

Kalp-Damar Hastalıkları ve Stres

Kalp-damar sağlığı ve kronik stres arasındaki ilişkiler, birbirlerinden bağımsız olarak yapılan pek çok çalışmada gösterilmiştir. Kalp-damar hastalıklarının gerek ortaya çıkış sıklığı, gerekse hastaların bu hastalıklardan ölüm oranları, hastanın aynı zamanda yaşayabileceği depresyon, öfke, düşmanlık gibi olumsuz duygularla, hayatındaki kronik ya da akut psikososyal stres faktörleriyle ve sosyal desteklerinin varlığı ya da yokluğu ile ilişkili bulunmaktadır [1]. Örneğin, psikolojik stresin ve uyku bozukluğunun, koroner kalp hastalığı için önemli bir risk faktörü olduğu [2] ve akut miyokard infarktüsünün (kalp krizi), psikolojik stresle ilişkisi olduğu bilinmektedir [3,4,5]. Ayrıca, kalp hastalıkları üzerinde yapılan bir araştırmada bu hastalığa yakalanma ve bu hastalık nedeniyle hayatını kaybetme oranlarının, hastalardaki depresif belirtilerle ilişkili olduğu da gösterilmiştir [6,7,8]. Bütün bu çalışmalar, kalp-damar hastalığının tedavisine ek olarak stres yönetim eğitiminin gerekliliğini işaret etmektedir.

Kalp ve damar hastalarına tedavileri sırasında uygulanan stres yönetimi eğitimlerinin hastaların sağlığına etkilerini gösteren çalışmaların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Örneğin, koroner kalp hastalığı olan kişilerle yapılan bir çalışmada, rutin tedaviye ek olarak stres yönetimi eğitimi alan hastaların, endotel işlevinin daha iyi olduğu ve duvar hareket anomalilerinin daha az olduğu gözlenmiştir [9]. Hollanda'da yapılan ve akut stresin kalp-damar sistemi ve kortizol cevaplarına etkisinin araştırıldığı bir başka çalışmada da stres yönetimi uygulamalarının, hem genel ve akut stres sırasındaki kan basıncının, hem de stres tepkisi sırasındaki kortizol seviyelerinin daha düşük olmasına katkıda bulunduğu anlaşılmıştır [10].

Kaynaklar

- [1] Miller, G., Chen, E., Cole, S.W. 2009. Health Psychology: Developing Biologically Plausible Models Linking the Social World and Physical Health. *Annu. Rev. Psychol.* 60:501-24
- [2] Antony, D., George, P., Eaton, C.B. 2014. Cardiac risk factors: environmental, sociodemographic, and behavioral cardiovascular risk factors. *FP Essent.* 421: 16-20
- [3] Stansfield SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmott MG. 2002. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II study. *Int J Epidemiol.* 31:248–55.
- [4] Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W.A., Blackett, K.N., Sitthi-amorn, C., Sato., Yusuf, S. 2004. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 364:953–62.
- [5] Iso, H., Date, C., Yamamoto, A., Toyoshima, H., Tanabe, N., Kikuchi, S., Kondo, T., Watanabe, Y., Wada, Y., Ishibashi, T., Suzuki, H., Koizumi, A., Inaba, Y., Tamakoshi, A., Ohno, Y. 2002. Perceived mental stress and mortality from cardiovascular disease among Japanese men and women. *Circulation.* 106:1229–36.
- [6] Rugulies R. 2002. Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. *Am. J. Prev. Med.* 23:51–61
- [7] van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA, Tijssen JG, Ormel J, et al. 2004. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom. Med.* 66:814–22
- [8] Wulsin LR, Singal BM. 2003. Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosom. Med.* 65:201–10
- [9] Blumenthal JA, Sherwood A, Babyak MA, Watkins LL, Waugh R, Georgiades, A., Bacon, S.L., Hayano, J., Coleman, R.E., Hinderliter, A.. 2005. Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease: a randomized controlled trial. *J. Am. Med. Assoc.* 293:1626–34

[10] Nyklíček, I., Mommersteeg, P.M.C., Van Beugen, S., Ramakers, C., Van Boxtel, G.J. 2013. Mindfulness-based stress reduction and physiological activity during acute stress: A randomized controlled trial. *Health Psychology*. Vol 32(10): 1110-1113

Diyabet ve Stres

Diyabet belirtileri ve diyabet ile başa çıkmada hastaların uymak zorunda oldukları diyet, egzersiz, ilaç tedavisi, kan şekerinin düzenli kontrolü gibi zorlu öz denetim unsurları hastalar için stres temelli psikolojik ve fizyolojik sonuçlar doğurmaktadır [4]. Stresin kortisol ve katekolamin hormonlarını tetikleyerek hiperglisemik etkiye yol açabileceği gibi, hastaların diyetlerine uyumlarını zorlaştırabildiği [5], fiziksel aktivite düzeylerini azaltabildiği [6] ve ilaç kullanım düzenlerine zarar verebildiği yönünde araştırma sonuçları bulunmaktadır [7]. Ayrıca, depresyon ve kaygı bozuklukları gibi stres ile tetiklenen psikolojik bozuklukların diyabet hastalarında görülme oranının genel popülasyondan iki kat fazla olması hastalığın gidişatı için stres ve olumsuz duyguların yönetiminin oldukça önemli olduğunu göstermektedir [8].

Diyabet hastalarının deneyimledikleri yüksek stres düzeyi ile baş edebilmelerinde hastaların aktif katılımlarını gerektiren psikolojik müdahale ve stres yönetimi programlarının etkili olabildiği görülmüştür [9]. Diyabet hastaları ile grup temelli olarak yapılan müdahaleler sonucunda hastaların stres düzeylerinde azalma olduğu, metabolik kontrol düzeylerinin arttığı, Hb1A1c düzeylerinin düzenlenebildiği ve elde edilen bu değişimlerin müdahale sonrasında da devam edebildiği aktarılmıştır [10].

Kaynaklar

- [1] International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 6th edition, Brussels, 2013.
- [2] American Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes–2014. *Diabetes Care*, 37, 14 - 80.
- [3] Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2000). Depression and diabetes: Impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160, 3278–3285.
- [4] Steed, L., Cooke, D., & Newman, S. (2003). A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Education and Counselling*, 51, 5–15.
- [5] O’Sullivan, E. P., Duignan, J., Griffin, D., & Dinneen, S. F. (2014). Evaluating hyperglycaemia in the hospitalized patient: towards and improved system for classification and treatment. *Medicine Irish Journal of Medical Science*, 183, 65-69.
- [6] Delahanty, L. M., Conroy, M. B., & Nathan, D. M. (2006). Psychological predictors of physical activity in the Diabetes Prevention Program. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(5), 698-705.
- [7] Osborn, C. Y., Mayberry, L. S., Wagner, J. A., & Welch, G. W. (2014). Stressors may compromise medication adherence among adults with diabetes and low socioeconomic status. *Western Journal of Nursing Research*, 1-20.
- [8] Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.
- [9] Soo, H., & Lam, S. (2009). Stress management training in diabetes mellitus. *Journal of Health Psychology*, 14 (7), 933-943.
- [10] Karlsten, B., Idsoe, T., Dirdal, I., Hanestad, B. R., & Bru, E. (2004). Effects of a group-based counseling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with Type 1 or Type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 53, 299-308.

Tiroid Hastalıkları ve Stres

Graves hipertiroidi ve Hashimoto hipotiroiditi sıklıkla karşılaşılan ve tiroid fonksiyonlarındaki düzensizliklere bağlı olarak ortaya çıkan otoimmün tiroid hastalıklarıdır. Yapılan ikiz çalışmaları, bu hastalıkların ortaya çıkışında yaklaşık % 70 genetik faktörlerin, % 30 çevresel faktörlerin etkin olduğu belirtilmiştir [1]. Hem Graves hipertiroidi hem de Hashimoto hipotiroidinin ortaya çıkmasında etkili olan önemli bir çevresel faktör ise günümüzde pek çok hastalığın seyrinde etkin rol oynayan strestir.

İkinci Dünya Savaşı sonrasında Danimarka'da Graves hipertiroidi görülme oranının dört kat artması, Graves hipertirodinin stres ile tetiklenebileceğini düşündürmüştür. 2000'li yıllarda yapılan çalışmalarda da Graves hipertirodi olan bireylerin tanı almadan önceki 12 aylık dönemde stresli yaşam olaylarına sıklıkla maruz kalmış olduklarını aktarmaları bu düşüncüyü desteklemektedir [2]. Graves hipertiroidi tanısı alıp medikal tedaviye başlayan hastalarla yapılan çalışmalar da günlük sorunlarla artan stresin, hipertiroid ile ilişkili olduğunu ve kadınların bu tip stresten daha olumsuz etkilendiğini göstermiştir [3]. Benzer şekilde, strese yatkın kişilik örüntülerine sahip hastalarda nöks oranlarının yüksek olması stresin hastalığın hem başlangıç hem de gidişatı için önemini gözler önüne sermektedir [4].

Hashimoto hipotiroidi yetişkinlerde en sık görülen hipotiroid türü olmasına rağmen, hastalık belirtilerinin oldukça sinsi ilerlemesi sebebiyle stres ile ilişkisine ilişkin bulgular Graves hipertiroidinde olduğu kadar güçlü değildir [5]. Ancak, yapılan çalışmalar Hashimoto hastalarında görülen yüksek depresyon ve anksiyete bozukluğu (özellikle Obsesif Kompulsif Bozukluk) oranlarına dikkat çekmektedir ve bu durum Hashimoto hastaları için medikal tedavinin yanı sıra psikolojik müdahaleleri de gerekli kılabilir [6].

Kaynaklar

- [1] Tomer, Y., Huber, A., 2009. The etiology of autoimmune thyroid disease: a story of genes and environment. *Journal of Autoimmune*, 32, 231 – 239
- [2] Matos-Santos, A., Nobre, E.L., Costa, J. G. E., Nogueira, P. J., Macedo, A., Galvao-Teles, A., & de Castro, J. J., 2001. Relationship between the number and impact of stressful life events and the onset of Graves' disease and toxic nodular goitre. *Clinical Endocrinology*, 55, 15-19.
- [3] Yoshiuchi, K., Kumano, H., Nomura, S., Yoshimura, H., Ito, K., Kanaji, Y., Kuboki, T., & Suematsu, H. (1998). Psychosocial factors influencing the short-term outcome of antithyroid drug therapy in Graves' disease. *Psychosomatic Medicine*, 60, 592–596.
- [4] Fukao, A., Takamatsu, J., Murakami, Y., Sakane, S., Miyauchi, A., Kuma, K., Hayashi, S., & Hanafusa, T. (2003). The relationship of psychological factors to the prognosis of hyperthyroidism in antithyroid drug-treated patients with Graves' disease. *Clinical Endocrinology*, 58, 550–555.
- [5] Vanderpump, M. P., & Tunbridge, W. M. (2002). Epidemiology and prevention of clinical and subclinical hypothyroidism. *Thyroid*, 12, 839–847.
- [6] Ayhan, M.G., Uguz, F., Askın, R., & Gönen, M. S. (2014). The prevalence of depression and anxiety disorders in patients with euthyroid Hashimoto's thyroiditis: a comparative study. *General Hospital Psychiatry*, 36, 95-98.

Kanser ve Stres

Kanser hastaları, hastalığın teşhisi ile başlayan, tedavi süresince de devam eden çok stresli dönemler yaşarlar. Hastalığın tedavisinden sonra da bu stres, hastalığın tekrarı endişesi ve ölüm korkusu ile devam eder [1]. Yapılan çok sayıda çalışmada, hastaların bu dönemlerde psikososyal tedavi desteği almalarının ve stresle başatma yöntemlerini öğrenmelerinin tedavinin başarısını arttırdığı gösterilmiştir. Amerika'da yapılan bir

çalışmada, psikososyal tedavi programı uygulanan metastatik meme kanseri hastalarının hayatta kalma sürelerinin arttığı gözlenmiştir [2]. Yine Amerika'da yapılan bir çalışmada, habis (malin) melanom (cilt kanser türü) hastalarına yapılan psikolojik müdahalenin, hastaların bağışıklık sistemini etkilediği (büyük granüler lenfosit ve doğal öldürücü hücre sayılarında azalma ve CD4 T hücre sayılarında artış), hastalığın tekrar etme ve ölüm oranını azalttığı gösterilmiştir [3,4,5].

Kaliforniya'da bir kanser araştırma merkezinde meme kanseri hastalarıyla yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar alınmıştır. Meme kanseri hastaları, tedavileri sona erdiğinde dahi yüksek düzeyde psikolojik stres, kaygı, depresyon, hastalığın tekrar ortaya çıkma korkusu, kalıcı ağrılar, yorgunluk, uyku bozuklukları ve hayat kalitesinde düşme yaşadıklarını söylemişlerdir [6,7]. Kanada'da meme kanseri hastalarına tedavileri sonrasında psikoeğitim ve fiziksel aktiviteden oluşan bir program uygulanmış ve bu programın, hastalarda yorgunluk hissini azalttığı raporlanmıştır [8]. Sekiz haftalık Bilişsel Davranışsal Terapi sonucunda da uykusuzluk problemlerinin azaldığı ve bağışıklık sisteminde bazı değişikliklerin (lenfosit sayısındaki artışın azalması, IFN- γ ve IL-1 β seviyelerinde artış) gözlemlendiği bulunmuştur [9,10,11]. Amerika'da meme kanseri hastalarına tedavi sonrasında uygulanan Bilgece Farkındalığa Dayalı Stres Yönetimi Programı'nın da psikolojik stresi ve hastalığın tekrarlaması koskusunu azalttığı, yaşam kalitesini arttırdığı gösterilmiştir [12].

Bütün bu çalışmalar, kanser hastalarının tedavi sırasında ya da tedavi sonrasında yüksek düzey strese maruz kaldıklarını ve stres yönetimi uygulamaları ile bu hastaların stres seviyelerinin azaltılabileceğini göstermektedir. Stres yönetimi uygulamaları yalnızca hastaların psikolojik durumlarında değil aynı zamanda bağışıklık ve hormon sistemleri üzerinde de önemli olumlu etkiler yaratmaktadır. Bu değişikliklerin sonucunda, yukarıdaki çalışmalarda özetlendiği gibi, tedavi kalitesinin ve etkililiğinin artması ve hastaların sağlıklarına daha çabuk kavuşması beklenmektedir.

Kanser hastalarının kendileri kadar, bu hastaların bakımını üstlenen yakınlarının da kronik stres yaşadığı bilinmektedir. Kanada'da yapılan bir çalışmada, beyin tümörü sonrası tedavi gören hastaların bakımını üstlenen kişilerin yaşadıkları stresin, onların psikolojik durumunu, hormon ve bağışıklık sistemini etkilediği gözlenmiştir [13]. Ayrıca, bakım verenlerin, koroner kalp hastalığına, otoimmün hastalıklara ve bulaşıcı hastalıklara yakalanma riskinin de daha fazla olabileceği gözlenmiştir [13,14,15]. Bu çalışmalar, stres yönetiminin kanser hastalarının yanısıra, bu hastalara bakım verenler için de gerekli olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır.

Kaynaklar

- [1] French-Rosas, L. N., Moye, J., & Naik, A. D. (2011). Improving the recognition and treatment of cancer-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 17, 270–276.
- [2] Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., Gottheil, E., 1989. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 14, 888-891.
- [3] Fawzy, F.I., Cousins, N., Fawzy, N.W., Kemeny, M.E., Elashoff, R., Morton, D., 1990. A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry* 47, 720-725.
- [4] Fawzy, F.I., Kemeny, M.E., Fawzy, N.W., Elashoff, R., Morton, D., Cousins, N., Fahey, J.L., 1990. A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. *Archives of General Psychiatry* 47, 729-735.
- [5] Fawzy, FL, Fawzy, N.W., Hyun, C.S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J.L., Morton, D.L., 1993. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention,

- coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. Archives of General Psychiatry 50, 681-689.
- [6] Ganz, P.A., Desmond, K.A., Leedham, B., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., Belin, T.R. 2002. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. J Natl Cancer Inst. 94(1):39-49.
- [7] Ganz, P.A., Guadagnoli, E., Landrum, M.B., Lash, T.L., Rakowski, W., Silliman, R.A. 2003. Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. J Clin Oncol. 21(21):4027-4033.
- [8] Fillion, L., Gagnon, P., Leblond, F., Gelinac, C., Savard, J., Dupuis, M.A., Duval, K., Larochele, M. 2008. A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors. Cancer Nurs. 31(2):145-159.
- [9] Savard, J., Simard, S., Ivers, H., Morrin, C.M. 2005. Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: sleep and psychological effects. J Clin Oncol. 23(25):6083-6096.
- [10] Savard J, Simard S, Ivers, H., Morrin, C.M. 2005. Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part II: immunologic effects. J Clin Oncol. 23(25):6097-6106.
- [11] Epstein DR, Dirksen SR. 2007. Randomized trial of a cognitive-behavioral intervention for insomnia in breast cancer survivors. Oncol Nurs Forum . 34(5): E51-E59.
- [12] Lengacher, C.A., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M.S., Jacobsen, P.B., Klein, T.W., Widen, R.H., Fitzgerald, S.G., Shelton, M.M., Barta, M., Goodman, M., Cox, C.E., Kip, K.E. 2009. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. Psychooncology 18 (12): 1261-72
- [13] Miller, G., Chen, E., Cole, S.W. 2009. Health Psychology: Developing Biologically Plausible Models Linking the Social World and Physical Health. Annu. Rev. Psychol. 60:501-24
- [14] Miller GE, Cohen S, Ritchey AK. 2002. Chronic psychological stress and the regulation of proinflammatory cytokines: a glucocorticoid resistance model. Health Psychol. 21:531-41
- [15] Raison CL, Miller AH. 2003. When not enough is too much: the role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders. Am. J. Psychiatry 160:1554-65

Sindirim Sistemi Hastalıkları ve Stres

Beden dokularımızın ve hücrelerimizin, hayatta kalmamızı sağlayabilmek için gerekli olan işlemleri yapabilmeleri için beslenmeye ihtiyacı vardır. Beden hücreleri ancak moleküler düzeydeki maddeleri içlerine alabildiğinden, yediğimiz her şey moleküllere dönüştürülür: proteinler, amino asitlere; şekerler ve nişasta, glükoza; yağlar, yağ asitlerine ve gliserola dönüştürülmek zorundadır. Bu işlem, sindirim sistemi içindeki çeşitli bölgelerde (ağızda, midede, barsaklarda) enzimler gibi çeşitli kimyasallarla yapılır ve dönüştürülenler (enerji hammadde) hücrelere götürülmek üzere ince barsaklardan kana karışır. Bütün bu dönüştürme, taşıma, depolama işleminden sorumlu olan hormon, endokrin sistemce yönetilen insüldür. (Bkz. Endokrin sistem hastalıkları ile ilgili bölüm)

Sindirim sistemi dendiğinde aklımıza ağızımız, yemek borumuz, midemiz, ince barsaklarımız ve kalın barsaklarımız gelmelidir. Yediğimiz yiyeceklerin öncelikle mekanik işlemlerle parçalanması gerekir. Parçalanma ağızda başlar, midede devam eder; aşıya doğru itirme işlemi de tüm sistem boyunca, sıkıştırma ve gevşetme işlemleriyle gerçekleşir. Bütün bu işlemler için fazla miktarda enerji gerekir. Parçalanmanın ikinci aşamasında ve dönüştürme işlemleri için ise kimyasal maddeler olan asitler ve enzimler devreye girer. Sindirim sistemi, özellikle güçlü mide asitlerine karşı kendini korumak

amacıyla, sindirim daha başlarken, ilgili organlarının iç duvarlarının asite karşı koruyucu bir tabakayla (mucus) örtülmesini sağlar.

Sindirim sisteminin çalışması için devrede olan sinir sistemi bölümü, parasempatik sinir sistemidir (bedenin "fren" pedalı). Bir öğünden sonra iki saatten fazla bir zaman gerektiren bütün bu işlemler için beden ortamının sakin ve sükunet içinde olması önemlidir. Oysa ki, acil durumlarda strese yaşadığımızda, bedeni hızlandıran sempatik sistem (bedenin "gaz" pedalı) devreye girer ve parasempatik sistem yavaşlar. Diğer bir deyişle, yukarıda sayılan bütün işlemler (parçalama, dönüştürme, depolama) durur. Kaçma ya da savaşıma işlemini yapacak olan kasların ve beynin çalışması için gerekli olan enerji kanda halihazırda varolandan ve depolanmış olanlardan sağlanır. O nedenle, stres tepkisi başlamadan hemen önce yenen şeyler, mide ve barsaklarda bekler ve "hazımsızlık" dediğimiz durum ortaya çıkar. Sindirilmiş olup da kalın barsaklara geçmiş olanlar ise, eğer stres faktörü gerçek bir hayati tehlikeyse, can havliyle kaçmak durumundaysak, oracıkta boşaltılır.

Strese bağlı sindirim sistemi hastalıklarının, belirli bir uyum içinde çalışması (biri hızlanmışken, diğerinin yavaşlaması) gereken sempatik ve parasempatik sinir sistemlerin düzeninin, kronik stres tepkisi nedeniyle bozulmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu hastalıkları "organik" ve "işlevsel" olarak iki grupta değerlendirmek mümkündür. Organik temelli sindirim sistemi hastalıklarında, kendinizi kötü hissedersiniz, bir şeylerin doğru çalışmadığını bilirsiniz, doktorlar da sistemde gerçekten sorunlu bir şeyler olduğunu görürler. Midenizdeki ülserler ve barsak iltihaplanmaları bunlar arasındadır. Peptik ülserler, sindirim sistemi organlarının dokusunda bir yara açılması ile kendini gösterir. Kendi içlerinde yemek borusu (esofagal) ülserleri, mide (gastrit) ülserleri ve oniki parmak barsağı (duodenal) ülserleri olarak ayrışır. Laboratuvar ortamlarında strese sokulan hayvanlarda ortaya çıkan ülserler bu türden hastalıklardır. İnsanlarda da yoğun kan kaybı, yaygın bir enfeksiyon, ileri derecede yanıklar gibi, ciddi ve aşırı stresli olaylardan sonra bir kaç gün içinde çıkan ülserlerden söz etmek mümkündür.

Ülserler ile stres arasındaki ilişkinin tartışmalı olduğu konu, genellikle yavaş oluşan ülserlerle ilişkilidir. Bu tür ülserlerin ortaya çıkışında "helikobakter pilori" adı verilen bir bakterinin de önemli olduğu 1983'de keşfedilmiştir. Bu bakterinin, mide dokusundaki hücrelerin kendilerini mide asitine karşı koruma yeteneğini bozduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, ülser tedavilerinde genellikle antibiyotikler kullanılmaktadır. Ancak, yeni bir helikobakter pilori enfeksiyonu karşısında tedaviye yeniden başlamak gerekebilmektedir. Ayrıca, son yıllarda ortaya çıkan bulgulara göre, ülser olan insanların % 15'inde helikobakter pilori bulunmazken, helikobakter pilori enfeksiyonuna yakalanmış insanların da sadece % 10'unda ülser gözlenmektedir. Bu durumda, ülserlerin oluşumunu açıklamak için helikobakter pilorinin yanında başka değişkenlere de ihtiyaç duyulmaktadır. Bu başka değişkenlerin bir kısmını bazen yaşam tarzındaki kötü alışkanlıklar oluşturabilmektedir (alkol, sigara, sürekli olarak kahvaltıyı etmeme, aspirin gibi ilaçların aç karnına kullanımı, vb.). Bir başka faktör de midede çok fazla asit ya da çok az mucus üretmeyle ilişkili genetik yatkınlıklardır. Önemli bir diğer faktör de kaçınılmaz olarak strestir. Yapılan çok sayıda bilimsel araştırma, özellikle oniki parmak barsağı ülserlerinin anksiyetesi (kaygısı, endişesi), depresyonu, stresi ciddi düzeyde yüksek olan insanlarda çıktığını göstermektedir ve bu durum peptik ülseri olan insanların %35-%65 arasındaki grup için de geçerlidir. Helikobakter pilorinin ülsere neden olması da stresle birlikte olduğunda söz konusu olmaktadır.

Gastroesofagal Reflü Hastalığı (GERD) doğrudan stresle ilişkili olmasa da en yaygın (haftada en az bir kez belirti yaşayanlar, %20) sindirim sistemi hastalığıdır. Her yaşta görülebilen bu hastalıkta, yemek borusu ile mide arasındaki kapakçığın işleyişinde yapısal

bir sorun oluşur ve mide içinde hazmedilmekte olan sıvılaştırılmış içerik ve asit, yukarıya doğru kaçır. Semptomları, genellikle göğüs bölgesinde yanma, ağrı, bazen de boğazda kısıklık, tıkanma hissi ve öksürük şeklindedir. Hastalık ortaya çıktıktan sonra hastalığa bağlı stres (kaygı ve depresyonun) artabilmekte ve bu da hastalık belirtilerini arttırabilmektedir. Reflü, yaşam kalitesini bozmasının yanında, bazı hastaların ağrı ile ilişkili semptomlarını daha ciddi hastalıklardan habercisi olarak yorumlayabilmeleri nedeniyle, anksiyete ve depresyon belirtileriyle birlikte seyredebilir. Bu durum ortaya çıktığında reflü belirtileri daha da artabilir. Bu nedenle medikal, diyet ve davranış değişikliği tedavilerine ek olarak, stres yönetimi uygulamalarının öğrenilmesi de hastanın hastalığını daha gerçekçi olarak algılayabilmesi, sinir sistemini gevşetebilmeyi ve duygularını yönetebilmeyi öğrenebilmesi açısından önemlidir.

İşlevsel temelli sindirim sistemi hastalıklarında da kendinizi kötü hissederseniz, bir şeylerin doğru çalışmadığını düşünürsünüz ama doktorlar “gözle görünür” bir şey bulamazlar. “Huysuz barsak” sendromu (Irritable Bowel Syndrome-IBS) bu gruptandır. En temel belirtileri, genellikle yemek yedikten sonra ortaya çıkan ve kıvrandıran karın ağrılarıdır. Ağrılar çoğunlukla tuvalete gittikten sonra hafifler. Eşlik eden diğer belirtiler arasında da ishaller, kabızlık, mucus dışkılama, mide ve karında şişlik, sürekli tuvalete gitme ve bir türlü boşalamama hissi sayılabilir. Toplumda görülme sıklığı % 8 ile % 20 arasında değişirken, kadınlarda görülme sıklığı, erkeklere oranla iki kat fazladır. IBS oluşumunda birden çok faktörün etkili olabileceği düşünülmektedir. Bunlar, genetik, psikososyal ve çevresel faktörler olarak ayrışabilir ve hastalık hepsinin etkileşiminin bir sonucu olarak algılanabilir. IBS bireyin yaşam kalitesini çok olumsuz bir şekilde etkiler. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, sorunun sadece barsaklarla değil, aynı zamanda beyinle de (sinir sistemiyle) ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu hastalık, strese duyarlılıkla ilişkili hastalıklar arasında birinci sıradadır. Ciddi düzeyde yaşanan bir stres, IBS belirtilerinin ilk olarak ortaya çıkış riskini arttırırken, hâlihazırda var olan hastalığın belirtilerini de arttırır. Bu hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri nedeniyle, uzun vadede en iyi yöntemin, sağlıklı beslenme ile stres yönetimi uygulamaları olduğu ileri sürülmektedir. Yapılan çeşitli uygulamalar arasında da en etkili olanların “Bilgece farkındalığa dayalı stres yönetimi” (Bkz. Stres Yönetimi Psikoeğitim Grupları) uygulamaları olduğu gözlenmektedir.

Kaynaklar

- [1] Sapolsky, R.M. (2004) Why Zebras Don't Get Ulcers? The Acclaimed Guide to Stress, Stress-Related Diseases and Coping (3rd Ed.). St. Martin's Griffin, New York, Sh. 71-91.
- [2] Kolbasovsky, A. (2008). A Therapist's Guide to Understanding Common Medical Conditions, W.W. Norton and Company, New York, Sh. 205-220
- [3] Kearney, D.J., McDermott, K., Martinez, M., Simpson, T.L. (2011). Association of participation in mindfulness programme with bowel symptoms, gastrointestinal symptom-specific anxiety and quality of life. *Aliment Pharmacology and Therapeutics*. 34, Sh. 363-373.
- [4] Barsky, A., Stern, T.A., Greenberg, D.B., Cassem, N.H. (2004). Functional somatic symptoms and somatoform disorders. *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry* (Eds. T.A. Stern, G.L. Fricchione, N.H. Cassem, M.S. Jellinek, J. F. Rosenbaum)(5th Ed.). Mosby (Elsevier), Philadelphia, PA., USA., Sh. 287
- [5] Gaman, A., Kuo, B. (2008). Neuromodulatory processes of the brain-gut axis. *International Neuromodulation Society*, Vol. 11, No.4, Sh. 249-259
- [6] Gaman, A., Bucur, M.C., Kuo, B. (2009). Therapeutic advances in functional gastrointestinal disease: irritable bowel syndrome. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2 (3). Sh. 169-181.

- [7] Vollestad, J., Siverten, B., Nielsen, G.H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: evaluation in randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*. 49, Sh. 281-288.
- [8] Reibel, D.K., Greeson, J.M., Brainard, G. C., Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*. 23, Sh.183-192.
- [9] Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 57, Sh. 35-43.
- [10] Fjorback, L.O., Arendt, M., Ornbol, E., Fink, P., Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and Mindfulness-based cognitive therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, Sh. 102-119.
- [11] Lush, E., Salmon, P., Floyd, A., Studs, J., L., Weissbecker, I., Sephton, S.E. (2009). Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: Psychophysiological correlates. *J. Clinical Psychology in Medical Settings*. 16, Sh. 200-207.
- [12] Weinstein, N., Brown, K.W., Ryan, R.M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping and emotional well-being. *Journal of Research in Personality*. 3, Sh. 374-385.

Üreme Sağlığı ve Stres

Beyinde yer alan hipotalamus, üreme hormonlarının düzgün çalışmasından sorumlu olmasının yanı sıra, bizim strese karşı bedensel ve duygusal tepkilerimizi de düzenler; yani tek bir bölge, hem üreme hem de stres tepkisiyle ilişkilidir. Bu bilgi, stres ve üremenin birbirleri üzerindeki etkisini açıklama açısından önemlidir. Stresin anlık ve kronik tepkileri üzerine yapılan çalışmalarda, HPA (Hipotalamus-pitüiter-adrenal) ekseninde oluşan değişimler sırasında, savaş-kaç tepkisini yöneten hormonların üretiminin arttığı, üreme ve büyüme hormonlarının da azaldığı gözlenmiştir [1]. Diğer bir deyişle, stres bir yandan cinsel işlev bozuklukları için zemin hazırlarken [2] diğer yandan da üreme işlevlerini olumsuz etkilemektedir [3]. Eğer bireyin yaşamında süre giden bir stres faktörü varsa, hipotalamusun üremeyle ilgili hormonları yönetme görevi bu durumdan olumsuz etkilenir ve gebe kalmak daha zorlaşabilir. Aşırı seviyelerdeki stres, yumurtlamayı, embriyonun döllenenmesini ve rahime tutunmasını, tüplerin işlevselliğini olumsuz etkiler [4]. Buna ek olarak kronik stres, kadınlarda fallop tüpü spazmlarına, erkeklerde ise sperm sayısının azalmasına neden olmaktadır. Kronik stresin depresyona da neden olabileceği göze alındığında, depresyonun yumurta kalitesini olumsuz etkilemesi ve kadınların iki kat daha fazla düşük tehlikesi ile karşı karşıya olması stresin en azından dolaylı olarak infertilite durumunu etkilediğine yönelik bir işarettir [5]. Örneğin, depresyon geçirmemiş kadınlarda gebelik oranlarının geçirenlere oranla iki kat daha fazla bulunduğunu gösteren bir çalışma [6] psikolojik ve bedensel boyutların birbirinden ayıramayacağını vurgular niteliktedir. Yardımcı üreme teknikleriyle elde edilen yaşayan bebek doğumları üzerine stresin etkisinin incelendiği bir çalışmada da başlangıçtaki stresin, gebelik ve doğum üzerine olumsuz etkileri olduğu bulunmuştur [7].

Kaynaklar

- [1] Kocatürk, P. A.(2000). Strese cevap. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 43(1)50-51
- [2] Davison, G. C. ve Neale, J. M. (2004). Anormal Psikolojisi. (7. Baskı). Çev. ed.İ. Dag. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- [3] Kalantaridou, S. N. , Zoumakis , E., Makrigiannakis , A., Lavasidis ,L. G., Vrekoussis , T. ve Chrousos, G.P. (2010). Corticotropin-releasing hormone, stress and human reproduction: an update. *Journal of Reproductive Immunology*.85 (1), 33-39

- [4] Yılmaz, İ.(6 Haziran 2009). Kısırlık (İnfertilite) yaşayan çiftlere yönelik iletişim ipuçları. (17Ağustos2010),<http://www.ilknuryilmaz.com/index.php?s=infertilite>
- [5] Tıraş, B. (2008). Stres İnfertiliteye neden olur mu?. 18 Nisan 2011, <http://www.bulenttiras.com/tr/ureme-ve-kisirlik/stres-ve-infertilite>
- [6] Thiering P, Beaurepaire J, Jones M, Saunders D, Tennant C. (1993) Mood state as a predictor of treatment outcome after in-vitro fertilization-embryo transfer technology (IVF/ET). J Psychosom Res 37:481–491.,
- [7] Akçin, F., G. (2005). İnfertil çiftlerin psikiyatrik semptomlar, cinsel işlev bozukluğu, baş etme düzenekleri, cinsiyet rolleri açısından değerlendirilmesi. Uzmanlık lisans tezi, Gazi Üniversitesi.

İnfertilite ve Stres

İnfertilite, gebe kalmak amacıyla 12 ay korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebe kalınmaması olarak tanımlanmaktadır. Tanımlanmış bu süre, yaş, etiyolojik faktör ve incelenen topluma göre 6 aylık bir süreye inebileceği gibi, 24 aya kadar da uzayabilmektedir. [1,2] Beklenmedik biçimde ortaya çıkan, sıklıkla açıklanamayan ve ne kadar süre devam edeceği ön görülemeyen infertilitenin, birey için yoğun stresli bir durum yarattığı, sağlık ve bütünlük hissini, yaşam kalitesini bozduğu artık genel kabul gören bir olgu haline gelmiştir. [3,4,5]

Çiftlerin, yaşamakta oldukları infertilite sorunu nedeniyle kendilerini sosyal olarak yalıtılmakta kalmaları, sürekli bu konu üzerinde düşünmeleri, çocuk sahibi olmak için dışarıdan yardıma ihtiyaç duyuyor olmaları, kendi aralarında ya da aileleriyle yaşadıkları çatışmalar ve hayatlarının kontrolünü kaybediyor gibi hissetmeleri, araştırmalarda değinilen önemli stres faktörlerindedir [6]. Konu üzerinde yapılan araştırmalar, psiko-sosyal stresin, yetersiz baş etme becerilerinin, anksiyete ve depresyonun kişinin gebe kalma ihtimalini daha da azalttığına işaret etmektedir [4,7].

İnfertilite sorununun çözümünde başvurulan tüp bebek tedavileri, kadınların bedenlerinde ve duygu dünyalarında yarattıkları yıpranma nedeniyle, yaşanan stres faktörlerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Hatta, bu tür tedaviler yapılırken sadece medikal yaklaşımlara yer verildiğinde, hastaların yaşadıkları depresyon ve anksiyetenin daha yüksek olduğu ve bunun da tedaviyi bırakmak ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir [4,7]. Özellikle, birden fazla başarısız tedavi denemesinin yaşanmış olması, "umut/hayal kırıklığı/yeniden umut" döngüsünün tekrar tekrar yaşanmasına yol açmakta [8], bu durum da yaşanan stresin gittikçe kronikleşmesine neden olmaktadır. Bu konuda yapılan en çarpıcı araştırmalardan biri infertilite tedavisi gören hastaların stres düzeylerinin, yaşamsal önem taşıyan hastalıklarla (AIDS, kanser, kalp hastalıkları) mücadele eden kadınlarınkinden farklı olmadığını, hatta sıklıkla, biraz daha fazla olduğunu göstermiştir. [9] Bütün bu çalışmalar, infertilite için uygulanan tıbbi tedavilerin yanına destek olarak psiko-sosyal müdahalelerin de eklenmesinde yarar olacağını; hatta infertilite tedavisinin, stresi yönetme yönündeki müdahalelerle eşzamanlı sürdürülmesinin ya da tıbbi tedavinin hemen sonrasında başlaması gerektiğini görüşünü öne çıkarmaktadır [10]. Son yıllarda, infertilite tedavisiyle birlikte, bireysel ya da grup bazında uygulanan çok çeşitli psiko-sosyal müdahaleler geliştirilmiştir [11,12,13]. Bunların bir kısmında, depresyon, anksiyete, ya da stresin azaltılmasına yönelik danışmanlık tarzı destekler verilirken, diğer bir kısmı da psikoeğitim içeriklidir. Psikoeğitim içerikli müdahalelerin, psikoterapi tarzı müdahalelerden daha da etkili olabileceğine ilişkin değerlendirmeler bulunmaktadır [15].

Kaynaklar

- [1] World Health Organization. (2002). Current practices and controversies in assisted reproduction. Report of meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted

Reproduction”, 17–21 September 2001. WHO Headquarters, Geneva, Switzerland
www.worldhealth.org/pdf/press.fact.sheets.stress.pdf

[2] Eren, N. İnfertil çiftlerde algılanan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi. Uzmanlık lisans tezi, Gazi Üniversitesi. (2008).

[3] Oğuz, H. D. (2004) İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi

[4] Cousineau, T., M. ve Domar, A., D. (2007) Psychological Impact of Infertility. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 21(2) s 293 -308

[5] Chachamovich, J., L., R ve ark. (2010). Reproductive psychological distress as predictor of quality of life in men experiencing infertility: a cross-sectional survey. Reproductive Health , 7(3)

[6] Schenker, J.G., Meirow, D. ve Shenker, E. (1992). Stress and human reproduction. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 45(1).

[7] Hammerli, K., Znoj, H. ve Barth, J. (2009). The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. Human Reproduction Update, 15(3) , 279–295.

[8] Yılmaz, İ. (6 Haziran 2009). Kısırlık (İnfertilite) yaşayan çiftlere yönelik iletişim ipuçları. (17 Ağustos 2010), <http://www.ilknuryilmaz.com/index.php?s=infertilite>

[9] Domar, A., Zuttermeister, P.C, ve Friedman, R (1993). The Psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology. 14 Special issue 45-52

[10] Campagne, D., M. (2006). Should fertilization treatment start with reducing stress? Human Reproduction 21(7) s. 1651–1658

[11] Domar, A. D., Seibel, M., ve Benson, H. (1990). The mind/body program for infertility: A new behavioral treatment approach for women with infertility. Fertility and Sterility, 53, 246–249.

[12] Boivin, J., ve Takefman, J. E. (1995). Stress levels across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. Fertility and Sterility, 64, 802–810.

[13] Lemmens, G., M., D. Vervaeke, M., Enzlin, P., Bakelants, E., Vanderschueren, D., D’Hooghe, T., ve Demyttenaere, K. Coping with infertility: a body–mind group intervention programme for infertile couples. Human Reproduction . 19, (8) s 1917–1923 (2004)

[14] De Liz, T., M., de, Strauss, B. (2005). Differential efficacy of group and individual/ couple psychotherapy with infertile patients. Human Reproduction 20(5) s. 1324–1332

[15] Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. Social Science and Medicine 57 (2003) 2325–2341