



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

PSİKOZ TANISI ALAN ERKEK HASTALARIN EŞLERİNİN;
DEPRESYON , UMUTSUZLUK DÜZEYİ ve ÇOCUKLARI İLE OLAN
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Barış TOSUN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Meltem NARTER

İstanbul - 2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**PSİKOZ TANISI ALAN ERKEK HASTALARIN EŞLERİNİN;
DEPRESYON, UMUTSUZLUK DÜZEYİ ve ÇOCUKLARI İLE OLAN
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Barış TOSUN

164102038

YÜKSEK LİSANS

TEZİ

DANIŞMAN: Dr. Öğr. Üyesi Meltem NARTER

İstanbul - 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

| | |
|--------------------|--|
| Öğrenci No | : 164102038 |
| Öğrenci Adı Soyadı | : Barış Tosun |
| Anabilim Dalı | : Klinik Psikoloji |
| Tez Danışmanı | : Dr. Öğr. Üyesi Meltem Narter |
| Tezin Başlığı | : Psikoz Tanısı Alan Erkek Hastaların Eşlerinin; Depresyon , Umutsuzluk Düzeyi ve Çocukları İle Olan İlişkinin İncelenmesi |

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

| | | | |
|-----------------|--------------|-------|---------|
| Toplantı Tarihi | : 19.07.2018 | Saati | : 11:00 |
|-----------------|--------------|-------|---------|

Öğrenci Savunmaya : GELDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUĞU

- Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. *(en fazla 3 ay)*
- Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı : Değişmedi. Değişti.

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya : GELMEDİ

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ ile **REDEDİLMİŞTİR.**

ile almıştır.

| Tez Sınavı Jürisi | Unvanı, Adı Soyadı | İmza |
|-------------------|---|------|
| Danışman Üye | Dr. Öğr. Üyesi Meltem Narter | |
| Üye | Doç. Dr. Hüseyin Ozan Tekin | |
| Üye | Dr. Öğretim Üyesi Tuğba Arzu ÖZAL İLDENİZ | |

Yemin Metni

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Psikoz Tanısı Alan Erkek Hastaların Eşlerinin; Depresyon, Umutsuzluk Düzeyi ve Çocukları İle Olan İlişkinin İncelenmesi” adlı çalışmanın tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

.../.../....

Barış TOSUN

İmza

Önsöz

Bu çalışma, **psikoz tanısı alan erkek hasta eşlerinin, depresyon, umutsuzluk düzeyi ve anne çocuk ilişki düzeyini ölçmek** amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırmanın hazırlanması sürecinde bilgi, tecrübe ve desteğini esirgemeyen danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Meltem NARTER'e ve bana maddi, manevi destek olan sevgili aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.



ÖZET

(TOSUN, Barış, Yüksek Lisans, İstanbul, 2018)

Psikoz Tanısı Alan Erkek Hastaların Eşlerinin; Depresyon, Umutsuzluk Düzeyi ve Çocukları İle Olan İlişkinin İncelenmesi

Özet: Bu tez çalışmasında, psikoz tanısı almış erkek hasta eşlerinin, depresyon düzeyi, umutsuzluk düzeyi ve anne çocuk ilişkisinin; hasta olmayan erkek eşlerinin depresyon, umutsuzluk düzeyi ve anne-çocuk ilişkileri ile karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Araştırmada, psikoz tanısı alan erkek hasta eşlerinin; depresyon, umutsuzluk ve çocukları ile olan ilişki düzeyleri belirlenmiş ve psikoz tanısı almayan erkeklerin eşlerinin verileri ile karşılaştırılmıştır. Verilerin analizinde, eşi psikoz olan kadınlar grubu ve eşi psikoz olmayan kadınlar grubu (kontrol grubu) olarak belirlenen iki grup karşılaştırılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistik metotları (Sıklık, Yüzde) kullanılmıştır. Ölçek güvenirliliği için Cronbach-Alfa katsayısı incelenmiştir.

Çözümlemelerde iki değişkenin karşılaştırılmasında veri testi normal dağıldığı varsayımı karşılandığı duruma göre iki grup karşılaştırmalarında parametrik testlerden bağımsız t testi uygulanmıştır. Araştırma kapsamında değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi metoduyla test edilmiştir. Sağlanan bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık seviyesinde kıymetlendirilmiştir.

Çalışmada, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Psikiyatri Servisi'nde tedavi gören 50 erkek hastanın eşleri ile eşi psikoz olan kadınlar grubu oluşturulmuştur. Psikoz tanısı almayan erkeklerin eşleri ise kontrol grubunu oluşturmaktadır.

Verileri toplamak için 2 ayrı gruba Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Aile İlişki Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemini, 100 kadın katılımcının(50 psikoz hastası eşi, 50 hasta olmayanların eşi) yaş aralığı; 20 ile 45 yaş arası, çocuğu olan evli kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmada kullanılan örneklem iki gruptan oluşmaktadır.

Çalışmaya katılanların sonuçları incelendiğinde, örneklem grubunun Beck Umutsuzluk Ölçeğinin motivasyon, umut alt boyutlarında ve toplam skorlarında, anne-çocuk ilişki ölçeği sıcaklık alt boyutunda ve Beck Depresyon Ölçeği toplam skorunda eşi psikoz olan kadınlar grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Psikoz tanısı alan erkeklerin eşlerinin, psikoz tanısı almayan erkeklerin eşlerine göre depresyon düzeyinin

ve umutsuzluk düzeyinin bazı alt boyutlarının daha yüksek ve anne-çocuk ilişki düzeyinin ise bazı alt boyutlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Psikoz Erkek Hasta Eşleri, Depresyon, Umutsuzluk, Anne-Çocuk İlişkisi.



ABSTRACT

(TOSUN, Barış, Master's Thesis, Istanbul, 2018)

Wives of male individuals who diagnosed as psychosis; Relationship between Depression, Level of Self-Despair and Relationships between their Children.

Abstract: The main aim of this study is comparing wives of male individuals who diagnosed as psychosis and their healthy control; relationship between Depression, Level of self-despair and relationships between their children. Sociodemographic informations of participants compared as two groups (experimental-control). Definitive statistical methods (percentage, frequency) are used in order to evaluate. Cronbach-Alfa coefficient was analyzed for reliability of statistical data.

T-test was used according to analyze normal distribution for comparing two variables was used. In this study relationship between variables tested with Pearson correlation analysis.

Participants of experimental and control groups selected from Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psychiatry Service. Experimental group of this study was wives of male individuals who diagnosed as psychosis and wives of healthy males was control group of the study.

In order to collect of data, Self-Despair Scale, Beck Depression Scale and Family Relationship Scale were used to both groups. Sample of this study was 100 participants, (50 wives of diagnosed psychosis, 50 wives of healthy individuals). Age range of participants 20 and 45 and all of the participants have children.

According to results of data analysis, there is statistically significant difference in Beck Depression Scale's motivation, hope subtests and total scores, in mother-children relationship scale warmth subtest between experimental group and control group. Level of depression and level of despair is higher in wives of male individuals who diagnosed as psychosis and quality of relationship between mother and children in this group lower than their healthy control.

KeyWords: Psychosis, Wives of Psychosis Patient, Depression, Self-Despair, Mother and Children Relationship

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----|
| Yemin Metni..... | i |
| Önsöz..... | ii |
| ÖZET..... | iii |
| ABSTRACT..... | v |
| TABLolar LİSTESİ..... | ix |
| 1.GİRİŞ..... | 1 |
| 1.1.Araştırmanın Amacı ve Önemi..... | 5 |
| 1.2.Sınırlılıklar..... | 7 |
| 1.3.Hipotezler..... | 8 |
| 2.KAYNAK TARAMASI..... | 9 |
| 2.1.Psikotik Bozukluklar..... | 9 |
| 2.1.1.Psikotik Bozuklukların Tarihçesi..... | 9 |
| 2.1.2.Psikotik Bozuklukların Tanımı..... | 14 |
| 2.2.1.Depresyon Tanımı ve Tarihçesi..... | 18 |
| 2.2.2.Depresyon Epidemiyolojisi ve Tanımı..... | 23 |
| 2.3.1.Umutsuzluk Kavramı ve Tanımı..... | 28 |
| 2.3.2.Umutsuzluk ve Depresyon İlişkisi..... | 32 |
| 2.4.Anne ve Çocuk İlişkisi..... | 36 |
| 2.5.1.Psikoz Tanısı Alan Hastaların Ailelerinin İncelenmesi..... | 41 |
| 2.5.1.2.Psikoz Tanısı Alan Hastaların Ailelerinde Yapılan Çalışmalar..... | 42 |
| 2.5.1.3.Psikoz Tanısı Alan Hastaların Ailelerinin Psikolojik Durumu..... | 43 |
| 2.5.2.Psikotik Hastalarda Aile İçi Uyum (Anne – Çocuk ve Baba)..... | 47 |

| | |
|--|----|
| 3.YÖNTEM..... | 49 |
| 3.1.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları..... | 49 |
| 3.1.2.Bilgilendirilmiş Onam Formu..... | 49 |
| 3.1.3.Demografik Bilgi Formu..... | 49 |
| 3.1.4.Beck Depresyon Ölçeği..... | 49 |
| 3.1.5.Beck Umutsuzluk Ölçeği..... | 50 |
| 3.1.6.Anne – Çocuk İlişki Ölçeği (Anne Formu)..... | 50 |
| 3.2.Verilerin Toplanması..... | 50 |
| 3.3.Evren ve Örneklem..... | 50 |
| 3.4.Araştırmanın Analizi..... | 51 |
| 4.BULGULAR..... | 52 |
| 4.1.Katılımcıların Gruplara Göre Dağılımı..... | 52 |
| 4.2.Tüm Ölçeklerin Güvenirlik Katsayılarına İlişkin Bulgular..... | 53 |
| 4.3.Tüm Ölçeklerin Korelasyon Katsayılarına İlişkin Bulgular..... | 54 |
| 4.4.Beck Umutsuzluk Ölçeğine İlişkin Bulgular..... | 55 |
| 4.5.Anne – Çocuk İlişki Ölçeği'ne İlişkin Bulgular..... | 56 |
| 4.6.Beck Depresyon Ölçeği'ne İlişkin Bulgular..... | 57 |
| 5.TARTIŞMA ve SONUÇ..... | 58 |
| 6. ÖNERİLER..... | 64 |
| Kaynakça..... | 65 |
| Ekler..... | 71 |
| Ek:1.Onam Formu..... | 71 |

| | |
|--|----|
| Ek:2.Demografik Bilgi Formu..... | 72 |
| Ek:3.Beck Depresyon Ölçeği..... | 74 |
| Ek:4.Beck Umutsuzluk Ölçeği..... | 75 |
| Ek:5. Anne – Çocuk İlişki Ölçeği (Anne Formu)..... | 76 |
| Özgeçmiş..... | 84 |



TABLÖLAR LİSTESİ

| | |
|--|----|
| Tablo 1. Katılımcıların Gruplara Göre Dağılımı..... | 52 |
| Tablo 2. Ölçeklerin Güvenirlilik Katsayısı..... | 53 |
| Tablo 3. Ölçek Toplam Puanları ile Ölçek Alt Faktör Toplam Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları..... | 54 |
| Tablo 4. Örneklem Gruplarının Beck Umutsuzluk Ölçeği Skorlarının Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin t-Testi..... | 55 |
| Tablo 5. Örneklem Gruplarının Anne Çocuk İlişkisi Ölçeği Skorlarının Farklılaşp Farklılaşmadığını İlişkin t-Testi..... | 56 |
| Tablo 6. Örneklem Gruplarının Depresyon Ölçeği Skorlarının Farklılaşp Farklılaşmadığını İlişkin t-Testi..... | 57 |

1. GİRİŞ

Bireyler, hayatın günlük akışı içerisinde karşılaştıkları sorunlara karşı depresif tepkiler verebilir, üzüntü ve umutsuzluk haline bürünebilir. Örneğin; günlük iş yoğunluğundan, iş yerindeki problemlerden, geçim sıkıntısından, ailevi sorunlardan, çocukları ile ilgili ya da eşler arası problemlerden dolayı bireyler stres ve depresif duygu durumuna düşebilir. Geleceğe karşı ve o an ki duygu durumuna karşı umutsuzluk hissedebilir.

Rideout ve Montemuro göre umut, “*gelecek ile alakalı hedefleri yerine getirme yolundaki sıfırdan fazla olan beklentilerdir*” (Rideout ve Montemuro, 1986). Melges’e göre ise bir çare olduğuna ve bir destek ile kişinin hayatında olumlu farklılıklar oluşabileceği inancı en önemli unsurdur. Umutsuzlukta ise bir hedefi yerine getirmede sıfırdan az olan beklentilerdir. Umut ve umutsuzluk kavramları, bireyin gelecekteki gerçek amaçlarını gerçekleştirme imkanlarının belirtisidir. Bu iki kavram birbirine zıt beklentileri, gerçekleşmesi umut edilen ya da beklenen hedefleri simgeler. Umutta, amacı gerçekleştirmek için uygulamaya başlanan planların, olumlu sonuç çıkartacağı beklentisi varken, umutsuzlukta başarısızlık beklentisi vardır. Bu iki birbirine zıt beklenti; bireylere, durumlara ve beklenen sonucun ne zaman ve ne şekilde gerçekleştiğine göre değişir. Hedefi gerçekleştirme yolunda; plan ve beklentiler, kişinin planlarını hedefe ne şekilde koyduğunu ve kendisi için belirlediği hedefin biçimini de etkiler. En önemli psikiyatrik bozukluklardan bir diğeri de depresyondur. (Dilbaz ve Seber, 1993).

Depresif kişiler kendilerini, başarısız, etkisiz, vasıfsız ve yenilmiş olarak görür. İnsanların ona değer vermediğine inanır. Bu sebeplerden dolayı kendini reddeder. Bu kişiler, sosyal hayatındaki iletişimini, başarısızlığının ve eksikliğinin bir sonucu olarak görür. Kişi geleceğini umutsuz, sonu belli olmayan, yoksun ve engellenmiş olarak görür (Gür, 1996).

Depresif hastalar, psikiyatriste genellikle mutsuzluk ve umutsuzluk yakınması ile başvurur. “*Depresif hastaların geleceğe olumsuz bakma oranı %78’den fazladır. Depresif olmayan hastalarda ise bu oran % 22’dir*” (Beck, 1967). Yapılan klinik çalışmalarda, hastaların şikayeti ve hastalık semptomlarının şiddeti arttıkça umutsuzluğun da arttığı görülmüştür. Ayrıca; depresyonun tüm bulguları içinde umutsuzluğun, intihar düşüncesi ile doğrudan ilişkili olduğu belirlenmiştir. “*Umutsuzluğun depresyonun temel sorunlarından biridir*” (Melges,1969). Umutsuzluğun diğer alt boyutları ise kişinin kendini değersiz ve çaresiz hissetmesi, mutlu olamama, karar vermede güçlük, eyleme geçememe, işlerde istikrarsızlık ve kendini suçlu hissetme duygularıdır. Kişilerin, depresyon süreci öncesinde bireysel ya da

başkaları ile paylaşılan eylem planlarının organizasyonu konusunda güvenli olup, genellikle geleceğe yöneliktir. Depresyonu ve umutsuzluğu tetikleyen olgu genellikle, bireysel çabanın başarısızlığı veya geçmişteki çoğu yaşanmışlıkları beraber tecrübe ettiği insanın ölmesi veya doyumun önlenmesi sebebiyle dikkatle ve titizlikle hazırlanan planın kesintiye uğramasıdır. Depresif insanlarda, hedefler, kuvvetli üst benlikleri neticesiyle süregelen uzun süreçte büyük bir önem teşkil eder. Planlanan hedef taslağında, hedefe henüz ulaşmamış adımlar belirse de gelecek ile ilgili doyumlardan feragat etmeleri zor olduğundan dolayı depresif birey bu amaçlarını gerçekleştirme uğraşını sürdürür. Sonuç olarak kişinin hayatında sürekli başarılı olan amaç odaklı davranışı yok etmek zordur. Bu etkenler depresyondaki kişilerin amaçlarını başarabilme konusunda umudu olmamasına rağmen halen neden hedeflerine bağlı olduğunu kısmen de olsa yansıtmaktadır. Depresyon sürecindeki insan bu duygusunu “Önüme koyduğum geleceğim ile ilgili planları gerçekleştiremeyeceğimi hissetmeme rağmen yine de deneyeceğim” şeklinde belirtir. Bu duygu onun kendine olan özgüvenine olumsuz etki eder. Depresyon sürecindeki bu insanlar, bu özgüven eksikliğinden az da olsa kendilerini sorumlu hissederler ve suçu kendilerinde görürler. Özgüven eksikliği ve sorumluluğu kendinde göreme hissi arttıkça depresyon sürecindeki insan, etrafındakilere muhtaç duruma gelir. İleriki süreçlerde umutsuzluk duygusu o kadar artar ki birey diğer kişilerin, yararsız yardımda bulunmasını ve o kişilerin tavsiyelerini umudu olmamasına rağmen yine de kabul eder. Özet olarak depresif kişi planlarının süregelen ve uzun dönemli hedeflere karşı daha fazla etkin olamayacağına inanır, yani diğer bir ifade ile üst benlik ve ego ideali doyumsuz hale gelir ve kısmen, başarısızlıktan kendini sorumlu tutar. Düşüncenin bu durumdan çıkan karar verme, eyleme geçememe, kendini değersiz hissetme ve işlerini yapamama suçlaması en şiddetli depresif şikayetleri oluşturur. (Dilbaz ve Seber, 1993).

Psikotik bozukluklarda görülen psikoz ise dezorganize davranış, dezorganize konuşma, hezeyanlar ve varsanların olduğu algı, düşünce ve davranışla ilgili alanlarda görülen çeşitli belirtileri olan bir sendromdur. Psikoz bireyin mental kapasitesinde, gerçekliği algılayabilme yetisinde, duygusal tepkisinde sosyal ve mesleki yeterliliğinde bozukluklara yol açar. Psikoz şizofreni, duygudurum bozuklukları ve diğer psikotik bozukluklarda (şizoaffektif bozukluk, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk, kısa psikotik bozukluk, paylaşılmış psikotik bozukluk, tıbbi durumu/maddeye bağlı psikotik bozukluk) belirti olarak ortaya çıkar. Psikotik belirtilerin görüldüğü en önemli psikiyatrik bozukluk şizofrenidir. Bu bozukluklarda sosyal çevre risk faktörlerinden biri olarak görülür. Sosyal çevre, bilimsel olarak tanımlanması ve ölçümü zor olan, yapılan araştırmalarda, farklı olguları ile tanımlanarak incelenen bir

kavramdır. Yapılan araştırmalar, psikotik bozukluklar ve sosyal çevre ilişkisini incelediğinde, sosyal çevre çoğunlukla hastaların yaşadığı “mahalle” ler olarak belirtilmiş ve mahallelerin sosyal çevre özellikleri; etnik dağılım, toplumsal düzensizlik, sosyoekonomik yoksunluk, sosyal sermaye gibi kavramlar üzerinden tanımlanmıştır (Ünal, 2015).

Saunders’a göre Kronik psikiyatrik hastalıklarda, kişilerde kognitif zararlarla beraber, yeti kaybı ve sosyo-ekonomik kayıplara sebep olarak, hastalar aile arasında, toplumda kendilerinden beklenenleri yerine getiremediklerinden dolayı güçlükler yaşamakta ve devamlı şekilde aile bakımı ve yardımını almak mecburiyetinde kalmaktadır.

Peki psikiyatrik hastalık tanısı alan kişilerin aileleri bu durumdan nasıl etkilenir ? Schenk’e göre, psikoz tanısı alan vakaların önemli bir kısmı aileleriyle beraber yaşamaktadır. Bu sebeple aileler genellikle bakım verme rolünü bir kuruma bağlı kalmadan yerine getirmektedirler (Duman ve Bademli, 2013).

Psikiyatrik tanı alan bireylerin artık daha çok toplum içinde kazandırılmaya çalışılması, ailelerin yaşadığı sorunların artmasına neden olmaktadır. Utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, gelecek kaygısı ve öfke, ailelerin sıklıkla yaşadığı duygulardır, anksiyete ve depresyon ortaya çıkabilir. “*Ekonomik sorunlar, aile içi çatışmalar, sosyal yaşamda olumsuz etkilenmesi, toplumun hastaları reddedici tutumu karşılaşılan belli başlı güçlüklerdir*”. (Gülseren, 2002).

“*Aileler bakım verme görevini ifa ederken hastalığın sebeplerini ve sağaltımı ile alakalı genel bilgiler, psikozun semptomları ile ilgili başa çıkma, stresle baş etme, hasta ile etkileşim kurma, hastanın beceri kazanabilme faaliyetlerini organize etme, sorun giderme ve hastaların yasal haklarıyla alakalı bilgilere ihtiyaç duymaktadırlar*” (Gümüş, 2006).

Kronik hastalıklar, hasta ile ailesinin yaşamını önemli derecede etkilemektedir. Bu hastalar günlük yaşam faaliyetlerini gerçekleştirirken diğer insanların yardımına muhtaç olmaktadır. Dünyanın çoğu yerinde olduğu gibi bizim ülkemizde de hastalara bu yardımı ve desteği sağlayanlar genellikle akrabaları, eşleri, kardeşleri veya çocuklarıdır. En önemli toplum sağlığı sorunlarından olan kronik psikiyatrik hastalıkların en sık görüleni şizofreni ve iki uçlu duygulanım bozukluklarıdır. Psikoz tanılı kişilerin aileleri, hastalığın semptomları ile başa çıkmada zorlanmakta, baş edememekte ve ne yapılması ile ilgili güçlükler yaşamaktadır. Bu sebeplerden dolayı, bu hastaların aileleri kendi sosyal çevrelerinden, yakın çevrelerinden bağını koparmakta ve aile ilişkileri bozulmaktadır. Tüm bu süreçte, hastanın yakın çevresi ve ailesi bu psikiyatrik hastalık sebebi ile veya hastalık sürecinin meydana gelmesinde birbirlerini suçlayabilmektedir. Hastalığın süreçlerinden biri olan negatif ve pozitif semptomlar, son yıllarda antipsikotik ilaçlarla kontrol altına alınabildiği saptanmış ve

psikososyal tedavilerin de tedavi süreci içine katılmasıyla aileler de bu süreçte yer almaya başlamıştır. Çünkü, hastanın ailesi, yakınları veya bakım verenleri bu tedavi süreçlerine dahil edildiklerinde, hastalık ve tedavisi konusunda bilgilendirilirler. Hastalıkla baş edebilme stratejileri geliştirebilmek için eğitildiklerinde, nasıl baş edebilecekleri konusunda bilgi sahibi olduklarında, hastalığın ve hastanın tedavi sürecini olumlu anlamda etkilemektedirler. (Köroğlu ve Hocaoğlu, 2017).

Bu çalışmada araştırılan bir diğer konu ise, psikoz erkek hasta eşlerinin çocukları ile olan ilişkisinin incelenmesidir.

İnsanın diğer insanlar ile kurduğu olumlu iletişim kabiliyeti, kişi hayatının ilk yıllarından, yani doğum sonrası süreç itibarıyla özellikle aile içi ilişkiler sayesinde gelişmektedir. Bebeklik sürecinde bebeğin çıkardığı anlamsız görülen sesler, zamanla yerini bebeğin taklit yapmasına, ilerleyen süreçlerde de kelimelere ve cümle kurmalara bırakmaktadır. Bebeklik sürecinden sonra ailenin etkisi büyük bir önem teşkil eder ve diğer insanlara karşı iletişim kabiliyetinin geliştirilmesi ve desteklenmesi, erken çocukluk dönemine denk gelir. Çocukların ilgi duydukları, soru sordukları, öğrenmeye çalıştıkları ve gözlem yaptıkları şeylerin anne ve baba tarafından onaylanması, destek verilmesi, çocukların iletişim kabiliyetlerinin olumlu bir biçimde gelişmesine olanak sağlamaktadır. Özellikle çocukların anneleriyle kurduğu ilişki ve iletişimin, çocukların olumlu sosyal iletişim geliştirmelerinde çok önemli bir yeri vardır. Doğum ile birlikte başlayan, anne çocuk arasındaki iletişim, bebeklik döneminde beden dili kullanılarak sözel olmayan bir iletişim tarzı biçiminde devam eder. Bebek konuşmayı öğrendikten sonra ise bu iletişim sesler ve sözcükler şeklinde devam eder. Anne çocuk arasındaki iletişimin olumlu olabilmesi, doğumdan ileriki süreçlerde güçlenen anne ile çocuğun bağlanmasına bağlıdır. Güvenli bağlanma için özellikle ilk süreçlerde anne ile çocuğun beraber vakit geçirmesi ve annenin çocuğun temel ihtiyaçlarını karşılaması güvenli bağlanma için gereklidir (Basit, 2017).

Aile-çocuk ve özellikle anne-çocuk ilişkileri ve iletişimlerinin çocuk açısından gerekliliği ve önemi bu şekildedir. Peki; psikoz erkek hasta eşlerinin; depresyon, umutsuzluk ve anne-çocuk ilişkisini inceleyeceğimiz bu çalışmamızda, ayrıca bir parantez açacak olursak psikoz hastalığının ailede görülme analizi şu şekildedir;

“Aile araştırmalarında, anne veya babadan sadece birinin hasta olması durumunda çocuklarda hastalığın görülme ihtimali % 12,5 – 13,8 iken; her ikisinin de hasta olması halinde bu hastalığın görülme ihtimalinin % 35 – 46 arasında olduğu sonucuna varılmıştır. Anne ve babanın hasta olmayıp, çocuklardan birinin hasta olması halinde kardeşler arasında hastalığın görülme ihtimali % 6,7 – 8,2 olarak belirlenmiştir. Birinci derece yakınlar

arasında hastalığa yakalanma olasılığı normal durumdan 7 ila 10 kat daha fazladır. Herhangi bir hastanın birinci derece yakınları arasında hastalığın görülme olasılığı % 3-10 olarak tespit edilmiştir. Bu noktada ikizler üzerine yapılan çalışmalar önem arz etmektedir. Tek yumurta ikizleri bakımından diğer kardeşin hastalanma oranı % 31 – 78 arasında iken, çift yumurta ikizleri içinse bu oran % 12 – 28 arasında belirlenmiştir. Yapılan hesaplamada kalıtım oranları % 41 – 90 arasında ölçülmüştür. Eş hastalanma oranının tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre çok daha yüksek olmasında, hastalıkta kalıtım faktörünün etkisini göstermektedir. Anne ve babaları hasta olan çocuklarda da, davranış bozukluğu, dikkat eksikliği, hiperaktivite, şizotipal kişilik bozukluğunda artış, uzamsal işlem belleği, yürütücü fonksiyonlarda azalma, fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında yürütücü işlevler sırasında hipofrontalite, amigdala, hippocampus ve üst temporal girusta küçülme, N – asetilaspartat/kolin oranında ve fosfomonoester seviyesinde azalmaya rastlanmıştır” (Ünal, 2015).

Psikoz hastalarının yakınları ile ilgili genel bilgiler ve araştırma kullanılan kavramların açıklamaları bu şekildedir. Bu çalışmada sorun biraz daha daraltılmış ve herhangi bir kurumda, hastanede, klinikte ya da ayakta tedavi gibi yerlerde tedavi gören erkek hastaların, eşlerinde görülebilecek etkilerin ve psikoz erkek hastaların eşlerinin depresyon, umutsuzluk düzeyleri ve çocukları ile olan ilişki düzeylerinin, toplumdaki diğer kadın bireylere göre incelemesi ve karşılaştırılması yapılmıştır. Kadınların eşlerinin psikoz tanısı alması, hastalığın tedavi süreci, semptomların etkileri, psikoz hastasının eşlerinin depresyon, umutsuzluk ve anne-çocuk ilişki düzeyleri araştırılmıştır.

1.1.Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu tez çalışmasında; psikoz tanısı almış erkek hasta eşlerinin, depresyon düzeyi, umutsuzluk düzeyi ve anne çocuk ilişkisinin; hasta olmayan erkek eşlerinin depresyon, umutsuzluk düzeyi ve anne-çocuk ilişkileri ile karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Hastaların eşlerinin depresyon ve umutsuzluk düzeyinin, eşlerinin hastalık durumları ile ilgili olup olmadığının karşılaştırılması hedeflenmektedir. Belirtildiği gibi depresyon düzeyi ve umutsuzluk düzeyinin yanı sıra, yine bu iki guruba (Psikoz erkek hastaların eşleri ve hasta olmayan erkeklerin eşleri) anne-çocuk ilişkisi (anne formu) ölçeği uygulanarak, psikoz erkek hasta eşlerinin çocuklarına olan tutumu, ilişkileri ve ilgilerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Her iki guruba da aynı ölçekler uygulanıp karşılaştırma yapılacaktır. Çalışmada, psikoz erkek hastaların eşleri ile psikoz hastası olmayan erkeklerin eşlerinin; depresyon, umutsuzluk düzeyi

ve anne çocuk ilişkisinin karşılaştırılması yapılacaktır. Yapılacak çalışma sonucunda; psikoz erkek hasta eşlerinin, psikoz hastası olmayan erkeklerin eşlerine göre depresyon, umutsuzluk ve anne-çocuk ilişki düzeyinin daha düşük çıkacağı ön görülmektedir.

Ayrıca, bir diğer hipoteze göre ise, psikoz hastası olmayan erkeklerin eşlerinin, depresyon ve umutsuzluk düzeyi düşük, anne-çocuk ilişki düzeyi ise yüksek çıkabileceği öngörülmektedir. Burada, ayırıcı ve merak edilen nokta; kadınların eşlerinin psikoz hastası olması depresyon, umutsuzluk düzeyi ve çocukları ile olan ilişkilerini etkileyip etkilemediğidir.

Hipotez 1; Eşleri psikoz tanısı almış kadınların depresyon ve umutsuzluk düzeyi yüksektir. Eşleri psikoz tanısı aldığı için; kadınların bununla ilgili başa etme stratejisi düşük ve buna bağlı olarak, depresyon ve umutsuzluk düzeyi, hayattan beklentisi düşük çıkabileceği düşünülmektedir.

Hipotez 2; Eşleri psikoz tanısı almış kadınların anne-çocuk ölçeği norm değerlerinin üzerinde çıkar. Eşleri psikoz tanısı aldığı için kadınların, kendi çocuğuna ilgi, bakım ve sorumluluk düzeyi artacağı için, anne çocuk ilişkilerinde değişiklik olabileceği düşünülmektedir.

Hipotez 3; Eşleri psikoz tanısı almamış kadınların depresyon ve umutsuzluk düzeyi düşük çıkar. (Depresyon ve umutsuzluk düzeyi eşlerinin hasta olmasına değil, günlük problemlerden dolayı düşük çıkabilir). Dolayısıyla, günlük yaşam streslerinden dolayı da, eşi hasta olmayan kadınların da depresyon, ve umutsuzluk düzeyi düşük çıkabilir.

Bu çalışmanın sonucunda psikoz hastası eşlerin, eşlerinin hastalığından kaynaklı depresyon, umutsuzluk düzeyi düşük ve çocuklarına olan ilgi ve sorumlulukların da norm değerlerinin altında çıkacağı düşünüülerek, bu konunun değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu konuda yapılan literatür araştırmaları sonucunda, bazı çalışmaların yapıldığı saptanmıştır.

Bu çalışmalarda, kronik psikoz hastası, şizofreni hastası ve bakım hastalarının aileleri, ailelerinin durumları ve evlilik uyumları ile ilgili çalışılmıştır. Fakat, salt olarak psikoz erkek hasta eşlerinin psikolojik durumları (depresyon ve umutsuzluk düzeyi özelinde) ve çocukları ile olan ilişkisi formatında çalışılmamıştır.

Yapılması planlanan bu çalışmada ise, psikoz erkek hasta eşlerinin depresyon, umutsuzluk ölçeği ve anne çocuk ilişkisi ölçeği uygulanarak, depresyon ve umutsuzluk düzeyi, annenin

çocuğuyla arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Annenin, eşinin hastalık durumundan dolayı çocuğuyla olan ilişkisinde bir farklılığın olup olmadığı saptanmaya çalışılacaktır.

1.2. Sınırlılıklar

1. Bu araştırma Sakarya ili Adapazarı ilçesinde bulunan Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü Psikiyatri Servisi'nde yatan ya da ayakta tedavi gören erkek hastaların, eşleri ile rastgele seçilen hasta olmayan erkek bireylerin eşleri (kontrol grubu) ile sınırlıdır.
2. Araştırma için seçilen bireylerin cinsiyeti kadın ve yaş aralıkları 20 – 45 ile sınırlıdır.
3. Araştırmaya katılanların demografik bilgileri ile ilgili veriler, Demografik Bilgi Formu'nun ölçmüş olduğu özelliklerle sınırlıdır.
4. Araştırmaya katılanların depresyon seviyesi ile ilgili veriler, Beck Depresyon Ölçeği'nin ölçmüş olduğu özelliklerle sınırlıdır.
5. Araştırmaya katılanların umutsuzluk seviyesi ile ilgili veriler, Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin ölçmüş olduğu özelliklerle sınırlıdır.
6. Araştırmaya katılanların anne – çocuk ilişki düzeyine ilişkin veriler, Anne – Çocuk İlişki Ölçeği (Anne Formu) 'nin ölçtüğu özelliklerle sınırlıdır.

Ayrıca; birinci grup, erkek psikoz hastasının eşleri (50 Kişi). Hastaların en az 1 yıldır tedavi görmeleri gerekmektedir. Hastanın psikiyatri servisinde yatışı veya ayakta tedavi görmesi yeterlidir. Yataklı serviste yatanlar ve ayakta tedavi görenlerin eşleri “Eşleri Psikoz Olan Grup” kategorisinde değerlendirilecektir. Burada önemli olan nokta kişinin en az 1 yıldır psikoz teşhisi konmuş olmasıdır, en az 1 yıl psikoz geçmişi olmalıdır. Kronik, ayakta tedavi ve yataklı serviste yatanlar olmak üzere karışık veri alınacaktır.İkinci grup ise, herhangi bir klinik tanı almayan erkeklerin eşleri (50 Kişi). Toplam 100 kişiye bu üç ölçek uygulanacaktır. 100 kadın katılımcının (50 psikoz hastası eşi, 50 hasta olmayanların eşi) yaş aralığı; 20 ile 45 yaş arası çocuğu olan evli kadınlara uygulanacaktır. Bu kriterlerin dışında kalanlar araştırmaya dahil edilmeyecektir.

1.3. Hipotezler

H1: Eşleri psikoz tanısı almış kadınların depresyon ve umutsuzluk düzeyi, norm değerlerinin üzerinde ve eşleri psikoz tanısı aldığı için; kadınların bununla ilgili başa etme stratejisi düşük ve yine buna bağlı olarak, depresyon, umutsuzluk düzeyi ve hayattan beklentisinin de düşük çıkabileceği varsayılmaktadır.

H2: Eşleri psikoz tanısı almış kadınların anne-çocuk ölçeği norm değerlerinin üzerinde çıkabileceği ve eşleri psikoz tanısı aldığı için kadınların, kendi çocuğuna ilgi, bakım ve sorumluluk düzeyi artacağı için, anne çocuk ilişkilerinde de değişiklik olabileceği varsayılmaktadır.

H3: Eşleri psikoz tanısı almamış kadınların da depresyon ve umutsuzluk düzeyi düşük çıkabileceği düşünülmektedir (Depresyon ve umutsuzluk düzeyi, eşlerinin hasta olmasına değil, günlük problemlere bağlı olarak da düşük çıkabileceği düşünülmektedir). Dolayısıyla, günlük yaşam streslerinden dolayı, eşi hasta olmayan kadınların da depresyon ve umutsuzluk düzeyi yüksek çıkabileceği varsayılmaktadır.

2. KAYNAK TARAMASI

2.1. Psikotik Bozukluklar

2.1.1. Psikotik Bozuklukların Tarihçesi

Psikotik bozukluklar arasında yer alan şizofreniyi bilimsel anlamda ortaya çıkartan kişi Emil Kraepelin'dir. Emil Kraepelin'den önce ise; paranoid, grandiyöz ve sanrılar ile beraber diğer bilişsel bozukluklar ve karakter bozuklukları eski Yunan döneminde de bahsedilmiştir. Kraepelin ayrıca, Morel'in tanımladığı "*Dementia Praecox*" yani "*Erken Demans*" terimini geliştirerek 1896 yılında "*Dementia Praecox*" tanısını ortaya çıkarmıştır. Bu tanımlama "*Erken Demans*" tanımlamasının biraz daha genişletilmiş hali olan, daha genç yaşta ortaya çıkan ve bunama semptomlarının belirlediği bir bozukluğu ortaya açıklamaktadır. Emil Kraepelin'in bu "*Dementia Praecox*" tanımlamasında, bu hastalığın semptomlarından "*Bunama*" problemi geçirmeyen grubu "*Paronia*" (Paranoya) olarak tanımlamıştır. Kraepelin, farklı bir grup hastada ise episodik süreç ile beraber ara dönemde fonksiyonelliğin normal sürdüğünü fark etmiş ve bu gruba "*Manik Depresif*" psikoz ismini tanımlamıştır. Şizofreni terimini ilk kullanan kişi Eugene Bleuler'dir. Semptomlarda, birinci ve ikinci terimiyle Emil Kraepelin'den farklı bir tanım ortaya koymuştur. Birinci semptomlar; çağrışımlarda problem, otistik davranış ve düşünce, normal dışı duygu durum ve ambivalanstır. İkinci semptomlar içindeyse hezeyan ve varsanılar bulunmaktadır. Ayrıca; Bleuler, şizofreninin semptom çeşitliliği ve farklı klinik görünümlere karşın etiyolojik ve fizyopatolojik olarak tek bir hastalığın var olduğu tezini ileri sürmüştür. Bu bağlamda henüz belirlenemeyen bir nörofizyolojik problem düşünce, duygu durum davranış gibi hususları negatif bir biçimde etkilemektedir. Kişisel ve çevresel faktörlere bağlı şekilde bu nörofizyolojik problem; hezeyan, varsanı, sosyal geri çekilme ve duygu durumdaki durağanlık gibi tali hastalık görünümlerine sebep olmaktadır. Devam eden zamanda, Şizofreni teriminin gelişimine katkı sağlayan diğer isimler Kretschmer, Schneider, Jaspers ve Meyer olmuştur. (Ünal, 2015).

Bilinen psikiyatri tarihinde, psikoz hastalarında sürekli görülen semptomlara ve tanımlamalara rastlanılmıştır. Geçmiş zamanlarda, grandiyöz ve paranoid hezeyanlar, bilişsel işlevsellikler ve kişilikte görülen problemler ve sendromlar tanımlanmıştır. Tarihten örnek verirsek; psikoz hastaları, orta çağdaki skolastik düşüncenin en üzücü örneklerinden olmuşlardır. Emil Kraepelin 1874'de bu hastalığı "*Dementia Praecoxe*" kavramı adıyla ortaya çıkardı. 1911'de Eugen Bleuler ise schizo - phrenia (zihin bölünmesi) kavramı ile terimi geliştirerek psikiyatri literatürüne katkı sağladı. Günümüz psikiyatri, dünyasında ise şizofreni

hastalığı klinik bir bozukluk olma durumunu korumaya ve psikolojik, biyolojik ve çevresel, sosyal faktörleri bünyesine alan geniş bir tıbbi model olarak değerlendirilmeye devam etmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda; psikotik bozukluk yaşayan hastaların, birinci dereceden akrabalarında psikoz, şizofreni ve bu tür hastalıkların görülme olasılıklarının oldukça yüksek olduğu tespit edildi. Şizofreniyi kapsamlı bir şekilde araştırıp analiz etmek, organik etkileri belirlemek ve tedavisi ile rehabilitasyonu gerçekleştirmek için, molekülerden psikososyal düzeye kadar olan faktörleri birleştirecek geniş bir tıbbi modele ihtiyaç duyulmaktadır. (Yavuz, 2008).

Ayrıca; yine Kraepelin, 1899 senesinde, o zamana kadar *dementia praecox*, hebefreni ve katatoni kavramlarını ayrı ayrı analiz etmiş, bozuklukların, genç yaşta başlaması ve sonlanması durumunda kognitif ve duygusal alanlarda yarılmaların olması gibi iki temel ve ortak unsuru barındırmalarını dikkate alarak, esasında sadece bir hastalığın söz konusu olduğunu, bu hastalığın da yüksek bir ihtimalle özel bir anatomik patolojiye bağlı olduğunu, klinik özellikler yönünden toplu olarak “*dementia praecox*” (erken bunama) kavramı adı altında bir araya getirilmeleri gerektiğini savunmuştur. Bu klinik çerçevede ana özellikler, varsanılar, hezeyanlar, düşüncenin temelinde problemler, enkoherans, afektif küntlük, olumsuzluk, stereotipiler ve iç görü bozulmasıdır. Kraepelin bu geniş kabul gören kapsamlı “*şizofreni*” tanımlamasında, bu bozukluğun başlangıç ve sonlanışını yorumlamış ve hastalığın sınırlarını manik depresif psikozdan ayrı olarak tanımlamıştır. Araştırmalarını sürekli güncelleyen Emil Kraepelin, ruhsal hastalıkları, nasıl bittiğine göre, yıkım gösterenler (*dementia praecox*) ve göstermeyenler (*manik-depresif psikoz*) olmak üzere iki ana başlıkta açıklayarak ise *dementia praecox* terimini tanımladığı çerçeveyi; hebefrenik tip, katatonik tip ve paranoid tip olarak üç sınıf altında sınıflandırmıştır. Bu arada Kraepelin, paranoid tip *dementia praecox* kadar kötü bir son göstermeyen bazı sanrılı vakaları parafreni, hiçbir zaman varsanı belirtisi olamayan, ileri derecede sistemli bir şekilde hezeyanları olan ve bitişi itibari ile yıkımın görünmediği hastaları da “*paranoia*” olarak sınıflandırmıştır (Soygür ve Erkoç, 2007).

Eski dönem Sanskrit yazmalarında ve Hipokrat okulu başlısı eski Yunan doktorlarının yazılarında psikotik türde semptom gösteren psikiyatrik hastalıklarının tanımlandığı belirtilmektedir. 17. asırda Willis’in, 18. asırda Pinel’in bu hastalığı hemen hemen tanımladıklarına dair yazıları mevcuttur. 18. asrın ilk yıllarında İngiltere’de John Halsam, George Man’ın gençlik çağında başlayan iç kapanma, düşünce problemi ile belirli olarak tanımladıkları ve bir isim veremedikleri iç kökenli (endojen) problemin şizofreni ya da diğer psikoz türlerinden biri olduğu düşünülebilir. Morel’in 1860 yılında kullandığı “*Dementia Praecox*” (erken bunama) teriminden sonra Hecker 1871’de “*Hebefreni*” terimini ve

Kahlbaum ise 1874’de “*Katatoni*” terimini tanımlamıştır. Ünlü Alman psikiyatrik doktor Kraepelin 1896’daki “*Dementia Praecox*” tanısı bu iki hastalığa ek olarak paranoid ve basit tiplerinin eklenmiş halidir ve bunların tümüne verilen terimdir. Emil Kraepelin bu teriminde, hastalığı “*erken başlama*” ve “*bunama*” olarak açıklamıştı. İsviçreli Eugen Bleuler ise, “*Dementia Praecox veya Şizofreniler Grubu*” adlı kitabında, Kraepelin’in belirttiği gibi hastalığın genç yaşlarda başlamasının ve bunama ile devam etmesinin zorunlu olmadığını tespit ederek yeni bir çığır açtı. Bu sendromda bireyin psikiyatrik halindeki probleme (schisme) önem vererek “*schizofrenia*” yani zihin bölünmesi, yarılanması terimini önerdi ve zamanla bu terim kabul görmüştür. Şimdiki psikiyatri literatüründe “*Dementia Praecox (Erken Bunama)*” terimi kullanılmamaktadır. Bleuler, şizofreni belirtilerini temel (birincil) ve tali (ikincil) olarak sınıflandırmıştır. Düşünce bozukluğunun en önemli temel belirti olduğunu ve bu belirtinin de çağrışım (assosiasyon) bozuklukları ile birlikte olduğunu ortaya çıkarmıştır. Diğer temel belirtileri affektif problemler, otizm ve ambivalans olarak sunmuştur. Bleuler, “*4A Semptomları; Assosiasyon, Affekt, Otizm (Autizm) ve Ambivalansı içerir. Tali (ikincil) semptomlar arasında ise halüsinasyon ve sanrılar*” şeklinde ifade eder” (Eren, 2006). Kişilerarası “*interpersonal*” psikoanalitik okulunun kurucusu olan Harry Stack Sullivan, toplumsal yalıtımın psikozun hem bir nedeni, hem de bir semptomu olduğunu savunmuştur. Gabriel Langfeldt kuramsal analizlere girmek yerine, gözlemsel deneyler doğrultusunda, bazı ölçütler tanımlamıştır. Dönemin bir başka bilim insanlarından Langfeldt ise; bu bozukluğu, gerçek şizofreni ve şizofreniform psikoz olarak ikiye ayırarak tanımlamıştır. Gerçek şizofreni tanımlamasını gizli bir başlangıç, otizm, duygusal katılık, depersonalizasyon, derealizasyon semptom ve bulgular olarak ifade etmiştir. Ayrıca Langfeldt’den sonra yapılan araştırmalarda gerçek şizofreni; “*çekirdek şizofreni*”, “*süreç (process) şizofreni*” ya da “*remisyona girmeyen şizofreni*” olarak da ifade edilmiştir. Kurt Schneider, şizofrenide birinci sıra semptomlar olarak, dört adet belirti olduğunu ortaya çıkarmıştır. İfade ettiği semptomlar şu şekildedir; düşünce yayılması, düşünce sokulması, tartışan ve yorum yapan sesler olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlamalar sadece şizofreniye ait semptomlar olmadığını, fakat bunların tanı koymada pragmatik önemlerinin yüksek olduğu üzerinde durmuştur. Ayrıca Schneider, ikinci sıra semptomlara da tanı konulabileceğini belirtmiştir. Freud da şizofreniyi, “*birincil özseverlik (narsisizm)*” dönemine gerileme sonucunda ortaya çıkan, bir klinik çerçeve olarak ele almıştır. Diğer psikanalistler ise, şizofrenin içeriğinde doğuştan yapısal bir yatkınlık, ego zayıflığı ve birincil narsistik sürece çok hızlı gerileyebilme eğiliminin olduğunu ifade ederler. Böyle bir duygusal ve psikiyatrik

durumda sosyal yaşam ilişkilerinde küçük büyük incinmeler, bu gerileme eğilimini tetikler (Eren, 2006).

Günümüz psikiyatri literatüründe şizofreninin ve diğer psikoz türlerinin klinik çerçevesi içinde dahil olan bir çok semptom ve bulgunun çok eski zamanlara dayandığına dair bir çok yazılı belge vardır. Modern bilimden öncesinden örneklerle şu şekilde açıklanabilir; M.Ö. 1400'lü yıllardan günümüze ulaşmış, Hint Veda yazılı kaynaklarında, özellikle ağır bir gidiş sergileyen şizofreni tanısı alan bireylerde karşılaşılan bazı semptomların ayrıntılı olarak anlatıldığı tespit edilmiştir. Söz konusu metinlerde çıplak gezen, kişisel bakımı yok denecek kadar az olan, hayatlarını şaşkın ve amaçsız bir şekilde sürdüren ya da manevi hayat ve din ile ileri derecede vakit geçiren, kendini Tanrı ya da çok büyük insan üstü bir güç zanneden, zehirleneceğinden, öldürüleceğinden korkan, yeni bir tufana ya da felakete sebep olmamak için işlemeyi reddeden insanlardan ve bu tarz örneklerden bahsedilmiştir. Bu örneklerin dışında birçok örnek mevcuttur. Örneğin; eski dönemlere ait Çince metinlerde, Tevrat'ta ve Talmut'ta ve eski Yunan mitolojilerinde de şizofrenide ve diğer türlerinde rastlanılan davranışlara ve belirtilere değinildiği belirlenmiştir. Eski Yunan doktorları, hezeyanlar, karakterdeki yarılmalar ve kognitif fonksiyonlara dair farklı tanımlamalar yapmışlardır. M.Ö. 400'lü yıllarda, psikiyatrik hastalıklar ilk defa Hipokrat tarafından tıpla alakalı bir durum olarak araştırılmış ve ifade edilmiştir. Hipokrat, psikiyatrik problemlerin vücut sıvılarındaki dengesizlik sebebiyle ortaya çıktığını savunmuş ve bunun kanıtı olarak da, konfüzyon (bilinç bulanıklığı) olan hastalarda gözlemlenen kusmaları göstermiş ve tedavi için çeşitli hijyen ve diyet uygulamalarını uygun bulmuştur. Roma Dönemi'nde çeşitli terimler ile ifade edilen akıl, ruh veya psikiyatrik hastalıklar "*delirium*" olarak tanımlanmıştır. M.S. birinci asırda Kapadokyalı doktor Arateus'un ve M.S. ikinci asırda doktor Soranus'un metinlerinde bugün psikoz olarak tanımlanabilecek bazı vakalar açık bir ifade ile belirtilmiştir. Romalı hekim Galen ise (M.S.130-200), tıp ve psikiyatri ya da ruhbilim arasındaki bağlantıyı en çok bir araya getiren doktor olarak ifade edilir. Anadolu'da Asklepion'da tedavi gören hastalar haricinde, Eski Yunan tarihinde ve Roma tarihinde ruhsal ya da psikiyatrik hastalıkların tedavisinde bir toplumsal sorumluluk alındığı gözlemlenmemiştir. Yüksek düzeyde psikiyatrik problemi olan bireyler, yakın çevrelerince evlerinde kapalı tutulmuş, o tarihteki tabiriyle "*delilik*" doktorlar tarafından değil yasalar tarafından yorumlanan bir sorun olmuştur. Ortaçağ'da Avrupa'da psikiyatrik hastalığı olan bireyler ruhunu şeytana bırakmış kişiler olarak işkencelere ve cezalara maruz kalmışlar, canlı canlı yakılmışlardır. Din ile ilgili yetkili kişiler, psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin cezalandırılması için kitaplara metinler yazmışlardır. Henrich Instoris ve Jacob Sprenger adlı iki din görevlisi tarafından kaleme

alınan “Şeytanın Çekici (Malleus Malleficarum)” adlı kitabın yazılış tarihi 1497 yılıdır. Bu kitap Avrupa’da on yedinci asrın sonuna kadar resmen bir ceza yasası gibi yürürlükte kalmış ve kabul görmüştür. 18. asrın sonlarında ise aydınlanma döneminin başlayışına kadar, psikiyatri hastaları, korkulan, uzak durulan, kapatılan, toplum tarafından kabul görmeyip dışlanan bir tarafta olmuşlardır. İngiltere’de halk hafta sonları Bethlem Hastanesi’nde tedavi gören psikiyatri hastalarını, bir sirk gösterisinde sahneleniyorlarmış gibi eğlenmek için “*delileri*” izlemeye gittiği olmuştur. Avrupa’da durum böyle iken, aynı zamanlarda İslam coğrafyasında doktorlar Yunan Tıbbı’ndan yola çıkarak psikiyatri hastalarına karşı hoşgörülü bir anlayışı benimsemişlerdir. Örneğin; Kudüs ve Bağdat gibi kentlerde sekizinci asırdan itibaren psikiyatri hastaları için hastaneler inşa edilmiş, İbn-i Sina’nın doktorlar için temel başvuru kitabı olan “*Kanun*” adlı eserinde on iki farklı psikiyatrik hastalığı ifade etmiştir. Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde ise Anadolu’da kurulan Bimarhaneler, psikiyatri hastalarına bakım veren ve tedavi uygulayan merkezlerdendir. 17. Asırda Thomas Willis’in ifade ettiği küçüklüğünde yüksek bir zeka ve parlak bir zihin gösteren bazı bireylerin, ergenliklerinde sarsaklık ve duygusal katılık içine girdiklerini belirttiği yazısı, dışında şizofreninin tanı, tedavi ve araştırma yöntemlerine dair ilerici adımlara 17. Yüzyılda rastlanılmadığı ve on sekizinci yüzyılda atılmaya başlandığı söylenebilir. Bu yıllar, Fransa’da Philippe Pinel’in 1793’de psikiyatri hastalarının zincirlerini çözmüş ve modern bilimsel psikiyatrinin başlangıcını oluşturmuştur. Fransız psikiyatri doktoru Dominique Esquirol, “halüsinasyon” kavramını ve “*monomani*” terimini ortaya çıkarmış ve 1838’de yayımladığı kitabında bu konuları açıklamıştır. 1849’da, İngiltere’deki Hanwell Hastanesi çalışanı John Conolly, devamlı olarak takip ettiği hastalık tablosuyla ilgili, “*Genç hastaların bazıları, gerçek anlamda bir üzüntüleri, ciddi bir derterleri olmamasına rağmen melankoli benzeri bir psikolojik düşkünlükte oluyorlar. Herhangi bir şeyle uğraşmıyorlar, hayata katılmadan yaşıyorlar. Aptalca, duygusuz, isteksiz, tutkusuz; tüm ümitleriyle beraber yaşama güçleri kaybolmuş gibi, sebebi anlaşılmayan ve hiç kimseye tanıdık gelmeyen bir haldeler*” (Conolly, 1849) şeklinde açıklamıştır. Morel, 1856 yılında çıkardığı kitabında “*Demenceprecoce*” terimini ilk kullandığında, 14 yaşındaki bir erkek hastasında kognitif bozulmayı ayrıntılarıyla ifade etmiştir. Ewald Hecker 1871 yılında “*Hebephrenie*” kavramını kullanarak klinik çerçeveyi gençlik dönemi ile bağdaştırmıştır. Yine aynı dönemde; Laseque, kötülük görme hezeyanlarını, 1874’de ise Karl Kahlbaum “*Katatoni*” kavramını tanımlamıştır. Thomas Clouston’un, 1891’de ergenlik ile birlikte süregelen bu davranış problemlerini “*insanity of pubescence*” ve “*hereditaryinsanity of adolescence*” olarak ifade etmiştir (Soygür ve Erkoç, 2007).

2.1.2. Psikotik Bozuklukların Tanımı

McGrath, son yıllarda psikoz epidemiyolojisinde ciddi gelişmelerin meydana geldiğini ileri sürmektedir. Söz konusu gelişmelerin psikotik sorunlarla alakalı genel kabul görmüş olan, belki de temel başvuru kaynaklarında bulunan materyalleri değiştirecek derecede etkili bilgiye sahip olduğu iddia edilmektedir. Saha ve arkadaşlarına göre bu gelişmelerin altı başlık altında açıklanması mümkündür. İlk olarak, önceki araştırmalarda şizofrenin ya da psikoz türü hastalıkların hayat boyu yaygınlığı her toplum için % 1 olarak açıklanmıştır. “Ancak 1960 ile 2000 yılları arasında 46 ülkede yapılan araştırmaların sonunda elde edilen veriler neticesinde hayat boyu yaygınlık tahminlerinin geniş bir aralık boyunca (1000 kişi arasında 4,6 ile 9,2 oranı), heterojen bir dağılım özelliği gösterdiği belirlenmiştir” (Binbay, 2010). Yine Perala ve arkadaşlarının tam örneklem bilgisine dayanan bir Finlandiya araştırmasına göre de insanların yaşamına farklı şekillerde etki eden psikotik sorunların (şizofreni ve diğer psikotik hastalıklar, affektif psikozlar, madde kullanımı veya tıbbi durumdan kaynaklanan psikotik bozukluklar) toplumun %3.5’ini etkilediğini ortaya koymuştur. İkincisi, psikoz sıklığı (insidans), nüfus özelliklerine göre (örn; cinsiyet, göçler vb.) farklılık arz etmektedir. Üçüncüsü, psikozların kentsel ve kırsal yerlerin sahip olduğu özelliklere göre, hatta kentlerin mahallelerine göre dağılım sergilemesi yüksek niteliğe haiz veriler sayesinde artık daha iyi bilinen bir bulgu haline gelmiştir. İçeriği hala ön açıcı varsayımlarla sınırlanmamış da olsa kentsel bölgelerde psikozlar için orta büyüklükte bir risk faktörü olduğu söylenebilir. Diğer taraftan aynı şekilde kentteki mahallelerde psikoz dağılımına etkide bulunan etnik yoğunluk datası (etnik azınlık grubunda rastlanan psikoz oranının, nüfus açısından daha düşük bir bölümünü meydana getirdikleri mahallelerde daha fazla olması) toplumsal tecrit, toplumsal yönden kaybeden durumunda olma vb. hipotezlerle ilerideki çalışmalar için yeni sosyal çevre varsayımlarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Dördüncüsü, klinik anlam taşımayan psikoza benzer problemler psikotik problemlere nazaran, bir psikozun devamı olduğunu gösterecek biçimde toplum genelinde daha fazla yaygındır. Beşincisi, göçe bağlı faktörler, özellikle de şizofreni, psikotik problemlerde bazı özel etkilere sahip olup bu etki daha çok ikinci kuşaktakileri ve yüksek ölçüde ayrımcılığa maruz kalan göçmenleri tehdit altına almaktadır. Altıncısı, erkeklerde psikozun gelişme riski kadınlara oranla açık şekilde daha fazladır. Yeni analizlerin önemli bölümünün Batı Avrupa ve gelişmiş ülkeler kaynaklı olması da, Türkiye’deki psikotik problemler üzerine var olan epidemiyolojik verinin kontrol edilmesini gerekli hale getirmektedir. Yine de yapılan çalışmalarda sınırlı da olsa Türkiye yönünden bazı önemli bilgilerin bulunduğu söylenebilir. “20 yıl kadar önce yayınlanan bir

araştırmada, 1950 ile 1980 yılları arasında yatan hastalarda %20'den %60'a artan ve özellikle erkeklerin başvurusunun gözle görüldüğü psikotik bozukluk değerleri sergilenmiştir. 1980 yılından evvel hem kırsal hem de yarı-kentsel alanlarda gerçekleştirilen çalışmalarda, psikotik problemlerin yaygınlık ortalaması 1000 kişide $4,4 \pm 2,8$ (2,3-7,0) şeklinde belirlenmiştir” (Küey ver ark. 1987). Ayrıca Avrupa'daki Türkiye kökenli göçmenler arasında, sosyal bakımdan dezavantajlı konumdaki diğer göçmenlere oranla daha düşük seviyede psikoz riski belirleyen çok sayıda çalışma vardır. Fakat, ülkemizde şimdiye kadar psikoz epidemiyolojisi konusuna odaklanan gerek geçmiş çalışmalar gerekse de uluslar arası çalışmalarla karşılaştırmalara imkan sunacak az sayıda araştırma yapıp yayımlanmıştır. Diğer taraftan bir tanının hız dataları (örn. sıklık veya yaygınlık) hastalığın genel özellikleri ile alakalı önemli bilgileri temin ederken ayakta yahut yatarak tedaviye başvurular dâhilindeki sayılar hastalığın genel sosyo demografik faktörleriyle alakalı olma mecburiyetinde değildir. Hastaneye yapılan başvurulara göre oranların genellenebilmesi düşük olup yaygınlık veya sıklık çalışmalarının yerini alamazlar. Fakat, başvuruda bulunanlar, söz konusu hastalığın yaygınlığı, sosyo demografik ve klinik faktörlerine ilişkin bazı bilgileri sunabilir. Ayrıca hastalıkla ilgili başvuru özelliklerinde görülen dönemsel eğilimler de karşılaştırmalar yapma fırsatı verebilmektedir. Bu sebeple tedavi için yapılan başvurudaki oran, genel topluma ilişkin verinin yetersiz olduğu hallerde hastalık epidemiyolojisini bir nebze yansıtan bilgileri verebilir. (Binbay vd. , 2010).

Ayrıca tanımsal şizofreni, genelde gençlik çağında ortaya çıkan, gelişim ve sonlanması hastaya göre farklılık gösteren, psikiyatrik durumun bütün bölgelerinde semptom ve bulgular sergileyen, etiyojisi halen tam anlamıyla belli olmayan ve büyük oranda yetinin yıkılmasına neden olan bir tür toplum sağlığı problemidir. Şizofreni her toplum açısından en yaygın rastlanan psikiyatrik bozukluklardan biri olmasına rağmen sıklık ve yaygınlık konusundaki araştırmalar değişkenlik arz eder, icra edilen araştırmalarda yıllık yaygınlığı % 1, ömür boyu yaygınlığı ise % 1,5 olarak tespit edilmiştir. Epidemiyolojik araştırmalarında ise hem kadın hem de erkeklerde görülme yaygınlığı eşit çıkarken, başlangıç döneminin erkeklerde kadınlara oranla daha erken görüldüğü, en fazla sıklığın bekârlarda olduğu ve sosyoekonomik olarak düşük seviyeli ailelerde şizofreninin görülme sıklığının arttığı belirlenmiştir. Etiyolojik açıdan ise; obstetrik anomali ve intrauterin enfeksiyonlar, genetik, nörogelişimsel ve nörodejeneratif kuramlar ile nörotransmitter kuramlara önem verilmektedir. Çin'de 2007 yılında, şizofreni tanısı konulan 542 yatan hastanın, klinik ve demografik özelliklerinin cinsiyete dayalı karşılaştırılmasıyla gerçekleştirilen bir araştırmada, hastalığa erkeklerde daha

erken dönemlerde rastlandığı, az sayıdaki bir kısmının paranoid tip gerekçesiyle başvuruda bulunduğu, daha yüksek dozlarda antipsikotik ilaç kullandığı, atipik antipsikotik ilacı ise daha az sıklıkta kullandığı, sigarayı daha fazla içtiği, çoğunun bekar veya yalnız başına yaşadığı, pozitif belirtileri daha az sergilediği, genel psikopatoloji puan seviyelerinin daha düşük olduğu, anksiyete ve depresyon alt taban puanlarının daha düşük olduğu belirlenirken, kadınlarda hastalığın çoğunlukla geç dönemde başlamış olduğu (≥ 45 yaş) tespit edilmiştir. Şizofreni klinik yönden, kendine has düşünce ve algı problemleri, motor anomaliler, bilişsel problemler, avolüsyon ve apati, kısıtlanmış duygusal dışa vurum ve iletişimde zorlukları içeren bulgu ve belirtilerle kendini göstermektedir. Sıradan fonksiyonlarda aşırılık veya çarpıklık şeklinde bilinen olumlu semptomlara; hezeyan, halüsinasyon, konuşma güçlüğü ve davranış bozuklukları girmektedir. Sıradan fonksiyonların azalması veya kaybedilmesi biçiminde tanımlanan olumsuz semptomlar ise; duygusal reaksiyonlarda azalma, aloji, avolüsyon, toplumsal geri çekilme tarzında görülmektedir. Şizofreni, genel itibarıyla alevlenme ve remisyonlar yoluyla devam etmektedir. Hastalığın uzun vadede seyri ve sonlanmasını kestirebilmek zor olmakla beraber; hastalığın semptomları, hastaneye yatma miktarı ve süresi, toplumsal uyum, kognitif beceriler, öz kıyım meyilleri, şiddetin görüldüğü davranış belirtileri, genel sağlık durumu vb. belirtiler uzun vadede bizlere hastalığın seyriyle alakalı öngöründe bulunma imkânı sunabilmektedir. Gerçekleştirilen araştırmalarda iyileşme oranı % 10-60 arasında değişmekle beraber, tüm hastaların yaklaşık % 20-30'unun rutin hayatını sürdürebildiği düşünülmektedir. Bu araştırmadaki amaç ülkemizde ve dünya genelinde şizofreni hastalığıyla alakalı icra edilen güncel çalışmaları taramak ve gelişmeleri ortaya koymaktır (Kocal vd., 2017).

Wunderink ve Kaymaz ise, psikoza duyu ve düşüncenin büyük ölçüde bozulduğu zihin durumu olarak açıklıyor. Bu durum; kendini, çevreyi ve gerçekliği görme ve anlamının, kendi hislerinin ve düşüncelerinin tamamen değiştiği bir ruh halidir. Bu değişikliğin, gerçekliği yaşama bozukluğu diye de tanımlanmasının nedeni çevreye uyumu zorlaştırmasındandır. Hasta, kendisiyle beraber gerçekliği de normalden farklı şekilde görür. Psikoz esnasında görülen belirtileri, psikotik semptomlar olarak da isimlendirebiliriz. Psikozun en önemli belirleyicileri ise; hezeyanlara ek olarak dağınık konuşmalar, katatonik ve kompleks davranışlardır. Psikoz tanısı alan hastalar, mantıklı düşünce ile değiştirilemeyen, gerçeğe uymayan, bir kültür içinde kabul edilemeyen, direnen bir inanış şekline sahiptirler. Çevrelerinde herhangi bir uyarıcı olmadığı halde bir algılama oluşturarak çeşitli hezeyanlar içine girebilir ve bunları gerçek gibi yaşayabilirler. Konuşma biçimleri anlaşılmaz ve kopuk cümlelerden oluşabilir. Uğraşları tamamen yönsüz, hedefsiz ve isabetsizdir, yaptıklarında

hiçbir çizgi görülemez. Bazı davranışlarını hiç anlamı olmayan bir şekilde tekrarlayabilirler. Bu hastalıklara seyrek rastlanmaz. Nüfusun % 0,5 – 1'inin ömründe en azından bir defa psikotik atak geçirdiği epidemiyolojik araştırmalarda tespit edilmiştir. Hastalık, hastanın kendisi ve çevresi için korkutucu olmasının yanı sıra, suisid riski taşıdığından da acil şekilde tanısı konmalı ve tedaviye başlanmalıdır. En önemli kayıplar, sosyal iletişim ve mesleki ilişkilerde yaşanmaktadır. İlk psikotik semptomların başlamasına ilk atak adı verilir. Genellikle ilk atak psikozun 14 - 35 yaşları arasında görüldüğü tespit edilmiştir. Üçte ikisi, hastalığın ilk beş yılında olmak üzere, psikozlu her on kişiden birinin intihar ettiği belirlenmiştir. Tedavi için yardım almaya başlama ilk belirtilerden yaklaşık iki yıl sonrayı bulabilmektedir. Tedavide gecikmenin nedenleri, ilk semptomların gözden kaçması ve çevre tarafından hasta olduğu için dışlanması kaygısıdır. Aslında birden çok semptomun, kişide önceden beri hafif haliyle var olması olasıdır. Genellikle bu tür erken uyarı işaretleri zor ve geç fark edilir. Pek çoğunda yakınında bulunanlar, psikoza girmeden çok önce de tuhaf davranışlarının olduğunu sonradan fark eder. Bu davranışlar zamanında yanlış anlaşıldığından ve ergenlikten yetişkinliğe geçiş dönemine, madde bağımlılıklarına veya hastanın kişisel özelliklerine yorulmuştur. Psikoz farklı patogenezi bulunan hastalıklarda karşılaşılan ortak bir klinik durumudur, kendi başına bir hastalık değildir, DSM IV'e göre bu hastalıklar şunlardır: *“şizofreni, şizoaffektif Bozukluk, Sanrısız Bozukluk, şizofreniform Bozukluk, Paylaşılmış Psikotik Bozukluk, Kısa Psikotik Bozukluk, Madde kullanımının yol açtığı Psikotik Bozukluk, Genel bir tıbbi duruma bağlı Psikotik Bozukluk, Başka türlü adlandırılmayan Psikotik Bozukluk”* (Genç, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 yılı analizlerine göre yeti yitimine bağlı kaybedilen yıl sıralamasında, her iki cinsiyette hastalık ilk 10 sıra içerisinde yer aldığı tespit edilmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi kapsamında 2004 yılında çıkardığı Hastalık Yüğü Raporu'na göre ise, ülkemizde yine yeti yitimine bağlı kaybedilen yıl esas alındığında şizofreni 9, bipolar duygudurum bozukluğu ise 19. sırada yer almaktadır. Şizofreni ve bipolar bozukluk genellikle ülkeler ve toplumlar arasında çok yüksek yaygınlık farkı göstermemektedir. *“Birçok farklı ülkeden analizlerin bir araya getirilerek yapıldığı bir meta analiz araştırmasında, şizofreninin yaşam boyu görülme oranının 4,6 – 9,2 / 1000 olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde benzer bir araştırmada ise hayat boyu görülme oranı şizofreni için 8,9 / 1000 olarak tespit edilmiştir. Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı ile ilgili yapılan araştırmalarda ise % 0,5 – 1,6 arasında oranlar belirlenmiştir. Psikotik bozuklukların etiyolojisini ve fizyo patolojisini anlamaya yönelik birçok çalışma*

yapılmış olmasına rağmen, henüz bu alanda kesin bir sonuca varılamamıştır. Bununla beraber, genetik epidemiyoloji çalışmalarında psikiyatrik hastalıkların yüksek oranda kalıtılabilir olduğu tespit edilmiştir. Şizofreni için tahmin edilen kalıtılabilirlik yüzdesinin % 70 – 90, bipolar bozukluk için ise % 60 – 80 olduğu belirlenmiştir. Genel olarak tüm psikiyatrik hastalıkların karmaşık bir kalıtım kalıbı ile bir sonraki nesile aktırıldığı ve birçok sosyal etkene maruz kalma sonucunda hastalık semptomlarının ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Psikiyatrik hastalıkların genetiğini araştıran çalışmalar son 20 yıl içerisinde gittikçe artmakta ve heyecan verici sonuçlar elde edilmektedir” (Sönmez, 2012).

2.2.1. Depresyon Tanımı ve Tarihçesi

Depresyon esasında bir nevi mutsuzluk ve keyifsizlik hastalığıdır. İnsanlar kendisini üzgün, karamsar ve isteksiz hissederler. Önceleri basit olarak görülen işler kişinin gözünde büyümeye ve zor görünmeye başlar. Depresyona giren kişinin kendine olan güveni azalır. Dikkatin verilmesi, bir filmin baştan sona seyredilmesi ve gazetede bir köşe yazısının okunması güçleşir. Dalgınlık ve unutkanlık baş gösterip, basit kararların verilmesi zorlaşır. Depresyon hastaları kendilerinde eski kuvvetlerini bulamadıklarını, kendilerini cansız, halsiz hissettiklerini ifade ederler. Uykuya dalamama, geceleri sık uyanma, sabah erkenden uyanma, sabahleyin dinlenmemiş olarak uyanma veya çok uyuma şeklindeki uyku problemleri görülür. Genelde iştahsızlık baş gösterir ve kilo verilir fakat ara sıra sıkıntıdan fazla yemek yeme de görülebilir. Ölüm düşüncesi, hayatta olmayan yakınlarını daha çok hatırlama, hastalıkla alakalı kaygılar ve ölüm korkusu yaşanabilir. Depresyon sırasında fiziki problemler de artış gösterir. Düzenli olarak seyreden tansiyon kontrol edilemez seviyeye gelir, kan şekerinde düşüşler ve yükselişler ortaya çıkar. Genellikle kronik hastalıkların ilk çıkış noktası depresyon zamanlarındadır. Yapılan çalışmalara göre kalp krizi geçiren kişilerde, tabloya depresyonun eklenmesi halinde hastaların kalp problemlerinin, ikinci bir krizle karşılaşma riskini arttırmaktadır. Yani depresyon, kronik bir hastalığın seyrini kötüleştirebilmekle beraber kronik bir hastalıktan dolayı da depresyon tetiklenebilir. Sağlığını kaybetmek, hastalığın kısıtlarına katlanmak zorunda kalmak depresyona neden olabilmektedir Kimi zamanda depresyon hastalıktan kaynaklanan etkilerle alakalı olabilmektedir. Örneğin, hipertiroid gibi hastalığa yol açan hormonlar depresyona neden olabildiği gibi tansiyonun yüksek olmasından dolayı kullanılan bazı ilaçlar da depresyonu meydana getirebilir. Konuyla alakalı dikkate değer başka bir durum da diyabet ve hipertansiyon benzeri hastalıklara depresyonda bulunan

bireylerde daha fazla rastlanmasıdır. Bu sebeple her iki grubun doktorları diğer hastalığı da çok fazla görüyor (Mete, 2008).

Bibring, depresyonun psikopatolojisi konusunu ego kavramı bağlamında açıklamıştır. Bu açıklamaya göre, “*Bireylerin tamamının güçlü ve özsaygısı yüksek özelliğe sahip, çevresiyle uyumlu ve değerli görünmek için gerçekleştirme gereği duyduğu beklentileri bulunmaktadır*” (Bibring, 1953). Depresyon bahse konu edilen beklentilerin sekteye uğratılarak güçsüz ve çaresiz duruma gelme halidir. Söz konusu beklentiler aşağıdaki adımlarda geçer:

1. Değerli, çevresi tarafından sevilen ve aranan biri olmak; değersiz görünmemek,
2. Güçlü, üstün ve güvenilir olmak; zayıf ve güvenilmez olmamak,
3. Çevresini seven ve iyi olmak; agresif ve tahrip edici olmamak ister.

İlk başlarda bu beklentiler dürtüsel ihtiyaçları gidermek amacıyla geliştirilmiştir. Zamanla bireyin özerk hedefleri ortaya çıkmış ve benlik duygusu özümsemiştir. Normal şartlarda birey özerk olan bu tür beklentilerini gerçekleştirip hayatına sürdürmek ister. Ancak yaşanan güçlü ve sarsıcı bir vaka, hayal kırıklığı ve yıpranmalar çatışmalara neden olur. Bu çatışmalar sırasında benlik yetersiz kalır ve özsaygı azalır. Dolayısıyla kişi umutsuzluğa kapılır. 1953 yılında Freud ve Fenichel'in aksine Bibring, depresyonun sadece özsaygı kaybı nedeniyle ortaya çıkmasının yeterli olamayacağını ama buna çaresizliğin ve umutsuzluğun eşlik etmesi halinde depresyonun söz konusu olabileceğini belirtmiştir. Depresyonla alakalı öne sürülen teorilerden bir kısmı depresyonda olumsuz düşüncenin, beklentiye girmenin ve yanlış bilmenin etkili olduğunu göstererek umutsuzluk durumuyla bağlantılar kurmuşlardır. Bu teorilerden bir tanesi de Beck'in 1979'da geliştirmiş olduğu bilişsel bozukluk teorisidir. Beck depresyonu tanımlarken üç kavramdan bahsetmiştir:

1. “*Bilişsel Üçlü*”:

- Kişinin kendisiyle, çevresiyle ve geleceğiyle alakalı inançları kapsar.
- Hasta kendisini eksik ve değersiz görür. Bu nedenle hayatı düş kırıklığıyla doludur.
- Etrafındakiler kendisine yardımcı olmamaktadır, yaşantısı yetersizdir.
- Geleceğine ilişkin umudu ile beraber uzun vadede amacı yoktur. Böylece olumlu bir davranışı başlatamaz.

2. “*Sessiz Kabullenişler (Şemalar)*”:

Depresyondaki kişinin kendisi de açıklamakta zorlandığı birtakım inançlara ve kurallara sahiptir. Anılan hasta heyecanını, bilgisini ve davranışını bu kurallar çerçevesinde şekillendirir. Örneğin eşi ona iltifatta bulunmasa "artık beğenilmiyorum, kimse tarafından sevilmiyorum, değersizim" gibi düşüncelere kapılır.

3. “*Bilişsel Hatalar*”: Gerçek bir olayla, hastanın bahse konu olay hakkındaki olumsuz otomatik düşünceleri karşılaştırılarak mantık hataları ortaya çıkarılır. Örneğin, keyfi anlamlar çıkarma, seçimli dikkat, genelleme, abartma, küçük görme, özelleştirme vb. (Dilbaz ve Seber, 1993).

Duygulanım alanında çöküntü, ilgisiz davranma, isteksiz olma, zevk almama, davranışların yavaşlaması, karamsarlık, değersiz görülme, suçluluk, pişmanlık duyma, uyku, iştah ve benzeri psiko fizyolojik fonksiyonlarda bozulmalar ve cinsel istek duymama ile ortaya çıkan depresif problemler ülkemizde birlikte dünyada da ciddi bir sağlık sorunudur. Dünya genelinde toplum sağlığını en fazla tehdit eden problemlerin başında depresyon gelmektedir. Yüksek orandaki yaygınlıkla birlikte tanıda zorluklar içermesi, kronikleşme riski ve intihar davranışında artış, meydana getirdiği yeti kaybı ve ekonomik neticeler depresyon konusundaki çalışmaların önemini her geçen gün artırmaktadır (Kaya ve Kaya, 2007).

Ayrıca, duygudurum problemlerinin klinik görünümünü belirleyen sendromlardan biridir depresyon. Depresyon sözcüğü tanımsal olarak, çökme, üzüntü duyma, işlevsel ve hayati faaliyetlerde azalma gibi anlamlar için kullanılan hüznü hislerini kapsayan duygusal bir yaşam şeklidir. Sözcüğün kökenini oluşturan “*depress*” kelimesi ise, Latince kökenli “*depressus*”tan, yani “*alçakta olmak, bastırmak*”tan gelmektedir. Böyle duygular, hayattaki olumsuz olaylara karşı sıklıkla verilebilen bir tepki şeklinde ortaya çıkabilir. Oluşan benzeri her duygu durumu, depresyon olarak görülmemelidir. Depresyondayken buna benzer duygular hem sıklıkla ve sistemattir, hem de bireyin günlük hayatını ve fonksiyonunu bozacak ölçüde çok fazla görülecek şekildedir. Ayrıca, depresyonda görülen klinik emareler şöyle sınıflandırılabilir: Klinik görünüm, çökkünlük duygudurumu, ilgi azlığı ve anhedoni, sıkıntı hissi, bunaltı, anksiyete, affektif anestezi. Bilişsel bozukluklar, düşünce süreci ve akışında ve düşünce içeriğinde suçluluk, değersizlik fikirlerinin oluşması, olumsuz düşünceler, umutsuzluk, kararsızlık, hipokondriyak uğraşlar ve ağrı, obsesif ruminasyonlar ve fobiler, intihar düşünceleri ve girişimleri, konsantrasyon güçlüğü, bellek problemi, algı problemi ve aşırı derecede dikkat dağınıklığı. “*Bedensel (Vejetatif Belirtiler)*”; enerji azlığı, iştahsızlık, kilo verme, iştahta artış, kilo alma, cinsel istekte azalma, uyku düzensizlikleri, sirkadiyen ritim bozuklukları. “*Davranışsal Belirtiler*”; psikomotor gerileme, psikomotor ajitasyon (Çelik ve Hocaoğlu, 2016).

Depresyon örneklerine tarihten örnek verilecek olunursa, antik çağlardan beri depresyona ait örneklere rastlanabilmektedir. Eski zamanlarda Niobe ağlayan bir taşla ölümsüz bir şekilde sembolleştirilmiştir. Manisa’daki Sipil Dağı’nda bulunan Niobe’nin taştan suratı tarihteki

bildirilen ilk stuporlu depresyon olgusu sayılabilir. Altısı erkek, altısı da kız olan on iki çocuğuyla Leto'dan fazla çocuğu olmakla övünen Niobe'ye duydukları kızgınlık nedeniyle, Leto'nun çocukları olan Apollo ve Artemis Niobe'nin çocuklarının tamamını öldürür. Yaşanan trajedi sonucunda Niobe'nin yürek parçalayan hüznü nedeniyle tanrılar onu taş haline getirir ve böylece ağlayan taş figürünün depresyonu sembolize ettiği söylenir. Yaklaşık 3000 yıl önce yazıldığı tahmin edilen Homeros'un İlyada eserinde Kral Ajax'ın fazla hareketli oluşu ile hayal kırıklıkları çökkünlükleri, çabuk döngüsel geçişleri ve intiharından bahsedilir. Bu durum da muhtemelen çabuk devir gösteren manik depresifin ilk örneğidir. Samuel'in Kutsal Kitabında yer alan Kral Saul'un hikayesinde de depresif bir bozukluktan bahsedilir. Depresyonun, onu cezalandırmak isteyen tanrının gönderdiği kötü bir ruh olduğu ifade edilmiştir. Eski zamanların tedavileri arasında Troyalı Helena'nın kederi ve üzüntüyü azaltmak amacıyla "*nepenthes*" isimli bir bitkiden sağlanan morfin türevini anti depresan olarak kullandığı belirtilir. Bahse konu depresyon kayıtlı tarihteki ilk farmakolojik tedavi arasında sayılabilir. Hipokrat, depresyon benzeri psikiyatrik problemlerin beyin kaynaklı olduğunu belirtmiştir. Beyni balgamin ve safranın etkilediğini, balgamin etkilediği insanların sakin bireyler olmalarına karşın safranın etkilediği bireylerin ise sakin kalamadıklarını, sürekli şaka yaparak hileye başvurdıklarını ifade etmiştir. Depresyon yerine ayrıca, "*melankoli (melan; siyah, cholé; safra)*" kavramını da kullanmıştır. Ona göre melankoli uzun dönemli stres yaratan zamanlarda ortaya çıkmaktadır. Helenistik çağda Hipokrat'ı izleyen diğer doktorlar söz konusu humoral savını geliştirerek literatüre katkı sağlamışlardır. Melankolide; agresiflik ve buna bağlı intihar konusu üzerin yoğunlaşmış ve hastalık sırasında görülebilecek hezeyan durumlu özellikleri ifade etmişlerdir. M.S. 150 yıllarında Kapadokyalı Aretaeus "*Kronik Hastalıkların Nedenleri ve Semptomları Üzerine*" isimli eserinde melankoliklerde, sadece üzüntü, kızgınlık ve aklın keder şeklinde hüznü bulunduğu, bunların psikiyatrik durumlarında farklılıklar olduğu; sevinçli, kızgın, gururlu bir hayat şeklinden, hayattan dert yanma ve ölmeyi arzulama gibi durumlara geçildiğini ifade etmiştir. Aretaeus ise bir aşk macerasından sonra depresyonun geliştiği gençten söz ederek reaktif depresyonu ve melankoliyi birbirinden ayırıcı tanı geliştirmiştir. Mani ile melankolinin aynı hastalığın farklı yönleri olduğunu, bu iki durumun yinelenen karakter sergilediğinden söz etmiştir. Mani ve melankoli (depresyon) arasındaki bağlantıyı, sirküler özelliğini gösteren ilk kişi olmuştur. M.S. 131-201 yılları arasında yaşayan Galen, melankolinin korku ve depresyon, yaşamaktan zevk almama, diğer kişileri sevmeme olduğunu belirtmiş, genetik ve sosyal etkenlerin rolüne de değinmiştir. Esasında bu tarihe kadar melankoli kavramı yalnızca üzüntü ve keder anlamında kullanılmamış, daha kapsamlı bir psikiyatrik hastalık manasında kullanılmıştır.

Humoral dengede meydana gelen bozulmanın, zihin ve beyin sistemi arasındaki dengeye olumsuz etki yaptığı ve melankoliye yol açtığı görüşü hâkim olmuştur. 17. asrın sonlarında Thomas Willis ile beraber kimyasal formülasyonların hâkimiyeti başlamıştır. Willis'e göre depresyon vücuttaki sıvıların aşırı derecede tuzlanması “(salinifikasyon)” nedeniyle ortaya çıkmaktadır. 19. asrın başlarında psikiyatrik problemler, klinik ve anatomik görüşler belirtme yaklaşımı şeklinde gerçekleşmiştir. Hastalıkların semptomlarının anatomik lezyonlardan kaynaklandığı görüşü organik hastalık terimini ortaya çıkarmıştır. Sonraki dönemlerde melankoli terimi de tartışılmaya başlanmış ve geniş anlamda kullanımı sebebi ile yeni terimlerin kullanımına başlanmıştır. İngiliz psikiyatristlerden biri olan Henry Maudsley (1745-1813) ilk defa duygulanım bozukluğu terimini kullanmaya başlamıştır. 19. asrın sonlarında Delasiauve (1860), William Gull (1868) ve Savage (1898) ile ruhsal bir düşkünlük hali, cesaret ve inisiyatif eksikliği, karamsar düşüncelere eğilim, heyecansal fonksiyonda düşüklük, genel hareketlerde bozulma anlamında mental depresyon kavramı melankoli yerine kullanılmaya başlanmıştır. 20. yy başında depresyon kavramı bazen melankoliyle aynı anlamda, bazen de onun bir semptomu anlamında kullanılmıştır. Alman psikiyatrist Emil Kraepelin (1856-1926) ise depresyonu bir semptomdan ziyade depresif durumlar başlığı altında bir kategori olarak kullanmıştır. Kraepelin'e göre klinik depresyondaki ana patoloji, duygudurumda çökkünlük ve fiziki, zihni süreçlerde gerilemedir. Sonraki dönemlerde ise psikanalitik, davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar gibi aralarında rekabet olan farklı kuramsal bakış açıları sayesinde depresyon konusundaki bilgilerimiz artmıştır. Teknolojideki gelişmelerle genetik, beyin biyokimyası, elektrofizyolojik ve radyolojik araştırmalar sonucunda psikiyatrik problemler yepyeni bir boyuta kavuşmuştur. Santral sinir sisteminin depresyon ve manideki rolünün belirginleşmesi 1950'lilerde duygudurumda etkili bazı ilaçların ortaya çıkmasıyla olmuştur. 20. yüzyılın ikinci yarısında nörofizyolojik yaklaşımlarda depresyona önemli katkılarda bulunmuştur. 1963 yılında Alec Coppen ve arkadaşları duygudurum problemlerinde sinir hücrelerinde sodyum konsantrasyonu ve taşınmasında anormalliklerin, kararsız bir nöronal aşırı uyarılabilirlik halinin gelişmesinde rol oynadığı ve bunun depresyon ve maninin oluşumunda rol oynadığını belirtmişlerdir (Yetkin ve Özgen, 2007).

Majör depresif bozukluğunun görülme oranıysa her geçen gün yükselmektedir. Bu artış özellikle de 1940'dan sonra dünyaya gelenlerde açıkça gözlemlenmiştir. Hastane yatışları karşılaştırıldığında: 1950-1970 yılları arasında depresyondan dolayı hastaneye yatanların sayısı önceki yıllara göre üç kattan fazla artmıştır. Hastalığın başlangıç yaşı daha da

azalmıştır. Erken yaşlarda depresyonun görülme sıklığında artış olmuştur. Yaş grupların tamamında artmakla beraber 1960 ve 1975 yılları arasında dünyaya gelenlerde depresyona rastlama ihtimali daha fazladır. Ancak depresyonda görülen bu artış cinsiyetler arasındaki farka yansımamıştır. Kadınlarda depresyonun görülme ihtimali halen erkeklere nazaran 2-3 kat fazladır. Fakat bu farklılığın zamanla ortadan kalkacağı düşünülmektedir. Çünkü son yıllarda genç erkeklerde depresyonun görülme oranı ciddi artış kaydetmiştir. Ailesinde depresyon geçmişi bulunan kişilerde depresyonun görülme olasılığı diğerlerine göre 2-3 kat daha fazladır. Bu verilerin kaynağını geliştirmiş batı ülkelerinde gerçekleştirilen araştırmalar oluşturmaktadır. Başka ülkelerdeki çalışmaların sonuçları bu analizlere uyuşmamaktadır. Ancak sanayileşmenin yaygınlaşmasıyla bu ülkelerdeki durumun da değişmesi muhtemeldir (Savran, 1999).

2.2.2. Depresyon Epidemiyolojisi ve Tanımı

Majör depresif bozukluk süreçleri genelde haftalarca yahut aylarca devam edebilen prodromal süreçten sonra başlar. Psikiyatri Hastalıklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) kitabına göre; majör depresif bozukluk tanısının koyulabilmesi için, disforik duygudurum, aktivitelere ilginin azalması ve bunlara ilave minimum dört adet klasik depresif semptom ve bulgu, bunların asgari 2 hafta devam etmiş olması ve belirtilerle bulguların depresif semptomlara neden olabilen bir süreç, örnek olarak yas tutma, sıkça depresyona eşlik eden fiziki bir durum veya herhangi bir akıl hastalığıyla açıklanamaması gerekmektedir. 2020 yılında majör depresif bozukluğun tüm hastalıklar içinde görülme oranı en yüksek hastalık olacağı tahmin edilmektedir. DSM-IV-TR'de majör depresif bozukluk tanımlamasıyla ilgili bir sorun, bir araya gelen depresif özelliklerin ne zaman sıradan hüznün ötesine geçerek farklı bir durum haline geldiğidir. Günümüzde kabul gören tanım gereği bir kişinin başına gelem olumsuz bir olaydan sonra 14 gün boyunca morali bozursa, kendine olan güveni azaldıysa, uyku problemi, konsantrasyon eksikliği ve cinsel isteksizlik yaşıyorsa bu kişi majör depresif bozukluk tanısı ölçütlerini karşılamaktadır. Depresyonun ilk ortaya çıkışı için öne sürülen, erken erişkinlik dönemi olarak tanımlanan 20'li yaşların sonlarıdır. Majör depresif bozukluk, kadın erişkinlerde erkek erişkinlere oranla iki kat sıklıkla görülür. Üzerinde yoğun olarak çalışılmasına ve sıkça tartışılmasına rağmen, cinsiyetler arasındaki bu farkın sebebi tam olarak bilinmemektedir. Epidemiyolojik çalışmaların sonucu itibarıyla, hâlihazırda evlilerle kıyaslandığında bekârlarda veya evlenip boşanmışlarda, majör depresif bozukluk oranlarının daha yüksek

olduğu tespit edilmiştir. Ulusal Ek Tanı Araştırması'nda, hiç evlenmemiş ve evli erişkinler boşanmış, ayrılmış ya da dul kalmış erişkinlere göre belirgin olarak daha düşük majör depresif bozukluk oranlarına sahiptir. Epidemiyolojik çalışmalar, artmış majör depresif bozukluk oranlarıyla düşük sosyoekonomik durum arasındaki bağlantıyı göstermede göreceli olarak tutarlıdır. Ulusal Ek Tanı Araştırması'ndan gelen sonuçlar, majör depresif bozukluk ve en düşük gelire sahip olma arasında bir bağlantı göstermiş ve işsizlik majör depresif bozukluk için bir risk etmeni olarak tanımlanmıştır (Bilgin, 2010).

Ayrıca, Depresif bozukluk etiolojisinde rolü olan etmenler; genetik, biyolojik ve psikososyal etmenler olmak üzere üçe ayrılır. Fakat, bu etmenler arasında sıkı bağlar bulunmasından dolayı böyle bir ayrımın pek gerçekçi olamayacağına dair düşünceler vardır (Çelik ve Hocaoğlu, 2016).

Majör depresyon'un yaygınlık oranlarına bakıldığında toplumun genelinde % 15 ve kadınlarda %25 değeriyle psikiyatride en fazla görülen hastalıklarından biri olmaktadır. Şizofreniye benzer şekilde bipolar bozukluğunun da hayat boyu prevalans düzeyi %1'dir. Ülkeden ve kültürden bağımsız şekilde majör depresyonun kadınlarda görülme sıklığının 2 kat daha fazla olduğu bilinmekle beraber bipolar bozukluğun görülme oranı ise her iki cinsiyet için eşit sıklıktadır. Manik epizodlar; erkeklerde, depresif epizodlar ise kadınlarda daha fazladır. Bipolar bozukluk çocukluktan itibaren her yaşta, seyrek olarak da yaşlılıkta başlayabilmektedir. Major depresif bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 40 olup, hastaların % 50'sinde 20-50 yaş arasında başlamaktadır. Major depresif bozukluk yakın ilişkisi olmayanlar, boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda daha fazladır. Bipolar bozukluk da boşanmış ve bekar olanlarda daha sıktır. Major depresyon ile sosyoekonomik seviye arasında herhangi bir bağlantı yoktur. Bipolar bozukluğun görülme sıklığı ise üst sosyo-ekonomik tabakada artmaktadır. Depresyon, şehirlerde köylere göre daha sık görülmektedir. Ayrıca, Duygudurum bozukluklarının sıklığı ırka göre değişiklik göstermemektedir (Ertan, 2008).

Ayrıca bir başka istatistiki bilgiye göre dünya çapında 350 milyon insanı etkisi altına alan ve hızla yayılan Major Depresif Bozukluk hastalığı, unipolar depresyon çeşitleri arasında diğer kronik hastalıkların yanında seyreden ve aşağı yukarı yaş gruplarının tamamında rastlanabilen ve en fazla görülen depresyon çeşididir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan analizler ışığında, 2000 yılında yaygınlık açısından dördüncü sırada yer alan unipolar depresif bozukluğun, 2004 yılında ise üçüncü sıraya yükseldiği tespit edilmiştir. 2020 yılına kadar iskemik kalp problemlerinin ardından ikinci sıraya gelmesi öngörülen unipolar depresif bozukluğun 2030'da ise birinci sıraya yükseleceği düşünülmektedir. Major depresif bozukluk,

bireylerde fiziksel ve zihinsel işlevsellikte yavaşlamaya yol açmakla beraber üretkenliğin azalmasına sebep olmaktadır. Major depresif bozukluğun, verimlilik üzerine olan etkisini inceleyen bir araştırmada, yıl boyunca beş hafta gerçekleşen verim kaybının toplam üretkenliği % 6,4 oranında azalttığı belirlenmiştir. Başlangıçta dikkate değer bir bozukluğa neden olmadığı için toplumda bir hastalık olarak görülmeyen major depresif bozukluğun haliyle tedavi edilmesinde geç kalınmaktadır. Fakat, hastalığın ilerleyen zamanlarında semptomların baş göstermesiyle beraber hastalığa yakalananlar hastaneye gitmektedir. Dolayısıyla da psikiyatri rahatsızlığı yüzünden hastanelere başvuran hastaların %75'e yakını majör depresif bozukluğu bulunan hastalar meydana getirmektedir. Major depresif bozukluk oranının en fazla olduğu Amerika Birleşik Devletleri'nde icra edilen çalışmada birinci sırayı anksiyete bozukluğu, ikinci sırayı duygudurum bozukluğu alırken üçüncü sırayı da 12 aydaki yaygınlık oranı % 6,7 olan majör depresif bozukluk almaktadır. Türkiye'de psikiyatrik hastalıkların yaygınlığına ilişkin araştırmalar hem sınırlı hem de ülke genelinde olmayıp bölgesel çaptadır. Ülke genelinde gerçekleştirilmiş olan en geniş kapsamlı araştırma 1998 yılındaki Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'dır. *“Araştırma sonucunda 7479 kişinin % 4'ünde majör depresif atak yaygınlığına rastlanmıştır. Erkeklerde %2,3 olarak gerçekleşen bu oranın kadınlarda ise % 5,4 olduğu belirlenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2012 yılında gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Araştırması kapsamında 15 yaş ve üzeri bireylerde uzman doktorların koyduğu tanı neticesinde kronik majör depresif bozukluğu olan hastaların oranının toplamı %4 iken bunun %1,9'unu erkeklerin, %6'sını ise kadınların oluşturduğu tespit edilmiştir. Major depresif bozukluk tedavi edilmediği sürece bireyin hayat kalitesinde ciddi ölçüde azalmaya yol açar”. Bu hastalığın uzun dönem sürmesi durumunda kişi intihar girişimine sürüklenebilir. Major depresif bozukluk nedeniyle her sene 1 milyona yakın insan intihar ederek hayatına son vermektedir. “Buna göre her gün için 2800'e yakın insan intihar etmektedir. Major depresif bozukluğun dünya genelinde, yıllık görülme oranı %3 ile %6 arasında gerçekleşirken ömür boyu görülme oranı ise % 4 ila % 10 arasında gerçekleşmektedir. Bu nedenle majör depresif bozukluğun teşhis edilmesi, iyileştirilmesi ve önlenmesi, ileriki zamanlarda toplum sağlığını ilgilendiren hususların başında gelecektir”* (Özcan, 2017).

Tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olan depresyonun her yaşta görülmesi mümkündür. Fakat bu hastalık daha çok orta yaş grubunda özellikle de 25- 44 yaş arasındaki kişilerde görülmektedir. Majör depresyonun hayat boyu görülme sıklığı Angst'a göre “% 4.4 - % 19.6” arası ve Kessler'e göre ise “% 17” olarak tespit edilmiştir. Son zamanlarda ortaya çıkmış bir araştırmada ise depresyonun hayat boyu görülme oranı % 1,5 ile

% 19 arasında olduğu açıklanmıştır. Türkiye'deki depresyon görülme oranı ise “% 8 – 20” arasında olduğu belirlenmiştir. Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili araştırmalarda genel olarak varılan ortak sonuç, depresyonun görülme sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda olduğu şeklindedir. Farklı araştırmalarda, kadınlarda majör depresif bozukluk riski erkeklerin 2 katı olarak tespit edilmiştir. Fakat yaş ilerledikçe kadınlarla erkekler arasındaki bu fark azalmaktadır. Depresif problemler hayatları boyunca erkeklerin % 5 - 12'sini etkilerken, kadınların ise % 10 - 25'ini etkilemektedir. Major depresif bozukluğun, kadınlarda erkeklerin 2 katı olmasının sebepleri olarak hormonal farklılıklar, genetik duyarlılık ve tirod hastalıkları, menstruasyon gibi biyolojik faktörlerin yanı sıra, çocukluktan beri şiddet görme, girişkenlik açısından baskılanma, boyun eğdirilme, hareketsiz ve bağımlı hale getirilme, kendisine verilmiş olan toplumsal roller ve ondan beklenenler (evdeki işler, çocuk doğurma ve yetiştirme, eşine karşı sorumlulukları), düşük eğitim düzeyi ve gelir imkânları, işsizlik, düşük sosyoekonomik seviye, ayrımcılık kurbanı olma ve benzeri riskler sayılabilir. Major depresif bozukluk, her yaşta görülebilmekte ve başlayabilmektedir. Bununla beraber birçok araştırmada hastalığın başlama yaşının ortalaması birbirine benzer şekilde 20'li yaşların sonu olarak tespit edilmiştir. Eca araştırmasında, “*ortalama başlangıç yaşı 27.4*” iken, Nesmesis araştırmasında ise “29.9” olarak tespit edilmiştir. Tekrarlayıcı tek uçlu majör depresif sürecin ortalama başlangıç yaşı sıklıkla 30 - 35'tir. Özetlemek gerekirse majör depresif bozukluğun orta yaş hastalığı olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca majör depresif bozukluk başlangıç yaşı önemli olup, ilk depresyon sürecinin erken yaşta başladığı bireylerde; sosyal ve mesleki işlevsellik daha çok gerileyip hayat kalitesi daha fazla düşmekte, eş tanımlı fiziki ve psikiyatrik bozukluklar ile intihar girişimi artışının yanı sıra, daha çok depresif süreç görülmekte ve depresif semptomlar daha şiddetli yaşanmaktadır. Major depresif bozukluk ve medeni durum arasında bir bağlantı olduğu birçok araştırmada tespit edilmiştir. Major depresif bozukluk riski; bekârlarda, yalnız başına yaşayanlarda, boşanmış olanlarda ve dullarda evlilere oranla daha fazla çıkmıştır. Major depresif bozukluk riski hiç evlenmemişlerdeyse, boşanmış ve dullara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de de majör depresif bozukluk ayrı yaşayanlarda, boşanmışlarda ve dullarda en fazla, evlilerde ise en düşük seviyede tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan araştırmada depresif süreç yaygınlığı boşanmışlarda ve dullarda daha yüksek seviyede ölçülmüştür. Yaşlılarda majör depresif bozukluk, evli olmayanlarda evlilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Avrupa ve Amerika'daki araştırmaların birçoğunda da depresyonun boşanmışlarda, dullarda ve ayrı yaşayanlarda yüksek oranda belirlenmiştir. Birçok araştırmada tutarlı olarak artmış majör depresif bozukluk riskiyle düşük gelir seviyesi

arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sivas'ta yapılan araştırmada ise major depresif bozukluk oranının en yüksek olduğu kesimin düşük gelirli, okur-yazar olmayanlar ve ev kadınları olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan başka bir araştırmada da depresyonun okur-yazar olmayanlarda daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Bir gözlem araştırmasında genç yaş, erkek cinsiyet, ailenin üst düzey meslek derecesine sahip olması ve çocukluk çağında daha az olumsuz duygularının olması düşük düzey depresif semptomlarla bağlantılı olduğu saptanmış, düşük seviye depresyon ve depresif belirtilerde hızlı düzelmeye yetişkinlikte daha yüksek sosyoekonomik pozisyonla bağlantılı olduğu ifade edilmiştir. İşsiz olmak da depresyona yakalanmada bir risk faktörü olarak görülür. İşsizlerde depresyonun görülme olasılığı, iş sahibi olanlardan neredeyse 3 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yoksullarda ise depresyon oranı yine 2 kat fazla bulunmuştur (Çelik ve Hocaoglu).

Ruhsal bozukluklar kategorisindeki en yaygın hastalıklardan biri olan major depresif bozukluk, çoğu hastalık medikal ve teknolojik gelişmeler neticesinde ya durdurulmuş ya da iyileştirilmiş olmasına karşın bu hastalığın dünya genelinde yaygınlığı hızla artmayı sürdürmüştür. *“Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2004 yılında yapılan analizlerde, aralarında major depresif bozukluğun da yer aldığı unipolar depresif bozukluklar hastalık yükü bakımında üçüncü sıradadır. Fakat; 2020'ye gelindiğinde ikinci, 2030'da da birinci sırayı alacağı ön görülmektedir. Ülkemizde yaklaşık 2 milyon insanın major depresif bozukluktan etkilendiği, dünya çapında ise bu rakamın 350 milyon kadar olduğu düşünülmektedir. Bir başka analize göre ise; major depresif bozukluk, yaşam boyu yaygınlığı yönünden dünyada % 4 ila 10 arasında değişiklik gösterirken, Türkiye'de bu oran 1998'de % 1,6, 2012'de % 1,9 ve 2014'de ise % 2,8 olarak belirlenmiştir. Ayrıca yine ülkemizde 2013'te gerçekleştirilen çalışmada antidepresan kullanımının neredeyse %162 oranında artış gösterdiği saptanmıştır. Major depresif bozukluk, sağlık hizmetlerinde tanısı belirlenip, tedavisi mümkün psikiyatrik bir hastalıktır. Tedavi edilmemesi halinde bireyin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyen, tekrarlanan ve zaman geçtikçe artan yeti yitimine sebep olarak intiharla neticelenebilmektedir. Dünyada majör depresif bozukluk nedeniyle her sene ortalama 1 milyon insan intihar ederek hayatına son verirken, Türkiye'de ise 2013'te gerçekleştirilen bir çalışmada 3189 kişinin intihar ederek hayatına son verdiği gözlemlenmiştir. Major depresif bozukluk etiyojisi, kesin teşhisinin yapılması, tedavi edilmesi ve önlenmesi ciddi konuların başında gelmekle birlikte bu konuyla alakalı birçok araştırma yapılmaktadır. Major depresif bozukluk sebebi halen tam olarak belirlenememesine karşın etiyojisiyle alakalı farklı fikirler öne sürülmektedir”* (Özcan, 2017).

2.3.1. Umutsuzluk Kavramı ve Tanımı

Umut, bireylerin zihninde doğduğundan itibaren var olan bir yapıdadır. Bu sebeple umut ve umutsuzluk kişi için varlığı normal karşılanan terimlerdir. Umutsuzluk hakkında incelemenin yapılacağı bu kısımda sırasıyla; umutsuzluk tanımı, umutsuzluk sebepleri, umutsuzluk belirtileri ve umutsuzluk yaklaşımları açıklanacaktır. Umutsuzluk terimi, gelecekle ilgili beklentilerin olumsuz olması ile ifade edilmektedir. Bu sebeple umutsuzluk terimini açıklarken umudun ne anlama geldiğinin bilinmesi gerekmektedir. Umut kavramının bireyin bir çıkış yolu olabildiğine dair inançların içerdiği düşünüldüğünde umutsuzluk için beklentisiz olma durumu nitelendirmesi yapılabilir. *“Umut gelecekle ilgili bir amacı gerçekleştirmedeki olumlu, umutsuzluk ise olumsuz beklentileri ifade eden bir kavramdır”* (Öztürk ve ark., 2016).

Bu ifadelerden hareketle yapılan umutsuzluk tanımlarında gelecek, umut ve beklenti faktörlerinin belirleyici olduğu yönünde bir çıkarım yapmak mümkündür. Diğer tanımlarda da bu unsurların yer alıyor olması, umutsuzluk teriminin bu niteliğini doğrular nitelikte görünmektedir. Özetlemek gerekirse umutsuzlukla ilgili yapılan tanımlar birbirine benzer şekildedir. Umut ve umutsuzluğun yapısının bilinmesi, umutsuzluğun doğru bir biçimde tanımlanabilmesi için gerekli görülen hususlardan birisidir. Umutsuzluğun en temel sebebi, umudun olmamasından kaynaklanır. (Tercanlı ve Demir, 2012).

Bu sebeple insanların geleceğe yönelik bakış açılarının olumsuz yönde olmasının umutsuzluk sebepleri arasında yer aldığını söylemek mümkündür. Yaşama dair yaklaşımın umutsuzluk sebepleri arasında yer aldığını söylemek buradaki ifadelerden hareketle yanlış olmayacaktır. Yalnızlık ise umutsuzluğun sebeplerinden bir diğeridir. Çünkü birey kendisine destek olacak biri ya da birilerinin olduğunu hissettiğinde geleceğe dair umutlarını taze tutarak umutsuzluktan kendisini geri çekebilir. Tam tersi durumunda destek olmadığını gören bir kişi için ise daha kolay pes edilmesi ve umutsuzluk gözlenmesi söz konusu olacaktır. Özellikle yaşlı kişilerin yalnız ve toplumdan uzak yaşaması, umutsuzluk sebepleri arasında görülen bir faktördür. Umutsuzluğun sebeplerinin bireyden bireye değiştiği bilinse de bazı sebeplerin değişmediği ve genel anlamda geçerli olduğu ifade edilmektedir (Erol, 2018).

Bireyler, yaşadıkları hayat boyunca gelecekteki yaşamları için daima bir plan ve program yapma halindedirler. Yaşa, cinsiyete, karakter özelliklerine, sahip olunan imkanlara, kişinin gelecek için kısa ve uzun vadeli beklentileri olup o beklentileri karşılayacak planlar yapıp yaşama geçirmesidir. Bununla beraber hayata olum bir şekilde yaklaşan bir kişinin kısa ve uzun vadeli planları yaparken daha sağlam temelleri üzerine yapmaktadır. Umutsuzluk, kişinin geleceğe karşı kendi ruh dünyasında ve psikolojik olarak kendi içerisinde yaşamasıdır.

Bireylerin gelecekteki hayatları içerisinde kendi iç dünyalarında verecekleri karamsar kararların tümüdür. Bununla beraber olumlu benlik durumuna sahip kişilerin, karşılaştıkları problemler ve sorunları hem çözümlene hem de bakış açıları olumlu farklılık göstermektedir. Bu kişilerin sorunlara ve problemlere bakış açıları daha iyi olmaktadır, probleme ilişkin çözüm üretme şekilleri ve çözüm yolları gerçekçilik temeller üzerine yapmaktadır. Umutsuzluk, kişinin zihinsel özelliği ve bilgiyi algılaması ile anlamlandırılan başka bir kavramdır. Olumsuz yaşanan olaylarla yerleşmiş olarak belirtilen olumsuz duyguları oluşturan farklı nedenler olarak oluşmaktadır (Mohammed, 2018).

Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğünde ise umut; kişide, ummaktan doğan güven duygusu olarak açıklanmaktadır. Umutsuzluk ise bu güven duygusunun olmama durumudur. Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik kuramına dayandırılarak daha karmaşık bir yapı olan umutsuzluk terimi geliştirilmiştir. Bu yaklaşıma göre umutsuzluk duygusu gerçekleşmeden önce, kişilerde olumsuz kognitif bir tavır meydana getirecektir. Buna bağlı olarak umutsuz insan yaşamının kötü gittiğini ve hiçbir zaman iyi bir şey yaşamayacağına inancı geliştirecektir. Umut, insanoğlunun doğasında bulunan en değerli hislerden biridir ve kişinin yoksunluk, yetersizlik, değersizlik, sıkıntı, yalnızlık ve acı çekme gibi zor ve stresli durumlarla başa çıkmasını sağlamaktadır. Olumsuz yaşam olayları ve sosyal destek azlığı ise umutsuzluğa neden olmaktadır. Sosyal destek; umutsuzluğu, olumlu olarak etkileyen unsurların en başında gelmektedir (Özabacı ve ark., 2015).

Psikolojik olarak umut, kişinin kendisini güvende hissettiği ve duygusal açıdan da doygun olduğu süreçlerde ortaya çıkmaktadır. Ancak bazı nadir durumlarda, umut duygusu sadece olumlu değil, olumsuz ve içinde bulunulan zor zamanda da kişinin sarıldığı bir inanç olarak değerlendirilebilir. İşler iyi gitmediğinde veya en azından, makul bir zaman içinde olumlu bir hale dönüşeceğine dair önemli bir belirsizlik olduğunda, şartların kişi için içinden çıkılmaz bir hal durumunda umut devreye girmektedir. Korku, umutsuzluk veya muhtemel olarak umutsuzluk olarak görünen zamanlarda ortaya çıkan umut duygusu, bireyi çaresiz kalmaktan kurtarabilmektedir. Kişiyi çaresiz kalmaktan kurtarabilen ve çıkış yolu bulmasını destekleyen umut duygusunu, Lazarus, 1991'de "*en kötüden korktuğun an, daha iyisi için özlem duymaya başlarsın*" ifadesi ile açıklamıştır. İnsanın kendini çaresiz hissettiği zamanlarda ortaya çıkma eğiliminde olan umut, kelimenin tam anlamıyla kişinin ufkunu açar ve kişinin geleceğe yönelmesi için bir nedeni ve amacı olduğunu hatırlatmaktadır. Bu duygu, bireyin hissetmiş olduğu korku ve umutsuzluk perdesini ortadan kaldırır ve bireyin içinde bulunduğu durumdan onu alarak büyük resmi görmesini sağlar. Umutla beraber birey, gelecekte gerçekleştirmek istediği hayaller için kendini daha yaratıcı ve girişimci olarak

görebilir. Çünkü geniş umut çeperi içinde bir şeylerin değişeceği inancı bireyin motivasyonunu yükseltip bireye özgüven verebilmektedir. Bu özgüven duygusu içinde umut, sükûnete de neden olabilmektedir. İnsanın içinde oluşturduğu mutluluk vaadi, gerçeği ve bilgeliği riske atabilmektedir. Umut duygusu, zengin, fakir, mutlu, üzgün, başarılı, başarısız her bireyi geliştirmeyi ve içindeki yaşama sevincini sürdürmesi için gerekli olan cesareti aşılatabilmektedir. Kendinde cesaret bulan kişinin kendi isteğiyle umutlu ve kendi isteği dışında da umutsuzluk duygularına sahip olduğu gözlemlenebilir. Bu yüzden umut ve umutsuzluk terimlerinin irdelenmesinde, bireylerin gerçekte hangi duygulara sahip olduğu ve davranışlarına ne düzeyde bunları yansıttığı önemli görülmektedir. Kişilerin umutlu mu umutsuz mu olduğu, kişilerin yüzlerindeki jest ve mimiklerinden, beden dillerinden, herhangi bir duruma karşı ilgiyle tepki göstermelerinden veya mantık çerçevesinde dinleme becerisiyle bireyin kendisini gösteriyor olmasından anlaşılabilir. (Yıldırım, 2015).

Umutsuzluk ayrıca şimdiki olumsuz algıların geleceğe yansımalarıdır. Kişi uzun süre yansımalar yaptığında, şimdiki zorluklarının sonsuza dek devam edeceğini düşünür. Umutsuzluğa eğilimli birey, gelecek için belirli bir bilişsel örüntüye sahiptir ve bu örüntü geleceğin hiçbir iyi olasılığı içermediğini yineler. Kişi geleceği hakkında düşünmeye başladığında bu kognitif yapı uyarılır ve kişi hoşlanmadığı tecrübelerin etkisi ile umutsuzluğun tipik duygusal ve motivasyonel semptomlarını göstermeye başlar. 1991 yılında Snyder ve çalışma arkadaşları, kötü zamanlarda oluşan, duygu yoğunluklu ve pasif bir olay olarak görülen umudu, kişilerin aktif biçimde hedeflerine varmaya gayret ettikleri bir süreç olarak tekrardan tanımlamıştır. Çalışmalar, kişilerin umut seviyelerinin, stresörlerle baş etmesinde onlara yarar sağladığını ortaya koymaktadır. Umut, kişileri hayatın riskli olaylarının etkileri karşısında koruyan önemli bir psikolojik kuvvettir. Yüksek umut seviyesi olan kişiler duygusal yönden daha kolay kendini toparlamakta umut seviyesi düşük kişilere nazaran daha az stres emaresi sergilerler. Çalışmalar, umudun hayattan daha çok haz almayla ve sağlıklı yaşamakla bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte umut seviyesi, sürpriz stres faktörleri ve bu faktörlerle başarılı bir şekilde baş etme üzerinde etkindir. Snyder ve arkadaşları 2000 yılında umudun hayatta karşılaşılabilecek sorunlar karşısında birincil ve tali koruma işlevlerini ifade etmişlerdir. Umutlu düşünce, kişilere zamanla belirli bir hedefi elde ederek mutlu olunacağına ilişkin bir bakış açısı kazandırır. Başarılı bir hedef takibi, başarısı ölçüsünde kişinin iyi olmasını ve öz saygısını yükseltir. İyi olma ve öz saygıyla beraber ümit, kontrol algısı, algılanan sorunla başa çıkma ve sorunu çözebilme kabiliyeti, rekabet edebilme, iyimser olma, olumlu duygulanım ve genellenmiş olumlu sonuç beklentisi

ile olumlu yönde bağlantılı bulunmuştur. Umutlu bireyler, iyi oluşlarını korumaya yönelik birçok özellik sahibidir ve ayrıca kendileri ile ilgili inançları pozitifdir (Erdem, 2015).

Bir başka tanıma göre ise umutsuzluk, bir olay karşısında duyulan beklentilerin olumsuz yönde olması veya beklentilerin olumsuz yönde gittiği sanıdır. Bu duygu çoğu zaman, hiçbir zaman ve hiçbir şekilde gerçekleşmeyecek olan veya böyle olacağı sadece düşünülen beklentiler söz konusu olduğunda kendini belli eder. Umutsuzluk, özellikle öncesinde bu beklentiye elde edemeyen kişilerin yaşayacağı bir duygudur. Ancak çoğu bireye göre umutsuzluk, zaten o beklentinin önündeki en büyük engellerden biridir. Bu sebeple umutsuzluk, çoğu birey tarafından olumsuz olarak değerlendirilmektedir. Umutsuzluk, bireyin kendi içinde bulunduğu fiziksel, zihinsel veya toplumsal durumun düzelmeyeceğine ilişkin genel ruh halidir. Umutsuz kişi, hayatını ilgilendiren önemli konularda kötü gelişmelerin olacağı ya da en azından iyi şeyler olmayacağı beklentisindedir. Bu durumu hiçbir şeyin değiştiremeyeceğine inanmaktadır. Umutsuzluk şimdiki olumsuz algıların geleceğe yansımaları olarak tanımlanabilir. Umutsuzluğa eğilimli birey, gelecek için belirli bir kognitif sete sahiptir ve bu kognitif set geleceğin hiçbir iyi olasılık içermediğini tekrarlar. Birey geleceği hakkında düşünmeye zorlandığında bu kognitif set uyarılır ve birey hoşlanmadığı tecrübelerin tepkisi içindeyken umutsuz durumun tipik olan duygusal ve motivasyonel bozuklukları da buna eşlik eder. Umutsuzluk genel olarak bireyin kendisini olumsuz özellikler ile tanımlaması, gelecek ile ilgili olarak olumsuz beklentiler içinde olması, negatif hayat olaylarını değişmez ve genel kabul etmesi anlamına gelmektedir (Ekinci, 2014).

Umutsuzluğun en büyük özelliği, hayata bakıştaki olumsuz tutumlar, kötümser yaklaşım ve başarısızlıktır. Umutsuzluk güven duygusundan yoksun olma durumu olarak ifade edilebilir. Rideout ve Montemuro, 1986 yılında umudu, bir amacı gerçekleştirmede “*sıfırdan fazla olan beklentiler*”; umutsuzluğu ise bir amacı gerçekleştirmede “*sıfırdan az olan olumsuz beklentiler*” şeklinde tanımlamıştır. Umut ve umutsuzluk zıt beklentileri ifade eder ve bu beklentiler hem umutta hem umutsuzlukta gelecekte gerçek hedeflere ulaşmakla ilgilidir. Umutla hedefe ulaşmak için uygulamaya konulan planların başarılacağı düşüncesi, umutsuzluk da ise başarısızlık ya da olumsuzluk yargısı vardır. Bu iki zıt beklenti kişiler arasında, durumdan duruma beklenen sonucun ne zaman ve nasıl gerçekleştiğine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Varoluşçu görüşe göre umut zaman içinde varlığını sürdürür ancak umutsuzluk zaman içinde bir şeylerin biteceğini gösterir. Kierkegaard’ a göre umutsuzluk “*ölümcül hastalıktır*”, “*Ben’in hastalığıdır.*” Kişi başkası olmak ister, olamayınca kendisi olmaya katlanmaz ve bu sebeplerden ötürü umutsuzluğa kapılır. Psikodinamik kurama göre umut ve umutsuzluk oral dönemde gelişir. İyimserlik ve karamsarlığın da bu süreçte

kaynaklandığı ifade edilir. Koşulsuz sevgi verebilen bir anne olgusunun içselleştirilmesi, çocukta sevebilme, verebilme ve karşı tarafı anlayabilme gibi özelliklerin kazanılmasında önemli faktörlerdendir. Tersini durumunda umutsuz ve karamsar anneler çocukta umudun gelişimini, sevmeyen anneler de çocuğun kendini sevilebilir bir varlık olarak algılamasını engellerler. Bu temel özellikler güven duygusunun, inancın, iyimserliğin, kötümserliğin, umudun ve umutsuzluğun da temel taşlarıdır (Aktürk, 2014).

2.3.2. Umutsuzluk ve Depresyon İlişkisi

Gelecekle ilgili olumsuz beklentiler şeklinde tanımlanan umutsuzluğun depresyonla yakından ilişkisi vardır. İntihar düşüncesiyle depresyon arasındaki bağlantıda umutsuzluğun kritik bir rolü vardır. İntihara meyilli birey, intiharı umutsuzluk ve çözümsüzlük durumu adına muhtemel tek çözüm şekli olarak görür. Gerçekleştirilen birçok çalışmada intihar, depresyon ve umutsuzluk arasında yakın bir bağlantının bulunduğu ve umutsuzluğun bahse konu davranışları depresyona göre daha iyi yordadığı tespit edilmiştir. Yine yapılan başka bir çalışmada ise elde edilen veriler normal katılımcılarda intihar fikirlerinin hem depresyon hem de umutsuzlukla bağlantılı olduğunu göstermiştir. Fakat bu grupta depresyon ile intihar fikirleri arasında elde edilen korelasyon katsayısının oldukça yüksek olmasına ve regresyon analizinde depresyonun bu fikirleri yordayabilen bir değişken olarak görünmesine rağmen intihar fikirleri ile umutsuzluk arasında elde edilen korelasyon katsayısı oldukça düşük çıkmış ve regresyon analizi sonuçları umutsuzluğun intihar fikirlerini yordayıcı bir değerinin olmadığını ortaya koymuştur. Dolayısıyla normal kişilerde intihar fikirlerini belirleyen temel değişkenin depresyon olduğunu söylemek daha emin bir yol gibi görünmektedir (Haran ve Aydın, 1999).

Depresif duygu durumuyla beraber çoğu birey, gelecekle ilgili kaygılanma ve umutsuzluk hissine kapılır. Umutsuzluk, depresyonun hem bir sebebi hem de bir sonucu olarak karşımıza çıkabilmektedir. Gelecek hakkındaki beklentiler ve geleceğe karamsar bakma gibi umutsuzluk içeren durumlar, kişilerin depresyona girmesine neden olabileceği gibi, depresyondayken kişinin yapılan işlerden zevk almaması, olumsuz düşünce içerikleri de kişilerin umutsuz olmalarına neden olmaktadır. Bu da depresyonun bir sonucu olarak, umutsuzluğun ortaya çıkmasıdır (Sağlam, 2012).

İntiharla alakalı psikolojik kuramın çoğu, intiharın psikiyatrik hastalığın bir anlatımı olduğunu değerlendirmiştir. Benlik karşısında ortaya çıkan olumsuz hislerle intiharın ilişkisini sergileyen fazla miktarda veri bulunmaktadır. İntiharda özsaygının kaybedilmesi öne

çıkılmaktadır. Benlik açısından intihar, her şeyden evvel üst benlik baskısının oluşturduğu gerilimin dayanılmaz bir hal almasıdır. Özsaygının kaybedilmesi o kadar yoğundur ki hasta onu tekrar kazanacağına dair umudunu kaybetmiştir. Yapılan bir başka çalışmada ise, algılanan benlik değerinin ve benlik etkinliğinin intiharda ciddi rolünün olduğu tespit edilmiştir. Benlikle alakalı olumsuz tutumların artan intihara meyille ilgisi gösterilmiştir. Veissman 1974'de depresyonun intiharla çok yakından bağlantısı bulunduğunu, intihar girişimi sırasında depresyonun intihar eğiliminin derecesi ile ilişkili olduğunu çok defa ortaya koymuştur. Çünkü depresif bireylerin çoğu intihar girişiminde bulunmamakla birlikte intihara girişenlerin hepsinde de klinik seviyede depresyon belirlenememiştir. Konuyla ilgili ileri araştırmalar umutsuzluk terimi ve bu terimin depresyonla ve intihara meyiletlemeyle olan ilişkisine vurgu yapmıştır. Yapılan araştırmalarda, umutsuzluk ölçeği kullanılarak yatarak tedavisi devam eden, intihara girişen hastaların gerek depresyonun gerekse de umutsuzluğun intihara meyiletlemeyle bağlantılı olduğu, umutsuzluğun kontrol edilmesiyle depresyon ve intihar girişimi arasındaki ilişkinin yok olduğu ama aksi durumun geçerli olmadığı tespit edilmiştir. Baumeister, 1990 yılında umutsuzluğun istatistikî olarak kontrol edilmesi halinde depresyonun intihar girişiminin birinci semptomu olma özelliğini kaybettiğini ifade etmiştir. Vetzal ise 1976'da intihara girişen ve bu tehdidi savuran hastalarla gerçekleştirdiği kontrollü araştırmada intiharın depresyonla değil de umutsuzlukla bağlantılı olduğunu saptamıştır. Ayrıca; Dyer ve Kreitman'ın 1984 yılında önceki araştırmalar paralelinde gerçekleştirdiği çalışmada depresyon ve intihara meyiletlemenin doğrudan umutsuzlukla arasındaki ilişkiyle alakalı olduğunu bildirmiştir. 1987 yılında Raineri ve arkadaşlarının "*Psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda intihar düşüncesi ile depresyon, umutsuzluk ve disfonksiyonel davranışların ilişkisi*" başlıklı araştırmalarında intihar düşüncesine ilaveten umutsuzluk gibi kognitif bozuklukların intihar riski göstergelerinden olduğunu ifade etmişlerdir. Umutsuzluk ve depresyonla beraber intihar fikriyle önemli ölçüde bağlantılı olmasına rağmen umutsuzluğun intihar fikri hususunda depresyondan daha çok sorumlu olduğunu bulmuşlardır. Yine aynı araştırmada umutsuzluğun ve depresyonun intiharı tespit etmede önemli olduğunu fakat klinik popülasyonlar sonunda umutsuzluğun otomatikman intihar riski için en iyi belirleyici olmadığını da belirlemişlerdir. Cole 1988'de yaptığı araştırma neticesinde hasta grup dâhilinde umutsuzluğun intihar riski belirleme konusunda depresyondan daha etkin olduğunu ifade ederken sağlıklı grup açısından daha donanımlı tarama araçlarına ihtiyaç olduğunu ilave etmiştir. Araştırmacıların çoğu umutsuzluğun kognitif tedavi benzeri özgül metotlarla azaltılabileceğini ve bu sayede umutsuzluğun intihar riskini belirleme konusunda ve intiharı önlemede önemli bir araca dönüşebileceğini belirtmişlerdir (Dilbaz ve Seber, 1993).

Folkman'a göre umutsuzluk, yaşam arzusunun olmadığı, çaresizlik ve depresyon hislerinin yaşandığı sorunlu bir ruh halidir. Durak ve Palabıyıkoglu'na göre ise, kişinin hiçbir mazereti olmasa da hayatına negatif anlamlar attığı, gelecek konusunda olumlu beklentilere girmedığı ve hayattan istediklerine kavuşmak için bir gayret sarf etmediği durum umutsuzluk olarak ifade edilir. Umutsuzluk, hayat ve gelecek konusundaki düşüncelerde karamsarlığın artış gösterip iyimserliğin azalmaya başladığı ya da kaybolduğu biçiminde tarif edilmiştir. Umutsuzluk, gelecekte karşı karşıya kalınacak durumların şimdikinden daha iyi olmayacağı ve geleceğin bütünüyle olumsuz kıymetlendirildiği, kişinin pozitif düşüncelerinin bulunmadığı, isteksizliğini ve amaçsızlığını kapsamına alan olumsuz bilişsel bir hal tarzıdır. Kişinin bilgiyi işleme tarzı ve kognitif yapısıyla yakından bağlantılı olan umutsuzluk, esasında geçmişte yaşanan olumsuz bir vakaya dayanır. Kişi yaşanan bu negatif olayın sebeplerini olay neticesinde oluşan kötü durumu ve olayın kendisine vermiş olduğu zararı ileride de yaşayacağını düşündüğünden umutsuzluk meydana gelir. Dolayısıyla umutsuzluk, başarısızlık önünde yenilgiyi ve kabullenışı, gelecekle alakalı inancın kaybolmasını belirtir. Kognitif model; endişe, elem, kızgınlık, umutsuzluk ve benzeri negatif duyguların yaşanmasının sebebini olayların kendisinden çok olaylarla alakalı beklenti ve değerlendirme olarak ifade etmiştir. Beck; umutsuzluğu, kognitif depresyon modelinde kişinin kendisini, geleceği ve çevresini olumsuz görmesi olan kognitif üçlünün parçalarından biri olarak açıklamıştır. Kognitif üçlü, kişinin hayatını zorlaştırır ve hayatın negatif olaylarla dolu olduğunu düşünmesine, kendisini başarısız ve değersiz görmesine, çevresine düşmanca bakmasına ve gelecekte ümidini kesmesine sebep olmaktadır. Kognitif çarpıtma şeması olarak da bilinen bu algılar, kişinin düşünme süreçlerine etki edip yaşadıklarını çarpıtarak değerlendirmesine sebep olmaktadır (Yıldırım, 2017).

APA (1997)'ya göre umutsuzluğun nedenleri şunlardır:

1. Kişilerin sürdürdükleri zevk veren faaliyetlere iştiraklerinin azalması,
2. Kişilerin devamlı stresli olmaları ve bunu çözmeye dair bir çaba sergilememesi,
3. Kişinin beden sağlığının kötüleşmesi,
4. Kişinin yapabileceği ve başarı kazanacağı durumları bırakması ve hiçbir şey yapmayı pes etmesi,
5. Kişinin inancını kaybetmesi ve her şeyin kötüye gideceğine inanmasıdır. Umutsuzluğun depresyon ile ilişkisini bu maddelerde de görebiliyoruz.

En önemli psikiyatrik bozukluklar arasında yer alan ve depresyonun dinamiğinde yer alan umutsuzluk; Beck'e göre depresif hastaların % 78'den fazlası gelecek konusunda umutsuz olduklarını ifade etmiştir. Hastaların depresif semptomlarının artması ile umutsuzluk

düzeylerinin yükseldiği, icra edilen klinik araştırmalarda gösterilmiştir. Abramson ve arkadaşları çaresizlik ve depresyon terimlerini yeniden düzenleyerek, umutsuzluk depresyonu kuramını ortaya atmıştır. Söz konusu teoride kişi, kontrol edemediği negatif sonuçlarla karşılaştığında, olayları sadece kendisinin kontrol edemediğine inanarak kişisel çaresizlik yaşamaktadır. Netice itibariyle, özel-genel, değişmez-değişebilir ve içsel-dışsal olmak üzere nedensel boyutta üç farklı umutsuzluk yaşanır. Bu kuramda kişiler kendilerine has nedensel yüklemleme şekilleri sergilemektedir. Bu yüklemlemeler neticesinde bireyde, ileride yaşanması muhtemel olumsuzlukları kontrol edemeyeceği beklentisi oluşmakta ve kontrol algısında bozulmalara neden olabilmektedir.

Kontrol algısındaki bozulma neticesinde kişi, kontrol edebileceği olaylarla karşılaştığı zaman çabalayacağına, çaresizlik emareleri sergilemektedir. Kişi, kontrol edememe halini, bireysel özelliğe yüklediğinde kendilik algısında çarpıtma yaşamaktadır. Yaklaşımına göre, yaşanan bu çarpıtma olayında depresyonun en önemli ifadesi söz konusu çarpıtmadır. Melges 1969'da, depresyonda ileri sürülmüş temel problemin umutsuzluk olduğunu belirtmiştir. Beck tarafından 1979 yılında geliştirilen kognitif bozukluk teorisindeyse depresyon, yanlış öğrenmenin, olumsuz düşüncenin ve beklentiye girmenin sonucunda meydana gelmekte ve umutsuzluk kavramıyla ilişkilendirilmiştir. Beck'in, bu yaklaşımında depresyon üç terimle ifade edilmektedir. Bu terimler; kognitif üçgen, sessiz kabullenişler ve kognitif hatalardır. Kognitif üçgen kavramı, bireyin benliği, etrafı ve geleceğiyle alakalı olumsuz tutumlarını kapsamaktadır. Kişi kendisini kifayetsiz ve kusurlu olarak tanımlarken, etrafından yeterli destek alamamakta, hayatının kendisini zorlayıcı durumlarla dolu olduğuna inanmakta ve geleceğinden ümidini kesmektedir. Sessiz kabullenişler, bireyin kendisinin de tarif edemediği bazı inançlarından ve kurallardan meydana gelmektedir. Kişinin, davranışlarıyla birlikte bilgilerini de bu kurallar çizmektedir. Kognitif hatalar teriminde, kişinin gerçekle alakalı negatif otomatik düşünceleriyle karşılaştırma yapılarak mantık hataları tesis edilmektedir. Depresyonun umutsuzluk teorisi, umutsuzluk beklentisini, depresyonun yeterli bir sebebi olarak açıklamaktadır. Bu teoriye göre hayatta olumsuz vakaların ortaya çıkmasıyla birlikte depresyon ve umutsuzluk sebepler zinciri meydana gelmektedir. İntihar, psikolojik kuramların çoğuna göre psikolojik rahatsızlığın bir ifadesi şeklinde kabul edilmektedir. Umutsuzluk terimiyle alakalı icra edilen ileri düzey çalışmalarda, umutsuzluğun depresyonla ve intihara meyletme ile olan bağlantısı ortaya çıkarılmıştır. Linehan ve Nielsen'in 1983 yılında yaptığı araştırmada bir psikiyatri hastanesinde tedavi alan 44 hastanın geçmişte ve o anda intiharla umutsuzluk puanları arasında pozitif yönde bir korelasyonun bulunduğunu saptamıştır. Bireylerin umutsuzluk seviyelerinin ilerideki intihar riskini tahmin edebileceği tespit

edilmiştir. Raineri ve arkadaşları tarafından 1987 yılında yapılan araştırmada umutsuzluk ve benzeri kognitif bozuklukların, intihar riskini ortaya çıkarmada bir sebep olabileceği ifade edilmiştir. Umutsuzluk ve depresyonun, intihar fikri ile anlamlı bir ilişkisinin olduğunu belirtirken, umutsuzluğun intihar fikrinde depresyona nazaran daha çok sorumluluğu olduğunu belirtmektedir. Yine de depresyonun ve umutsuzluğun intiharı tespit etme noktasında öneme sahip olduğunu ama klinik popülasyon üzerinde umutsuzluğun intiharı en iyi yordayıcısı olarak belirtilemeyeceğini ifade etmektedir. Asarnow ve Guthrie'nin 1989'da psikiyatrik tanı konulan 55 çocuk hasta üzerinde yaptıkları araştırmada, intihar fikrinin umutsuzlukla, intihar girişiminin ise umutsuzluk ve depresyonun diğer faktörleri (özellikle majör depresyon) ile bağlantısının olduğunu iddia etmektedir. Baumeister da 1990 yılında, umutsuzluğun istatistikî neticelerini analiz ettikten sonra depresyonun intiharın öncü semptomu olma özelliğini kaybettiğini ileri sürmüştür. Birçok araştırmacı umutsuzluk düzeyinin, kognitif tedavi gibi metotlarla düşürülebileceğine inanmaktadır. Bu bağlamda; umutsuzluğun düşürülmesi, intiharların engellenmesi konusunda da önemli bir araç olarak düşünülebilir (Kurt, 2017).

2.4. Anne ve Çocuk İlişkisi

Çocuk, doğduğu an itibariyle annesiyle bağlantılı yaşar. Amacı, bu bağı hep güçlü tutmaktır. Anne çocuğun hayatında önemli yere sahiptir. Toplumsallığın ilk tohumları erken yıllarda ilk kez anne sayesinde atılır. Annenin rolü evrenseldir ve anne çocuğun gelişiminde açık bir biçimde bir etkilidir. Anneliğin besleme, sosyal değişim ve öğretme gibi değişik sorumlulukları vardır. Aile yapısı, çekirdek veya geniş aile de olsa en etkin sorumluluk annenindir. Çocukta, sosyal iletişimin gelişiminde anne çocuk diyalogunun önemli bir yeri vardır. Anne ile çocuk arasında kurulan sağlıklı ilişki, çocuğun sağlıklı bir kişilik geliştirmesini sağlar ve başkaları ile olumlu iletişim kurması için temel oluşturur. Evrensel olarak anneler; çocukları ile başarılı rutin etkileşimler, açık iletişim kalıpları, dayanıklı duygusal bağlar ve çocukların bütün yaşamını etkileyecek olan öncelikli ilkleri konusunda yönlendirici kurallar koyarlar. İnsanlar yalnız bireyler olarak büyüyemezler. Annelik çocuğun gelişimi için başlıca ve çevreleyen bir ortam oluşturmaktadır. Çocuklar ve anneler, her ikisinin de katkıda bulunduğu, ikili bir etkileşimle birbirlerine bağlıdırlar. Annenin, çocuğun gelişimi için temel koruma ve yaşam ihtiyacının dışında çocuk etkileşimine hizmet edecek temel fonksiyonları bulunmaktadır. Bunların içinden en belirgin dört işlevi vardır. Bu işlevler,

çocuğun sosyal iletişimini ilerletme, bağlılığını geliştirme, dil edinimini sağlama ve duygularının düzenlenmesi olarak ifade edilmektedir. Anne-çocuk ilişkisinde süreklilik, tutarlılık, aynılılık çocukta temel güven duygusunun temelini oluşturur. Bebeklik döneminde elde edilen güven duygusunun niceliği, bebeğe verilen besinlerin ya da yapılan sevgi gösterilerinin niceliğine değil, daha çok anne-çocuk iletişimin niteliğine bağlıdır. Hayatın ilk yıllarında çocukla kurulan duygusal iletişim çocukta güven ya da güvensizlik duygularının oluşumuna sebep olmaktadır. Bu süreçte bebeğin psikososyal görevi, güvenmeyi öğrenmektir. Bebek ile annesi arasındaki iletişimden doğan güven duygusu, çocuğun gelecekte kuracağı kişiler arası ilişkilerinin temelini oluşturmaktadır. Bebek için anne dünyanın tamamıdır. Anne gülümsedikçe bebek de gülümser ve karşılıklı sıcak bir ilişki başlar. İşte bu karşılıklı olumlu ilişki, güvenin temelini oluşturur. Bebekte bu duyguyu doyurmayan anneler, ileriki yıllarda kendine güveni olmayan bireylerin yetişmesine sebep olabilir. Bebeklik döneminde güvenin temeli ise çocuğun anneye güvenli bağlanma ve kopmayı sağlayabilmesidir (Öztürk, 2009).

Günümüz psikiyatri bilimcileri bebeğin doğduktan sonra annesinin sıcaklığına, ses tonuna, beden titreşimine ve kendisini tutma biçimine büyük oranda duyarlı olduğu hususunda görüş birliğine ulaşmışlardır. Anne sevgisinin bebeğe devamlı, dengeli ve tutarlı şekilde verilmesi bebeğin besini kadar değerlidir. “*Bebeğin doyum kaynağını oluşturan annenin niçin önemli olduğu*” hakkında değişik görüşlere rastlansa da çocuklarla çalışan bilim adamları anne ile bebeğin ilişkisinin oldukça önemli olduğuna, annenin çocukların fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal açıdan gelişmelerini etkileyen en önemli faktör olduğuna dair görüş birliğini yansıtmışlardır. Anne ve çocuk arasında tesis edilen bozuk bir ilişki, annenin çocuğun ihtiyaçlarını tam anlamıyla anlayamaması ve gerekli alaka ve sevgiyi hakkıyla gösterememesi sonucunu doğurmaktadır. Çeşitli nedenlerle anneye çocuk arasında sağlıklı iletişim kurulamaması durumunda ortaya çıkan olumsuz sonuçlar tespit edilmiştir. Örneğin anneye çocuk kaliteli uyum sağladığı zaman, çocuk çok hırçın olsa bile onun ihtiyaçlarını tahmin ederek ona yardım eder. Ancak çocuğuyla uyum sağlayamayan anne onun öfkesini gideremediği için söz konusu öfke yoğun şekilde sürebilir. Çocuğun dünyaya geldiği aile ortamının özelliği ve pozitif çevresel faktörler çocuğun gelişimine destek olabilmektedir. Okul öncesinde çocuğa gösterilen sevgi, güvenli ortam ve zengin uyarıcı çevre, duygusal ve kognitif gelişiminin temelini meydana getirmektedir. Çocukların sağlıklı şekilde büyümesinde ve gelişmesinde ebeveynlere büyük görevler düşmektedir. Her anne ve babanın çocuk gelişimine dair bilgi sahibi olması, çocuklarını gözlemlemeyi öğrenmesi, alternatif disiplin yollarını, çocukla iletişimi, dili kullanma tekniklerini bilmesi ve çocuklarının yaşamında ne kadar önemli olduklarını fark etmesi gerekmektedir (Akgün, 2008).

Fakat; Son yıllarda, ebeveyn-çocuk arasındaki iletişim, ebeveynlerden çocuğa doğru olan tek taraflı bir etkilenmeden çok, çocuğun ve ebeveynin karşılıklı olarak birbirini etkilediği iki yönlü etkileşimli bir süreç çerçevesinde değerlendirilmektedir. Fakat özellikle, ebeveynlerin, çocuklarının yaşı küçük olduğunda, çocuklarının günlük hareketlerini, yaptıklarını ve yapacaklarını kontrol ettikleri ve daha olgun kişiliklere ve yapılanmış düşünce ve eylem örüntülerine sahip oldukları ve çocukluk sürecinin ise hızlı öğrenme ve esneklik dönemi olduğu gerçeği göz önünde bulundurulursa, ebeveynlerin çocukları üzerindeki etkilerinin daha fazla olması doğaldır. Çocuğun kognitif gelişiminden cinsel gelişimine kadar tüm alanlar açısından tam ve sağlıklı bir birey olmasında ailenin etkisi azımsanmayacak kadar büyüktür. Aile içi iletişimlerin olumlu olması, anne ve babaların tutumları, özellikle temel güven duygusu açısından anne ile iletişimleri ve diğer aile bireylerinin özellikleri çocuğun psikolojik gelişimi için çok önem taşımaktadır. Anne ve babaların çocuklarıyla iletişimleri dünyayı ya güvenli ve yaşamaya değer, ya da korkulacak, güvensiz bir yer olarak algılamalarına sebep olmaktadır. Kişinin toplum hayatına uymasına yardımcı olacak ilk davranış örnekleri ailede kazanılır. Bu açıdan aile, yaşamın ilk dönemlerinde çocuğun bakımı ve eğitiminden sorumlu başlıca kurumdur. (Saygı, 2011).

Çocuğun, doğumdan sonra ilk etkileşimde bulunduğu ve kendisine en yakın olan kişi annesidir. Çocuğun anneye ihtiyaçlarını belirtmesi yaşamın ilk yıllarında ağlama yoluyla gerçekleşir. Birçok mesaj taşıyan ağlama ile anne, çocuğun ihtiyaçlarına cevap verir. Anne ve çocuk iletişimi, doğumdan sonra bebeğin açlık, temizlik, uyku ve korunma gibi fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması ile başlayıp, çocuğun hayatı boyunca sağlıklı bir karakter geliştirmesiyle devam eden bir etkileşimdir. Bebeğin emzirilmesi sırasında anne ile olan tenel temas ve onun kokusunun hissedilmesi, aynı zamanda duygusal açıdan da beslenmesini sağlar. Fiziksel temas kurmaya ek olarak göz kontağı kurma ve annenin seslenmesiyle de anne çocuk ilişkisi pekiştirilir. Bebeğin annesine güvenli bağlanmasında beslenme zamanlarının yanı sıra banyo ve alt değiştirme zamanları da önemli bir yere sahiptir. Bebeğin yaşı ilerledikçe, anne ve bebek iletişimi farklı bir boyuta geçecektir. Annenin bebeği kucağına alması, onunla basit oyunlar oynamaya başlaması, çıkardığı sesleri tekrar etmesi, yeni kelimeler çıkarması için onu cesaretlendirmesi gibi birçok davranış, annenin çocuğuyla olan iletişimini kuvvetlendirmektedir. Sağlıklı bir anne çocuk iletişimi doğumdan sonraki ilk günlerde bebeğin anneye güvenli bağlanması ve sonrasında da kopmasına bağlıdır. Ebeveyn-çocuk iletişiminin kalitesi, çocuğun gelecek yıllardaki psikolojik sağlığının belirleyicilerindedir. Anneye olan iletişim şekli, bebeğin sosyal ve duygusal gelişimin etkilemesinin yanında, zihinsel ve algısal gelişimini de etkiler. Anne ve babaya karşı güven

duygusu geliştiremeyen çocukların, sonraki yaşlarda arkadaşlık kurmakta ve arkadaşlarıyla beraber oynamakta zorluk çektiği tespit edilmiştir. Güvenli bağlanan çocukların anneden ayrıldıklarında tepki göstermelerine rağmen anne döndüğünde sakinleştikleri saptanmıştır. Bu annelerin çocuklarının gereksinimlerine daha duyarlı oldukları, çocuklarına sevgi ve duygularını açıkça ifade ettikleri ve bağımsız oyunlarına daha fazla destek sağladıkları belirtilmektedir. İyi bir anne, baba ve çocuk ilişkisi ortamında yetişen çocukların, temel güven duygusunu kazandığı için, okulun kendisine getirdiği yeni öğrenme aşamalarını korkmadan karşılayabildikleri ve başarılı oldukları ifade edilmektedir. Bebeklikten çocukluğa geçiş süreci olan üç - beş yaş arası süreç; çocuğun, anne ve babadan ayrı bir birey olduğu fikrinin gelişmeye başladığı süreçtir. Bu süreçte yeni bir boyut kazanan anne çocuk iletişiminin olumlu olması, çocuğun yetişkinlik yaşamında karşı cins ile kuracağı iletişimlerin temelini oluşturur. Anne ile çocuğun sağlıklı iletişimi, çocuğun sağlıklı bir karakter geliştirmesine ve başkalarıyla olumlu ilişkiler geliştirmesine zemin oluşturur. Ebeveynlerin tutumu, annenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, aile yapısı, annenin sahip olduğu çocuk sayısı, çocuğun cinsiyeti ve doğum sırası gibi faktörler anne - çocuk ilişkisini etkiler. Ayrıca çocuklarla iletişimde, onların gelişim özelliklerini bilmek ve onları kendine özgü bireyler olarak kabul etmek, onlara değer vermek, saygı duymak, onlarla işbirliği yapmak, iletişim kanallarını açık tutmak, onları anlamaya çalışmak ve dinleme becerilerine sahip olmak gerekir. Başarılı bir iletişim için karşı tarafa gerçekçi ve doğal davranmak, empati kurabilmek şarttır. Çocuklarla empati kurmak onların arkadaşlık duygusunu geliştirmesine ve yetişkinlikte yakın ilişkiler kurabilmesine yardım eder. Çocukların konuştuklarının dikkatle dinlendiğini, onaylandığını, onaylanmasa bile saygı duyulduğunu gösteren bir başka faktör de aktif dinlemedir. Bu sebeple çocuklara aktif bir biçimde dinlendiğini hissettirmek gerekir. Anne ve babaların bu iletişim becerilerini ne zaman, nasıl ve ne ölçüde kullanacağı, çocukla olan ilişkinin niteliğini belirler. Dolayısıyla anne ve babaların çocuk yetiştirmeye yönelik becerilerinin artması onların çocuk gelişimi ve eğitimi konusundaki bilgilerine bağlıdır. Bu sebeple de anne ve babaların ihtiyaç duydukları konularda destek sağlamayı hedefleyen aile eğitimlerine verilen önem gün geçtikçe artmaktadır. Çeşitli sivil toplum kuruluşları, belediyeler ve ilgili bakanlıklar aile eğitimleri ile ilgili hizmetleri sürdürmektedir (Basit, 2017).

Anne ve çocuk bağlanması, doğumdan itibaren ilk bir yıl içinde gelişen en önemli psikolojik süreçtir. Sosyal yardım ve erken dokunma anne ve çocuk bağlanmasını olumlu etkilemektedir. Annenin ruh sağlığı erken anne-çocuk bağlanmasını etkileyebilir. Depresif olan annelerin % 29'unda anne - çocuk bağlanmasında bir problem olduğu saptanmıştır. Anne - çocuk bağlanması iyi olmayan bebeklerde, çocukluk ve adolesan sürecinde duygusal

bozukluklar olmaktadır. Bununla beraber, dikkat, davranış, duygu ve iletişim problemleri olan çocukların annelerinde bebeklik döneminde depresyon görülme sıklığının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bebeklerin zihinsel ve motor gelişimi annenin depresyonundan etkilenmektedir. Ayrıca; Anne bebek arasındaki bağlanma probleminin çocuğun ileri hayatında sosyal, psikolojik, duygusal durumu, öz güveni, karakteri, zekâ seviyesi, başarı, hafıza, dikkat, plan yapabilme kabiliyeti, büyüme durumu (kilo, boy), genel sağlık durumu (enfeksiyon hastalıkları, travmalar, uyku bozukluklar, ergenlik durumu) etkileyebildiği tespit edilmiştir. Bir başka araştırmaya göre ise; bu tip çocuklarda, gelecekte davranış bozukluğu, hiperaktivite gibi problemlerle karşılaşmaktadır. Bu nedenden dolayı anne ve bebek arasındaki ilişki çocuğun hem büyümesi hem de gelişimi için çok önem arz etmektedir (Shafiq, 2010).

Bunlara ek olarak, yapılan çalışmalar anne ve baba davranışının iki temel boyutunun süregiden varlığını desteklemektedir. Yaşar, 2009 yılında, “*Bunlardan birincisi olan kabul - ret boyutu, sıcak (kabul edici ya da onaylayıcı) ya da düşmanca (reddedici ya da onaylamayıcı) olabilen anne ve baba davranışları üzerinde odaklaşır*” şeklinde ifade etmiştir. . Sıcak bir iletişim çocukların sorumlu ve kendi kendini denetleyebilir bir karakter geliştirmelerine yardım eder; düşmanca iletişim ise saldırganlığı destekleme eğilimindedir. İkinci boyut olan denetim - özerklik boyutu, anne - babaların davranış kurallarını yürütmede ne kadar kısıtlayıcı ya da izin verici oldukları üzerinde odaklaşır. Ayrıca; Freud, çocuğun gelişimini belli kritik süreçlerle tanımlamıştır. Çocuğun bu süreçteki ihtiyaçları zamanında karşılanmadığı takdirde bir sonraki döneme sağlıklı bir biçimde geçilemeyeceğini ifade etmiştir. Bu sebeple, çocuğa bakan kişinin çocuğun ihtiyaçlarını karşılaması gerekmektedir. Ancak bu şekilde sağlıklı kişilik gelişebilir (Yaşar, 2009).

2.5.1.Psikoz Tanısı Alan Hastaların Ailelerinin İncelenmesi

Ailede psikiyatrik bir hastalığın bulunması hastalığın çözümü için bazı etkileşim şekillerinin oluşmasına neden olur. Bu durum da ailenin kalan fertlerinin hastalıkla mücadele ederken yük duygusu hissetmeleriyle neticelenir. Yük terimi bazı akademisyenlerce objektif yük (geliri kaybetme, sosyal faaliyetlerin sınırlanması, evde gerginlik vb.) ve subjektif yük (hastanın rahatsızlık veren davranışlarıyla bağlantılı duygusal problem veya hastayla alakalı yaşanan subjektif problem seviyesi) olarak iki grupta tanımlanmaktadır. Fakat böyle bir kavramsallaştırma, damga ve damgalanmanın aile ve ilişkiler üzerindeki etkisi, hastalığı

aktarmış ya da yeterince önlem almamış olmanın suçluluğu, psikiyatri servisleriyle yaşanan çatışmalar gibi hasta yakını için problem doğuran bazı konuların gözden kaçmasına sebep olabilir. Şizofrenide aile yükü yalnızca yakın akrabalar için geçerli olan bir tanımlama değildir. Akrabaların tümü hastalıktan etkilenerek hastalığı sonraki kuşaklara aktarma kaygısını yaşayabilirler (Gülseren, 2002).

Ayrıca; şizofreni ve diğer psikoz türü hastalıklar hastaların yanı sıra, aileler açısından da muhtelif zorluklara sebep olan hastalıklardandır. Şizofrenin aileler üzerinde genelde problem yaratan ve bozucu bir etkisi vardır. Örneğin, şizofreni tanısı alan hastalara bakan aile fertlerinin yüksek seviyede bakım yükü ile düşük seviyede aile fonksiyonları tecrübesi bahis mevzu olabilir. Şizofreni açısından bakım yükü, sürekli olarak olumsuz görülen karmaşık bir terimdir. Bu terim daha ziyade bakım verendeki neticeleri ve etkileri bakımından ifade edilmektedir. Bakım verendeki fiziki, duygusal, psikolojik ve iktisadi etkisiyle beraber suçlanma, çekinme, suçluluk duygusu ve kendisini suçlama gibi hüznün veren terimleri de barındırmaktadır. Hastanın ve ailelerin bu zorluklarla başa çıkmada genelde yeterli bilgiye ve donanıma haiz olmadıkları gözlemlenmektedir. Şizofreni hastalarıyla birlikte aileleri de duygusal, iktisadi, sosyal birçok problemle karşılaşmakta ve bu problemlerle başa çıkmada desteklenmeye, bilgi verilmeye ve işbirliğine ihtiyaç duymaktadır. Semptomların kontrol edilmesi, hastaların sosyal iletişim becerilerinin artırılması, hastanın yakınlarının depresyon ve anksiyete seviyelerini azaltmaya dönük çabalar, sağlık çalışanlarının desteğini de kapsayan sosyal destek ailenin üzerindeki yükün hafifletilmesine yardımcı olacaktır. Hastalara yönelik daha iyi tedavileri gerçekleştirmek amacıyla aileler için psikososyal teşebbüslerin, hastalar için de rehabilitasyon programlarının düzenlenmesi, bakımdaki yükü hafifletmede önemli temel faktörlerdir. Hastaların ve bakımı üstlenenlerin zihin sağlığını korumak amacıyla bakımı üstlenenlere sunulan katkıyı genişletme, bilgilendirme ve tedavi planına onları da ilave etme mecburiyeti sağlık çalışanlarının ilgi alanında olmalıdır. Bu çalışmada, şizofreni hastalarının ve bakım verenlerin aile yükünün seviyesi ile sosyodemografik nitelikler, klinik bulguları, aile fonksiyonları ve stresle baş etme tutumları arasındaki bağlantının incelenmesi hedeflenmektedir (Köroğlu ve Hocaoğlu, 2017).

2.5.1.2. Psikoz Tanısı Alan Hastaların Ailelerinde Yapılan Çalışmalar

Şizofreni hastalarının ailelerindeki düşünce bozukluğunu belirlemek amacıyla ilk psikometrik çalışmalarını 1959 yılında McConaghy ve arkadaşları başlatmıştır. Düşünce bozukluğu ölçeğinin meydana getirildiği 1979 yılına kadar çalışmalar kapsamında “*Benjamin Proverbs Test (1946), Epstein’s Overinclusion Test (1953), Lovibond Object Sorting Test (1954), WAIS Vocabulary Scale, Payne’s Object Classification Test (1962), The Grid Test of Schizophrenic Thought Disorder (Bannister ve Fransella, 1966), Rorschach ve Thematic Apperception Test, Bannister’s Grid test, Mill Hill Vocabulary ve Raven’s Matrices*” (McConaghy, 1979) gibi farklı testlerden istifade edilmiştir. Fakat, şizofreni hastası kişilerin birinci derece yakınlarında düşünce bozukluğunu araştıran çalışmaların sayısı sınırlıdır. Romney ve arkadaşları tarafından 1959 ile 1983 yılları arasında yapılan ve şizofreni hastaları ile ailelerindeki düşünce bozukluğu konusunu araştıran on dört çalışmadaki meta analizi neticesinde, şizofreni hastalarının ailelerinde düşünce bozukluğuna rastlandığı tespit edilmiştir. Fakat araştırmaya konu olan hastaların büyük bölümü tedavi gören hastalardan oluşmuştur ve ailelerde psikiyatrik hastalığın varlığı hariç tutulmamıştır. Diğer bir endofenotip ölçütü de hastalığın tedaviden etkilenmemesidir. Hain ve arkadaşları Düşünce Dil Ölçeği’ni kullanarak yaptıkları araştırma kapsamında, tedavi görmeyen 36 şizofreni hastasını, bunların 20 kişilik kardeşini ve 37 sağlıklı insanı düşünce bozukluğu konusunda incelemiş ve neticede kardeşlerin hastalara göre düşünce bozukluğunun daha az, diğerlerine göre ise daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu konu üzerine olumsuz neticelenen araştırmalar da bulunmaktadır. 1997 yılında gerçekleştirilen bir araştırma sonucunda şizofreni hastaları, ebeveynleri ve sağlıklı kişiler arasında, düşünce bozukluğu bakımından anlamlı bir farka rastlanmamıştır. İkizler üzerine yapılan araştırmalar genetik aktarım yönünden büyük önem arz etmektedir. Şizofreni hastalarının düşünce bozukluğunu araştıran sadece bir tane ikiz çalışması vardır ve bunda da sözel üretkenlik haricinde kalıtsal bir kanıt ulaşılamamıştır. Evlatlık çalışmaları sonucunda gen çevre etkileşimi konusunda önemli kanıtlar elde edilmektedir. Bu çalışmalar neticesinde şizofreni hastalarının biyolojik akrabaları arasında düşünce bozukluğunun diğer ailelere nazaran daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak evlatlık üzerine 2005 yılında yapılan başka bir araştırmada, genetik risk ile düşünce bozukluğu arasında kayda değer bir bağlantı tespit edilememiş ve düşünce bozukluğunun çevresel faktörlere bağlı olabileceği düşüncesi ortaya çıkmıştır (Polat, 2010).

2.5.1.3. Psikoz Tanısı Alan Hastaların Ailelerinin Psikolojik Durumu

Psikiyatrik hastalıkların değerlendirilmesinde önemli belirleyicilerden biri, yaşanan semptomların verdiği kişisel rahatsızlık duygusudur. Söz konusu rahatsızlık genelde yalnızca kişinin yaşadığı bir duygu olmaz. Onunla beraber yaşayanların veya yakınlarının da semptomlar için şikâyetleri olabilir. Bu sebeple psikiyatrik problem yaşamak bireyin yaşantısını değiştirmekle birlikte eşinin yaşamının ve eşiyle olan ilişkinin de değişmesine neden olur. Bu durumun birçok neticesi olabilmektedir. Bunlardan biri de evlilikte uyumdur. Yetkin, Eriştiren, İncesu, ve Alpay tarafından 2001 yılında yapılan araştırmada psikiyatri polikliniğine birbirinden farklı şikâyetlerle başvuran hastaların % 71'inin evli olduğu tespit edilmiştir. Bu sebeple psikolojik problemler yaşayan bireylerin evlilik uyumunu ele almasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bireyin yaşadığı belirtinin şiddet derecesinin evlilik uyumu ile bağlantılı olduğuna dair bulgular birçok araştırmada bulunmaktadır. Literatürdeki bazı araştırmalar ise, tanı alan bireylerle beraber eşlerindeki mevcut evlilik uyumunun da bundan etkilendiğini ifade etmektedir. Evlilik etkileşimsel bir süreç olduğundan yaşanan problemin eşlerdeki evlilik uyumuna etki etmesi kaçınılmaz olmaktadır (Şen ve Oğuz, 2017).

Aile işlevleri, psikiyatrik ve fiziksel hastalıkların seyrinde önemli bir role sahiptir. Aile çevresi ve psikososyal etkenler hastanın iyilik halini etkileyen en önemli etkenlerdir. Psikiyatrik hastalığı olan bir üyeye sahip ailelerde, aile fonksiyonları bozulur. Bozulmuş aile fonksiyonları da hastalığın klinik gidişini olumsuz yönde etkiler. Hasta ailesi karmaşık duygular içinde ve ne yapacağını bilemez durumdadır. Nasıl bir süreç yaşayacaklarını bilmeyen ve hastalarındaki değişimi şaşkınlıkla izleyen aile üyeleri tedirginlik, suçluluk ve kimi zaman utanç duygusu yaşarlar. Kendi hayatındaki derin sarsıntının etkisinde ve şaşkınlık içinde olan hasta ise ailenin bu duygusal atmosferi içinde daha kötü olabilir. Aile üyeler, kendini suçlu hisseder, geçici bir öfke duyarlar. Hatta hastanın bazı hareketleri onları sıklıkla öfkeli edebilir. Bu öfke ailenin diğer bireylerine de yansiyabilir ve ailenin psikolojik sağlığını bozabilir. Aile bu durumda güçsüzlük de hissedebilir. Aynı hastalığın kendi başlarına da gelebileceğinden korkabilirler ve çaresiz hissedebilirler. Aileler hastadan utanabilir, hastayı ve hastalığı saklama davranışında bulunabilirler. Ayrıca, kronik psikiyatrik rahatsızlıklar aile içinde evlilik ilişkilerini de etkileyen önemli bir yaşam krizidir. Eşlerden birinin hastalanması ailenin dengesini bozar ve hastalık döneminde hasta eşin aile içindeki rollerini genellikle sağlıklı olan eş yüklenir. Bakım verme sorumluluğu taşıyan eşlerin iyiliği ve problemlerle, duruma uygun bir biçimde başa çıkabilmesi, hastalığın gidişatı açısından önem arz etmektedir. Araştırma bulguları eşlerin, sosyal iletişimlerde azalma, kendine zaman

ayıraramama, dinlenememe ve maddi gelirden azalmanın yanında, hastanın bakım ihtiyaçlarıyla kuşatılmış olduğunu da göstermektedir (Köroğlu ve Çiçekoğlu, 2017).

Özellikle hastanedeki tedaviden sonra, toplumsal destek imkânları olmadığı zaman, hastalar çevrelerine ayak uyduramamakta, gelişim gösterememekte, hem hastalar hem de aileleri için zorlu bir süreç başlamakta, aile fertlerinin bakımla alakalı sorumlulukları çoğalmaktadır. Karşılıklı etkilenme modeline göre hastanın sergilediği yıkıcı davranışlar aile bireylerinin stresinin artmasına neden olmakta, aile fertlerinin eleştirel, çok korumacı, aşırı duygusal düşkünlük ve benzeri yüksek duyguların ifadesi olan tepkiler verebilmektedir. Bahse konu tepkiler hastalığın seyriyle beraber hastanın rol performansına etki etmekte ve tam bir kısır döngüyü meydana getirmektedir (Çetinkaya Duman ve ark., 2007).

Şizofreni ile alakalı literatürde genelde hastalığın oluşmasında aile sorumlu tutulup suçlanmasına rağmen aile üyelerinin hastalık sırasında yaşadıkları problemlerin göz ardı edildiği görülmektedir. Hâlbuki aile, hasta açısından önemli bir destek kaynağı durumundadır. Verilen destek sayesinde hastanın stresle baş edebilmesi, strese dayanma gücünü kazanması, savunma sistemi geliştirmesi sağlanıp hastanın gerek sosyal ilişkilerinde gerekse de vücut bakımında rahat olması temin edilir. Ancak kronik hastalıklardan dolayı ailenin bütün hayatı etkilenip stres yaşanmakta, bu durum aile fertlerinin hastaya yardım etmesini kısıtlamakta ve aile sağlığına etki etmekte, neticede de aile bireyleri hastaya yeteri kadar yardım edememekle beraber kendilerinin yardıma olan ihtiyacı artmaktadır. Örnek olarak şizofreni olan kişiler, sık sık hastaneye yatmak zorunda kalmaktadır. Hastaneye yatışı, hastanın ve ailesinin problemle başa çıkamadığının, duruma ayak uyduramadığının göstergelerindedir. Hastaneye yatılması, hastanın problemlerinin kaynağını teşkil eden çevre ve şartlardan belirli bir süre uzak kalmasına, sakinleşmesine, belirtilerin dinmesine imkân verirken, aile üyelerinin de bir süreliğine hastanın sorumluluğunu sağlık personeline devredip dinlenebilmesini sağlar. Şizofreninin aileyi ne şekilde etkilediğinin, hastalıkla baş etmek adına hangi bilgilere, becerilere ve kaynaklara ihtiyaç duyulduğunun, kimin yardım edebileceğinin, hastalığa rağmen hayatlarını daha kaliteli devam ettirebilmeleri amacıyla neler yapılabileceğinin araştırılması, ailenin hastalıkla başa çıkabilmesine katkıda bulunabilir (Tel ve Terakye, 2000).

Günümüze kadar şizofren hastaları başta olmak üzere, psikiyatri hastasının bulunduğu ailelerle gerçekleştirilen birçok araştırmada; aile fonksiyonları, aile özellikleri, ailenin hasta ile olan etkileşimi, hastalığa yakalanma ve hastalık sürecinde ailenin rolü ile alakalı konular araştırılmıştır. Bazı araştırmalarda, içinde psikiyatri hastasının bulunduğu ve bulunmadığı ailelerin psikoz hastasına ve psikotik hastalıklara karşı tutumları incelenmiştir. Arıkan ve arkadaşlarının bir araştırmasında, içinde psikoz hastasının bulunduğu ve bulunmadığı

ailelerin, psikoz hastası ve hastalıklarına karşı tutumları incelenmiştir. Psikoz hastasının bulunduğu aile ortamında koruyucu, kollayıcı ve haliyle sınırlayıcı tutumların belirgin derecede daha çok olduğu ve bu durumun eğitim seviyesi artışıyla paralellik sergilediği, gelir seviyesinin ise eğitim durumuna bağlı şekilde dolaylı rolünün olduğu, erkeklerin otoriterliğe daha fazla sahip olduğu, bayanların ise hasta ve hastalık hakkında daha fazla bilgisinin olduğu tespit edilmiştir. Şizofren bir hastanın yakınlarıyla yapılan bir başka çalışmada ise ailelerin, hastalığın görülmeye başlama nedeninin stres ve aile içi çatışmalar olduğuna inandığı, karşılaştıkları zorlukların ise aile içi çatışmalar ve duygusal yükler olduğunu belirttiği tespit edilmiştir. Tuna'nın bir araştırmasında ise ailesinde psikoz hastası olmayanların, ailesinde psikoz hastası olanlara nazaran psikoz hastalarını daha çok reddedebildikleri, buna karşı toplumun bu reddedici yaklaşımı karşısında hasta ailelerinin olumsuz yönde etkilendikleri, ayrıca psikotik bozukluğu olan hastaların nevrotik bozukluğu olanlara göre daha fazla reddedildikleri saptanmıştır (Ebrinç ve ark., 2001).

Aile, hastalıkla başa çıkma konusunda pozitif katkılar sunabilecek en büyük varlık olarak görüldüğü için şizofreninin iyileştirilmesinde hastanın, ailenin ve tedavi personelinin iş birliği yapması, hastaneye yatma, taburcu olma ve sonraki süreçle ilgili planlamalarda ailenin hastayla beraber değerlendirilmesi, tedavinin etkinliğine katkıda bulunacak önemli yaklaşımlardır. Şizofreni hastasının tedavisinde ve rehabilitasyonunda hastayla birlikte ailenin daha az zorlanacakları bir ortamda bulunması ve günlük hayatta karşılaştıkları güçlüklerle baş edebilme stratejileri konusunda bilgilendirilmesinin öneminin görülmesi, psikoeğitimsel yaklaşım uygulanmasının gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Psikoeğitimsel yaklaşım tarzı, eğitim, metot ve tekniklerinin psikiyatrik hastalıkların tedavisinde ve rehabilitasyon prensiplerinin gerçekleştirilmesinde kullanılan bir dönem olup, hastaya ve ailesine hastanenin dışında da yardım etmeyi, hastanın karşılaştığı problemlerle başa çıkabilmesini, toplum içinde üretken bir hayat sürmesini desteklemeyi hedeflemektedir. Bu hedeflere ulaşmak için hastalık döneminde bu dönemde yaşanan zorlukların ele alınması, başa çıkma kabiliyetlerinin gösterilmesi ve uygulanması ile ilacı kullanmaya ettirilmesiyle alakalı eğitimler verilir. Psikoeğitimsel yaklaşım uygulanması neticesinde taburcu olmaya iyi şekilde hazırlanan ailenin kendine olan güvenin arttığı, hastayı kolay kabullendiği, hastanın koşullara uyumunu desteklediği, hastaya sosyal destekte bulunduğu ve bu sayede hastanın yeniden hastaneye yatma sıklığı ile süresinin azaldığı ifade edilmiştir (Tel ve Terakye, 2000).

Tüm bu nedenler ışığında psikososyal müdahalelerle ve bu müdahalelere hasta ile birlikte ailesinin katılmasıyla aile ortamındaki stres azalmakta, aile fertlerinin duyguları ifade seviyeleri azalmakta ve hastalığın nüksetme miktarı da azalmaktadır. Psikososyal teşebbüsleri

kapsamı genişletir ve birçok kısımdan meydana gelmektedir. Bu kısımlar dahilinde; ilaçla tedavi, kognitif davranışçı terapi, başa çıkma stratejilerini çoğaltmak ve psikoeğitim bulunmaktadır. Psikoeğitim, hastalık konusundaki bilginin artmasını, stresin hastalığın tekrarlanmasındaki etkisini fark ettirmeyi, kullanılan ilaçların etkileriyle yan etkileri konusunda bilgilenmeyi sağlayan psikososyal müdahaleler açısından önemli bir faktördür. Şizofreni hastaları ile ailelerine uygulanan sosyal iletişim eğitim programları ve psikoeğitim programlarının kapsamı orta ölçekte yapılanmış sorun çözme yöntemlerinden yüksek seviyede yapılanmış programlara kadar değişiklik gösterir. Bu yapılandırılmış programlara örnek olarak ise, Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı verilebilir. Programlar genellikle ayakta tedavi gören hastalara uygulanmakla beraber, söz konusu program bir süre hasta hastanede yatarken, bir süre de hastaneden taburcu olduktan sonra uygulanabilmektedir. Bu gibi programlar aracılığıyla hastalarla birlikte ailelerinin de hastalığı yönetme kabiliyetlerinin artırılması, kriz anları ile başa çıkmaları, aile ve toplum nezdinde hoş görülme davranışlarının tekrarlanmaması, hastalık semptomlarının tanınması, hastalığın nüksmesi halinde acil planlama stratejilerinin öğrenilmesi, nüksfetmenin önlenmesi ve hayat kalitesinin yükseltilmesi hedeflenmektedir (Çetinkaya Duman ve ark., 2007).

Ayrıca, şizofreni hastaları ile yakınlarına tedavi merkezlerinin çoğunda eğitici bilgiler verilmektedir. Literatür kapsamında şizofreni hastaları ile yakınları için verilen eğitim programlarının etkinliğini inceleyen araştırmalar bulunmaktadır. Ancak Türkiye'deki şizofreni hastaları ile yakınlarının özgül eğitim ihtiyaçları ve verilen eğitimlerin bu kişilerin ihtiyaçlarını giderip gidermediği konusundaki bilgiler oldukça azdır. Genelde eğitim programları hastaların ihtiyaç duyduğu objektif verilerden ziyade sağlık bakımını üstlenen kişilerin değerlendirmelerine dayanır. Payson ve arkadaşlarına göre sık sık sağlık bakımı verenlerce algılanan eğitim ihtiyaçları ile hastaların algıladığı ihtiyaçlar arasında farklılıklar bulunmaktadır. Etkili bir sağlık eğitimi, hastaların ve yakınlarının özgül sağlık ihtiyaçlarını anlayarak ve bunları karşılayarak verilebilir. Şizofreni hastalarıyla yakınları sağlık eğitimi ihtiyaçlarını tanımlayabilecek durumdadır. Hastayla yakınlarının eğitim ihtiyaçları kişisel olarak belirlenip, buna göre eğitim verilmesi durumunda hastalıkla başa çıkma ve sorun çözme yetenekleri artış gösterecek, toplumla birlikte daha üretken ve daha kaliteli bir hayat yaşamaları sağlanacak, hastayla beraber yaşayan yakınları da desteklenecektir. (Gümüş, 2006).

2.5.2. Psikotik Hastalarda Aile İçi Uyum (Anne - Çocuk ve Baba)

Epstein ve Bishop'a göre bir araya gelerek sorunlarının üstesinden gelebilen, duygusal yönden birbirine bağlı ve özgürlüklerini kısıtlamayacak şekilde alakalı, herkesin kendisinden beklenenleri etkin biçimde icra edebildiği, birbirlerinin davranışlarını aşırıya kaçmadan kontrol altına alan ve aralarında açık, şeffaf, rahat ve doğrudan bir ilişkinin bulunduğu aileler, fonksiyonlarını gerçekleştirebilen, sağlıklı ailelerdir. Lewis, Beavers, Gosselt ve Philips'in tanımlamasına göre, fonksiyonlarını beklenen seviyede gerçekleştiren aileler "*fonksiyonel (işlevsel) aile*", aile içindeki etkileşimin bozuk olmasından dolayı fonksiyonlarını gerçekleştiremeyen aileler ise "*fonksiyonel (işlevsel) olmayan ailelerdir*". İşlevsel ve işlevsel olmayan aile özelliklerinin genel olarak analizi yapıldığında işlevsel aile "sağlıklı", işlevsel olmayan, yani beklenen ölçüde fonksiyonlarını gerçekleştiremeyen aile de "sağlıksız aile" olarak ifade edilebilir. Sağlıksız bir ailenin en belirgin özelliği, iletişimin bozuk, kişilerarası iletişimin kopuk ve kurallar dahilinde olmasıdır. Bireylere belirli roller zoraki şekilde yüklenmekle beraber bu rolleri değiştirmek de güçtür. Ailedeki problemler psikiyatrik hastalıkla beraber ele alınsa bile bunlardan hangisinin neden hangisinin sonuç olduğu konusunda kesin bir yargıda bulunmak zordur. Biyopsikososyal kuram açısından ailedeki iletişimde geçerli kalıplar aile üyelerinin psikolojik süreçlerine etki ederken, bireyin de biyopsikososyal süreçleri ailedeki işleyiş şekline etki etmektedir. Toplumumuz açısından şizofreni tanısı konulan kişilerin büyük çoğunluğu ailesiyle birlikte yaşamını sürdürmektedir. Günümüzde ailedeki ortamın ve aile üyelerinin davranışlarının şizofreniye neden olmadığı bilinmektedir. Ailedeki duyguların dışa vurumu, iletişim kurabilme, duygusal tepkiler verebilme, problem çözebilme, rollerin paylaşımı, gereken alakayı gösterebilme özellikleri, ailedeki işlevler konusunda genel bir izlenim verebilmektedir. Buna göre hastalık sırasında ailenin etkisi olumlu ya da olumsuz yönde olabilmektedir. Duygunun dışa vurulması, iletişim biçimi, duygulanım şekli vb. aileye has özelliklerin, hastanın taburcu olmasından sonra hastalığının nüksetmesi üzerine etkisinin olduğu ile ilgili deliller artmaktadır. Şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu ve epilepsi hastaları ile bu hastaların ailelerinin karşılaştırıldığı bir araştırma sonucunda, şizofreni hastalarının aileleri ile iletişime geçebilme ve problemlerle başa çıkma konularında diğer gruplara nazaran belirgin güçlükler yaşadıkları tespit edilmiştir. Başka bir araştırma kapsamında da Aile Değerlendirme Ölçeği yoluyla şizofreni hastalarının ailelerindeki işlev problemleri incelenmiş ve alt alanların tamamında (sorun çözme, iletişim kurma, duygusal tepkiler verebilme, rolleri değişme, gerekli alakayı gösterme, davranışı kontrol ve genel fonksiyonlar) yaygın fonksiyon bozukluğuna rastlanmıştır. Gülseren ve

arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir araştırma neticesinde de, şizofreni hastalarında gerekli alakayı gösterme, iletişim kurma ve roller konusunda daha fazla fonksiyon kaybına rastlanmıştır. şizofreni hastalarının hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatış süreleri, yatış miktarı ve relaps oranları, tedaviye kötü uyumları ile aile işlevleri arasındaki bağlantıyı sergileyen çalışmalar vardır. Aile işlevlerini değerlendirebilmek maksadıyla yapılan çalışmaların neticesinde aile işlevlerinde bozulmalar belirlenmiş olmasına rağmen hastalığın mı aile işlevlerine olumsuz etkide bulunduğu yoksa ailedeki işlev bozukluğu nedeniyle mi hastalığın ortaya çıkmasının kolaylaştığı bilgisine ulaşılamamıştır (Polat, 2010).



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama metodu olarak, ölçek uygulaması yapılmıştır. Araştırmada, bilgilendirilmiş onam formu ve demografik bilgi formunun dışında 3 adet ölçek uygulanmıştır. İlk olarak, katılımcıların demografik özelliklerinin sorulduğu demografik bilgi formu uygulanmıştır. Diğer ölçekler ise sırasıyla; Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Aile – Çocuk İlişkileri Ölçeği (Anne Formu)’inden oluşmaktadır.

3.1.2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bilgilendirilmiş onam formunda, katılımcıya bilgi vermek amacı ile araştırmanın konusu, amacı, nedeni, nerede yapılacağı, hangi kurum aracılığı ile yapılacağı ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına bağlı olduğuna dair bilgiler yer almaktadır.

3.1.3. Demografik Bilgi Formu

Bu form araştırmanın amacı, hipotezleri ve kaynak taramaları ışığında, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Demografik bilgi formu; katılımcıların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim seviyesi, bir işte çalışıp çalışmadığı, mesleği, gelir düzeyi, çocuğunun olup olmadığı, çocuğunun kaç tane ve kaç yaşında olduğu, çocukları dışında evde bakmakla yükümlü olduğu başka biri veya birilerinin bulunup bulunmadığı sorunlarından oluşmaktadır.

3.1.4. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği, Aaron T. Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ise Teğin (1980) ve Hisli (1988) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddede; (0), (1), (2) ve (3) biçiminde numaralandırılmış 4 şık bulunmaktadır. Katılımcı; dört şıktan sadece birini işaretlemektedir. Katılımcıların işaretlediği şıkların numaralarının toplamı, katılımcının Beck Depresyon Ölçeği puanını belirlemektedir. 0 – 9 arası puan normal düzeyi, 10 – 18 arası puan hafif düzey depresyon belirtisini, 19 – 29 arası puan orta düzey depresyon belirtisini ve 30 – 63 arası puan ise şiddetli depresyon belirtisini ifade eder.

3.1.5. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği, Aaron Beck tarafından 1974 yılında geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları ise Dilbaz ve Seber tarafından 1993 yılında gerçekleştirilmiştir. Ölçek toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Her maddede, “Evet” ve “Hayır” seçeneği vardır. Katılımcılar “Evet” veya “Hayır” cevaplarından birini işaretlemektedir. Ölçekteki her madde için verilen “Evet” ve “Hayır” cevaplarına birer puan verilir. Ölçeğin 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, ve 19. maddelerde her “Hayır” cevabı için birer puan verilirken diğer maddelerde ise her “Evet” cevabı için birer puan verilir. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksek ise bireydeki umutsuzluk da o kadar yüksektir yorumu yapılır. Ölçek, üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; motivasyon, umutsuzluk ve gelecek ile ilgili beklentiler alt boyuttur.

3.1.6. Anne – Çocuk İlişki Ölçeği (Anne Formu)

Anne – Çocuk İlişkileri Ölçeği (Anne Formu), Rohner, Saavedra ve Granum tarafından 1980 yılında geliştirilmiş, 1993 yılında ise Erkman ve Angel tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçekte, toplam 60 adet madde bulunmaktadır. Katılımcılar; kendilerine göre “Hemen hemen her zaman doğru”, “Bazen Doğru”, “Nadiren Doğru” ve “Hiçbir zaman doğru değil” cevaplarından birini seçmektedirler. Ölçek; “Sıcaklık”, “Düşmanlık”, “İhmal” ve “Reddetme” alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçekten çıkan sonuca göre, anne ve çocuk arasındaki ilişki yorumlanmaktadır.

3.2. Verilerin Toplanması

Ölçek uygulanacak kişilerin belirlenmesinde, bilgilendirilmiş onam formunu okuyup kabul etmeleri, uygulanan ölçek yönergelerini anlamaları ve ayrıca eşi psikoz olan kadınlar grubu; cinsiyetlerinin kadın olması, eşlerinin psikoz hastası olması, 20 ile 45 yaş arası olması ve çocuğu olması esas alınmıştır. Kontrol grubunda ise; eşlerinin psikoz hastası olmaması esas alınmış, diğer kriterler eşi psikoz olan kadınlar grubuyla aynı tutulmuştur. Kriterlere uygun olmayan bireyler dışlanmıştır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Sakarya ili Adapazarı ilçesinde bulunan Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü’nün Erkek Psikiyatri Servisi’ne ziyarete gelen, herhangi bir yakını psikiyatri hastası olan aileler oluşturmaktadır. Aileler içinden,

psikoz tanısı alan erkek hastaların eşleri seçilmiştir. Rastlantısal ve araştırma kriterlerine uygun seçilen 50 yetişkin psikoz eşi kadın araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

Ayrıca verileri toplamak için, 2 ayrı gruba Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Aile İlişki Ölçeği uygulanmıştır. Toplam 100 kadın katılımcının (50 psikoz hastası eşi ve 50 psikoz hastası olmayanların eşi) yaş aralığı; 20 ile 45 yaş arası, çocuğu olan evli kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmada kullanılan örneklem iki gruptan oluşmaktadır.

Birinci grup, erkek psikoz hastalarının eşleri (50 Kişi) oluşturmaktadır. Hastaların en az 1 yıldır tedavi görmeleri gerekmektedir. Hastanın psikiyatri servisinde yatışı veya ayakta tedavi görmesi yeterlidir. Yataklı serviste yatanlar ve ayakta tedavi görenlerin eşleri “Eşleri Psikoz Olan Grup” kategorisinde değerlendirilmiştir. Burada önemli olan nokta kişinin en az 1 yıldır psikoz teşhisi konmuş olmasıdır, en az 1 yıl psikoz geçmişi olmalıdır. Kronik, ayakta tedavi ve yataklı serviste yatanlar olmak üzere karışık veri alınmıştır. İkinci grup ise, herhangi bir klinik tanı almayan erkeklerin eşleri (50 Kişi) oluşturmaktadır (Kontrol Grubu).

Kadınların araştırmaya katılabilmeleri için, çocuklarının 0-18 yaş aralığında olmasına dikkat edilmiştir. Katılımcıların kadın olmasının sebebi, anne-çocuk ilişkisini özel olarak değerlendirmek amaçlanmıştır. Psikoz hastaların eşlerine, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Psikiyatri servisinde yardım ve izin alınarak ulaşılmıştır.

3.4.Araştırmanın Analizi

Verilen toplanmasının ardından analizleri SPSS 24.0 paket programı aracılığıyla yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik yöntemleri (Sıklık, Yüzde) kullanılmıştır. Ölçek güvenirliliği amacıyla Cronbach-Alfa katsayısı irdelenmiştir.

Çözümlemelerde iki değişkenin karşılaştırılmasında veri testi normal dağıldığı varsayımı karşılandığı duruma göre iki grup karşılaştırmalarında parametrik testlerden bağımsız t testi uygulanmıştır. Araştırma kapsamında değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi metoduyla test edilmiştir. Sağlanan bulgular % 95 güven aralığında % 5 anlamlılık seviyesinde kıymetlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Gruplara Göre Dağılımı

Araştırmada iki farklı grup ele alınmıştır. Bu iki gruptan birincisini erkek psikoz hastaların eşleri (n=50) ve ikincisini de herhangi bir klinik tanı almayan erkeklerin eşleri (n=50) oluşturmaktadır (Tablo 1.).

Tablo 1. Katılımcıların Gruplara Göre Dağılımı

| | Sıklık | Yüzde |
|-------------------------------------|--------|-------|
| Eşi Psikoz Olan Kadınlar Grubu | 50 | 50,0 |
| Eşi Psikotik Olmayan Kadınlar Grubu | 50 | 50,0 |
| Toplam | 100 | 100,0 |

4.2.Tüm Ölçeklerin Güvenirlik Katsayılarına İlişkin Bulgular

Tablo 2. Ölçeklerin Güvenirlik Katsayısı

| | Cronbach's Alpha |
|----------------------------|------------------|
| Umutsuzluk Ölçeği | ,745 |
| Depresyon Ölçeği | ,918 |
| Anne Çocuk İlişkisi Ölçeği | ,737 |

* Tüm değerler $p<,001$ düzeyinde anlamlıdır.

Ölçeklerin güvenilirlik katsayıları ile ilgili bulgular Tablo 2'de verilmiştir. Beck Umutsuzluk Ölçeği güvenilirlik katsayıları, 745 şeklindedir. Beck Depresyon Ölçeği güvenilirlik katsayıları ,918 şeklindedir. Anne Çocuk İlişkisi Ölçeği güvenilirlik katsayıları ,737 şeklindedir. Bu veriler ışığında tüm ölçeklerin güvenilirliklerinin yüksek olduğu söylenebilir.

4.3.Tüm Ölçeklerin Korelasyon Katsayılarına İlişkin Bulgular

Tablo 3. Ölçek Toplam Puanları ile Ölçek Alt Faktör Toplam Puanları Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları

| | Gelecek | Motivasyon | Umut | Top. BUÖ | Sıcaklık | Düşmanlık | İhmal | Reddetme | Top. AÇİ | Top. BDO |
|------------|---------|------------|--------|----------|----------|-----------|--------|----------|----------|----------|
| Gelecek | 1 | | | | | | | | | |
| Motivasyon | ,416* | 1 | | | | | | | | |
| Umut | ,389* | ,563* | 1 | | | | | | | |
| Toplam BUÖ | ,104 | ,332* | ,330* | 1 | | | | | | |
| Sıcaklık | -,063 | -,069 | -,058 | -,007 | 1 | | | | | |
| Düşmanlık | -,015 | -,035 | ,100 | ,031 | -,236* | 1 | | | | |
| İhmal | ,111 | ,106 | ,081 | ,001 | -,378* | -,036 | 1 | | | |
| Reddetme | -,106 | -,237* | -,233* | -,146 | -,381* | ,324* | -,276* | 1 | | |
| Toplam AÇİ | -,010 | -,093 | -,010 | -,051 | -,137 | ,741* | ,455* | ,306* | 1 | |
| Toplam BDO | ,096 | ,316* | ,325* | ,998* | -,001 | ,033 | -,001 | -,145 | -,047 | 1 |

* Tüm değerler $p < ,001$ düzeyinde anlamlıdır

Tüm ölçeklerin toplam puanları ile ölçekteki alt boyutların toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 3’de sunulmuştur. Bu korelasyon katsayıları ışığında ölçeklerin gerek tek boyutlu gerekse de alt boyutları ile çok boyutlu özelliğe sahip olduğunu söylemek mümkündür.

4.4. Beck Umutsuzluk Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4. Örneklem Gruplarının Beck Umutsuzluk Ölçeği Skorlarının Farklılaşp Farklılaşmadığına İlişkin t-Testi

| | Grup | N | Ort. | Std. Sapma | t | p |
|-----------------------|------------|----|---------|------------|-------|------|
| Gelecek İlgili | Eşi Psikoz | 50 | 2,0600 | 3,51330 | 1,858 | ,066 |
| Beklentiler | Kontrol | 50 | 1,0600 | 1,46259 | | |
| Motivasyon Kaybı | Eşi Psikoz | 50 | 4,3000 | 1,65677 | 5,173 | ,000 |
| | Kontrol | 50 | 2,4000 | 2,00000 | | |
| Umut | Eşi Psikoz | 50 | 3,2000 | 1,61624 | 3,157 | ,002 |
| | Kontrol | 50 | 2,0000 | 2,14761 | | |
| Toplam Ölçek Skorları | Eşi Psikoz | 50 | 14,2200 | 7,35760 | 3,860 | ,000 |
| | Kontrol | 50 | 8,5600 | 7,30714 | | |

Tablo 4’de örneklem grubunun Beck Umutsuzluk Ölçeği Skorlarının eşi psikoz olan kadınlar grubu ve kontrol gruplarına göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara göre, ölçeğin alt boyutlarından “Motivasyon” boyutunun eşi psikoz olan kadınlar grubu ve kontrol gruplarına göre farklılaştığı belirlenmiştir. ($t=5,173$; $p<,05$) Ortalama değerlere bakıldığında eşi psikoz olan kadınlar grubunun kontrol grubuna göre daha fazla motivasyon kaybı yaşadığı belirlenmiştir. Ölçeğin diğer alt boyutu “Umut” skorlarının gruplara göre, anlamlı bir farklılık olduğu ve ortalama değerlere bakıldığında eşi psikoz olan kadınlar grubu kontrol grubuna göre daha az umut beslediği belirlenmiştir. ($t=3,157$; $p<,05$) Toplam ölçek skorlarına bakıldığında ise, eşi psikoz olan kadınlar grubu ve kontrol grubunun anlamlı bir farklılık gösterdiği, ayrıca ortalama değerlere bakıldığında eşi psikoz olan kadınlar grubu kontrol grubuna göre daha fazla umutsuz ölçeği skoru elde etmiş olduğu belirlenmiştir. ($t=3,860$; $p<,05$) Ölçeğin diğer alt boyutu olan “Gelecekle İlgili Beklentilerin” gruplara göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir.

4.5. Anne – Çocuk İlişki Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 5. Örneklem Gruplarının Anne Çocuk İlişkisi Ölçeği Skorlarının Farklılaşp Farklılaşmadığını İlişkin t-Testi

| | Grup | N | Ort. | Std. Sapma | t | p |
|-------------------------------------|------------|----|--------|------------|--------|------|
| Sıcaklık | Eşi Psikoz | 50 | 53,74 | 2,791 | -2,031 | ,045 |
| | Kontrol | 50 | 54,92 | 3,016 | | |
| Düşmanlık | Eşi Psikoz | 50 | 38,20 | 4,408 | ,341 | ,734 |
| | Kontrol | 50 | 37,92 | 3,768 | | |
| İhmal | Eşi Psikoz | 50 | 36,10 | 4,726 | 1,365 | ,175 |
| | Kontrol | 50 | 34,90 | 4,037 | | |
| Reddetme | Eşi Psikoz | 50 | 24,32 | 2,614 | ,145 | ,885 |
| | Kontrol | 50 | 24,24 | 2,897 | | |
| Toplam Anne Çocuk İlişkisi Skorları | Eşi Psikoz | 50 | 152,42 | 5,732 | ,399 | ,691 |
| | Kontrol | 50 | 151,98 | 5,289 | | |

Tablo 5’de örneklem grubunun Anne Çocuk İlişkisi Skorlarının eşi psikoz olan kadınlar grubu ve kontrol gruplarına göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara göre, ölçeğin alt boyutlarından “Sıcaklık” boyutunun eşi psikoz olan kadınlar grubu ve kontrol gruplarına göre farklılaştığı belirlenmiştir. ($t=-2,031$; $p<,05$) Ortalama değerlere bakıldığında kontrol grubunun eşi psikoz olan kadınlar grubuna göre daha fazla sıcaklık yaşadığı belirlenmiştir. Ölçeğin diğer alt boyutu gruplara göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir.

4.6.Beck Depresyon Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 6. Örneklem Gruplarının Depresyon Ölçeği Skorlarının Farklılaşp Farklılaşmadığını İlişkin t-Testi

| | Grup | N | Mean | Std. Sapma | t | p |
|----------------------------------|---------|----|-------|------------|-------|------|
| Toplam Depresyon Ölçeği Skorları | Eşi | 50 | 14,86 | 7,64 | 3,851 | ,000 |
| | Psikoz | | | | | |
| | Kontrol | 50 | 8,68 | 7,41 | | |

Tablo 6’da örneklem grubunun Depresyon Ölçeği Skorlarının eşi psikoz olan kadınlar grubu ve kontrol gruplarına göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlara göre, ölçeğin eşi psikoz olan kadınlar grubu ve kontrol gruplarına göre farklılaştığı belirlenmiştir. ($t=3,851$; $p<,05$) Ortalama değerlere bakıldığında eşi psikoz olan kadınlar grubunun kontrol grubuna göre daha yüksek depresyon ölçeği skoruna sahip olduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu kısım, bu araştırmanın ışığında sunulan hipotezlerin sonuçlarını kapsamaktadır. Bu araştırmada, psikoz erkek hasta eşlerinin; depresyon, umutsuzluk ve anne - çocuk ilişki düzeyleri ile eşleri psikoz hastası olmayan kadınların depresyon, umutsuzluk ve anne - çocuk ilişki düzeyleri arasındaki farklılıklar incelenmiştir.

Araştırmada incelenen bu konu hakkında Türkiye’de ve yurt dışında, literatürde az sayıda çalışma yer aldığı için, araştırmanın bulgularının, yapılmış diğer araştırmalarla karşılaştırılmasında kısıtlılık bulunmaktadır. Literatür incelendiğinde; psikoz, depresyon, umutsuzluk ve anne - çocuk ilişkileri kavramlarına ilişkin; tanımı, tarihinin araştırılması ve psikiyatrik hastalık geçirenlerin (özellikle psikoz) ailelerinin, bakım verenlerinin psikolojik çerçevelerine ve evlilik uyumlarına ilişkin birçok çalışma olsa da sadece erkek hastaların eşleri özelinde bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Veriler toplanırken ve bulgular analiz edilirken, psikoz erkek hasta eşlerinde, eşlerinin psikoz hastası olmasından kaynaklanan ağır psikolojik yükün depresyon, umutsuzluk ve çocukları ile olan ilişki düzeyi özelinde ne kadar etkilenip etkilenmedikleri dikkate alınmıştır. Ayrıca; veriler analiz edilirken tüm bu düzeylerin farklılaştırıp farklılaşmadığı da bulgu olarak sunulmuştur. Veriler analiz edilirken, kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır.

Çalışmada ulaşılan sonuçlar kapsamında ilk olarak katılımcıların, gruplara göre toplam skorları ve diğer değişkenleri incelenen ölçeklerin analizleri şu şekildedir; Beck Umutsuzluk Ölçeği’nin toplam skorları incelenmiş, ölçeğin alt boyutlarından “Motivasyon” ve “Umut” alt boyutları eşi psikoz olan kadınlar grubu ve kontrol gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ve eşi psikoz olan kadınlar grubu kontrol grubuna göre daha fazla umutsuzluk ölçeği skoru elde etmiş olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin diğer alt boyutu olan “Gelecekle İlgili Beklentilerim” gruplara göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Belirlenen bu sonuçlara göre, eşi psikoz hastası olan kadınların daha fazla umutsuzluk hissi besledikleri sonucuna varabiliriz. Anne - Çocuk İlişki Ölçeği’nin toplam skorları incelenmiş, ölçeğin sıcaklık alt boyutu eşi psikoz olan kadınlar grubu ve kontrol gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ve eşi psikoz olan kadınlar grubunun kontrol grubuna göre sıcaklık düzeyinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlar ışığında; eşi psikoz hastası olan kadınların çocukları ile olan ilişkisinde, çocuğuna nefret duyma, çocuğunu reddetme, çocuğunu ihmal etme gibi sonuçlar tespit edilmemiştir. Fakat, eşi psikoz hastası olan kadınlar,

eşi psikoz hastası olmayan kadınlara göre, çocuklarına daha az sıcaklık hissettiği şeklinde yorumlanabilir. Bu sonuç, eşi psikoz hastası olan annenin, eşinin hastalığından dolayı yüklendiği ağır sorumluluk ve ağır psikolojik yük gibi karıştırıcı değişkenler sebebiyle bu şekilde yorumlanabilir. Ölçeğin diğer alt boyutlarından olan düşmanlık, ihmal ve reddetme alt boyutlarında ise anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ölçeğin diğer değişkenlerinde de anlamlı bir sonuca varılamamıştır.

Beck Depresyon Ölçeği'nin toplam skorları incelenmiş, toplam skorların eşi psikoz olan kadınlar grubu ve kontrol gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ve eşi psikoz olan kadınlar grubu kontrol grubuna göre depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlar ışığında; eşleri psikoz hastası olan kadınlar, eşleri psikoz hastası olmayan kadınlara göre daha depresyona yatkın oldukları sonucuna varılabilir. Ölçeğin diğer değişkenlerinde ise anlamlı bir sonuca varılamamıştır.

Literatürdeki diğer araştırmaların erkek psikoz hastası eşlerinin depresyon, umutsuzluk ve çocukları ile olan ilişkisi özelinde olmadığı, aile ve bakım verenlerin genel psikolojik durumları ya da evlilik uyumları üzerinde durulduğu görülmüştür.

Literatüre bakıldığında; Uzun Oğuz ve Temeloğlu Şen (2017) tarafından yapılan çalışmada psikopatoloji tanısı konulan bireylerin sosyal ve özel yaşamında geçirdiği problemler, tanı almamış bireylere nazaran daha fazla olması muhtemeldir. Örneğin, depresyondaki bir bireyin kırılabilir veya içine kapanık olmasından dolayı ilişkisel ve kişisel problemler yaşadığı görülmektedir. Tanı almak kadar, bireyin semptom seviyesinin de evlilik uyumuna etkisinin olduğu gözlemlenmektedir. Bununla birlikte evlilikte yaşanan problemlerin de psikopatoloji sürecini artırdığı diğer bir ifadeyle tedavi sürecini geriletmediği belirlenmiştir. Bu sebeple, bireyler arası iletişimlerin ortasında yer alan evlilik iletişiminin, kişinin psikolojik sürecinden ayrı düşünülmesi beklenmemektedir.

Literatürdeki diğer araştırmalarda ise şizofreni ve aile arasındaki ilişkinin tarihsel gelişimine bakıldığında eskiden şizofreninin bütünüyle biyolojik yahut psikolojik bakış açısıyla anlaşılmaya çalışıldığı gözlemlenmektedir. Psikolojik kuramı savunan araştırmacıların çoğu aileyi hastalığın önemli bir sebebi olarak görmüşlerdir. Frieda Fromm-Reichman şizofreni hastası olanların annelerinin abartılı derecede koruyucu ve kollayıcı, soğuk, herkesten uzak ve reddedici olduklarını ileri sürüp “şizofrenojenik anne” kavramını ifade etmiştir. Daha sonraları ilgi anne ve babalar arası problemler ve evlilik uyumsuzluğuna yönelmiş, Wynne, Bateson, Laing, Bowen ve Lidz gibi araştırmacılar şizofreniye sebep olduğunu iddia ettikleri farklı aile yapıları, iletişim türleri ve etkileşim şekilleri tespit etmişlerdir. Bu kuramların bilimsel çalışmalardan çok, az sayıda klinik gözlemlere

dayanmasına karşın geniş ölçüde kabul görmesi, psikiyatri sağlığı personeliyle ailelerin iletişimine şimdilerde bile etkisini devam ettirecek derecede zarar vermiş, ilaveten ailelerin yükünün de artmasına neden olmuştur. Ayrıca ailelerle ilgili olarak üzerinde en çok çalışılmış konu duygu dışavurumudur. Aile ortamının hastalık süreci üzerindeki etkisiyle duygu dışavurumu araştırmalarının başlaması hemen hemen aynı zaman denk gelmektedir. Konuyla ilgili çalışmalar ilk defa 1950'lerde, şizofrenide yinelemelerin sebeplerini araştıran Brown ve arkadaşları başlatılmıştır. Araştırmacılar, ev ortamının yinelemelerden sorumlu olabileceği düşüncesinden hareketle, hasta yakınlarının hastalara yönelik duygularını değerlendirmek için yarı yapılandırılmış ve adına Camberwell Aile Görüşmesi (Camberwell Family Interview) dedikleri ölçeği geliştirmişlerdir. Ardından Vaughn ve Leff gibi araştırmacılar bu alandaki çalışmaları devam ettirmiş, ölçeği sadeleştirerek kolay uygulanabilir şekilde düzenlemişlerdir. Ölçek sayesinde eleştirel tutum, düşmanca tutum ve duygusal yönden aşırı müdahale şeklindeki üç ayrı boyutta değerlendirme yapılabilmektedir. Ülkemizde de şizofreni tanısı konan bireylerin ailelerinde duygu dışavurumuyla ilgili olarak çalışmış araştırmacılar vardır. Yapılan birçok araştırmada, duygu dışavurumunun akut alevlenmeleri öngörücü etkisine vurguda bulunulmuştur. Ancak aralarında tam bir sebep - sonuç ilişkisini tesis etmek veya problemlili aileyle yüksek seviyede duygu dışavurumunu eş anlamlı terimler olarak kabullenmek konuyu fazlasıyla basite indirgemek olacaktır. Yüksek duygu dışavurumuna sahip aileler, sorunlarıyla, bu sorunlarla başa çıkma yöntemleriyle, ailedeki etkileşim şekilleriyle birbirlerinden farklılık gösterirler. Dolayısıyla heterojen özellikte bir gruba meydana getirirler. Düşük duygu dışavurumuna sahip ailelerin tamamı, problemlilerle etkinlikle başa çıkan, stresin olmadığı bir ortam oluşturarak hastalığın nüksetme riskini düşüren ve rehabilitasyonu kolaylaştıran aileler şeklinde görülmemelidir. Düşük duygu dışavurumuna sahip ailelerde hastanın kötüleştiği zamanlarda yüksek duygu dışavurumu oluşabileceği gibi ara sıra ailedeki tükenmişlik duygusu mevcut eleştirel veya aşırı müdahaleci tutumların ortadan kalkmasına yol açmış olabilir. Ayrıca, semptomların devamlı ve şiddetli görülmesi, davranış bozuklukları vb. hastalıkla alakalı faktörler de ailedeki problemlerin artmasına katkı sağlayabilir (Gülseren, 2002).

Ailenin psikolojik yükü ve sorumluluğunun verdiği ruhsal durum ile ilgili literatürdeki çalışmalar gözden geçirilmiş, erkek psikoz hasta eşlerinin depresyon, umutsuzluk ve anne - çocuk ilişki düzeyi konusunda çok fazla veriye ulaşılamadığı ve genel anlamda aile ve hastanın bakım verenlerinin incelendiği belirlenmiştir. Ayrıca literatüre bakıldığında, araştırmaların bir bölümünün de, genel olarak psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaların, hastalık

sürecinde ve hastalık sürecinden sonraki dönemde, ailelerinin psikolojik yönden rehabilitasyonu konusunda bazı çalışmalara rastlanılmıştır.

Bakım verenin yükünü tespit etmek amacıyla Gülseren ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada hastanın erkek olmasının, bakımı veren aile fertlerinin kadın olmasının, hastanın yakınında devamlı bir fiziki hastalığın olmasının, yakınlarından ve sağlık personelinin yeterli desteği almamanın, hastanın şiddet uygulamasının, ailenin ekonomik açıdan iyi olmamasının, hastanın düzenli şekilde bir sağlık kurumuna götürülmemesinin ailenin yükünü daha fazla artıran özellikler olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bakımı verenlerin depresyon ve anksiyete semptom seviyelerinin ailenin yükü ile bağlantılı olduğu ortaya konmuştur. Şizofreni hastalarıyla yakınları açısından en önemli konuların başında, hukuki haklar, hastalığın nüksetmesi halinde görülen semptomlar, kullanılan ilaçların yan etkileri, şizofreniye yönelik yapılan psikososyal tedaviler, şizofreni hastalarıyla yakınlarına sunulan sosyal desteğin ehemmiyeti, şizofreni ile alakalı özel grup veya derneklerin geldiği belirtilmiştir. Kronik psikiyatri rahatsızlığı bulunan hastaların aileleriyle gerçekleştirilen deneysel çalışmalarda müdahalede bulunmanın hastalarla ailelerine olan etkileri analiz edilmiştir. Araştırmalar sonucunda ailenin psiko-eğitiminin hastaların ilaç tedavisine eşliğinde, ilaç tedavisiyle kontrol amaçlı randevularına uyum göstermelerinde, kontrol grubuna nazaran anlamlı fark bulunmuştur. Ailenin psiko-eğitimi hastaların sosyal destek seviyelerini etkilerken, hastaların klinik neticelerine ve hastalığın nüksetme oranlarına herhangi bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Müdahale araştırmalarının bakım verenlere olan etkisi irdelendiğinde psiko-eğitim müdahalelerin ailenin fonksiyonlarını olumlu şekilde etkilediği bulunmuştur. Ayrıca müdahalelerden sonra bakım verenlerin umutsuzluğa dair puanlarının düştüğü, stres ve zorluklarının azaldığı, hayat kaliteleriyle beraber sosyal fonksiyonlarının da arttığı, hastaya bakımla ilgili güçlüklerin azaldığı, problem belirtileri üzerinde etkin biçimde durdukları ve şizofreni konusundaki bilgilerinin arttığı belirlenmiştir. Müdahale araştırmalarının aileler üzerindeki olumlu etkilerine karşın gerçekleştirilen iki çalışma sonunda bakım verenlere yönelik uygulanan psiko-eğitim programlarının bakım verenlerin duygu ifadesi neticelerini etkilemediği saptanmıştır. Diğer bir araştırmada da aile psiko-eğitiminin şizofreni hastalarına bakım verenlerin stresle baş edebilme puanlarına etkisinin olmadığı, bakım verenlerin psiko-eğitim müdahalesinden sonra stresle başa çıkmada olumlu ve olumsuz başa çıkma metotlarını beraber kullandıkları tespit edilmiştir. Ülkemizdeki kronik psikiyatri hastalarının ailelerini değerlendirebilmek amacıyla ailelerin ihtiyaçlarının, yaşadıkları problemlerin, başa çıkmalarının ve işlevselliklerinin belirlenmesine yönelik tanımlayıcı araştırmaların yapılması önemlidir. Ülkemiz genelinde kronik psikiyatri

hastalarının ailelerine dönük araştırma kapsamında bulunan tanımlayıcı araştırmalarda psikiyatri hastalarının aile fonksiyonlarının olumsuz biçimde etkilendiği ifade edilmektedir. Ebrinç ve arkadaşlarının (2001) araştırmasında şizofreni hastalarının aile işlevleri incelenmiş ve şizofreni hastalarının aile işlevlerinin sağlıklı ve problemli olduğu, ailelerin ailesel ve sosyal destek konusunda olduğu kadar aile içi ilişkiler yönünden bilgilendirilmeleri gerektiği belirtilmektedir. Kronik psikiyatri hastalarının ailelerine ilişkin ülkemizde gerçekleştirilen araştırmaların sistemli biçimde incelenmesi neticesinde kronik psikiyatri hasta ailelerinin yükü ve hastalıkla başa çıkmaları hususunda tanımlayıcı araştırmaların ve ailelere dönük deneysel araştırmaların az sayıda olduğu, daha çok deneysel araştırmaya ihtiyaç duyulduğu belirlenmiştir. Kronik psikiyatri hastalarının ailelerinin yaşadıkları zorluklar ve yükleri sebebiyle psikolojik açıdan riskli olduklarından ülkemiz çapında kronik psikiyatri hastalarının ailelerine dönük istikrarlı programların geliştirilmesi ve psikiyatri sağlığı sistemine dâhil edilmesi önemlidir. Ayrıca randomize kontrolün ve uzun vadeli izlemin yer aldığı çalışma tasarımları ile kanıt seviyeli araştırmaların gerçekleştirilmesi bu konudaki açığı kapatacaktır (Duman ve Bademli, 2013).

Sonuç olarak bu araştırmanın hipotezlerine ilişkin analiz ve bulgular incelendiğinde, eşleri psikoz tanısı almış kadınların depresyon ve umutsuzluk düzeyi norm değerlerinin üzerinde çıkmıştır. Bir başka ifade ile, yapılan ölçekler ışığında eşleri psikoz tanısı almış kadınların depresyon ve umutsuzluk düzeyleri yüksektir. Bu sonuca göre, hipotezlerde de belirtildiği gibi eşleri psikoz tanısı alan kadınların bununla baş etme stratejisi düşük ve yine buna bağlı olarak depresyon, umutsuzluk düzeyi ve hayattan beklentisi düşük öngörüsü doğrulanmıştır.

Eşleri psikoz tanısı almış kadınların anne - çocuk ilişki ölçeği toplam skorları norm değerlerinde tespit edilmiş. Fakat, bu ölçeğin sıcaklık alt boyutu norm değerlerinin altında çıkmıştır. Hipotezde belirtilen eşleri psikoz tanısı alan kadınların, çocuklarına ilgi, bakım ve sorumluluk düzeyinde artış olacağı için, anne – çocuk ilişkilerinde olumsuz yönde değişiklik olacağı varsayılmıştır. Fakat bu sonuca göre, bir alt boyut hariç ölçek toplam skorlarının genelinde anne ve çocuk ilişkisinin normal seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Yine araştırma hipotezlerine göre eşleri psikoz tanısı almamış kadınların da depresyon ve umutsuzluk düzeyleri yüksek çıkabileceği öngörülmüştür.

Bu hipotezler ışığında sonuç olarak, eşleri psikoz tanısı almayan kadınların depresyon ve umutsuzluk ölçeği toplam skorlarına bakıldığında, puanların genel olarak norm değerleri standartlarında olduğu, fakat içlerinde depresyon ve umutsuzluk düzeyi yüksek olanlarında çıktığı saptanmıştır. Burada, depresyon ve umutsuzluk düzeyi; günlük olağan hayat problemlerine bağlı olarak da düşük çıkabileceği belirlenmiştir. Dolayısıyla, günlük yaşam

streslerinden dolayı, eşi psikoz hastası olmayan kadınların da depresyon ve umutsuzluk düzeyi düşük çıkabileceği görölmüştür.

Son olarak, bu tez araştırmasında psikoz erkek hastaların eşlerinin depresyon ve umutsuzluk düzeyi araştırılmıştır. Araştırma sonucunda ve uygulanan ölçekler ışığında, psikoz erkek hasta eşlerinin depresyon ve umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Fakat, psikoz erkek hasta eşlerinin çocukları ile olan ilişkilerinde norm değerlerine göre anlamlı bir değişiklik belirlenmemiştir.



6. ÖNERİLER

1. Bu araştırmada temel sınırlılık; 20 ile 45 yaş arası 100 kadın ve bu 100 kadın katılımcıdan 50 katılımcının eşinin psikoz hastası olması, 50 katılımcının eşinin ise psikoz hastası olmamasıdır. Verilerin daha fazla ve sonuçların daha genellenebilir olması için daha büyük örneklem grupları ve daha farklı demografik gruplarla araştırmaların yapılması gerekmektedir.
2. Bu araştırmada yer alan örneklem grubunun eğitim durumu düzensiz bir şekilde seçilmiştir. Sonraki araştırmalarda seçilecek katılımcıların eğitim durumu; ilkokul, ortaokul, lise ve lisans düzeylerinde daha eşit şekilde seçilmesine dikkat edilebilir.
3. Bu araştırmada psikoz erkek hasta eşlerinin; depresyon, umutsuzluk ve anne - çocuk ilişki düzeyi ölçülürken, kadın katılımcılar baz alınmıştır. Daha sonraki çalışmalarda, psikoz kadın hasta eşlerinin; depresyon, umutsuzluk ve baba – çocuk ilişki düzeyleri şeklinde araştırma yapılabilir.
4. Bu araştırmada, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü Psikiyatri Servisi'ndeki ziyarete gelen psikoz hasta eşleri baz alınmıştır. Sonraki çalışmalarda, farklı hastanelerdeki hasta ziyaretçilerinden örneklem oluşturulmaya dikkat edilebilir.
5. Hasta yakınlarının, ailelerinin, eşlerinin psikoz hastalığı semptom sürecinde, hastalığın alevlendiği dönemde ve hastalık sonrası dönemde hastalıkla başa çıkma, hastalık ile ilgili gerekli bilgiyi alma, hastalığın hasta yakınlarına yüklediği ağır psikolojik yük ile ilgili rehabilitasyon çalışmaları ve hastalıkla ilgili psiko-eğitim çalışmalarının hastanelerde, kliniklerde ve çeşitli kurumlarda daha yaygın ve geniş hale getirilmesi için çalışmalar yapılabilir.

Kaynakça

Akgün, E., (2008). Anne Çocuk İlişisini Oyunla Geliştirme Eğitiminin Anne Çocuk Etkileşim Düzeyine Etkisi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Gür, A., (1996). Ergenlerde Depresyon ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Basit, O., (2017). Çocuktan Anneye Yaklaşımıyla Uygulanan İletişim Eğitiminin Anne Çocuk İletişimine Etkisinin İncelenmesi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Beck AT (1967) Depression: Clinical, experimental and the theoretical aspects. New York, Hoeber Medical Division, Harper and Row.

Bibring E (1953) The mechanism of depression. In Greenacre eds. Affective Disorders. New York International University Press.

Bilgin, A., (2010). Depresif Bozukluklar Alt Tiplerinin Sıklığı ve Kendi Aralarında Karşılaştırılması, Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Bursa.

Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Alptekin, K., (2010). Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme, Türk Psikiyatri Dergisi, 21, 2.

Çelik, H., F., Hocoğlu, Ç., (2016). Major Depresif Bozukluk Tanımı Etyolojisi ve Epidemiyolojisi Bir Gözden Geçirme, Journal Of Contemporary Medicine, 6(1): 51-66.

Dilbaz, N.,Seber, G., (1993). Umutsuzluk Kavramı: Depresyon Ve İntiharda Önemi, Kriz Dergisi, 1(3): 134-138.

Duman, Ç., Z., Aştı, N., Üçok, A., Kuşçu, M., Z., (2007). Şizofreni Hastalarına ve Ailelerine ‘Bağımsız Ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı Uygulaması İzlenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8:91-101.

Duman, Ç., Z., Bademli, K., (2013). Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri Sistemik Bir İnceleme, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5(1):78-94.

Ebrinç, S., Çetin, M., Başoğlu, C., Ağargün, M., C., Seçil, M., Can, S., (2001). Şizofren Hasta Ve Ailelerinde Aile İşlevselliği Sosyal Destek Ve Duygu Dışavurumunun İncelenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(1):5-14.

Ekinci, N., E., (2014). Kütahya E Tipi Kapalı Ve Açık Cezaevinde Kalan Hükümlülerin Spor Yapma Durumlarına Göre Depresyon Ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi, Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.

Erdem, Ç., (2015). Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlüğüne Müracaat Eden Eğitim Düzeyi ve Gelir Seviyesi Düşük Bireylerde Bağlanma Stillerinin Umutsuzluk Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Eren, K., (2006). Şizofreni ve Cinsiyet Farklılıkları, T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Erol, H., (2018). Üniversite Okuyan Gençlerin Dünyaya İlişkin Varsayımlarının Kaygı Ve Umutsuzluk Düzeyleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi Yüzüncü Yıl Üniversitesi Uygulaması, Çağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

Ertan, T., (2008). Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62, 20-25.

Genç, D., N., (2017). Psikoz Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Kişilerin Kişilik Özellikleri ve Bakıcı Yükleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bursa.

Gülseren L., (2002). Şizofreni ve Aile Güçlükler Yükler Duygular Gereksinimler, Türk Psikiyatri Dergisi, 13(2):143-151.

Gümüş, B., A., (2006). Şizofreni Hastalarının Ve Yakınlarının Sağlık Eğitimi Gereksinimleri, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7:33-42.

Haran, S., Aydın, O., (1999). Depresyon, Umutsuzluk, Sosyal Beğenirlik Ve Kendini Kurgulama Düzeyinin İntihar Fikirleri İle İlişkisi, Kriz Dergisi, 3 (1-2) 218-222.

Kaya, B., Kaya, M., (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi Tarihsel Bir Bakış, Klinik Psikiyatri, 10, 3-6.

Kocal, Y., Karakuş, G., Sert, D., (2017). Şizofreni Etyoloji Klinik Özellikler ve Tedavi, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 26(2):251-267.

Köroğlu, A., Hocaoğlu, Ç., (2017). Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(3): 170-175.

Kurt, Ö., E., (2017). Ortaokul Öğrencilerinin Sosyal Destek Algılarıyla İlgili Olarak Sınav Kaygısı Ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Mete, E., H., (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon, Klinik Psikiyatri, 11, 3-16.

Melges FT (1969) Types of hopelessness in psychological process. Arch Gen Psychiatry, 20: 690-699.

Mohammed, H., S., (2018). Kuzey Irak'ta Spor Yapan 12-16 Yaş Arası Bireylerin Spor Yapmayan Bireylere Göre Umutsuzluk Düzeylerinin Araştırılması, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Van.

Özabacı, N., Gamsız, Ö., Biçen, B., Ş., Altınok, A., Dursun, A., Sandıkçı, Ç., Altunbaş, T., Ağcağil, Y., (2015). Boşanmış Kadınların Umutsuzluk Düzeyleri ve Sosyal Destek Alma Durumları, International Journal of Human Sciences, 12(1), 456-479.

Özcan, E., (2017). Major Depresif Bozukluğu Olan Hastalarda Bazal Ganglion Hacimlerinin Stereolojik Yöntem İle Değerlendirilmesi, Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Balıkesir.

Öztürk, B., (2009). Bingöl İli Örnekleminde Geniş Ve Çekirdek Aile Yapılarında Anne-Çocuk İlişkisinin İncelenmesi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Öztürk, M., Yurdağül, G., Tatlıbadem, B., (2016). Yaşlı Bakım Teknikeri Öğrencilerinin Bölüme Yönelik Düşüncelerinin Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(2): 1-9.

Polat, M., (2010). Şizofreni Hastaları ve Kardeşlerinde Düşünce Bozukluğu Ve Aile İşlevleri İle İlişkileri, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İzmir.

Rideout E, Montemuro M (1986) Hope, morale and adaptation in patient with chronic heart failure. j Adv Nursing, 11:429-438

Sağlam, Ş., (2012). Adil Dünya İnançları Ve Sosyal Aksiyomların, Depresyon Ve Umutsuzluk Düzeylerine Etkileri, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Savran, B., M., (1999). Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi, Depresyon Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, 11-17, İstanbul.

Saygı, D., (2011). Ebeveyn Çocuk İlişkisi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Anne Çocuk İlişkisinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi İstanbul Örnekleme, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Şafiq, M., (2010). Anne Çocuk Bağlanması ve Aile Durumu, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Ankara.

Soygür, H., Erkoç, Ş., (2007). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi, 6, 1-4.

Sönmez, Y., E., (2012). Psikoz Yüklülüğü Olan Bir Ailenin Yeniden Gözden Geçirilmesi Haplotip Analizi Ve Neuroguidin Geni, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Ankara.

Şen, T., E., Oğuz, U., E., (2016). Psikiyatrik Tanı Alan Bireylerin ve Eşlerinin Evlilik Uyumları, Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 4 (1), 16-24.

Tel, H., Terakye, G., (2000). Şizofrenik Hasta Ailelerine Yönelik Bir Psiko-Eğitimsel Yaklaşım Uygulaması Denemesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(3):133-142.

Tercanlı, N., Demir, V., (2012). Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi Gümüşhane İli Örneği, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1), 29-37.

Ünal, B., (2015). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Sosyal Çevrenin Relapslar Üzerine Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İzmir.

Yaşar, F., (2009). İlköğretime Devam Eden Öğrencilerin Anne-Çocuk İlişkisini Kabul ve Reddedici Algılama Düzeyinin Annenin Evlilik Doyumu ve Evlilik Uyumu Düzeyiyle İlişkisi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana.

Yavuz. R., (2008). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, Şizofreni, Sempozyum Dizisi, 62, 49-58.

Yetgin, S., Özgen, F., (2007). Tarihsel Bakış İçinde Depresyon, Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, 3(47), 1-5.

Yıldırım, B., (2015). İlkokul Öğretmenlerinin Umutsuzluk Düzeyleri, Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yıldırım, E., (2017). Kanser Hastası Yakınlarının Algıladığı Sosyal Destek İle Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.



Ekler

Ek:1. Onam Formu



Bu araştırma, Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans bitirme tezimin bir aşaması olarak hazırlanmıştır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılmayı kabul etmeyebilir ya da kendinizi rahatsız hissettiğinizde soruları yanıtlamayabilirsiniz. Araştırmayı kabul etmiş olsanız dahi, istediğiniz zaman bırakabilirsiniz. Araştırmada isim veya isim yerine geçecek herhangi bir bilgi istenmemektedir.

Araştırmanın Konusu: “Psikoz Tanısı Alan Erkek Hastaların Eşlerinin; Depresyon, Umutsuzluk Düzeyi ve Çocukları İle Olan İlişkisinin İncelenmesi”

Araştırmanın Amacı: Psikoz tanısı alan erkek hastaların, eşlerinin depresyon, umutsuzluk düzeyi ve anne çocuk ilişki düzeyini ölçmek amacıyla bir araştırma yapılacaktır. Ve bu araştırmalar çerçevesinde psikoz erkek hasta eşlerine ve kontrol grubundaki hasta olmayan erkeklerin eşlerine üç adet ölçek uygulanacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Katılımcının;

Adı-Soyadı:

Ek:2. Demografik Bilgi Formu



Bu form, Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans bitirme tezimin bir aşaması olarak hazırlanmıştır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılmayı kabul etmeyebilir ya da kendinizi rahatsız hissettiğinizde soruları yanıtlamayabilirsiniz. Araştırmayı kabul etmiş olsanız dahi, istediğiniz zaman bırakabilirsiniz. Araştırmada isim veya isim yerine geçecek herhangi bir bilgi istenmemektedir. Araştırmanın sağlıklı olabilmesi için eksiksiz ve doğru yanıtlandırmanız önemlidir.

Katkılarınız için teşekkürler.

Barış TOSUN

1) Cinsiyetiniz:

- a)Kadın b)Erkek

2) Yaşınız:

- a)18-19 b)20-25 c)26-30 d)31-35 e)36-40
f)41 ve üstü

3) Medeni Durumunuz:

- a)Evli b)Bekar c)Diğer(Lütfen Belirtiniz).....

4) Eğitim Seviyeniz:

- a)İlkokul b)Ortaokul c)Lise d)Üniversite e)Yüksek Lisans

5) Çalışıyor musunuz:

- a)Evet b)Hayır

6) Mesleğiniz:

.....

7)Gelir Düzeyiniz:

- a)0-1000 TL b)1000-2000 TL c)2000+ TL

8) Çocuğunuz var mı ?

- a)Evet b)Hayır

9)Evet ise kaç tane ?

.....

10) Kaç yaşındalar ?

a)0-3

b)4-7

c)8-11

d)12-15

e)15-18

11) Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz başka kişi ya da kişiler var mı ?a)Evet b)Hayır

12)Evet ise kaç tane ? / Kim ya da kimler

.....



Ek:3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunuz.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek:4. Beck Umutsuzluk Ölçeği

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)

Geleceğe yönelik olumsuz beklenti ya da düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları evet ya da hayır olarak yuvarlak içine alınız.

- 1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum. Evet--- Hayır
- 2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur. Evet--- Hayır
- 3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor. Evet--- Hayır
- 4- Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum. Evet--- Hayır
- 5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var. Evet--- Hayır
- 6- Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum. Evet--- Hayır
- 7- Geleceğimi karanlık görüyorum. Evet--- Hayır
- 8- Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum. Evet--- Hayır
- 9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok. Evet--- Hayır
- 10-Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı. Evet--- Hayır
- 11-Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor. Evet--- Hayır
- 12-Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum. Evet--- Hayır
- 13-Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum. Evet--- Hayır
- 14-İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor. Evet--- Hayır
- 15-Geleceğe büyük inancım var. Evet--- Hayır
- 16-Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur. Evet--- Hayır
- 17-Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi. Evet--- Hayır
- 18-Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor. Evet--- Hayır
- 19-Kötü günlerden çok , iyi günler bekliyorum. Evet--- Hayır
- 20-İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim. Evet--- Hayır

Ek:5. Anne – Çocuk İlişki Ölçeği (Anne Formu)

BENİM İÇİN BENİM İÇİN
DOĞRU DOĞRU DEĞİL

Hemen Hemen Her Zaman Doğru, Bazen Doğru, Nadiren Doğru, Hiçbir Zaman

1) Ben çocuğum hakkında güzel
şeyler söylerim.

2) Çocuğum kötü davrandığında
ona söylenir veya onu
cezalandırırım.

3) Çocuğuma sanki orada hiç
yokmuş gibi davranırım.

4) Çocuğumu gerçekten sevip
sevmediğimden şüphe ediyorum.

5) Çocuğumun neleri yapip neleri
yapamayacağını kesin olarak
bilmesini sağlarım.

6) Gündelik genel yapılacakları
çocuğum ile konuşur ve
söyleyeceklerimi dinlerim.

7) Çocuğum beni dinlemediğı zaman
çocuğumu başkalarına şikayet
ederim.

8) Çocuğumla yakından ilgilenirim.

9) Dışarıya çıkacağı zaman, çocuğuma
kesin olarak saat kaçta evde
olacağını söylerim.

10) Arkadaşlarını eve getirmesi için
çocuğumu cesaretlendirir ve
onların iyi vakit geçirmesi için
elimden geleni yaparım.

11) Çocuğumla alay ederim.

12) Beni rahatsız etmediğı sürece
çocuğumun varlığını bilmezden
gelirim.

13) Kızgın olduğum zaman
çocuğuma bağırırım.

14) Çocuğuma sürekli olarak nasıl
davranması gerektiğini söylerim.

15) Çocuğum için önemli olan

şeyleri bana anlatabilmesini

kolaylaştırırım.

16) Çocuğuma karşı sert

davranırım.

17) Çocuğumun etrafımda

olmasından hoşlanırım.

18) Birçok kuralın olmasına ve

kurallara uyulması gerektiğine

inanırım.

19) Çocuğum bir şeyi iyi yaptığında,

kendisi le gurur duymasını

sağlarım.

20) Çocuğum hak etmediği zaman

bile ona vururum.

21) Çocuğum için yapmam gereken

şeyleri unutturum.

22) Çocuğumu büyük bir başbelası

olarak görürüm.

23) Çocuğuma dilediğı kadar
özgürlük tanırım.

24) Çocuğumu başkalarına överim.

25) Kızdığım zaman çocuğumu
çok kötü cezalandırırım.

26) Çocuğumun sağlıklı ve doğru
şeyleri yemesine çok dikkat ederim.

27)Çocuğuma işini nasıl yapması
gerektiğini en ince ayrıntısına kadar
söylerim.

28)Çocuğumla sıcak ve sevgi dolu
bir şekilde konuşurum.

29) Çocuğuma hemen kızarım.

30) Çocuğumun sorularını
cevaplayamayacak kadar
meşgulümdür.

31) Çocuğumun varlığından
rahatsız olurum.

32) Çocuğuma istediğı her yere,
bana sormadan gitmesine izin
veririm.

33)Çocuğuma hak ettiğı zaman
güzel şeyler söylerim.

34) Çabuk parlar ve öfkemi
çocuğumdan çıkarırım.

35) Çocuğumun arkadaşlarının kim
olduğıyla yakından ilgilenirim.

36) Çocuğuma ne söylediysem,
aynen öyle davranmasında ısrar
ederim.

37) Çocuğumun yaptığı şeylerle
gerçekten ilgilenirim.

38) Çocuğuma bir sürü kırıcı şey
söylerim .

39) Çocuğum benden yardım
istediğinde onu duymazlıktan gelirim.

40) Çocuğumun başı derde
girdiğinde, hatanın onda olduğunu düşünürüm.

41) Çocuğuma dilediğı her akşam
dışarı çıkmasına izin veririm.

42) Çocuğuma istenilen ve ihtiyaç
duyulan biri olduğunu hissettiririm.

43)Çocuğuma sinirime
dokunduğunu söylerim.

44)Çocuğuma çok ilgi gösteririm.

45) Çocuğuma her zaman ne
yapacağını söyleyebilmeyi isterim.

46)Çocuğumiyi davrandığı zaman
onunla ne kadar gurur
duyduğumu söylerim.

47) Çocuğumun duygularına karşı
kırıcı olurum.

48) Çocuğumun hatırlamam
gerekir diye düşündüğü önemli
şeyleri unuturum.

49) Çocuğum şayet kötü
davranırsa, onu artık sevmediğimi hissettiririm.

50) Çocuğuma yapması için bazı işler verir ve o işler bitene kadar başka hiçbir şey yapmasına izin vermem.

51) Çocuğuma yaptığı şeylerin önemli olduğunu hissettiririm.

52) Çocuğum yanlış bir şey yaptığında onu korkutur veya tehdit ederim.

53)Çocuğumla zaman geçirmekten hoşlanırım

54) Çocuğumun canı ne isterse yapmasına izin veririm.

55) Çocuğum korktuğunda ya da bir şeye canı sıkıldığında, ona yardım etmeye çalışırım.

56) Çocuğum kötü davrandığı zaman Beni arkadaşlarının önünde utandırırım.

57) Çocuğumdan uzak durmaya çalışırım.

58) Çocuğumdan Şikayet ederim.

59) Çocuğumun yaptığı her Şeyi
kontrol etmek isterim.

60) Çocuğumun ne dűŐündűğűne
űnem verir ve dűŐűndűkleri
hakkında konuŐmasından
hoşlanırım.

Özgeçmiş

Barış TOSUN

bbaristosun@gmail.com

KİŞİSEL BİLGİLER

Doğum Tarihi: 01.03.1991

Medeni Durum: Bekar

Askerlik Durumu: Tecilli

Adres: Sakarya / Adapazarı

EĞİTİM

2016 - / Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans

2009 – 2014 / Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Fen – Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

2005 – 2009 / Sakarya Lisesi

YABANCI DİLLER

İngilizce: Orta Düzey

İŞ DENEYİMİ

Temmuz 2013 - Ağustos 2013 / Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi ve Polikliniği – Stajyer Psikolog

2014 - / Özilbey Eğitim ve Sağlık Hizmetleri – Sorumlu Psikolog

Ekim 2017 / NP İstanbul Beyin Hastanesi – Stajyer Psikolog