda sonuçlar elde edilmiştir. Kandemirci'nin çalışmasında ise sosyal destek, ağrı yaşantısı üzerinde çok etkili bulunmuş olsa da aile ve arkadaş desteği yüksek olanların ağrılarını daha iyi kontrol edebildiklerini düşündüren kanıtlara rastlanmıştır (Kandemirci, 2010).

611 kişi ile gerçekleştirilen bir çalışmada akademik beklentinin yüksek olduğu bir lisede okul içi, okul dışı akademik etkinlikler ve hobilerin baş ağrısı sıklığı ve özelliklerine etkisinin kapsamlı bir şekilde araştırılması amaçlanmıştır. Çalışma sonucu baş ağrısının ergenlerde akademik ve sosyal hayatı giderek olumsuz etkileyen ve sık görülen bir problem olduğunu göstermiştir. Eğer bu sorun çözülmezse toplumun en yüksek akademik beklentisini yansıtan bu grup genç erişkin olduğunda, sağlıklı bir akademik ve sosyal yaşantı ile karşı karşıya kalacaklardır (Aytaçoğlu ve ark. 2011).

## **5.6. Baş Ağrısı Yaşayan ve Yaşamayan Ergenler Arasında Ailelerinde Baş Ağrısı Varlığı Açısından Anlamlı Fark Var mıdır?**

Baş ağrısı olan ve olmayan ergenlerin aile bireylerinde baş ağrısı varlığı değişkenine göre aralarında farklılaşma yoktur.

### **5.6.1. Baş Ağrısı Yaşayan ve Yaşamayan Ergenlerin Ailelerinde Baş Ağrısı Varlığına Göre Aralarındaki Farklılaşma**

Çalışmamızda baş ağrısı yaşayan ve yaşamayan ergenlerin ailelerinde baş ağrısı varlığı açısından ilişki olmadığı bulunmuştur.

İçinde yer aldığı toplumun tarihsel biçimlenişi, üretim biçimi, kültürel yapısı, psikolojik boyutu bireyin hem kalıtımı, hem fiziksel çevresi ve hem de psiko-sosyal gelişiminde son derece belirleyicidir (İsen ve Batmaz, 2002).

Özellikle migren baş ağrısında genetik faktörler üzerine çalışmalar mevcuttur. Örneğin ülkemizde yapılan bir çalışmada migrenli çocukların annelerinde baş ağrısı öyküsü % 47.7 ile % 56.7 arasında bildirilmiştir (Özge ve ark. 2007). Özkan'ın (2012) çalışmasında da, ayırıcı tanıda ailede baş ağrısı olması migren grubunda yüksek bulunmuş olup, ağrıyı tetikleyici faktör oranları da migren ve gtba gruplarında benzer oranda bulunmuştur.

Baş ağrısının oldukça sık görülen bir semptom olmasına karşın çocuklarda bu konuda yapılmış prospektif çalışma oldukça azdır. Alehan'ın 95 hasta ile gerçekleştirilen çalışmasında baş ağrısı sebepleri arasında % 42 ile migren, %30 ile gtba, % 9 ile sinüzit, %5 ile epilepsi, %2 ile üst solunum yolu enfeksiyonu çıkmış (Alehan, 2003). Bu çalışmada baş ağrısında genetik faktöre vurgu yapılmasına rağmen diğer faktörlerin de önemi ve varlığı belirtilmiştir.

Başka bir çalışmada da baş ağrısı yakınması olan hastaların yarıdan fazlasının, migrenli hastaların ise yaklaşık üçte ikisinin birinci derece akrabalarında baş ağrısı veya migren öyküsü bulunmaktaydı. Özellikle migrenli hastalar olmak üzere, hastaların aile öykülerinde büyük oranda baş ağrısı veya migren öyküsü bulunması etiyojide kalıtsal etmenlerin rolünün olduğu ve tanıya ulaşmada aile öyküsünün önemli bir yere sahip olduğu bilgisini desteklemektedir (Aydın ve ark. 2010). Akyıldız'ın (2011) çalışmasında da baş ağrısı olanların ailelerinde baş ağrısı öyküsünün belirgin olarak daha çok olduğu bulunmuştur.

Şu anda kullanılan baş ağrısı tanı kriterlerine göre tanısı konan migren grubu muhtemelen çok sayıda kimi hafif, kimi orta derecede etkili yatkınlık genlerinin sinerjik etkisiyle oluşmaktadır. Bu tip bir etkileşim de standart yöntemlerle kanıtlanamamaktadır ve birçok farklı yanı olan geniş grupların birlikte analizi sorunu arttırmaktadır. Migren

ile ilgili spesifik çalışmalarda çoğu sınırlı hasta ve kontrol sayıları nedeniyle ve etnik farklılıklar yüzünden bir çok farklı gruplar tarafından farklı sonuçlar elde edilmektedir, hatta tamamen zıt sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple bu tür çalışmaların sonuçlarını okurken bu durum dikkate alınmalıdır (Baykan, 2006).

Migrenlilerin ailelerinde %70 oranında migrenli bulunması bu hastalığın ilginç ve ayırıcı bir özelliğidir. Bu özellik bir yönü ile genetik yatkınlığı diğer yönü ile de aile içinde öğrenilmiş bir ağrı davranışını düşündürür. Ancak bu konuda farklı yorumlamalar da mevcuttur. Aile öyküleri incelendiğinde migrenlilerin ailelerinde migren sıklığının % 10-90 arasında olduğu bildirilmiştir. Migrenlilerin yakınlarında migren riskinin genel topluma göre (1.4– 13.1) ortalama 6 kat fazla olduğunu gösterilmektedir. Migrenin genetiği üzerine yapılan ikiz çalışmalarında saptanan monozigotlarda migren birlikteliği dizogotlardakine göre daha yüksektir. Hiç bir çalışmada monozigotlarda tam bir birliktelik saptanmamış olması migrenin saf genetik geçişli bir hastalık değil, multifaktöryel bir hastalık olduğu yönündeki görüşleri destekler niteliktedir (Keçeci, 2000).

Bizim çalışmamızda da baş ağrılı ergenler alt gruplara (migren ve gtba vb.) ayrılmadan değerlendirilmiştir. Baş ağrısında genetik faktörlerle ilgili çalışmalar ailede baş ağrısı varlığının bireydeki baş ağrısını kısmen yordadığını belirtmekle beraber bu değerlendirme özellikle migren için geçerlidir. Gerilim tipi baş ağrısının genetik alt yapısı konusunda yeterli çalışmaya ulaşılamamıştır. Çalışmamızın sonucunda da baş ağrısında salt bir genetik etkiye rastlanmamıştır. Literatürde de bu konuda çelişkili sonuçlara rastlanması daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

## **5.7. Stres ve Sosyal Destek Arasında İlişki Var mıdır?**

Çalışmamızda stres ve sosyal destek arasındaki ilişkiye bakmak için basit (Bivariate) korelasyon yapılmıştır. Sosyal destek ile stres arasında negatif yönde ve kuvvetli bir ilişki bulunmuştur.

### **5.7.1. Sosyal Destek**

Çuhardaroğlu ve ark. (2004) ergenlerin sorunlarını belirlemek amacıyla, yaşları 12-21 arasında değişen 536 ergen üzerinde bir çalışma yapmıştır. Yapılan araştırma

sonucunda, ergenlerin en önemli gelişimsel sorunları; okulla ilgili sorunlar, üniversite sınavına hazırlık, kendileri, karşı cinsle ilişkiler, parasal sorunlar ve aile ile ilişkiler başlıkları altında toplanmaktadır. Ergenlerin sorunlarla baş etmek için en çok sosyal destek arama, probleme yönelik çözüm, kadercilik ve kaçınma yöntemlerini benimsedikleri bulunmuştur.

Ergenlik döneminde oluşan farklılıkların yarattığı gerginlik, ergenin depresif olmasına dolayısıyla yalnızlık duygusu yaşamasına neden olmaktadır. Bu nedenle ergen bu dönemde özellikle içinde yaşadığı karamsarlık ve huzursuzluk gibi hoşça gitmeyen duygulardan bunalarak kendisine güven verecek anne-babaya ihtiyaç duymaktadır. Anne babanın, ergenin söylediklerini eleştirmeden, küçümsemeden ve yargılamadan dinlemesi ve kendisini ifade etmesine fırsat vermesi ergenin sağlıklı kişilik geliştirmesini sağlamaktadır. Anne-baba desteğinden yoksun olan ergen ise kaygı, korku ve yalnızlık duygusu yaşayabilmektedir (Kulaksızoğlu, 2002).

Ergenlerde problem çözme becerisi büyük önem taşımaktadır. Sosyal, duygusal ve akademik alanlarda yaşanan problemleri etkin çözebilen veya çözemediğinde sosyal destek kaynaklarını etkin biçimde kullanan gençler daha başarılı ve sağlıklı olacaktır.

Ergenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile ilgili yapılan araştırmalar algıladıkları sosyal destek düzeyi düşük olan ergenlerin depresyon, yalnızlık, özgüven eksikliği, stres ve kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu, düşük sosyal destek algılayanların psikosomatik semptomlar ve uyum sorunu yaşama düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Yıldırım, 2004).

Doğumdan itibaren çocuk, etrafını saran fiziki ve sosyal çevreye uyum savaşını verirken, bu çabasında en büyük desteği anne ve babasından alır. Çocuk, kendini ifade edebilmeyi, kendini yöneten bir birey olabilmeyi ailesinden öğrenir. Özellikle anne baba, çocuğun kişiliğinin oluşumunda temel rolü olan özdeşim modelleridir. Çocuk bu özdeşim modellerini kendine örnek alır ve adeta onların yaşam biçimlerini taklit yoluyla öğrenir. Bu öğrenme süreci içinde, onun, sevgiye güvene yani çevresindekilere inanmaya, bağımsızlığa, başka bir deyişle büyüdükçe bazı şeyleri kendi başına



yapabilmeye ihtiyacı vardır (Yavuzer 2004). Çevresinden destek alabilen çocukları bu süreçleri daha sağlıklı yaşama şansları olacaktır.

Yapılan çalışmalarda yalnızlık duygusu ile ebeveyn ilişkileri arasında anlamlı ilişkiler olduğu rapor edilmiştir. Anne babasını otoriter algılayan ergenlerin, demokratik yani daha sıcak ve sevecen algılayan ergenlere göre daha fazla yalnızlık hissettikleri, anne baba tutumlarını demokratik algılayanların, otoriter ve ilgisiz algılayanlara oranla kendilerini daha az yalnız hissettikleri ve yüksek arkadaş ve aile sosyal desteğine sahip oldukları görülmüştür (Çeçen, 2008).

Çocuğun gelecekteki yaşamında gerek aile içindeki bireylerle, gerek akranları ve çevresindeki diğer insanlarla sağlıklı ilişkiler kurabilmesi, fırsatların sağlanması, bunların geliştirilmesi ancak ana babanın ve çevresinin desteği ile olur. Çocuk başkalarına karşı nasıl davranacağını, toplumda karşılaştığı zorluklarla başa çıkabilmeyi öğrenmek zorundadır. Bu alanda uygun bir örnek oluşturmanın ve çocuğun toplumsal davranışına şekil vermenin sorumluluğu da aile desteğine bağlıdır (Ekşi, 1990). Zimet ve ark. (1990), ergenlerde aile üyeleri, özellikle annelerin önemli sosyal destek kaynakları olduğunu belirtmişlerdir. Arslan'ın (2009) Ankara ilinde 292'isi kız 229'u erkek olmak üzere yaşları 16-18 arasındaki toplam 521 lise öğrencisinden oluşan bir örnekleme yaptığı çalışmada da çocukların babalarından aldıkları desteğin problem çözümünde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Öğrencinin akademik başarısı ile sosyal desteğin özellikle de aileden ve kısmen de öğretmenden alınan sosyal desteğin arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren araştırmalar da mevcuttur (Yıldırım ve Ergene, 2003). Ergenlerin psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli sosyal destek kaynaklarından biri olarak öğretmen desteğinin ergenler tarafından daha fazla algılandığında benlik saygılarının arttığını gösteren araştırmalar da vardır (Arslan, 2009).

Ergenin sosyalleşme süreci onu yetiştiren aile yapısına bağlı olarak yönelir. Ancak aile ergenin gelişimini etkileyen tek faktör değildir. Arkadaşlar, içinde yaşadığı toplum ve bireyin doğuştan getirdiği özellikler de gelişim ve sosyalleşme üzerinde büyük rol oynar. Belirli bir çocuk yetiştirme yöntemi başarısı kısmen ailenin içinde

bulunduğu toplumsal değerler sistemi ve beklentilerine kısmen de ergenin bireysel özelliklerine bağlıdır (Özbay, 1992).

Başka bir çalışmada elde edilen bulgulara göre sosyal destek aldığını düşünen çocukların sosyal problem çözme puan ortalaması sosyal destek alamayan çocuklardan daha yüksektir. Ayrıca aileden, öğretmenlerden ve arkadaşlarından sosyal destek algılayan öğrencilerin daha başarılı ve problem çözme konusunda da yeterli olduğu düşünülebilir. Bu bulguya göre sosyal desteği algılayan çocukların problem durumları ile karşılaştıklarında daha olumlu düşündükleri, başa çıkabilecekleri konusunda yeterliliklerine güvendikleri söylenebilir (Arslan, 2009).

Cutrona ve ark. (1994) araştırmasına göre ise sosyal destek öğrencilerin akademik başarısında ve ruh sağlığının korunmasında rol oynayan en önemli faktörlerden biridir.

### **5.7.2. Stres**

Çeşitli olayların insan hayatına getirdiği stres yükünü ölçen Holmes ve Rahe'nin (2001) geliştirdikleri ölçeğe bakıldığı zaman, insana en büyük stres yükünü getiren 14 olayın 12 tanesinin aile ilişkileri ile ilgili olduğu görülür. Bu durum, aile ilişkilerinin bireyin sağlığını ne kadar yakından ilgilendirdiği ve bu ilişkilerin kişinin hayatında ne kadar önemli rol oynadığı konusunda kolayca fikir vermektedir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

Stres kavramı, özellikle bedensel ve ruhsal sağlığı korumaya yönelik alanlarda sıklıkla ele alınsa da ekonomi, siyasal bilimler, işletme ve eğitim gibi pek çok alanda da kullanılmaktadır. Hemen her gün gazetelerde ya da dergilerde stresin tanımına, yönetimine ve azaltılmasına ilişkin haberleri ve bilgileri de görmek olasıdır. Bunlara ek olarak stres kavramı, günlük yaşamın içerisinde hemen hemen herkes tarafından kullanılmakta olup konuşma dilinin içerisinde de yer almaktadır (Eryılmaz, 2009).

Kobasa ve Pucetti (1983) yüksek dayanıklılık düzeyi ile fiziksel ve ruh sağlığı arasında pozitif bir ilişki olduğunu; dayanıklılığın stresin olumsuz etkilerini azalttığını ortaya koymuştur. Üstün zekalı bireyler için stres yaşama daha çok edim düzeyiyle ilgili

endişelerle ve mükemmeliyetçi, kontrolcü kişilik yapısıyla yoğunlaşabilmektedir (Oral, 2004).

Kronik stres bedensel ve zihinsel sağlığı ve ilişkileri bozar. Fiziksel gerginlik, fiziksel, duygusal ve davranışsal hastalıklar, beyinde hasar (kortizol hipokampus un küçülmesi), uykusuzluk, bağışıklık sistemi bozuklukları, cinsel fonksiyon bozuklukları, sindirim sistemi sıkıntıları, çeşitli ağrılar, baş ağrısı, yaşamı tehdit eden hastalıklara (hipertansiyon, diabet, kalp hastalıkları gibi) yol açabilir (Yavuz, 2005).

Stres, sadece beden ve ruh sağlığını değil, aynı zamanda insanın günlük davranışlarını da etkilemektedir. Örneğin stres anında sorulan soruya cevap verememek, bildiği telefon numarasını unutmak, soru soran bir arkadaşına bağırarak cevap vermek vb. Bilimsel çalışmalar stresin insanın belleğini de etkilediğini göstermektedir. Bir derleme makalesinde (Shors, 2006) stresli olaylara maruz kalmanın, korku ve göz kırpması gibi iki tepkinin klasik koşullama yoluyla öğrenilmesine yol açtığını vurgulanmaktadır. Yazar stresli olaylara maruz kalmanın, öğrenilen bilgilerin bellekte tutulması ve geri çağrılmasını olumsuz etkilediğini ifade etmektedir.

Bununla birlikte ergenlik dönemini yoğun stres yaşantıları olmaksızın geçiren ve yetişkinlikte de sağlıklı gelişimlerini sürdüren pek çok bireyin olduğu da bilinmektedir (Gore, 1991).

### **5.7.3. Sosyal Destek ve Stres**

House (1981) sosyal destek sistemlerinin kişiyi üç şekilde desteklediğini belirtir; (a) bireyin yaşam durumlarını olumsuz etkileyen bazı elementleri elimine ederek veya etkisini azaltarak, (b) olumsuz yaşam durumları karşısında bireyin dayanma gücünü artırarak ve böylece sağlık durumunun daha iyileşmesine katkıda bulunarak, (c) çevresel stresörlerin etkilerine karşı kısmen veya tümüyle tampon görevi yaparak şeklinde özetlemiştir (Yıldırım, 1997).

Thoits (1986) da stresli olaylarda çevreden yapılan yardımların kişinin başa çıkma çabalarını etkilediğini ileri sürmüştür. Sosyal desteği, kişinin başa çıkma sürecine kendisi için önem taşıyan bireylerin katılımı olarak tanımlayan yazara göre kişinin

içinde bulunduğu stresli durumu, stresöre yüklediği anlamı ve duygusal tepkisini değiştirmesine katkıda bulunmak suretiyle bireyi zorlayıcı olayın olumsuz etkilerinden korumaktadır. Çevre tarafından sağlanan yardım ister somut, araçsal, ister emosyonel, kendilik değerini artırıcı olsun her ikisi de bireyin stresli olay/durumun zararlı etkilerini hafifletici işlev görür (Akt: Çakır ve Palabıyıköğlü, 1997).

Gencin yaşam felsefesini, sosyal değerlerini, dini ve ahlaki yönelimlerini keşfetmeye ve geliştirmeye çalıştığı bu dönemde gelişim için akran desteği önemlidir (Semeri, 2012). Gelişim görevleri ile uğraşırken arkadaşların bu çabayı onaylamaması ergenin motivasyonun düşmesine, moralinin bozulmasına ve bu nedenle stres yaşamasına neden olabilir. Eğer ergen arkadaşlarından destek göremiyorsa, kendini dışlanmış hissedebilir ve sorunlarını birisi ile paylaşamama onun için stres verici olabilir (Dinçel, 2006). Sosyal destek eksikliği, bozuk ebeveyn-çocuk ilişkisi olumsuz yaşam olayları gibi durumlar depresyona dahi yol açabilmektedir. Yaşlılarıyla ilişki kuramayan veya sürdürmeyen ergenin değerlendirilmesi ve desteklenmesi gerekir. Akranları tarafından kabul gören ergenler, kendilerine güvenli, hoşgörülü, insan ilişkileri daha sağlıklı olan ergenlerdir (Semerci, 2012).

Strese karşı dirençli ailelerde ortak inanç ve değerler hakimdir. Aile bireylerinin birbirine bağlı olması ve akıl ve beden sağlığını koruyucu tavırları önemlidir. Kuşaklar arası pozisyonlar belirgindir. Var olan problemler kabul edilir ve çözüm yolları aranır. Aile bireyleri eş dost ve toplumla çok sayıda ilişki ve bağ sürdürür ( Baltaş ve Baltaş, 1993). Özellikle eğitim-öğretim yaşantılarında stresle başa çıkmada sosyal desteğin kullanımı çok boyutlu olarak karşımıza çıkabilir. Şöyle ki, araçsal, duygusal boyutlarda sosyal destek kullanımı söz konusudur. Örneğin ödev hazırlama konusunda bilgi ve beceri eksikliği olan bir öğrencinin bu konuda bilgilendirilmesi de bir sosyal destek, bu konudaki zorluklarına ilişkin düşünce ve duygularını paylaşması da yine sosyal destek kullanma anlamını taşımaktadır (Oral, 2004).

Farklı toplumların bireylerden farklı beklentileri vardır ve bu beklentilerin karşılanmaması kişilerde strese sebep olabilir. Bireyler de bu beklentiler karşılamak için farklı kaynaklar kullanırlar. Olumsuz yaşam olaylarının meydana getirebileceği strese karşı, sosyal destek önleyici bir rol oynayabilir. Genellikle diğer şartların eşit olduğu

durumlarda kişiler ihtiyaç duyduklarında yanlarında olacağına inandıkları bir sosyal destek algısıyla daha moralli ve sağlıklı olabilmektedirler (Lazarus ve Folkman, 1984).

Cohen ve Syme'e (1985) göre, bireyin stresli yaşam olayları ve hayat değişiklikleri ile mücadelesi açısından sosyal destek oldukça önemlidir. Eğer birey ailesinin yakın destek grubundaki ve profesyonel uzmanların destek gerektiğinde, orada olacaklarını bilirse, yaşamındaki zorluk ve değişikliklerle daha başarılı mücadele edebilmektedir. Böylece sosyal destek ağlarının varlığının bilinmesi problemin sebep olduğu kaygı ve stresi azaltmaktadır.

Ülkemizde genç-yetişkinlerle yapılan algılanan stres, içsel kaynaklar ve sosyal destek ilişkisi ile ilgili bir çalışmada, algılanan stres ruhsal sağlığın belirleyicisi olarak işaret edilmiştir. Stres düzeyinin yükselmesinin bireyin psikolojik iyi olma sürecini bozduğu, içsel kaynakların ve sosyal destek düzeyinin yüksek olmasının ise iyi olma ile pozitif ilişkili olduğu belirtilmiştir (Kozaklı, 2006).

Cohen ve Wills (1985), de sosyal desteğin stres ile ilişkisine vurgu yapmışlar ve sosyal desteği tanımlarken stresli olayların kişilerdeki etkisini azaltan, kişiler arasında yararlı etkileşim olarak kavramlaştırmışlardır.

Sonuç olarak, araştırmalar sosyal desteğin depresyon, olumlu duygular, uyum, benlik saygısı, stres ve psikolojik sıkıntılar ile ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Sosyal destek artıkça depresyon, stres ve psikolojik belirtilerde azalma olurken, benlik saygısı, uyum, sağlık ve toplum yanlısı davranışlarda artma olduğu görülmektedir. Bu çerçevede fiziksel aktivitenin önemi, dengeli beslenme tutumları, stres düzeyinin kontrolü ve stresle etkili olarak başa çıkma, benlik saygısının geliştirilmesi, alkol ve madde kullanımının önlenmesi gibi bütüncül iyilik hali boyutlarını içeren psiko-eğitim grupları yoluyla bireylerin kendini yönetme becerileri artırılabilir (Doğan, 2008).

#### **5.7.4. Baş Ağrısı**

Kronik ağrının ortaya çıkmasında psiko-sosyal birçok etmenin rolü olabilir. Hastanın kişilik özellikleri, aile, sosyal yaşam öykülerinin ve son yaşam olaylarının bilinmesi bu etkenlerin ağrıya katkısını değerlendirmede ve tedavi modelini belirlemede

yararlı olur. Kişinin ağrı duyusuna yüklediği anlam, yaşamını ne düzeyde etkileyeceği düşüncesi, var olan psikopatolojiyi de derinleştirebilir (Kara ve Abay, 2000).

Stres ve stresin doğurduğu gerginlik ve ağrı arasında önemli bir ilişki vardır. Stresin sebep olduğu gerginlik damarların daralmasına, kanın belirli bölgelerine giden kan akımının bozulmasına ve o bölgeye giden kanın azalmasına yol açar. Ayrıca gerginlik kasın oksijen ihtiyacını arttırır. Oksijen ihtiyacı artmış dokuda kansızlığın yaratacağı etki büyüyerek ağrıya duyarlı özel alıcıların uyarılmasına ve böylece ağrının doğmasına sebep olur. Bu arada stres sırasında salgılanan adrenalin ve nöroadrenalin gibi sinir sistemini etkileyen maddeler salgılanır. Bunlar da doğrudan veya dolaylı olarak kasların gerginliğini artırır. Böylece ağrı gerginliğe, gerginlik kaygıya, kaygı da ağrının şiddetlenmesine yol açar (Baltaş ve Baltaş, 1993).

Almanya’da okul çağı çocukları üzerinde yapılan bir araştırmada 749 çocuk ve ergenin %83’ünde son 3 ay içinde tekrarlayan ağrı yakınmasının olduğu saptanmıştır. Ağrıları nedeni ile uyku ve yemek ve sosyal aktivitelerini sürdürmede sorunlar yaşadıkları ve okul devamsızlığı yapmak durumunda kaldıklarını ve günlük aktivitelerini sürdürmede zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Tekrarlayan ağrı nedenleri arasında baş ağrısı %60.5 ile ilk sırada yer almıştır (Roth, 2005).

Geçtiğimiz on yılda, baş ağrısı da şekil değiştirerek sosyal bir boyut kazanmıştır. Sağlıktaki bozukluklar yaygın olarak günlük hayatımızın parçası olmasına rağmen bu güne dek pek önem verilmemiştir. Yıllar içerisinde baş ağrısı mekanizmaları için daha fazla bilgi edinilmiştir. Özellikle migren baş ağrısı için ilaçlar bulmak geliştirmek ve pazarlamak konusunda çalışmalar yapılmıştır. Ancak baş ağrısının toplumsal etkisini kanıtlamak için yapılan çalışmalar Baş ağrısı olumsuz duygusal durumlar (örneğin, kaygı, depresyon, öfke) ve artmış psikososyal sorunlara (örneğin, okul devamsızlıkları, sorunlu sosyal etkileşimler) yol açarak, bir çocuğun tüm yönlerinin etkileyebilir (Scott ve ark. 2003).

Geçtiğimiz on yılda, baş ağrısı da şekil değiştirerek sosyal bir boyut kazanmıştır. Sağlıktaki bozukluklar yaygın olarak günlük hayatımızın parçası olmasına rağmen bu güne dek pek önem verilmemiştir. Yıllar içerisinde baş ağrısı mekanizmaları için daha

fazla bilgi edinilmiştir. Özellikle migren baş ağrısı için ilaçlar bulmak geliştirmek ve pazarlamak konusunda çalışmalar yapılmıştır. Ancak baş ağrısının toplumsal etkisini kanıtlamak için yapılan çalışmalar daha kısıtlıdır (Timoty ve ark. 2011; Atlas, 2011).

#### **5.7.5. Sosyal destek, stres ve hastalık ilişkisi**

Psikolojik stresin fiziksel hastalığa yol açması iki biçimde olabilmektedir. Birincisi, yukarıda belirtilen stres durumlarında, organ ve sistemlerin daha çok çalışmaya zorlanması ve bunun uzun sürmesi sonucudur. İkincisi ise, stresin bedenün bağışıklık sistemi üzerindeki olumsuz etkileri ve uzun süren stres sonucunda bedenün hastalıklara karşı korunma yeteneğini yok etmesiyle ortaya çıkar (Salovey ve ark. 2000; Şahin, 1994).

Ruhsal bozukluklarla ilişkili sosyal, çevresel etmenler koruyucu ruh sağlığı alanında çalışanların uzun yıllardır üstünde durdukları bir konudur. Zorlayıcı yaşam olaylarının bedensel ve ruhsal birçok hastalığın etiolojisinde rol oynadığı bilinmektedir. Ancak birçok insanın stresli olaylar karşısında sağlıklı kalması bireyleri stresli olayların zararlı etkilerine karşı koruyan etmenlerin varlığını düşündürmüştür (Çakır ve Palabıyıköğlü, 1997).

Doğan'ın (2008) araştırmasından elde edilen bulgulara göre, sosyal destek, iyilik hali ve psikolojik belirtiler arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Hatta literatürle paralel olarak aile desteği olanların psikolojik desteğe daha az ihtiyaç duydukları daha az fiziksel rahatsızlık yaşadıkları ve akademik olarak daha başarılı oldukları sonucuna varılmıştır.

Uchino (2006) sosyal destek ve fiziksel sağlık konulu çalışmasında sosyal destek kaynaklarının kişinin fiziksel sağlığı üzerinde durmuştur. Uchino 1996 yılındaki çalışmasında da sosyal desteğin bağışıklık sistemi vasıtası ile fiziksel sağlık üzerindeki etkilerine değinmiştir. Uchino bu çalışmasında sağlıkla ilgili süreçleri anlamak istiyorsak psikolojik, davranışsal ve biyolojik süreçleri bir arada değerlendirmenin süreci kolaylaştıracağı sonucuna varmış. Ayrıca sosyal destek ağlarının sağlık üzerindeki etkilerini değerlendirebilmek için disiplinlerarası bir perspektiften bakmanın önemini vurgulamış.

Sorias (1987)'in hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisini araştırdığı çalışmasında, sosyal desteğin sağlığı doğrudan olumlu bir şekilde etkilediği, ancak yaşam olaylarının yarattığı stresi hafifleterek sağlığı koruduğu varsayımının kısmen doğrulandığı bildirilmiştir.

Sarason ve ark. (1985) stres verici yaşam olayları ile sosyal destek ve hastalık arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Sonuçta stres verici yaşam olayları ile hastalık arasında olumlu ilişki bulunurken, aynı zamanda sosyal desteğin de, stres verici yaşam olaylarının yarattığı psikolojik zararlara karşı bireylerin ruh sağlıklarını koruduğu sonucuna varılmıştır.

1970'li yılların başında stresin zararlı etkilerinden korunmada sosyal bağların rolü vurgulanmış ve sosyal destek, ruhsal ve bedensel sağlık ilişkisini inceleyen çalışmalar hızla artmıştır. Bazı araştırmacılar sosyal desteğin psikolojik ve bedensel belirtilerin şiddeti ile doğrudan bir ilişkisi olduğunu, diğer bazıları stresli olayların kişinin tepkilerinde hafifletici bir rol oynadığını kanıtlamayı amaçlamıştır (Kessler, ve ark. 1985; Cohen ve Wills 1985; akır, 1993). Sonuç olarak son yıllarda bir baş etme kaynağı ve hastalıklara karşı koruyucu olarak sosyal desteğin rolü büyük ilgi uyandırmaktadır. Sosyal desteğin ruhsal ve fiziksel sağlık ile olumlu bir ilişkiye sahip olduğunu gösteren çok sayıda çalışma yapılmıştır (Cohen ve Wills, 1985; Kessler ve ark. 1985; Uchino ve ark. 1996).



## VI. BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1. Sonuç

İçinde yer aldığı toplumun tarihsel biçimlenişi, üretim biçimi, kültürel yapısı, psikolojik boyutu bireyin hem kalıtımı, hem fiziksel çevresi ve hem de psiko-sosyal gelişiminde son derece belirleyicidir (İsen ve Batmaz, 2002).

Ergenlik döneminin her genç için fırtınalı ve stresli bir dönem olmadığı düşünülse de, bu dönemin pek çok değişikliğin gerçekleştiği ve sonuç olarak uyum sağlama becerisi gerektiren bir dönem olduğunu kabul etmek gerekir. Ergenlerin, ailelerin ve eğitimcilerin ergenlik dönemi konusunda doğru biçimde bilgilendirilmesinin önemlidir. Bu dönem bazen yeterince önemsenmemekte bazen de gereğinden fazla abartılabilmektedir. Dönemin normalin üstünde bir kriz olarak değerlendirilmesi, ergenin yanlış algılamasına ve sağlıklı olmayan çözüm yöntemleri geliştirilmesine neden olabilir. Bu dönemi gelişim için bir fırsat olarak kabul etmek gereklidir. Sosyal becerilere sahip, kendisini ve içinde yaşadığı çevreyi yorumlayabilen, kendi kararlarını alabilen, yaşının gerektirdiği sorumluluğu alabilen gençler sağlıklı yetişkin olma yolunda ilerleyeceklerdir. Çünkü yaşa özgü olgunluk gösterememek de bir stres kaynağı olabilmektedir. Yaşının altında ya da üstündeki yaşlara özgü görevlerle uğraşan ergenlerin stres yaşadıkları saptanmıştır. Bu durum gençlerin uzun vadede psikolojik problemler de yaşayabileceklerini düşündürmektedir. Bu konuda önlem almak için çocukluk döneminden başlayarak bireylerin problem çözme becerileri, iletişim becerileri, stresle başa çıkma, zaman yönetimi gibi becerileri kazanmaları için çalışmalar yapmak gerekmektedir (Dinçel, 2006). Özellikle zeki ve başarılı çocuklar üzerindeki beklentiler bu gençlerin zaman zaman aşırı stres yükü altına girmelerine veya kendi kararlarını alma hakkından mahrum bırakılarak özlerini gerçekleştirememelerine sebep olmaktadır.

Lewin'in alan kuramına göre davranış, kişinin çevresi ile etkileşimi sonucu ortaya çıkar. Yaş, zeka, cinsiyet, özel yetenek gibi bir dizi kişisel, aile, arkadaşlar,

yaşanılan çevre gibi çevresel faktörler davranışa etki eder. Bütün bu faktörler yaşam alanı denilen kavramı oluşturur. Bireyin yaşam alanındaki, kişisel ve çevresel faktörler sürekli değişmektedir. Değişimlerin çok hızlı olduğu zamanlarda birey yoğun stresli bir dönem geçirir ve Lewin'e göre ergenlik de böyle bir dönemdir. Ergenlikte birey birdenbire hem bir takım fiziksel değişimle başa çıkmak zorunda kalır, hem de yeni bazı beklenti ve isteklerle karşılaşır; en önemlisi de gelecekle ilgili bazı hedefler belirlemesinin zamanı gelmiştir (Kulaksızoğlu, 1998).

Bireyin sürdürdüğü yaşam biçimi onun iyilik halini dolayısıyla ruhsal ve fiziksel sağlığı etkilemektedir. Fiziksel veya ruhsal hastalıklar kronik hale geldikten sonra tedavi süreci zahmetli ve masraflı olmaktadır. Oysa ki, bu hastalıklar kronik hale gelmeden önleyici programlarla engellenebilir. Psikolojik danışma ve rehberlik kuramları önleyici ve insan gelişimini ve işlerliğini artırma/harekete geçirme mantığına dayanmaktadır. Psikolojik danışma ve rehberlik merkezlerinin uygun programlar hazırlayıp uygulayabilmeleri için, öncelikle öğrencilerin ruhsal sağlıklarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Yukarıda verilen kuramsal çerçeve, psikolojik sağlığın/sağlıksızlığın birçok faktörle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Doğan, 2008).

Bu sonuçlar göstermektedir ki; baş ağrısı çocukluk çağında sık karşılaşılan ve yaşam kalitesi ile birlikte okul başarısını olumsuz etkileyen bir sorundur ancak iyi bir fizik ve nörolojik bakı ile nörofizyolojik ve nöro-görüntüleme yöntemlerine daha az gereksinim duyulabilir ve çocukluk çağı baş ağrıları yüksek oranda tedavi edilebilir. Erken tanı ve tedavi isehastaların yaşam kalitesi ve ders başarılarında belirgin düzelme sağlayacaktır (Aydın ve ark. 2010). Bu süreçte ise özellikle sosyal destek kaynaklarının kullanımı önemlidir.

Psikosomatik belirtiler gösterenlerde psikik engelleme ya da psiko-sosyal uyum güçlükleri ya da başarısızlıkları nedeniyle duygu ve ilgileri bedenlerine yönelmiştir. Bir anlamda çevreyle ilişkiyi bedensel semptomlarla kurmaktadır. Bu insanların birçoğunda insanlar arası ve yakın aile içi ilişkilerde bozukluklar, artmış ilgi beklenti ve gereksinimleri, ya da bastırılmış öfke ve düşmanlık duyguları vardır. Baş ağrısından önceki dönemdeki ruhsal yapıları genellikle bozuktur. Çoğu hastada ağrının

başlangıcında belirli psikolojik faktör veya stres vardır. Psikojenik ağrı sosyal işlevleri anlamlı derecede bozar (DSM IV).

Sağlık konularının ve baş ağrısı bozukluklarının kamusal boyutta standartlarının değerlendirilmesi, teknik destek sağlanması ve gerekli araştırmaların yapılması için WHO ve sivil toplum örgütleri işbirliği içinde uygun düzenlemeler yapılabilmesi için çalışılmaktadır. Bu organizasyona yaklaşık 190 sivil toplum örgütü katılmıştır (Timothy ve ark. 2011). Baş Ağrısı Bozuklukları için WHO 'nun 100'den fazla ülkeden toplanan baş ağrısı ve baş ağrısı hizmetlerine yönelik verileri içeren ortak küresel anket sonuçlarını devam eden diziler şeklindeki Atlaslarda yayınlanmaktadır (Steiner ve ark. 2010).

Sonuç olarak gençler hayatları boyunca bazı fiziksel ve psikolojik zorluklarla karşılaşacaklardır. Bu durum kaçınılmaz ve gelişim için gereklidir. En büyük yenilgilerden sonra bile geçmiş olumlu yaşantıları hatırlayarak ve çevredeki sosyal destek kaynaklarını değerlendirilerek stres verici durumlardan kalıcı hasarlar almadan ve bedensel hastalıklara meyil vermeden baş etmek ve üretken ve etkin bir yaşam sürdürmek mümkündür.

## **6.2. Araştırmacılar İçin Öneriler**

Baş ağrısı bozukluklarında kişilik faktörü çalışılabilir. Ancak ergenlikte kişilik hala değişmekte ve gelişmekte olan bir dinamizme sahip olduğu için ve ergenin kendini objektif değerlendirmesinin güçlüğünden dolayı, yetişkinlerin (anne, baba, öğretmen değerlendirmelerine dönük ölçümler yapılabilir. Ayrıca genetik yatkınlık ve ailedeki sağlık sorunları da değerlendirmeye alınmalıdır.

Stres ile fiziksel hastalıklar arasındaki ilişki çalışılabilir. Özellikle akademik başarısı yüksek ergenlerin stres yükü ve bu stresle baş etmek için sosyal destek kaynaklarını ne derece kullanabildikleri konusunda halen yetersiz sayıda araştırma mevcuttur.

Bu çalışmaların farklı okul türlerinde de yapılması daha sağlıklı çıkarımlara imkan verecektir

## KAYNAKÇA

- Abbass A, Lovas D, Purdy A. (2008). **Direct diagnosis and management of emotional factors in chronic headache patients.** Cephalalgia 2008; 28(12): 1305-14.
- Akdemir, D. Çuhadaroğlu, F. Çetin (2008). **Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölüne Başvuran Ergenlerin Klinik Özellikleri.** Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 15 (1): 5-14
- Akyıldız, K. (2011). **Baş Ağrısının psikiyatrik yönleri,eş tanıli Psikiyatrik Bozukluklar ve Bedenselleştirmeye Yatkınlık Oluşturan Durumlar.**Uzmanlık Tezi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi.Tıp Fakülesi.Bolu.
- Alehan, F. (2003). **Çocukluk çağı baş ağrılarının prospektif değerlendirilmesi.** Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 46: 38-42
- Altunkol,F. (2011). **Üniversite Öğrencilerinin Bilişsel Esneklikleri İle Algılanan Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.** Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Adana.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2005). **DSM 4 TR.** E. Köroğlu (çev.). 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. ( orijinal baskı tarihi 2000)
- Anttila, P. Metsahonkala, L. Sillanpaa, M. (2006). **Long-term trends in the incidence of headache in Finnish schoolchildren.** Pediatrics.117(6): 1197-1201)
- Arslan,Y. (2009). **Lise öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile sosyal problem çözme arasındaki ilişkinin incelenmesi.** Yüksek Lisans tezi. Selçuk Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Konya.

Atlas of headache disorders and resources in the world. (2011). **WHO, Lifting The Burden.**

[http://www.who.int/mental\\_health/management/atlas\\_headache\\_disorders/en/](http://www.who.int/mental_health/management/atlas_headache_disorders/en/)

Aydın,M. Bozdağ, Ş.Karakuş,N. (2010). **Çocukluk Çağı Baş Ağrıları.** Türkiye Klinikleri. J Med Sci;30(6):1928-36

Aytaçoğlu,H. Özge,A. Köstekçi,İ. Taşdelen,B. Öksüz,N. Toros,F. (2011). **The Effects of Daily Variables on Primary Headache Disorders in High-School Children; A Proposal For A Cut-off Value For Study/Leisure Time Regarding Headache Types.** Journal of Neurological Sciences [Turkish] 28:(4)29; 453-464.

Baldwin, D. R., Harris, S. M., & Chambliss, L. N. (1997). **Stress and illness in adolescence: Issues of ethnicity and gender.** Adolescence, 32, 839 -853.

Baloğlu, M. Bardakçı, S. (2010). **Güncellenmiş öğrenci yaşamı stres envanterinin Türkçe'ye uyarlanması, dil geçerliği ve ön psikometrik incelemesi.** Türk Psikolojik danışma ve rehberlik dergisi. 4 (33), 57-70

Baltaş, Z. (1984). **Kavram Olarak Stres.** Pedagoji Dergisi, 2,15-27. İstanbul: Edebiyat Fakültesi Matbaası.

Baltaş, A. & Baltaş, Z. (1993). **Stres ve Başa Çıkma Yolları.** İstanbul: Remzi Kitabevi.

Baltaş, Z. (1998). **Stres ve sağlık. IX. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları.** 18-20 Eylül 1996. B.Ü. İstanbul. TPD Yay.

Baltaş, Z. Atakuman, Y. Duman, Y. (1998). **Standardization of the Perceived Stress Scale: Perceived stress in middle managers. Stress and Anxiety Research Society 19 the International Conference.** Boğaziçi University, İstanbul, July 10-12.

Baltaş, A. (2001). **Stres Altında Ezilmeden Öğrenmede ve Sınavlarda Üstün Başarı.** İstanbul: Remzi Kitabevi.

- Bandura, A. (1997). **Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavior change.** Psychological Review. 84 (2), 191-215.
- Başer, Z. (2006). **Aileden Algılanan Sosyal Destek İle Kendini Kabul Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.** (Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma).Yüksek Lisans Tezi.Atatürk Üniversitesi.Sosyal Bilimler Enstitüsü.Erzurum.
- Batıgün, A.D., Şahin, N.H.,Demirel, E.K. (2011). **Stress, Self-Perception and Interpersonal Style in Patients with Physical Illnesses.** Turkish Journal of Psychiatry.
- Batıgün, A.D. Şahin, N.H. Demirel, E.K. (2011). **Bedensel hastalıkları olan bireylerde stres, kendilik algısı,kişilerarası tarz ve öfke ilişkisi.** Türk Psikiyatri Dergisi, 22(4): 245-54
- Baykan,B. (2006). **Baş Ağrısı ve Genetik.** Türk Nöroloji Dergisi. Cilt:12 Sayı:4 Sayfa: 253-268
- Berkman, LF. & Syme S.L. (1979). **Social Networks , Host Resistance and Mortality :A nine –year follow-up study of alameda county residents.** American Journal of epidemiology. Vol.109,No:2
- Boz, C. Sayar, K. Velioglu,S. Hocaoglu, Ç. Alioglu, Z. Yalman, B. Özmenoğlu, M. (2004). **Kronik gerilim tipi baş ağrılı hastalarda mizaç ve karakter profili.** Türk Psikiyatri Dergisi, 15(2):105-111
- Buğdaycı, R. Özge, A. Şaşmaz, T. et al. (2005). **Prevalence and factors affecting headache in Turkish schoolchildren.** Pediatr Int, 47:316-322.
- Cassel, J. (1976). **“The Contribution Of The Social Environment To Host Resistance”** American Journal Of Epidemiology. 104 (2) 107-123.
- Cobb, S. (1976). **Social Support as a Moderator of Life Stres.** Psychosomatic Medicine Vol. 38, No. 5

- Cohen, S., Kamarack, T., Mermeistein, R. (1983). **A global measure of perceived stres.** Journal of Health and Social Behavior, 24, 385-396.
- Cohen, S. McKay, G. (1984). **Social Support ,Stress and the Buffering Hypothesis:A Theoretical Analysis.**In A.Baum,S.E.Taylor,&J.E.Singer (Eds.),Handbook of Psychology and Health Hillsdale,NJ.
- Cohen ,S. Syme, L. (1985). **Issues in the study and application o social support. Social Support and health.** San Francisco:Academic Pres. Chapter
- Cohen, Sheldon; Wills, Thomas A. (1985). **“Stres, Social Support And Buffering Hypothesis”** Psychological Bulletin. 98, 310-357
- Cohen, S. (2004). **“Social Support and Health”**, **American Psychologist**, 676-682.
- Compas, Bruce E. Slavin, Lesley A. Wagner, BarryM. and Vannatta, Kathryn. (1986). **Relationship of Life Events and Social Support with Psychological Dysfunction Among Adolescents.**Journal of Youth and Adolescence,Vol.15,No.3,1986
- Coyne JC, Dovvney G (1991) Social factors and psychopathology Stress, social support, and coping processes Annual Reviewv of Psychology, 42- 401- 425
- Cutrona CE, Cole V, Colangelo N et al. (1994 ).Parenteral social support and academic achievement: An attachment theory perspective. Journal ofPersonality and Social Psychology 66(2):369-378.
- Cüceloğlu, D. (1996). **İnsan ve Davranışı.** İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çakır, H.Y. (1993). **"12-22 Yaş Grubundaki Gençlerde Çok Yönlü Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Araştırması."** Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Çakır,Y. Palabıyıkoglu, R. (1997). **Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması.**Kriz dergisi.5 (1):15-24

- Çeçen, A.R. (2008). “**Öğrencilerinin Cinsiyetlerine ve Ana baba Tutum Algularına Göre Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi**”. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 6(3), 415-431.
- Çelebi, A., Altunhalka,A.G. (1995). **Ruhsal nedenli baş ağrıları**. Düşünen Adam; 8 (2): 18-23
- Çuhadaroğlu, F. Canat, S. Kılıç, E. Şenol, S. Rugancı, N. Öncü, B. Hoşgör, A.G. Işıklı, S. Avcı, A. (2004). **Ergen ve Ruhsal Sorunlar. Durum Saptama Çalışması**. Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) Raporları, Ankara
- Duru, E. Balkıs, M. (2007). **Sosyal Destek Provizyon Ölçeğinin Psikometrik Özellikleri: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**.Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. Cilt: III Sayı:27
- Duru, E. (2008). **Üniversiteye uyum sürecinde yalnızlığı yordamada sosyal destek ve sosyal bağlılığın doğrudan ve dolaylı rolleri**. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi Cilt: III Sayı:29.
- Dinçel,E. (2006). **Ergenlik Dönemi Gelişimsel Ödevleri ve Psikolojik Problemler**. Yüksek Lisans Tezi.Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.Ankara.
- Doğan, T. (2008). **Psikolojik Belirtilerin yordayıcısı olarak Sosyal Destek Sosyal Destek ve İyilik Hali**. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. Cilt: III Sayı: 30
- Eker, D. & Arkar, H. (1995). **Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliliği**. Türk Psikoloji Dergisi; 10, 45-55.
- Ekşi, A. (1990). **Çocuk, genç, ana babalar**. Ankara: Bilgi Yayınevi.
- Ekşi, A. (1999). **Adölesans Döneminde Uyum ve Davranış Sorunları**. Ekşi A. (eds) Ben Hasta Değilim, Nobel Tıp Kitabevi, 149-154.



- Ercan O, Alikashişoğlu M, Erginöz E, Kaymak DA, Uysal O (eds.). (2009). **Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışı Araştırması Türkiye 2006 Raporu**. İstanbul; Galenos yayınevi,
- Erci, B. (2005). **Algılanan stres ölçeğinin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği**. 3. Uluslar arası – 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir: 64.
- Erdeleklioğlu,J. (2006). **Reliability of the Turkish version of the perceived social support**. Kuram ve uygulamada eğitim bilimler.(KUYEB) 6/3
- Erdine S. Ağrı. Alemdar Ofset. İstanbul 2000
- Erkuş, A. (1994). **Psikolojik Terimler Sözlüğü**. Ankara: Doruk Yayınları.
- Erol, N. Kılıç, C. Ulusoy, M. Keçeci, M. ve şimşek, Z. (1998). **Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu**. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel müdürlüğü. Ankara.
- Ertekin C. (1993). **Ağrının nöroanatomisi ve nörofizyolojisi. Ağrı ve tedavisi**. İbrahim Yegül (ed). İzmir: Yapım Matbaacılık,1-18.
- Eryılmaz, A. (2009). **Ergenlik Döneminde Stres ve Başa Çıkma**. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi. Aralık. Cilt:VI, Sayı:II, 20-37
- Eskin, M. Harlak, H. Demirkıran, F. Dereboy,Ç. (2013). **Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlik ve Geçerlik Analizi**. Yeni Symposium Journal Cilt 51 Sayı: 3
- Fearon, P.Hotopf, M. (2001). **Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study**. BMJ, 322: 1-6.)
- Fried, (1980). **Endemic Stress: The Psychology Of Resignation And The Politics of Scarcity**. Journal of Orthopsychiatry, 52, 4-19.

- Folkman, S. and Lazarus, R.S. (1985). **If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination.** Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 48, No. 1, 150-170;
- Folkman, S. Lazarus, R.S. Gruen, R.J. and DeLongis, A. (1986). **Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms.** Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 50, No- 3, 571-579.
- Forsyth, R. Farrell, K. (1999). **Headache in childhood.** Pediatrics in Review, 20 (2): 39-45.
- Gadzella, B.M. ve Masten ,W.G. (2005). **An analysis of the categories in the Student-life Stress İnventry.** American Journal of Psychological Research,1(1),1-10.
- Gander, M.J. & Gardiner H.W. (1993). **Çocuk ve Ergen Gelişimi.** B. Onur (Ed). Ankara: İmge Yayınevi
- Geçtan. E. (1995). **Psiko-dinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar.** İstanbul: Remzi Kitapevi. s.168.
- Gençtan, E. (1995). **Psikanaliz ve sonrası.** İstanbul: Remzi Kitabevi A.Ş.
- Geçtan, E. (1982). **Çağdaş Yaşam ve Normal dışı Davranışlar.** Ankara. Maya matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.
- Gore S. ve Colten, M.E. (1991). **Adolescent stress. causes and consequences.** (Eds.M.E. Colten ve S. Gore), Aldine de Gruyter, New York.
- Gökler, I. (2007). **“Çocuk ve ergenler için Sosyal Destek Değerlendirme Ölçeği, Türkçe Formunu Uyarlama Çalışması: Faktör Yapısı Geçerlik ve Güvenirliği”.** Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 14(2): 90-99.
- Güçtürk, İ. (2012). **Denizlide İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Bağ Ağrısı Sıklığı, Eşlik Eden aktörler ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı.** Uzmanlık Tezi.Pamukkale Üniversitesi.Tıp Fakültesi.Denizli.

- Güleç, G. Güleç, S. (2006). **Ağrı ve ağrı davranışı**. Ağrı, 18(4): 5-9.
- Hashizume M, Yamada U, Sato A et al. (2008). **Stress and psychological factors before a migraine attack: A time-based analysis**. Biopsychosoc Med, 2:14-18
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. (2004). **The international classification of headache disorders**. (ICHD) Cephalalgia. 24(1):14 -160.
- Hermann, C. Blanchard, EB. (2002). **Biofeedback in the treatment of headache and other childhood pain**. Appl Psychophysiol Biofeedback, 27(2) :143-162
- Holmes WF, MacGregor A. (2001) **Migraine related disability**. Neurology, 56:13–19
- House, J. S. 1981. **Work Stress and Social Support**. Reading, Mass: Addison-Wesley
- International Classification of Headache Disorders-2004 (ICHD-II )
- İrkeç, C. Batur, H.Z. Aksoy, Ö. Doğanay, H. (2006). **Gerilim Baş Ağrısı ve Migren Patogenezine Nöroimmünolojik Yaklaşım**. Türk Nöroloji Dergisi; Cilt:12 Sayı:2 Sayfa:129-133
- İsen, G. Batmaz, V. (2002). **Ben ve Toplum**. İstanbul: Om Yayınevi (2. Baskı)
- Kalaydjian, A. Merikangas, K. (2008). **Physical and mental comorbidity of headache in a nationally representative sample of US adults**. Psychosom Med, 70:773-780)
- Kandemirci, D. (2010). **Kadınlarda Baş Ağrısını Tetikleyen Günlük Stres Faktörleri, Ağrıyı Değerlendirme Biçimi ve Baş Etme Yolları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir.
- Kara, H. Abay, E. (2000). **Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım**. Anadolu psikiyatri dergisi. 1(2):89-99)

- Karadağ, İ. (2007). **İlköğretim Beşinci Sınıf Öğrencilerinin Akademik Başarılarının Sosyal Destek Kaynakları Açısından İncelenmesi**. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Adana
- Kartal, A., Çetinkaya, B. (2009). **Yüksekokul Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek Durumları ve Sosyal Desteği Etkileyen Faktörler**. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:4, Sayı:12)
- Kef, S., Dekovi, M. (2004). **The role of parental and peer support in adolescents well-being: a comparison of adolescents with and without a visual impairment**. Journal of Adolescence.27:453-466.
- Keçeci H. (2000). **Migrenin Genetiği**. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 22 (2): 123-126.
- Kessler RC, Price RH, Wortman CB ve ark. (1985). **Socialfactors in psychopathology: stress, social support, and copingprocesses**. Annu Rev Psychol, 36:531-572.var mı bak
- Kılıç, S. (2009). **Adolesanlarda Gerilim, Migren ve Baş Ağrısının Diğer Tiplerinin Midas Ölçeği İle Değerlendirilmesi**. Uzmanlık Tezi.
- Kılıçcı, Y. (2000). **6-15 Yaş Öğrencilerinin Gelişimsel Güçleri ve Kişilik Gelişimini Kolaylaştırma**. (2.Baskı) Editör:Yıldız Kuzgun, İlköğretimde Rehberlik, Ankara: Nobel Yayınevi.
- Kıvrak, Y. Özen,Ş. Yücel,Y. (2009). **Migren ve gerilim baş ağrısı olan hastalarda anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri**. Dicle Tıp Dergisi. Cilt 36.No:3 ,173-177
- Kobasa, S. (1979). **Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness**.Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1-11.
- Kobasa, S. ve Puccetti, M. C. (1983). **Personality and social resources in stress resistance**. Journal of Personality and Social Psychology, 45 (4), 839-850.

- Kozaklı,H. (2006). **Üniversite öğrencilerinde yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkilerin karşılaştırılması.**Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi.Sosyal Bilimler Enstitüsü.Mersin.
- Köknel, Ö. (1988). **Zorlanan İnsan.** İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi
- Krespi, M. (1993). **An Investigation of the Relationship of Life Events and Soical Support with Depression in Dialysis Patients.** Unpublished Master's Thesis, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi.
- Kulaksızoğlu, A. (1998). **Ergenlik psikolojisi.** İstanbul: Remzi Yayınevi
- Laurell K, Larsson B, Eeg-Olofsson O. (2004). **Prevalence of headache in Swedish schoolchildren, with a focus on tension-type headache.** Cephalalgia, 24(5):380-8.)
- Lazarus, R. S, & Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping.** New York: Springer Publishing Company, Inc
- Lazarus, R.S. DeLongis, A. Folkman, S. Gruen,R. (1985). **Stres and Adaptational Outcomes.** *American Psychologist.*Vol.40 No:7,770-779
- Lazarus, R.S. (1993). **From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks.** Annual review of psychology, 44,1-21.
- Lazarus, R.S (1994). **Küçük Sıkıntılar Da Tehlikeli Olabilir.** (Çev. N.H. Şahin). Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Lazarus, R.S (2000). **Toward Better Research on Stress and Coping.** *American Psychologist.* Vol. 55. No. 6, 665 673.
- Levitt, M. J.ve ark. (1994). **Social Support and Achievementin Childhood and Early Adolescence:A Multicultural Study.** Journal of Applied DevelopmentalPsychology, 15(2),207-222,

- Lipton RB, Scher AI, Steiner TJ, et al. (2003). **Patterns of health care utilization for migraine in England and in the United States.** Neurology, 60:441-8.)
- Malecki, KK. ve Demaray, MK. (2006). **Social Support as a Buffer in the Relationship between Socioeconomic Status and Academic Performance.**School Psychology Quarterly. Vol. 21, No. 4, pp. 375-395
- Mateen F, Dua T, Steiner T, Saxena S. (2008). **Headache disorders in developing countries: research over the past decade.** Cephalalgia 28:1107–1114
- Okan,M.S. (2013). **Güncel pediatri dergisi.** Çocuklarda baş ağrısı.Derleme.1-5
- Ökdem,Ş.,Yardımcı, F. (2010). **Üniversite öğrencilerinin algılanan sosyal destek düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi.** Anatolian Journal of Psychiatry. 11: 228-234
- Okyavuz, Ülgen (1999). **Sağlık Psikolojisi.** Türk Psikolojisi Derneği. Ankara.
- Onbaşıoğlu, B. M. (2006). **Psikosomatik ve ruhsal rahatsızlığa sahip kişilerin stres ile ilişkili değişkenler açısından incelenmesi.** Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Onur, B. (1991). **Gelişim Psikolojisi.** Ankara: Verso Yayıncılık.
- Oral, E.A. (2004). **Ergenlik döneminde stresle başa çıkma: Stresle başa çıkma programının geliştirilmesi ve etkililiğinin değerlendirilmesi.** Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü.Ankara.
- Oral, A. Çok, F. Kutlu, Ö. (2005). **Eğitim-Öğretim yaşantılarında stresle başa çıkma düzeyini belirlemeye yönelik bir ölçek çalışması.** Eğitim bilimleri ve uygulama , 4, (7), 109-127
- Örücü M.Ç, Demir A. (2008). **Psychometric evaluation of perceived stress scale for Turkish university students.** Stress and Health.Ön basım: DOI: 10.1002/smi.1218.

- Özatça, A. (2009). **Ergenlerde sosyal ve duygusal yalnızlığın yordayıcısı olarak aile işlevleri**. Yüksek lisans tezi.Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özbay, H.M. Öztürk, E. (1992). **Gençlik**. İstanbul: İletişim Yayıncılık A.Ş
- Özbay, H.M. (2000). **Ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine başvuran ergenlerin kendilerini algılamalarıyla başvurmayanların kendilerini algılamalarının karşılaştırılması**. Yayınlanmamış doktora tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özge, A. Buğdaycı, R. Şaşmaz, T. Kaleağası, H. Kurt, Ö. Karakelle, A. et al. (2007). **The linear trend of headache prevalence and some headache features in school children**. Ağrı, 19(2):20-32.
- Özge, A. (2007). **Çocukluk çağı migreni erişkin migreninin olgunlaşmamış formu mudur?** Ağrı, 19:1.
- Özkan,M. Tıraş Teber,S. Deda, G. (2012). **Çocukluk Çağı Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrılarında Klinik Özellikler, Risk Faktörleri ve İzlem**. Türkiye Çocuk Hast. Derg. / Turkish J. Pediatr. Dis. 6(1): 5-12.
- Plancherel, B., Bolognin, M., & Halfon, O. (1998). **Coping strategies in early and mid-adolescence: Difference according to age and gender in a community sample**. European Psychologist, 3(3), 192-201.
- Powers SW, Patton SR, Hommel KA, Hershey AD. (2004). **Quality of life in paediatric migraine: characterization of age-related effects using PedsQL 4.0**. Cephalalgia. 24: 120-127:1-5
- Rak, CF. Patterson, LE. (1996). **Promoting resilience in atrisk children**. J Counseling and Development 74: 368- 373
- Rasmussen BK. (1995). **Epidemiology of headache**. Cephalalgia. 15: 45–68.

- Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M. (1991). **Epidemiology Of Headache In A General Population-A Prevalence Study.** J Clin Epidemiol, 44(11): 1147-1157.
- Rice, K. G., Herman, M . A., & Petersen, A. C. (1993). **Challenge in adolescence: A conceptual model and psycho-educational intervention.** Journal of Adolescence, 16, 235
- Rice P.L. (1999). **Stress and Health.** Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole.
- Richman J.M. , Rosenfeld R.B. ve Bowen G.L. (1998). **Social support for adolescents at risk of school failure.** Social Work. 43(4): 309-320.
- Roth-Isigkeit, A., Thyen, U., Stoven, H., Schwarzenberger, J., & Schmucker, P. (2005). **Pain among children and adolescents: Restrictions in daily living and triggering factors.** Pediatrics, 115, e152–e162.
- Saip Ş. (2005). **Primer baş ağrıları. Nörolog olmayanlar için nöroloji.** İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Yayınları. İstanbul, No:42. 35-62.
- Salovey, P. Rothman, A.J. Detweiler, J.B. ve Steward, W.T. (2000).**Emotional states and physical health.** American Psychologist, 55 (1), 110-121.
- Sarason, Irwin G. Levine, Henry M. Basham, Robert B. and Sarason, Barbara R. (1983). **Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire.** Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 44, No. 1, 127-139
- Sarason, Irwin G. and Sarason, Barbara R. (1985). **Social Support: Theory, Research and Applications.** Boston:Martinus Nijhoff International.
- Scott W. Powers, Susana R. Patton, Kevin A. Hommel and Andrew D. Hershey. (2003). **Quality of Life in Childhood Migraines: Clin ical Impact and Comparison to Other Chronic Illnesses.** Pediatrics. 112
- Selye, H. (1976). **The stress of life** (2.ed).New York: McGraw-Hill.



- Semerci, B. (2012). **Artık Büyüdüm. Ergen Ruh sağlığı.** 4.Basım. Alfa basım Yayın Dağıtım.
- Shors T.J. **Stressful experience and learning across the lifespan.** Annual Review of Psychology, 57:55–85, 2006.
- Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby P. (2004). **Gerilim tipi baş ağrısı- tanı ve tedavi: Klinik Uygulamada Baş ağrısı.** (Çev. Editörü: Ertaş M, Demir G.) Yelkovan yayıncılık, 31.
- Siva, A. (1998). **Dünyada ve Türkiye’de Baş Ağrısı Görülme Sıklığı, Kişiy ve Topluma Getirdiği Yük.** Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Baş Ağrıları-Baş Dönmeleri Sempozyumu.S.11-14
- Skinner, E.A. (1995). **Perceived Control, Motivation, And Coping.** CA: Sage.
- Skornoff, Jack P. (1984). **American Journal of Public Health.**vol.74 No.4
- Sorias,S.& Sorias ,O. (1987). **Stresin Nicelendirilmesi ve Bu Amaçla Geliştirilen Önemli Araçlar.** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.26 (2).891-895
- Sorias, O. (1988). **Sosyal destek kavramı.** Ege Üniversitesi Tıp Fak. Dergisi, 27(1), 353-357.
- Sorias, O. (1992). **Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi.** Ege üniversitesi, Edebiyat Fakültesi Psikoloji Seminer Dergisi, 9, 33-49.
- Steiner TJ, Birbeck GL, Jensen R, Katsarava Z, Martelletti P, Stovner LJ. (2010). **Lifting The Burden: the first 7 years.** J Headache Pain 11:451–455
- Stovner L, Hagen K, Jensen R,Katsarava Z,Lipton R,Scher A, et al. (2007). **The global burden of headache :a documentation of headache prevalence and disability worldwide.**Cephalalgia, 27(3):193-210)

- Strine TW, Okoro CA, McGuire LC, Balluz LS. (2006). **The associations among childhood headaches, emotional and behavioral difficulties, and health care use.** Pediatrics. 117:1728-1735.
- Surwit, RS. Williams, PG. (1996). **Animal models provide insight into psychosomatic factors in diabetes.** Psychosom ,2:93-7
- Şahin, N.H. (1994). **Stres nedir? ne değildir? Stresle başa çıkma: olumlu bir yaklaşım.** Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:2. 1-16
- Şahin, N.H. (1998). **Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım.** 3. Basım, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları
- Şahin, N.H. , Batıgün, A.D., Uğurtaş, S. (2002). **Kısa Semptom Envanteri: Ergenler için kullanımı.** Türk Psikiyatri Dergisi, 13(2), 21-32.
- Şaşmaz,T.,Buğdaycı, R., Özge,A.,Karakelle, A.,Kurt,Ö.,Kaleağası,H. (2004). **Are parents aware of their schoolchildren's headaches?** European Journal of Public Health, Vol. 14, No.4.366-368
- Taylor, S.E. (2003). **Health Psychology.** NewYork: McGraw-Hill.
- Temel, F. ve Aksoy, A., B. (2001). **Ergen ve Gelişimi Yetişkinliğe İlk Adım.**Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s.85-112.
- Terzi, Ş. (2008). **Üniversite öğrencilerinin dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki.** Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. Cilt:3 Sayı:29
- Timothy J. Steiner. Gretchen L. Birbeck. Rigmor Jensen. Zaza Katsarava. Paolo Martelletti. Lars Jacob Stovner. (2011). **The Global Campaign, World Health Organization and Lifting The Burden: Collaboration in action.** J Headache Pain, 12:273–274
- Toros, F. Özge, A. Kütük, M.E. Kaleağası, H. Kanık, A. Örekici Temel,G. (2010). **The Contribution of Youth Self-Report (YSR) in the Diagnosis of**

- Psychiatric Comorbidity of Juvenile Primary Headache Disorders.** Journal of Neurological Sciences [Turkish] 27:(2) 23; 127-138.
- Torun.A. (1995). **Tükenmişlik, Aile Yapısı ve Sosyal Destek Üzerine Bir İnceleme.** Doktora Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Turkdogan D, Cagirci S, Soylemez D, Sur H, Bilge C, Turk U: (2006). **Characteristic and overlapping features of migraine and tension type headache.** Headache, 46(3): 461-468.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2007). **Demographic variables.** Ankara: [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr).
- Uchino, B.N.ve etc. (2006). **Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes.** Journal of Behavioral Medicine, Vol. 29, No. 4,
- Waldie, KE, Poulton R: (2002). **Physical and psychological correlates of primary headache in young adulthood: a 26 year longitudinal study.** J Neurol Neurosurg Psychiatry, 72(1): 86-92.
- Wentzel. K.R. (1998). **Social Relationships and Motivation in Middle School: The Role of Parents ,Teachers,and Peers.** Journal of Educational Psychology . Vol.90,No:2,202-209
- Westenberg, P. M., Siebelink, B. M., Warmenhoven, N. J. C., & Treffers, Ph. D. A. (1999). **Separation anxiety and overanxious disorders: Relations to age and level of psychosocial maturity.** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38(8), 1000-1007.
- World Health Organization. (2001). **Mental Health: New Understanding.** WHO: New Hope Geneva.
- World Health Organization. (2008). **Inequalities in young people's health.** Health Behaviour in School-aged Children International Report from the 2005/2006 Survey.

- Yahav, R.,& Cohen, M. (2008). **Evaluation of a cognitive-behavioral intervention for adolescents. International Journal of Stress Management.**15(2),173-188. doi: 10. 1037/1072-5245.15.2.173.
- Yavuz, R. (2005). **Stres ve Kişilik.** İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri . Sempozyum Dizisi No:47 s.39.43
- Yavuzer, H. (1993).**Çocuk Psikolojisi.** 9. Basım İstanbul: Remzi Kitabevi
- Yavuzer, H. (2004). **Ana-Baba Okulu.** Remzi Kitabevi.
- Yerlikaya, N. (2007). **Lise öğrencilerinin mizah tarzları ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi.** Yüksek lisans tezi.
- Yerlikaya, E. E. (2009). **Üniversite öğrencilerinin mizah tarzları ile algılanan stres, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.** Yayınlanmamış doktora tezi. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Yıldırım,İ. (1991). **Stres ve Stresle Başa Çıkma Gevşeme Teknikleri.** Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. Sayı: 6/ 175-189
- Yıldırım İ. (1997). **Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi güvenilirliği ve geçerliği.** Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 13: 81-87
- Yıldırım, İ. (1998). **"Akademik Başarı Düzeyleri Farklı Olan Lise Öğrencilerinin Sosyal Destek Düzeyleri"**. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2 (9), 33-38,
- Yıldırım,İ. (2000). **Akademik başarının yordayıcısı olarak sınav kaygısı ve sosyal destek.** Hacettepe Eğitim fakültesi Dergisi.18.167-176)
- Yıldırım, İ. & Ergene, T. (2003). **Social support, submissive acts and test anxiety as predictors of academic achievement among high school students.** Journal of Hacettepe Educational Faculty, 25, 224-234.

- Yıldırım, İ. (2004). **Algılanan sosyal destek ölçeğinin revizyonu.** Eğitim Araştırmaları - Eurasian Journal Of Educational Research, 17, 221-236.
- Yıldırım,İ. (2005). “**Algılanan sosyal destek ölçeğinin revizyonu. Eğitim araştırmaları olarak sınav kaygısı, boyun eğici davranışlar ve sosyal destek.**” Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 27, 241
- Yıldırım, İ. (2006). **Akademik Başarının Yordayıcısı Olarak Gündelik Sıkıntılar ve Sosyal Destek.** Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi , (30), 258-267
- Yörükoğlu, A. (1993). **Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar.** 8. Baskı. İstanbul: Özgür Yayıncılık.
- Yurdakoş,E. (2014). **Stres fizyolojisi.**<http://194.27.141.99/dosya-depo/stek/pdfs/47/4711>
- Yücel, A. (1997). **Akut ağrı nörofizyolojisi.** Hasta kontrollü analjezi (PCA). İstanbul: MER Matbaacılık&Yayıncılık, 5-19.
- Yücel,Y. (2008). **Migren Baş Ağrısında Tanı ve Tedavi Yaklaşımları.** Dicle Tıp Dergisi. Cilt: 35, Sayı: 4. 281-286.
- Zimet GD, Powell SS, Farley GK ve ark. (1990). **Psychometric Characteristics of The Multidimensional Scale of Perceived Social Support.** Journal of Persoality Assessment. Sayı: 55, Ss: 610-617.
- Zwart JA, Dyb G, Holmen TL, Stovner LJ, Sand T. (2004). **The prevalence of migraine and tension-type headaches among adolescents in Norway.** The Nord-Trondelag Health Study (Head- HUNT-Youth), a large population-based epidemiological study. Cephalalgia, 24(5):373-9.

## EKLER

### EK 1: ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (ASÖ)

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

	Hiç	Neredeyse hiç	Bazen	Sıkça	Çok sık
1.Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkla üzüldünüz?					
2.Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?					
3.Son bir ay içinde, kendinizi ne sıklıkta gergin ve stresli hissettiniz?					
4.Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?					
5.Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?					
6.Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?					
7.Son bir ay içinde, yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
8.Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hakim olduğunuzu hissettiniz?					
9.Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta öfkelenediniz?					
10.Son bir ay içinde ne sıklıkta, günlüklerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?					

## EK.2. SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

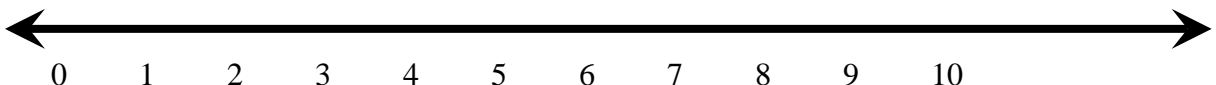
Bu bölümde her bir soruyu durumunuza uygun düşen cevap basamağındaki seçeneklerden birine çarpı (X) işareti koyarak cevaplandırınız. Yakınlarınızı (Aile, Eş, Çocuklarınız, Akraba, Arkadaşlarınız vb) olarak değerlendirebilirsiniz.

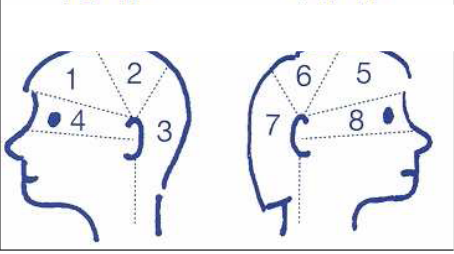
Aile (AS D-AL) ve Arkadaşlardan (ASD-AR) Algılanan Sosyal Destek	Hiçbir zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. İhtiyacınız olduğunda duygu ve düşüncelerinizi paylaştığınız, dertleştığınız kişileri ne sıklıkta bulabiliyorsunuz?	0	1	2	3	4
2. İhtiyacınız olduğunda yakınlarınız size sevgilerini ne sıklıkta hissettiriyorlar?	0	1	2	3	4
3. Sarılma, öpme, dokunma gibi yollarla fiziksel olarak sevgi görme ihtiyacı hissettiğinizde yakınlarınız bunu ne sıklıkta yapıyorlar?	0	1	2	3	4
4. Her şeyin iyiye gideceği hakkında temin edilme ve teselli edilme ihtiyacını hissettiğinizde yakınlarınız bunu ne sıklıkta yapıyorlar?	0	1	2	3	4
5. İhtiyacınız olduğunda yakınlarınız ne sıklıkta sizi neşelendiriyor, moralinizi düzeltmek için şakalar yapıyorlar?	0	1	2	3	4
6. Zor bir durumda karşılaştığınızda yakınlarınız, ihtiyaç duyduğunuz önerileri ne sıklıkta veriyorlar?	0	1	2	3	4
7. İhtiyacınız olduğunda size gerekli bilgileri veya yardımı nereden alabileceğinizi yakınlarınız ne sıklıkta söylüyor?	0	1	2	3	4

8. İçinde bulunduğunuz zor durumlarda, yakınlarınız ne sıklıkta çare buluyor veya çözümler getiriyorlar?	0	1	2	3	4
9. Gelecekle ilgili planlar yaparken yakınlarınızın görüşlerine ihtiyaç duyduğunuzda size ne sıklıkta katkıda bulunuyorlar?	0	1	2	3	4
10. Maddi yardıma ihtiyacınız olduğunda yakınlarınızdan bu yardımı ne sıklıkta alabiliyorsunuz?	0	1	2	3	4
11. İhtiyacınız olduğunda yakınlarınız size araba veya benzeri değerli bir eşyayı ne sıklıkta ödünç verebiliyorlar?	0	1	2	3	4
12. Yakınlarınız size işlerinizde ne sıklıkta yardım ediyorlar?	0	1	2	3	4
13. Yakınlarınızın sizinle birlikte gideceğiniz yerlere gelmesine ve size eşlik etmesine ihtiyaç duyduğunuzda bunu ne sıklıkta yapıyorlar?	0	1	2	3	4
14. Hastalık, iş gezisi, tatil vb. gibi nedenlerle evden uzak kalmanız gerektiğinde yakınlarınız ne sıklıkta aile bireylerinizle ilgileniyorlar?	0	1	2	3	4
15. Yakınlarınız, size değer verdiklerini ne sıklıkta hissettiriyorlar?	0	1	2	3	4
16. Yakınlarınız, yaptığınız işlere değer verdiklerini ne sıklıkta hissettiriyorlar?	0	1	2	3	4
17. Uzun süreli ve çözülmesi güç bir sorunla karşı karşıya olduğunuzda yakınlarınız ne sıklıkta sizin yanınızda olduklarını hissettiriyorlar?	0	1	2	3	4
18. Yakınlarınız sizi ne sıklıkta, yaptığınız yanlışlara rağmen kabul ediyorlar?	0	1	2	3	4
19. Yakınlarınız size ne sıklıkta boş zamanlarınızda beraber olmayı, bir arada bir şeyler yapmayı teklif ediyorlar?	0	1	2	3	4



### EK.3. BAŞ AĞRISI ANKETİ

Baş ağrılarının olur mu?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> (Eğer cevabın hayır ise, 17 numaralı soruya geç)
Şu anda başın ağrıyor mu?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>
Ne kadar sıklıkla baş ağrısı çekiyorsun? (lütfen kutulardan birini işaretle)	<input type="checkbox"/> Her gün <input type="checkbox"/> Haftada 2-3 kez <input type="checkbox"/> Haftada 1 kez <input type="checkbox"/> Ayda 1 kez <input type="checkbox"/> Çok seyrek
Ne kadar zamandır başın ağrıyor?	.....yıl /ay
Geçen ay kaç kez baş ağrın oldu?	a).....kez b)Hiç olmadı
Başın ağrıdığında ilaç ya da şurup içer misin? (lütfen kutulardan birini işaretle)	<input type="checkbox"/> Her gün <input type="checkbox"/> Haftada 2-3 kez <input type="checkbox"/> Haftada 1 kez <input type="checkbox"/> Ayda 1 kez <input type="checkbox"/> Çok seyrek <input type="checkbox"/> İçmiyorum
Baş ağrılarının ne kadar sürüyor?	<input type="checkbox"/> 1 saatten kısa <input type="checkbox"/> 1-2 saat <input type="checkbox"/> 2-4 saat <input type="checkbox"/> 4 saatten uzun
Aşağıdaki cetvelde “0” hiç başağrısı olmamasını, “10” ise dayanılmayacak şiddetteki başağrısını ifade etmektedir. Bu durumda senin başağrının şiddeti <u>genellikle</u> hangi noktaya hangisine uymaktadır?	
 <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	

<p>Baş ağrını en iyi hangisi anlatıyor? (lütfen kutulardan birini işaretle)</p>	<p><input type="checkbox"/>Zonklıyor (güm güm vuruyormuş gibi)</p> <p><input type="checkbox"/>Bıçak saplanıyor-şimşek çakar gibi</p> <p><input type="checkbox"/>Sıkıştırıyormuş gibi/basınç oluyor gibi</p> <p><input type="checkbox"/>Ağırılık var gibi</p> <p><input type="checkbox"/>Hiçbiri</p>
<p>Baş ağrınız genellikle başınızın neresinde olur? (işaretleyiniz)</p> <p>Sol taraf                      Sağ taraf</p> 	
<p>Baş ağrın olduğunda beraberinde hangileri olur? (olanları işaretle)</p> <p><input type="checkbox"/>Bulantı    <input type="checkbox"/>Kusma    <input type="checkbox"/>Işıktan rahatsızlık-parlak ışığa duyarlılık    <input type="checkbox"/>Diğer.....</p> <p><input type="checkbox"/>Ses ve gürültüden rahatsızlık    <input type="checkbox"/>Kokulardan rahatsızlık    <input type="checkbox"/>Baş dönmesi</p>	
<p>Ağrı öncesi ya da ağrı sırasında başka bir yakınman olur mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Gözüm yaşarıyor                      <input type="checkbox"/> Bulanık görüyorum</p> <p><input type="checkbox"/> Gözüm kızarıyor                      <input type="checkbox"/> Gördüğüm şeylerin üzerinde ışık çakıyor</p> <p><input type="checkbox"/> Yüzüm kızarıyor                      <input type="checkbox"/> Kolumu-bacağımı hareket ettiremiyorum</p> <p><input type="checkbox"/> Burnum akıyor</p> <p><input type="checkbox"/> Burnum tıkanıyor</p>	

Başın gün içinde en çok ne zaman ağrır?	<input type="checkbox"/> Sabahları <input type="checkbox"/> Akşamları <input type="checkbox"/> Fark etmez
Baş ağrını geçirmek için ne yaparsın?	<input type="checkbox"/> Yatıyorum <input type="checkbox"/> Yemek yiyorum <input type="checkbox"/> Ağrı kesici içiyorum <input type="checkbox"/> Kusuyorum <input type="checkbox"/> Masaj yaptırıyorum <input type="checkbox"/> Diğer
Aşağıdakilerden hangileri sende baş ağrısı yapar veya var olan baş ağrısını kötüleştirir?	(Birden fazla işaretleyebilirsin) <input type="checkbox"/> Yazılı veya sözlü sınav günleri <input type="checkbox"/> Uzun süre ders çalışmak, okumak <input type="checkbox"/> Uzun süre televizyon izlemek <input type="checkbox"/> Uzun süre bilgisayar /Ipad veya PC oynamak <input type="checkbox"/> Spor yapma, yorgunluk <input type="checkbox"/> Açlık/oruç tutmak <input type="checkbox"/> Uykusuzluk/ çok uyumak <input type="checkbox"/> Çok güneşte kalmak <input type="checkbox"/> Çok soğuk hava <input type="checkbox"/> Stresli olmak

#### EK.4. BİLGİ FORMU

-Ad-Soyad:

-Sınıf:

-Cinsiyet:

-Yaş:

-Sene sonu not ortalamanız:

Çok iyi

Orta

Düşük

-Aile Gelir Durumu:

Düşük

Orta

Yüksek

-Ailenizde baş ağrısı yaşayan var mı?

Evet

Hayır

**EK 5. ULUSLARARASI BAŞ AĞRISI SINIFLANDIRMASI-II (2004) (22)**  
(INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF HEADACHE DISORDERS (ICHD-II))

**A. Birincil Baş Ağrıları**

**1. Migren**

**1.1. Aurasız Migren (Yaygın Migren, Hemikraniya Simpleks) Tanımı:**

Ataklar şeklinde ortaya çıkan, 4-72 saat süren, genellikle tek taraflı, zonklayıcı, orta veya şiddetli, günlük bedensel hareketlerle artış gösteren, fotofobi, fonofobi, bulantı ve kusmanın eşlik ettiği tekrarlayıcı baş ağrısıdır.

**(Aşağıda “\*” ile işaretlenen noktalar çocukluk çağı migren tanısının erişkinlerden farklı olan yanlarını göstermektedir.)**

**Tanı Ölçütleri:**

**A.** B-D ölçütlerine uyan en az beş atak varlığı

**B.** 4-72 saat süren baş ağrısı atakları (tedavi edilmiş olsun ya da olmasın)

**(\*Erken çocukluk döneminde 1-72 saat süren baş ağrısı atakları, 15 yaş üstü çocuklarda süre için erişkindeki gibi 4-72 saat geçerli)**

**C.** Baş ağrısı atakları aşağıdaki özelliklerden en az ikisini taşımalıdır:

**1.** Tek taraflı

**(\*Tek taraflı veya iki taraflı frontotemporal yerleşim)**

**2.** Zonklayıcı özellikte

**3.** Orta ya da ağır şiddetli

**4.** Günlük bedensel hareketlerle şiddetlenme (yürümek, merdiven çıkmak gibi)

**D.** Baş ağrısı sırasında aşağıdakilerden en az birisi bulunmalıdır:

**(\*Bu durum, çocuğun ifadesi şart olmaksızın, davranışlarından da anlaşılabilir.)**

**1.** Bulantı ve/veya kusma

**2.** Fotofobi ve/veya fonofobi

**E.** Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

**1.2. Auralı Migren**

**(Klasik Migren, Oftalmoplejik, Hemiparestezik, Hemiplejik ya da Afazik Migren)**

**Tanımı:** Geri dönüşümlü fokal nörolojik belirtilerin, 5-20 dakikadan fazla ve 60 dakikadan az sürdüğü, tekrarlayıcı ataklarla karakterize baş ağrısıdır. Aura belirtilerini genellikle aurasız migren tipi baş ağrısı izler.

### **Tanı Ölçütleri:**

**A.** B ölçütlerine uyan en az iki atak olmalı

**B.** Aşağıda belirtilen dört özellikten en az üç tanesi olmalı:

**1.** Bir ya da daha fazla sayıda, tümüyle geri dönüşümlü olan ve fokal serebral kortikal ve/veya beyin sapı fonksiyon bozukluğuna işaret eden aura belirtilerinin olması

**2.** Dört dakikadan daha uzun sürede yavaş yavaş gelişen en az bir aura belirtisi ya da iki veya daha fazla sayıda birbiri ardı sıra gelişen belirtiler

**3.** Aura belirtileri 60 dakikadan uzun sürmemeli

**4.** Baş ağrısı, aurayı takiben 60 dakika içinde gelişmeli (Baş ağrısı aura olmadan önce veya aura ile birlikte başlamış olabilir.)

**C.** Organik hastalık işareti olmamalı

### **1.2.1. Özgün Auralı Migren**

**Tanımı:** Özgün aura, görsel ve/veya duyuşal ve/veya konuşma ile ilgili belirtilerden oluşur.

### **Tanı Ölçütleri:**

**A.** B-D ölçütlerini tamamen karşılayan en az iki atak olmalı

**B.** Kas gücü kaybı olmaksızın aura aşağıdaki özelliklerden en az birini taşımalı:

**1.** Tamamen geri dönüşümlü pozitif (ışık titremeleri, noktalar ya da çizgiler) ve/veya negatif belirtileri (görme kaybı) içeren görsel semptomlar

**2.** Tamamen geri dönüşümlü pozitif özellikleri (iğne batması hissi) ve/veya negatif özellikleri (uyuşukluk) kapsayan duyuşal belirtiler

**3.** Tamamen geri dönüşümlü disfazik tipte konuşma bozukluğu

**C.** Aşağıdakilerden en az iki tanesi olmalı:

**1.** Homonim görsel semptomlar ve/veya tek yanlı duyuşal belirtiler

2. Beş dakika veya daha uzun sürede gelişen en az bir aura semptomu ve/veya daha fazla sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri
3. Her belirti 5-60 dakika sürmeli
- D. Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D ölçütlerini karşılayan baş ağrısı
- E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

### 1.2.2. Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş Ağrısı

**Tanımı:** Özgün aura, görsel ve/veya duyuşal ve/veya konuşma ile ilgili belirtilerden oluşur. Baş ağrısı aurasız migren tanı ölçütlerini taşımaz.

#### Tanı Ölçütleri:

- A. B-D ölçütlerini tamamen karşılayan en az iki atak olmalı
- B. Kas gücü kaybı olmaksızın aura aşağıdaki özelliklerden en az birini taşımalı:
  1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (ışık titremeleri, noktalar ya da çizgiler) ve/veya negatif belirtileri (görme kaybı) içeren görsel semptomlar
  2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif özellikleri (iğne batması hissi) ve/veya negatif özellikleri (uyuşukluk) kapsayan duyuşal belirtiler
  3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu
- C. Aşağıdakilerden en az iki tanesi olmalı:
  1. Homonim görsel semptomlar ve/veya tek yanlı duyuşal belirtiler
  2. Beş dakika veya daha uzun sürede gelişen en az bir aura semptomu ve/veya 5 dakika veya daha uzun sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri
  3. Her belirti 5-60 dakika sürmeli
- D. Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D ölçütlerini karşılamayan baş ağrısı
- E. Başka bir organik hastalık belirtisi olmamalı

### 1.2.3. Baş Ağrısız Özgün Aura

**Tanım:** Burada baş ağrısı hiç gelişmez ya da auradan sonra 60 dakika içinde başlamaz. Kırk yaşından sonra, negatif görsel belirtiler, çok uzun veya çok kısa sürüyorsa önce diğer nedenleri araştırmak gereklidir.

#### **1.2.4. Ailesel Hemiplejik Migren (AHM)**

**Tanım:** Kas gücü kaybı şeklinde aurası olan migren baş ağrısıdır. En az bir 1. veya 2. derece akrabasinda motor güçsüzlük şeklinde aurası olan migren baş ağrısının bulunması bu tanıyı düşündürmelidir. AHM’de ataklarda bilinç bozukluğu, konfüzyon, ateş, BOS’da pleositoz bulunabilir. Hafif bir kafa travmasıyla tetiklenebilir. %50’inde süregelen ilerleyici serebellar ataksi migren ataklarından bağımsız olarak görülebilir.

#### **Tanı Ölçütleri:**

**A.** B-C kriterlerini taşıyan en az iki atak

**B.** Aura olarak tamamen düzelen motor güçsüzlüğün ve aşağıdakilerden en az birinin olması:

1. Tamamen geri dönüşümlü görsel bulgular
2. Tamamen geri dönüşümlü duyuşal belirtiler
3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

**C.** Aşğıdakilerden en az ikisi:

1. En az bir aura belirtisinin  $\geq 5$  dakikadan uzun sürede gelişmesi ve/veya farklı aura belirtilerinin  $\geq 5$  dakikada gelişmesi
2. Her bir aura belirtisi  $\geq 5$  dakika ile  $< 24$  saat içinde sonlanır
3. Aurasız migren ölçütlerini karşılayan baş ağrısının aura sırasında ya da auradan sonraki 60 dakika içinde başlaması

**D.** En az bir 1. veya 2. derece akrabalarında A-E ölçütlerine uyan baş ağrısının olması

**E.** Diğer bir hastalıkla ilişkili olmaması

**Not:** AHM sıklıkla baziler tipte belirti verir.

#### **1.2.5. Sporadik Hemiplejik Migren**



**Tanım:** Hastada kas gücü kaybı ile birlikte olan auralı migren atağı görülürken, 1. ya da 2. derece akrabalarında kas gücü kaybıyla giden auralı migren hikayesi bulunmamalıdır.

### **Tanı Ölçütleri:**

- A.** B-C kriterlerine tamamen uyan en az iki atak olmalı
- B.** Aura, tamamen geri dönüşümlü kas gücü kaybı ile aşağıdaki özelliklerden en az birini taşımalı:
  - 1.** Tamamen geri dönüşümlü pozitif belirtileri (ışık titremeleri, noktalar ya da çizgiler) ve/veya negatif belirtileri (görme kaybı) içeren görsel belirtiler
  - 2.** Tamamen geri dönüşümlü pozitif özellikleri (toplu iğne ve iğne) ve/veya negatif özellikleri (uyuşukluk) kapsayan duyuşsal belirtiler
  - 3.** Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu
- C.** Aşağıdakilerden en az iki tanesi olmalı:
  - 1.** Beş dakika veya daha uzun sürede gelişen en az bir aura belirtisi ve/veya beş dakika veya daha uzun sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri
  - 2.** Her belirti beş dakikadan uzun, 24 saatten kısa sürmeli
  - 3.** Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D ölçütlerini taşıyan baş ağrısı
- D.** 1. ya da 2. derece akrabalarında A-E ölçütlerinin tamamını taşıyan ataklar olmamalı
- E.** Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

### **1.2.6. Baziler Tip Migren (Baziler Arter Migreni, Baziler Migren)**

**Tanımı:** Baziler migren diyebilmek için, motor zaaf olmaksızın her iki oksipital hemisferden ve/veya beyin sapından kaynaklanan aura belirtilerini içeren migren atağı olmalıdır.

### **Tanı Ölçütleri:**

- A.** B-D ölçütlerine tamamen uyan en az iki atak olmalı

**B.** Kas gücü kaybı olmaksızın aura aşağıdaki tamamen geri dönüşümlü belirtilerin en az iki tanesini içermeli

1. Dizartri

2. Vertigo

3. Tinnitus

4. İşitme kaybı

5. Diplopi

6. Her iki gözde temporal ve nazal görme alanlarını içeren görsel belirtiler

7. Ataksi

8. Bilinç düzeyinde bozulma

9. Eş zamanlı iki yanlı paresteziler

**C.** Aşağıdakilerden en az bir tanesi olmalı:

1. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi ve/veya beş dakika veya daha fazla sürede ardarda gelişen farklı aura belirtileri

2. Her belirti 5-60 dakika sürmeli

**D.** Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D ölçütlerini karşılayan baş ağrısı

**E.** Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

### **1.3. Öncül veya Migren ile Birlikte Olabilecek Çocukluk Çağının Periyodik Sendromları**

#### **1.3.1. Tekrarlayıcı Kusma Atakları (*Cyclic vomiting*)**

**Tanım:** Tekrarlayan bulantı ve kusma atakları vardır. Ataklar birbirinin aynısıdır. Atak sırasında halsizlik ve solukluk vardır. Çocuk ataklar arasında normaldir. Tespit edilebilen herhangi bir gastrointestinal sistem (GİS) hastalığı yoktur.

#### **Tanı Ölçütleri:**

**A.** B ve D' ye uyan en az beş atak

**B.** Tekrarlayan ataklar, yoğun bulantı ve kusma bir saat – beş gün devam eder.

- C. Ataklardaki kusma en az saatte dört kez olur ve bir saat sürer.
- D. Ataksız dönemde normaldir.
- E. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

### 1.3.2 Abdominal Migren

**Tanım:** İdiyopatik ve tekrarlayan bir bozukluktur. 1-72 saat süren karın ağrısı vardır. Ağrı orta-ağır şiddettedir ve vazomotor belirtilerle, bulantı ve kusma ile birlikte. GIS veya renal hastalık öyküsü yoktur.

#### Tanı Ölçütleri:

- A. B-D' yi karşılayan en az beş atak olmalı
- B. 1-72 saat süren karın ağrısı
- C. Karın ağrısı aşağıdaki özelliklerin tümünü karşılamalı
  1. Orta hatta, göbek etrafında yerleşim
  2. Künt vasıflı
  3. Orta-ağır şiddetli
- D. Ağrı sırasında aşağıdakilerden en az ikisi olmalı:
  1. İştahsızlık
  2. Bulantı
  3. Kusma
  4. Solukluk
- E. Başka bir hastalığa bağlı olmamalı

### 1.3.3. Çocukluk Çağının Selim, Ataklarla Giden Baş Dönmesi

**Tanım:** Kısa süreli baş dönmesi atakları olur. Uyarıcı belirtiler yoktur. Kendiliğinden geçer. Bazı ataklarda baş ağrısı ile birlikte ilişkili olarak nistagmus veya kusma görülebilir.

#### Tanı Ölçütleri:

- A. B-D' yi karşılayan en az beş atak
- B. Dakikalar veya saatler içinde kendiliğinden geçen çok sayıda şiddetli baş dönmesi atakları
- C. Nörolojik muayene, odyometrik testler ve vestibuler fonksiyonlar ataklar arasında normaldir.
- D. EEG normaldir.

#### **1.4. Retinal Migren**

**Tanım:** Tekrarlayan ataklar şeklinde monooküler görsel bozukluk (skotom, körlük) ve eşlik eden migren baş ağrısı vardır.

##### **Tanı ltleri:**

- A. B ve D' yi karşılayan en az iki atak
- B. Atak sırasında tamamen geri dönüşümlü olan, muayene veya hastanın atak sırasında mevcut durumu çizmesi ile doğrulanan monooküler görsel semptomların -sintilasyonlar, skotomlar, körlük vb- olması
- C. 1.1. Aurasız migren ltlerini karşılayan baş ağrısının aura sırasında ya da 60 dk. içinde başlaması
- D. Normal oftalmolojik muayene
- E. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

#### **1.5. Migren Komplikasyonları**

##### **1.5.1. Süreğen Migren**

**Tanım:** İlaç aşırısı kullanımının bulunmadığı, ayda 15 ya da daha fazla gün olan, toplam 3 aydan uzun süren migren baş ağrısı

##### **Tanı ltleri:**

Son üç ay içinde ayda 15 gün veya daha uzun süre için 1.1 aurasız migren ölçütlerinden C ve D' nin karşılanması, başka bir hastalığa bağlı olmaması.

### **1.5.2. Migren Statusu**

**Tanım:** 72 saatten uzun süren ve iş yapmayı engelleyen migren atağının olması.

#### **Tanı Ölçütleri:**

**A.** Hastadaki mevcut baş ağrısı atağı 1.1 aurasız migren ölçütlerini süre haricinde karşılar.

**B.** Baş ağrısında aşağıdakilerden ikisinin olması

1. 72 saatten uzun sürmesi

2. Ağır şiddette olması

**C.** Başka bir hastalığa bağlı değildir.

### **1.5.3. İskemi Olmaksızın Dirençli Aura**

**Tanım:** Bir haftadan uzun süren aura semptomları vardır.

### **1.5.4. Migrene Bağlı İnfarkt**

**Tanım:** Bir ya da daha fazla migren aurası iskemik beyin lezyonu ile ilişkilidir. Görüntülemeye ilgili bölgede infarkt alanı tespit edilir. Altmış dakikanın üzerinde seyreden auralı tek atak dışında tüm ağrıları auralı migrene uyar.

### **1.5.5. Migrene Bağlı Epileptik Nöbet**

**Tanım:** Migren aurası tarafından tetiklenen nöbettir. Burada migren aurası sırasında ya da sonraki bir saat içinde nöbet vardır.

## **1.6. Olası Migren (Migrenöz Bozukluk)**

**Tanım:** Baş ağrısı ve/veya baş ağrısı atağı, migren tanı ölçütlerinden biri dışında diğerlerini karşılıyorsa olası migren adı verilir.

### **1.6.1. Olası Aurasız Migren**

#### **Tanı Ölçütleri:**

- A.** 1.1. Aurasız migren için A-D tanı ölçütlerinden biri dışında tümünü karşılayan ataklar
- B.** Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı

### **1.6.2. Olası Auralı Migren**

#### **Tanı Ölçütleri:**

- A.** 1.2. Auralı migren veya onun herhangi bir alt formu için A-D tanı ölçütlerinden biri dışında tümünü karşılayan ataklar
- B.** Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı.

## **2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı**

### **Epizodik Gerilim Baş Ağrıları (EGBA)**

**Tanım:** Dakikalar-günler süren baş ağrısı atakları vardır. Ağrı iki taraflı, basınç ya da sıkıştırıcı vasıflı ve hafif-orta şiddetlidir. Günlük bedensel hareketlerle şiddetlenmez. Bulantı yoktur. Fotofobi ya da fonofobi olabilir. GBA gerek sıklık, gerekse şiddet bakımından çok değişkenlik gösterir; nadir ve kısa süren baş ağrısı ataklarından, sık ve genellikle sürekli olan kısıtlayıcı baş ağrılarına kadar her şekilde karşımıza çıkabilir.

### **2.1. Sık Olmayan Epizodik GBA**

#### **Tanı Ölçütleri:**

- A.** B-D' yi tam karşılayan ayda bir günden az (<12 gün/yıl) olan en az 10 atak
- B.** Baş ağrısı 30 dk- yedi günde sonlanacak

C. Aşağıdakilerden en az iki tanesinin olması:

1. İki taraflı yerleşim
2. Basınç/sıkıştırıcı vasıflı
3. Hafif-orta şiddetli
4. Günlük bedensel hareketlerle kötüleşmez

D. Aşağıdakilerden ikisinin olması

1. Bulantı ya da kusmanın olmaması
2. Fotofobi ya da fonofobinin olması

E. Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı

### **2.1.1. Perikranyel Hassasiyetle İlişkili Sık Olmayan Epizodik GBA**

#### **Tanı Ölçütleri:**

- A. 2.1 için A-E ölçütlerinin olması
- B. Muayenede perikranyel hassasiyetin saptanması

### **2.1.2. Perikranyel Hassasiyetle İlişkisiz Sık Olmayan Epizodik GBA**

#### **Tanı Ölçütleri:**

- A. 2.1 için A-E ölçütlerinin olması
- B. Muayenede perikranyel hassasiyetin olmaması

### **2.2. Sık Epizodik GBA**

#### **Tanı Ölçütleri:**

- A.  $\geq 1$  ve  $<15$  gün/ayda en az 10 baş ağrısı atağı, en az üç ay boyunca ( $\geq 12$  ve  $<180$  gün/yıl) olmalıdır ve B-D tam olarak karşılanmalıdır
- B. Baş ağrısı 30 dk-yedi günde sonlanır
- C. Aşağıdakilerden en az iki tanesinin olması:
  1. İki taraflı yerleşim
  2. Basınç/sıkıştırıcı vasıflı
  3. Hafif-orta şiddetli

4. Günlük bedensel hareketlerle kötüleşmeme

D. Aşağıdakilerden ikisinin olması

1. Bulantı ya da kusmanın olmaması

2. Fotofobi ya da fonofobinin olması

E. Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı

### 2.3. Süreğen GBA

#### Tanı Ölçütleri:

A. Son üç ay boyunca ayda  $\geq 15$  gün baş ağrısı atağı olması ( $\geq 180$  gün/yıl) ve B-D tam olarak karşılanmalıdır.

B. Baş ağrısı saatler içinde sonlanır ya da süreğendir.

C. Aşağıdakilerden en az iki tanesinin olması

1. İki taraflı yerleşim

2. Basınç/sıkıştırıcı vasıflı

3. Hafif-orta şiddetli

4. Günlük bedensel hareketlerle kötüleşmeme

D. Aşağıdakilerden ikisinin olması

1. Hafif bulantı ya da fotofobi ya da fonofobiden bir tanesi

2. Orta ya da ağır, bulantı ya da kusma

E. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

### 2.4. Olası GBA

#### Tanı Ölçütleri:

A. 2.1. Sık olmayan veya 2.2. Sık EGBA' nın, 2.3. Süreğen GBA' nın A-D tanı ölçütlerinden biri dışında hepsini karşılayan baş ağrısı atakları

B. 1.1. Aurasız migren için tanı ölçütlerini tam doldurmayan ataklar

### 3. Küme ve Diğer Trigeminal Otonomik Baş Ağrıları



### **3.1. Küme Baş Ağrısı**

#### **Tanı Ölçütleri:**

- A.** B-D ölçütlerini dolduran en az beş atak
- B.** Tedavisiz 15–180 dk. süren şiddetli veya çok şiddetli tek taraflı orbital, supraorbital ve/veya temporal ağrı
- C.** Aşağıdakilerden en az birinin eşlik ettiği baş ağrısı:
  - 1.** Aynı taraflı konjonktival akıntı ve/veya lakrimasyon
  - 2.** Aynı taraflı nazal konjesyon ve/veya rinore
  - 3.** Aynı taraflı göz kapağı ödemi
  - 4.** Aynı taraflı alın ve yüz terlemesi
  - 5.** Aynı taraflı myozis ve/veya ptosis
  - 6.** Yerinde duramama veya ajitasyon belirtileri
- D.** Günde birden sekize kadar olabilen atak
- E.** Altta yatan başka bir bozukluğun olmaması

### **4. Diğer Birincil Baş Ağrıları**

#### **B. İkincil Baş Ağrıları**

#### **C. Kranial Nevraljiler, Santral ve Birincil Fasiyal Ağrı ve Diğer Baş Ağrıları**

## **EK 5. CV**

**İsim:** Mutlu İNCESoy



### **Kişisel Bilgiler**

---

Doğum : 31 Mayıs 1975 Sinop / TÜRKİYE  
Adres : Fevzi Çakmak Cad. No:53/15 Bahçelievler - İSTANBUL  
GSM : 0 505 680 60 77  
Mail : mutluincesoY@yahoo.com  
Mezuniyet : 1996  
Medeni Durum: Evli-İki çocuklu

### **Yabancı Diller**

---

İngilizce

### **İş Tecrübesi**

---

**1996 \_ 1998 Psikolojik Danışman ve Rehber Öğretmen - Şanlıurfa Kız Lisesi (2 yıl)**  
**1998 \_ 1999 Psikolojik Danışman ve Rehber Öğretmen - Sinop Endüstri Meslek Lisesi ve Teknik Lise (1Yıl)**  
**1999 \_ 1999 Psikolojik Danışman ve Rehber Öğretmen - Aksaray ERAM Özel Eğitim Merkezi (2 Ay )**  
**1999 \_ 2004 Psikolojik Danışman ve Rehber Öğretmen - Fatih Atikali İlköğretim Okulu (5 Yıl )**  
**2002 \_ 2003 Psikolojik Danışman ve Co-Psikodramatist - Bir Psikodrama ve Psikolojik Danışmanlık. (1 Yıl)**  
**2004 \_ 2014 Psikolojik Danışman ve Rehber Öğretmen-Bahçelievler Adnan Menderes Anadolu Lisesi (10Yıl)**

### **Eğitim**

---

**1980 - 1985 Kürtdüzü İlkokulu**  
**1985 - 1991 Sinop Öğretmen Lisesi**  
**1992 -1996 Karadeniz Teknik Üniversitesi-Fatih Eğitim Fakültesi-Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık**  
**2012 - 2014 T.C. Ar-El Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi**

### **AKDEMİK İLGİLER**

---

Genç ve Aile Danışmanlığı  
Kariyer Danışmanlığı  
Psikodrama Grup Çalışmaları  
Çocuk psikodraması  
Alanla ilgili sunumlar.

### **BECERİLER**

---

MS Windows, MS Office programları

### **İlgi alanları**

---

Şiir yazmak  
Kültür turlarına katılmak ve organize etmek.

