



**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**PSİKOTİK BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUĞA SAHİP EBEVEYNDE
GÖZLEMLENEN DEPRESYON, KAYGI VE DİNDARLIK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Beste Nevin AŞKAN

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Ertuğrul TAŞ

Samsun, 2017

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**PSİKOTİK BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUĞA SAHİP EBEVEYNDE
GÖZLEMLENEN DEPRESYON, KAYGI VE DİNDARLIK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Beste Nevin AŞKAN

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Ertuğrul TAŞ

Samsun, 2017

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Hazırladığım Yüksek Lisans Tezimin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davranıldığını taahhüt ederim.

22 / 02 / 2017

Beste Nevin AŞKAN

TEZ KABUL VE ONAYI

Beste Nevin AŞKAN tarafından hazırlanan ‘psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynde gözlemlenen depresyon, kaygı ve dindarlık düzeyleri arasındaki ilişki’ başlıklı bu çalışma, 22/02/2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oy birliğiyle/oy çokluğuyla başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan: _____

Üye: _____

Üye: _____

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

_____/_____/_____

Enstitü Müdürü

ÖZET

PSİKOTİK BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUĞA SAHİP EBEVEYNDE GÖZLEMLENEN DEPRESYON, KAYGI VE DİNDARLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Beste Nevin AŞKAN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans, Ocak/2017

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ertuğrul TAŞ

Araştırmanın genel amacını, psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynde gözlemlenen depresyon, kaygı ve dindarlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi oluşturmaktadır.

Betimsel tarama modelinin ilişkisel tarama yöntemiyle yapılan çalışmanın araştırma grubunu, Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine başvuran 100 hastanın ebeveyni oluşturmaktadır. Araştırma verileri 2015-2016 yılında toplanmıştır.

Araştırmada ebeveynlerin depresyon düzeyini belirlemek amacıyla Hisli (1989) tarafından uyarlaması yapılan 'Beck Depresyon Envanteri', Öner ve Le Compte (1983) tarafından uyarlanan 'STAI Sürekli Kaygı Ölçeği' ve Karaca (2000) tarafından uyarlanan 'Deruni Dini Motivasyon Ölçeği' kullanılmıştır. Ayrıca ebeveynlerde herhangi bir psikopatoloji durumunu saptamak için uyarlaması Dağ (1991) tarafından yapılan 'SCL-90R' ve o anki kaygı durumunu saptamak için 'STAI Durumluk Kaygı Ölçeği' kullanılmıştır.

Araştırmada demografik ve diğer özellikler ile depresyon, kaygı ve dindarlık arasındaki ilişkinin anlamlılık düzeyi için Bağımsız Gruplar için t Test ve Tek Yönlü ANOVA kullanılmıştır. Araştırmada depresyon, kaygı ve dindarlık arasında ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayı analizi tekniği kullanılmıştır. Ayrıca dindarlığın depresyon ve kaygı üzerinde yordayıcı rolü ve etkisini incelemek için Basit Doğrusal Regresyon Analizi tekniği uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 İstatistik Paket Programında analiz edilmiştir.

Sonuçlara bakıldığında, psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin hafif düzey depresif belirtiler gösterdiği ortaya konmuştur. Bunun yanında, bu ebeveyn grubunda orta düzey kaygı ve dindarlık görülmüştür. Ebeveynin dindarlığı ile depresyon ve kaygı arasında negatif yönde anlamlı ilişkisi ortaya konmuştur. Ebeveynlerin dindarlığının depresyon ve kaygı üzerinde yordayıcı etkisi olduğunu, depresyonu %58, kaygıyı ise %34 açıkladığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Psikotik Bozukluk, Ebeveyn, Depresyon, Kaygı, Dindarlık.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE LEVEL OF DEPRESSION, ANXIETY AND RELIGION OF PARENTS HAVING CHILDREN WITH PSYCHOTIC DISORDERS

Beste Nevin AŞKAN

Ondokuz Mayıs University, Institute of Social Sciences

Department of Psychology, M.A. , January/2017

Supervisor: Asst. Prof. Ertuğrul TAŞ

The overall aim of the study is to examine the relationship between depression, anxiety, and religiosity observed in parents who has children with psychotic disorders.

The research group of the study of the descriptive screening model by the relational screening method, The parent of 100 patients who apply Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi. The research data were collected in 2015-2016.

In the study, 'Beck Depression Inventory' adapted by Hisli (1989), 'STAI State-Trait Anxiety Inventory' adapted by Öner ve Le Compte (1983) and 'Intrinsic Religious Scale' adapted by Karaca (2000) was used for determine the depression level of parents. It also detect parents to identify any psychopathology was used to 'SCL-90R' adapted by Dağ (1991), and a 'STAI Durumluk Kaygı Ölçeği' was used to determine the moment of anxiety.

The significance level of the relationship between demographic and other characteristics and depression, anxiety and religiosity in the study was Independent-Sample t Test and One Way ANOVA. Correlation was used to determine whether there was a relationship between depression, anxiety and religiosity in the study. In addition, the Linear Regression Analysis was used to look at the influence of depression, anxiety variables on religiosity. The obtained data were analyzed in SPSS 22.0 Statistical Package Program.

In conclusion, parents with a child with psychotic disorder showed mild depressive symptoms. However, there was moderate concern and piety in this parent group. Parental depression and anxiety levels were found to be negatively and significant related to the degree of religiosity. Depression and loss are the effects on religiosity, Especially religiosity and depression were found to be related.

Key Words: Psychotic disorder, Parent, Depression, Anxiety, Religiosity.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
EKLER LİSTESİ	x
KISALTMALAR	xi

GİRİŞ

1. Araştırmanın Konusu	1
2. Araştırmanın Amacı ve Önemi	4
4. Araştırma Sınırlılıkları	8
5. Sayıtlar	9

BİRİNCİ BÖLÜM KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Psikotik Bozukluk	10
1.1.1. Psikotik Bozukluk Tanımı	10
1.1.2. Psikotik Bozukluk Tarihçesi	11
1.1.3. DSM-5'e Göre Bazı Psikotik Bozukluk Tanı Kriterleri	14
1.1.4. Psikotik Bozukluk Görülme Sıklığı	17
1.1.5. Psikotik Bozuklukta Risk Etmenleri	18
1.1.6. Psikotik Bozuklukta Etiyoloji	20
1.1.7. Psikotik Bozukluk ve Aile	23
1.2. Depresyon	27
1.2.1. Depresyon Tanımı ve Belirtileri	27
1.2.2. Depresyonun Tarihçesi	29
1.2.3. Depresyonun Kuramsal Temeli	30
1.3. Kaygı	36
1.3.1. Kaygı Tanımı ve Belirtileri	36
1.3.2. Normal ve Patolojik Kaygı	38
1.3.3. Kuramsal Çerçeve	38
1.4. Dindarlık	41
1.4.1. Dindarlığın Teolojik, Sosyolojik ve Psikolojik Tanımı	42

1.4.2. Dindarlık Nasıl Ölçülür?.....	43
1.4.3. Olayları Açıklama Biçimi, Yükleme ve Din-Dindarlık.....	43
1.5. Yurtiçi ve Yurtdışı Yayınlar.....	47

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli	51
2.2. Çalışma Örneklemi.....	52
2.3. Veri Toplama Araçları.....	55
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	55
2.3.2. Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90R)	55
2.3.3. Beck Depresyon Envanteri	55
2.3.4. STAI Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri.....	56
2.3.5. Deruni Dini Motivasyon Ölçeği	56
2.4. Veri Toplama Süreci	56
2.5. Verilerin Analizi.....	57

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Bulgular.....	58
4.2. Depresyon ile Demografik ve Diğer Özelliklere Ait Bulgular.....	60
4.3. Kaygı İle Demografik ve Diğer Özelliklere Ait Bulgular.....	65
4.4. Dindarlık İle Demografik ve Diğer Özelliklere Ait Bulgular	69
4.5. Değişkenlerin Bazı Demografik Özelliklerle Korelasyonel İlişkisi.....	72
4.6. Değişkenlerin Birbiriyle Korelasyonel İlişkisi.....	74
4.7. Dindarlığın Depresyon ve Kaygı Üzerindeki Etkisi.....	74

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Psikotik Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Ebeveynin Sosyo-demografik Özellikleri İle Depresyon, Kaygı ve Dindarlık Düzeyleri Arasındaki İlişki	76
4.2. Psikotik Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Ebeveynde Depresyon, Kaygı ve Dindarlığın Birbiriyle Olan İlişkisi	84
SONUÇ	86
KAYNAKÇA	90
EKLER	101
ÖZGEÇMİŞ	116

ÖNSÖZ

Tez çalışmamda, izlenecek yol konusunda bana kılavuzluk eden ve yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Sayın Hocam Yrd. Doç. Dr. Ertuğrul TAŞ'a,

Savunma jürimde yer alan ve çalışmamın daha da iyi olması için önerilerde bulunan değerli hocam Doç. Dr. Ayşenur BÜYÜKÖZE KAVAS ve değerli hocam Doç. Dr. Muammer CENGİL'e,

Bu çalışmaya ruhunu veren, duygularını tüm samimiyetle paylaşan ve onların dünyalarına girmemi sağlayan, onlardan çok şey öğrendiğim ve öğrenmeye devam edeceğim hasta ve hasta yakınlarıma,

Her zaman yanımda olan, desteği, sevgisi ve fikirleriyle bana güç veren, sabır gösteren, değerlilerim, babam Tercan AŞKAN'a, annem Sema AŞKAN'a ve kardeşim Necdetcan AŞKAN'a

Sonsuz teşekkürler...

Beste Nevin AŞKAN

Samsun-Şubat 2017

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Ebeveyne İlişkin Sosyodemografik ve Diğer Özellikler

Tablo 2. Hastaya İlişkin Sosyodemografik ve Diğer Özellikler

Tablo 3. SCL-90R, BDE, STAI Durumluk-Sürekli Kaygı, Deruni Dini Motivasyon Ölçeğinin N, Ortalama, SS ve Aralık Değerleri

Tablo 4. BDE Göre Depresif Belirti Dağılımı

Tablo 5. Depresyon ile Sosyodemografik ve Diğer Özellikler Arasındaki İlişki (Bağımsız Gruplar İçin t Test)

Tablo 6. Depresyon ile Sosyodemografik ve Diğer Özellikler Arasındaki İlişki (Tek Yönlü Anova)

Tablo 7. Sürekli Kaygı ve Sosyodemografik ve Diğer Özellikler Arasındaki İlişki (Bağımsız Gruplar İçin t Test)

Tablo 8. Sürekli Kaygı ve Sosyodemografik ve Diğer Özellikler Arasındaki İlişki (Tek Yönlü Anova)

Tablo 9. Dindarlık ve Sosyodemografik ve Diğer Özellikler Arasındaki İlişki (Bağımsız Gruplar İçin t Test)

Tablo 10. Dindarlık ve Sosyodemografik ve Diğer Özellikler Arasındaki İlişki (Tek Yönlü Anova)

Tablo 11. Ebeveyn ve Hastaya İlişkin Bazı Özelliklerin Depresyon, Kaygı ve Dindarlıkla Korelasyonel İlişkisi

Tablo 12. Depresyon, Kaygı ve Dindarlığın Birbiriyle Korelasyonel İlişkisi

Tablo 13. Dindarlığın Depresyonu Yordaması (Basit Regresyon Analizi)

Tablo 14. Dindarlığın Kaygıyı Yordaması (Basit Regresyon Analizi)

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Depresyonun Biyopsikososyal Modeli

Şekil 2. Araştırma Modeli



EKLER LİSTESİ

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Ek 2. SCL-90R Ruhsal Belirti Tarama Formu

Ek 3. Beck Depresyon Envanteri

Ek 4. STAI Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri

Ek 5. Deruni Dini Motivasyon Ölçeği

Ek 6. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Etik Kurul Kararı

Ek 7. Ordu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Etik Kurul Kararı



KISALTMALAR

ark. : Arkadaşları

akt. : Aktaran

BDE : Beck Depresyon Envanteri

ev. : Çeviren

diğ. : Diğerleri

SPSS : Statistical Package For Social Sciences

ss : Standart Sapma

PB : Psikotik Bozukluk

PBS : Psikotik Bozukluğa Sahip ocuk

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

vb. : Ve benzeri

GİRİŞ

1. Araştırmanın Konusu

Dünyaya gelen çocuk, toplumsal yapının temeli olarak kabul gören ailenin oluşumunda yapı taşıdır. Aynı zamanda ebeveynliğe geçişi sağlar. Çocuk, neslin devamı, ebeveynler için geleceğe bir yatırım, ortaya konulan bir bağ ve sevginin ürünüdür. Çocuk, ebeveynler arasındaki bağı sağlamasının yanında, topluma ve kültüre kazandırılan bir ürün olarak da görülür (Aksoy ve ark., 2009; Ataman, 2003).

Her ebeveynin aklında olan ideal bir çocuk tasarısı vardır. Çocuk doğmadan, onunla alakalı hayaller kurulur ve ebeveyn çocuğu kendinden bir parça, kendinin yansıması olarak görür (Deniz ve ark., 2009). Ebeveyn yaşadığı süre boyunca kendini gerçekleştirmek ister. Gerçekleştiremediği hayallerini veya beklentilerini dünyaya gelen çocuğu vasıtasıyla yapabilir. Örneğin, çocukluğunda okul başarısı düşük bir ebeveyn, çocuğunun başarısını ister. Toplum içinde, diğer bireylere göre zekâ düzeyi yüksek ebeveyn, çocuğunun da öyle olmasını bekler. Yansılardan biri de çocuğun sağlıklı olması yönündedir. Çocuğun sağlıklı olması yönünde doğumdan önce ve sonra temenniler vardır (Şendil ve Balkan, 2005). Bu temenniler, aslında çocuğun sağlığıyla ilgili ebeveynin farkında olmadığı veya olsa da itiraf edilemeyen bir kaygının olduğunun da göstergesidir. Bazı çocuklarda Zihinsel-Fiziksel Engel, Otizm, Down Sendromu, Psikotik bozukluk gibi kalıcı sağlık sorunları gözlemlenebilir. Bu durumlarda beklenen ideal çocuk tasarısıyla gerçekte olan çocuk arasında eşitsizlik olur ve ebeveyn çocuğu kabul etmekte zorlanır. Çocukta doğuştan olabilecek ya da sonradan gelişebilecek kalıcı fiziksel, zihinsel, psikolojik sağlık sorunları ebeveynlerin kendilerine, eşlerine, yaşantılarına ve topluma yükledikleri rolleri değiştirebilir. Dolayısıyla ebeveyn şok, inkâr, kaygı, üzüntü gibi bazı psikolojik süreçler yaşar (Özsoy, Özyürek ve Eripek, 1998; Pearce, 1996).

Ebeveynlere zor bir süreç yaşatan psikotik bozukluk, psikolojik sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte psikotik bozukluk hem çocukluk hem de yetişkinlik çağında görülebilir. Bu çalışmada, hayatının bir döneminde psikotik

bozukluk tanısı almış yetişkin çocukları (18 yaş ve üstü) olan ebeveynlerle çalışılmıştır. Tez genelinde kullanılan ‘çocuk’ kelimesi, ebeveynin yetişkin çocuğunu tanımlamak için kullanılmıştır.

Psikotik bozukluk bireyin duygulanım, düşünce, algılama ve davranışlarını olumsuz yönde etkiler. Burada kişinin gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma görülür, hatta gerçekle bağı kopar. Psikotik bozukluğa sahip kişi sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanır ve böylece ebeveyn veya bakımını üstlenen kişiye bağımlı hale gelir (Arıkan, 1998). Ebeveynin psikotik çocuk dünyaya getirmesi ve kendisine bağımlı psikotik bozukluğu olan çocuğun bakımını üstlenmesi, kendisi için önemli ölçüde stres yaratmaktadır. Bu duruma ebeveyn farklı tepkiler gösterebilir. Hastalıkla ilk yüzleşme ebeveynde yoğun üzüntü ve şok yaratmakta, ilerleyen zamanlarda buna öfke ve kaygı eklenmektedir. Çocukta atak durumunun olmasıyla ebeveyn utanç ve suçluluk yaşayabilir. Yapılan gözlemlerde, çift hayatı etkilenmekte, özellikle psikotik bozukluğun nedeni olarak sayılabilecek genetik geçişlilik ile ebeveynlerin birbirlerini suçladıkları görülmektedir. Kendilerinin ölümünden sonra çocukların ne olacaklarıyla alakalı sıkıntı ve gelecek kaygısı yaşayabilmektedir. Ebeveynin zihninde kurguladığı ile gerçekte var olan çocuk arasındaki fark, ebeveyni ‘bitmeyen yas’ içine sokabilir (Willick, 1994). Diğer önemli bir konu ebeveyn kimliği veya ebeveyn olmakla ilgilidir. Çocuğunu otonom kılmak, kendi türünü devam ettirmek ve sahip olduğu kültürü aktarmak ebeveyn kimliğinin temelini oluşturan alanlardır. Psikotik bozukluğu olan çocuk sorumluluk üstlenemeyecek veya bağımsız olamayacaktır. Çocuğun evlenmesi ve evlat sahibi olması zor olacak, dolayısıyla ebeveyn üst kuşaklardan kendisine aktarılan kültürü, psikotik bozukluğu olan çocuğuna ve ondan sonraki kuşaklara aktaramayacaktır (Quentel, 2008; Roussillon, 2007). Ebeveynlerle yapılan görüşmelerde bu durumların yüksek düzey depresyon ve kaygıya kadar giden psikolojik acıya neden olduğu gözlemlenmiştir. Bu tespite bağı olarak çocuktaki hastalık süreci ebeveynde psikolojik sorunlar ortaya çıkarabileceğinden, depresyon ve kaygı araştırmaya değişken olarak dâhil edilmiştir.

İnsan yaşamda fiziksel, sosyal ve psikolojik birçok problemle karşılaşabilir. Bunlardan biri olan psikolojik problemlerin temeline bakıldığında genelde hayatı ve yaşadığı olayları anlamlandırmakta güçlük, belirsizlik algısının üstesinden gelememe, olaylara mantıkdışı açıklamalarda bulunma gibi durumlarla

karşılaşılmaktadır. Kişiler deneyimledikleri durumlar karşısında yaşamın amaçsız olduğunu düşünebilir. Duygu-düşünce-davranış örüntüsüyle ele alınan insan bazen bunlarla savaşıyor, bazen sessiz kalarak, bazen de kaçarak üstesinden gelmeye çalışır (Davidson, 2003; Lazarus, 1991). Araştırma öncesinde, ebeveynlerin sosyal aktivitelere daha çok katılma, alkol ve sigaraya aşırı düşkün olma, daha çok sosyal destek arama, hastadan kaçınma, 'kendi gibi' olanlarla daha çok bir arada olma, uzman yardımına başvurma gibi farklı baş etme davranışları ortaya koyduklarını gözlemledik. Özellikle psikotik çocuğun 'Allah vergisi, diğer dünyada alınacak ödülün ön imtihanı, Allah için çalışılacak çocuk' olarak görülmesi ve fazlaca bu açıklamalara başvurulması, kendini çıkmazda hisseden bazı ebeveynlerin sorunlarıyla baş etme sürecinde dini referanslara başvurduklarını bize göstermiştir. Dinin özellikle çocuklarında kronik sıkıntılar yaşayan ebeveynlerin yaşadıklarını anlamlandırmalarına izin veren bir çerçeve sunduğu düşünülmektedir. Kronik hastalıkla baş etmek durumunda kalan ebeveynde bu durum depresyon ve kaygıya sebep olabilmektedir (Mete, 2008). Psikotik bozukluğa sahip çocuğu olan bazı ebeveynler çaresizlik, umutsuzluk, kızgınlık, kaygı gibi durumlarla baş etme sürecinde dine müracaat etmektedir. Bu çerçevede ebeveynler sahip oldukları psikotik bozukluğu olan çocuğu ve buna bağlı yaşadıkları sorunları ödül veya ceza olarak tanımlamaktadır. Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip olma ve zorluklarla baş edebilmede dindarlık da bir değişken olarak araştırmaya dâhil edilmiştir. Dini referanslara başvurmanın depresyon ve kaygı düzeyini etkilediği düşünülmektedir.

Psikoloji alanındaki çalışmalar incelendiğinde ebeveynlerde depresyon, anksiyete/kaygı ve dindarlıkla ilgili çalışmalar bulunmakla beraber psikotik bozukluğa sahip çocukların ebeveynlerinde bu kavramlarla ilgili çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir.

Psikotik bozukluğu'nun tarihçesi öncelere dayanmaktadır. Bu kişilerin geçmişte evlerine, akıl hastanelerine kapatılarak, işkencelere maruz bırakılarak tedavi (tedaviyle birlikte dışlama, tecrit vb) gördüklerine inanılmıştır. 1950'lerden sonra nöroleptiklerin bulunmasıyla zihinsel süreçlerdeki iniş çıkışlar kontrol altına alınır olmuş ve bu hastalar kurumsal tedavinin yanında aile içinde tutulmaya başlanmıştır (Maisondieu, 2007). Bu hastalığın tedavi süreci son yıllarda sağaltımın daha çok sosyal alanlarda sürmesiyle devam etmektedir. Dolayısıyla ailede bu hastalıkla ilgili etkin derecede rol almaya başlamıştır. Hastalıkla başa çıkmaya çalışan aileler de

birçok sorunla karşılaşmış ve uzmanların dikkatleri bu konuya yoğunlaşmıştır. Hem gündelik hayatla hem de çocukla başa çıkmaya çalışan ebeveynin de zorlandığı noktalar olmaktadır. Bu durum daha sonraki bölümlerde detaylı olarak aktarılacaktır.

Alan araştırması şeklinde tasarlanan bu araştırmanın konusu ‘depresyon, kaygı ve dindarlık düzeyi arasındaki ilişki’dir. Başka bir ifadeyle araştırmamızın temel problemini ‘psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynin depresyon, kaygı ve dindarlık düzeyi arasında bir ilişki var mıdır, varsa ne yönde gözlenmektedir’ sorusu oluşturmaktadır.

2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın genel amacı; psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynde gözlemlenen depresyon, kaygı ve dindarlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki alt amaçlara yanıt aranmaya çalışılmıştır:

1. Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyi
 - 1.1. Ebeveynin cinsiyetine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.2. Psikotik çocuğun cinsiyetine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.3. Ebeveynin yaşına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.4. Psikotik çocuğun yaşına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.5. Hastalık süresine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.6. Ebeveynin çocuk sayısına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.7. Ebeveynin öğrenimine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.8. Ebeveynin gelir düzeyine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.9. Ebeveynler arası uyuma göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.10. Ebeveynin gelecek kaygısına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.11. Ebeveynin çocuktan kaynaklı hayatındaki sınırlılık algısına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.12. Ebeveynin sosyal izolasyon algısına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.13. Ebeveynin kendini suçlama davranışına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?

- 1.14. Ebeveynin eşi suçlama davranışına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
- 1.15. Ebeveynin sosyal destek algısına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
2. Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin kaygı düzeyi
 - 1.1. Ebeveynin cinsiyetine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.2. Psikotik çocuğun cinsiyetine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.3. Ebeveynin yaşına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.4. Psikotik çocuğun yaşına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.5. Hastalık süresine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.6. Ebeveynin çocuk sayısına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.7. Ebeveynin öğrenimine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.8. Ebeveynin gelir düzeyine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.9. Ebeveynler arası uyuma göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.10. Ebeveynin gelecek kaygısına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.11. Ebeveynin çocuktan kaynaklı hayatındaki sınırlılık algısına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.12. Ebeveynin sosyal izolasyon algısına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.13. Ebeveynin kendini suçlama davranışına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.14. Ebeveynin eşi suçlama davranışına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.15. Ebeveynin sosyal destek algısına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
3. Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin dindarlık düzeyi
 - 1.1. Ebeveynin cinsiyetine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.2. Psikotik çocuğun cinsiyetine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.3. Ebeveynin yaşına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.4. Psikotik çocuğun yaşına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.5. Hastalık süresine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
 - 1.6. Ebeveynin çocuk sayısına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?

- 1.7. Ebeveynin öğrenimine göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
4. Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon ve dindarlık düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?
 5. Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin kaygı ve dindarlık düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?
 6. Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin dindarlık düzeyleri, depresyon ve kaygı düzeylerini anlamlı olarak yordamakta mıdır?

Günümüz dünyasında depresyon, kaygı ve dindarlık sıklıkla incelenen araştırma konuları olmuştur. Türkiye’de bu konular üzerine yapılan birçok tez çalışması olmasına rağmen, psikotik bozukluğu olan çocuklara sahip ebeveynler örneklem alınarak bu değişkenlerle yapılan araştırmaya rastlanılmamıştır.

Psikotik bozuklukla mücadele zor süreçler içermektedir. Sağlık kurumlarının takip, tedavi ve müdahale programlarının yapımında, hasta nüfusunun getirdiği risk faktörleri önemlidir. Bu sebepten ötürü bu çalışmanın müdahale planlama ve programlama açısından veri tabanı oluşturacağı düşünülmektedir.

Psikotik bozukluk hem hastalığa sahip kişi hem de ailesi tarafından baş edilmesi zor olan, yaşamlarındaki etkinliği sınırlayan ruhsal bir bozukluktur. Bu durumla hastanın bakımını üstlenen ebeveyn daha çok baş etmek durumunda kalır. Ebeveynin psikolojik belirtilerine (depresyon ve kaygı) dair elde edilecek bilgiler, ebeveyne sağlanacak olan profesyonel destekte önemli rol oynar. Ebeveyn hem çocuğu hem de kendi duygu durumuyla baş etmek zorunda kalır. Bunu bazen kendi dinamikleriyle (din gibi) sağlayabilirken bazen de uzman desteğine ihtiyaç duyabilmektedir. Uzmanla yapılacak görüşmelerde yapıcı bir işbirliği kurmanın bir yolu da ebeveyni anlayabilmektir. Bu çalışmanın, ebeveynin uzmana gelme nedenlerini ve baş etme dinamiklerini anlamlandıracağı, ayrıca psikolojik hizmete katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3. Problem Cümlesi

Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynde depresyon ve kaygı düzeyi nedir? Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynde dindarlık ile depresyon ve kaygı arasında bir ilişki var mıdır? Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip

ebeveyndeki dindarlığın depresyon ve kaygı üzerinde ne kadar yordayıcı etkisi vardır?

Araştırma kapsamında test edilecek hipotezler;

1. Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyi
 - 1.1. Kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir.
 - 1.2. Psikotik çocuğu kız olanlarda, erkek olanlara göre daha yüksektir.
 - 1.3. Ebeveynin yaşı arttıkça yükselir.
 - 1.4. Psikotik çocuğun yaşı arttıkça yükselir.
 - 1.5. Hastalık süresi arttıkça yükselir
 - 1.6. Ebeveynin çocuk sayısı arttıkça azalır.
 - 1.7. Ebeveynin öğrenim düzeyi arttıkça yükselir.
 - 1.8. Ebeveynin gelir düzeyi arttıkça düşer.
 - 1.9. Ebeveynler arası çatışma yoksa düşmektedir.
 - 1.10. Ebeveynin gelecek kaygısı varsa yüksektir.
 - 1.11. Ebeveynin çocuktan kaynaklı hayatındaki sınırlılık algısı varsa yüksektir.
 - 1.12. Ebeveynin sosyal izolasyon algısı varsa yüksektir.
 - 1.13. Ebeveynin kendini suçlama davranışı varsa yüksektir.
 - 1.14. Ebeveynin eşi suçlama davranışı varsa yüksektir.
 - 1.15. Ebeveynin sosyal destek algısı varsa düşüktür.
2. Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin kaygı düzeyi
 - 1.1. Kadınlarda erkeklere göre yüksektir.
 - 1.2. Psikotik çocuğu kız olanlarda erkek olanlara göre yüksektir.
 - 1.3. Ebeveynin yaşı arttıkça yükselir.
 - 1.4. Psikotik çocuğun yaşı arttıkça yükselir.
 - 1.5. Hastalık süresi arttıkça yükselir.
 - 1.6. Ebeveynin çocuk sayısı arttıkça yükselir.
 - 1.7. Ebeveynin öğrenim düzeyi yükseldikçe yükselir.
 - 1.8. Ebeveynin gelir düzeyi arttıkça düşmektedir.
 - 1.9. Ebeveynler arası çatışma varsa yüksektir.
 - 1.10. Ebeveynin gelecek kaygısı varsa yüksektir.
 - 1.11. Ebeveynin çocuktan kaynaklı hayatındaki sınırlılık algısı varsa yüksektir.

- 1.12. Ebeveynin sosyal izolasyon algısı varsa yüksektir.
 - 1.13. Ebeveynin kendini suçlama davranışı varsa yüksektir.
 - 1.14. Ebeveynin eşi suçlama davranışı varsa yüksektir.
 - 1.15. Ebeveynin sosyal destek algısı varsa düşüktür.
3. Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin dindarlık düzeyi
 - 1.1. Ebeveynin cinsiyetine göre farklılaşmamaktadır.
 - 1.2. Psikotik çocuğun cinsiyetine göre farklılaşmamaktadır.
 - 1.3. Ebeveynin yaşı arttıkça yükselir.
 - 1.4. Psikotik çocuğun yaşı arttıkça yükselir.
 - 1.5. Hastalık süresi arttıkça yükselir.
 - 1.6. Ebeveynin çocuk sayısı arttıkça yükselir.
 - 1.7. Ebeveynin öğrenimi yüksekse düşüktür.
 4. Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon ve dindarlık düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
 5. Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin kaygı ve dindarlık düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
 6. Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin dindarlık düzeyleri, depresyon ve kaygı düzeylerini yordamaktadır.

4. Araştırma Sınırlılıkları

Araştırma, 2015-2016 yılı bahar ve yaz dönemi Ordu ilinde bir hastanede tedavi görmekte olan psikotik hastaların ebeveynlerinden oluşturulmuştur. Ayrıca bu araştırma 100 kişiden oluşan bir örneklem grubuyla sınırlıdır.

Psikotik bozukluğu olan ebeveynin birçok sıkıntı ve stres kaynakları olmasına karşın, bu araştırma depresyon ve kaygı ile sınırlandırılmıştır. Araştırma belli zaman diliminde yapıldığından, zamanla deneklerin depresyon, kaygı ve dindarlıkla alakalı inanç, düşünce ve tutumlarının değişebileceği dikkate alınmalıdır ve araştırma yapıldığı zamanla sınırlıdır.

Araştırmada elde edilen psikolojik belirtiler ve dindarlık düzeyleriyle alakalı bulgular, ölçeklerin ölçme kapasiteleriyle sınırlıdır.

5. Sayıtlar

Depresyon, kaygı ve dindarlık düzeyi arasında karşılıklı etkileşim vardır.

Araştırmadaki örnekleme oluşturulan 100 katılımcının kendilerinden istenen bilgileri içtenlikle ve doğru cevapladıkları kabul edilmektedir.

Örneklemin evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının, ölçtükleri özellikler bakımından geçerli ve güvenilir oldukları varsayılmaktadır.



BİRİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde ilk aşamada, psikotik bozukluk kavramı, tarihsel gelişimi, tanı kriterleri ve epidemiyolojisi dikkate alınarak tanımlanmaktadır. Daha sonrasında psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynin nasıl bu süreci nasıl yaşadığı incelenmektedir. İkinci aşamada ebeveynde görülen depresyon ve kaygı kavramları ile ilgili bilgiler sunulmaktadır. Son olarak yurtdışında ve ülkemizde yapılan konuyla ilgili farklı araştırmalara yer verilmektedir.

1.1. Psikotik Bozukluk

1.1.1. Psikotik Bozukluk Tanımı

Psikotik bozuklukta psikotik belirtiler dikkat çekmektedir. Psikotik belirtiler, psikotik bozukluklarda, duygu durum bozukluklarında ve bazı tıbbi durumlarda görülür ve düşünce, algı, duygulanım ve davranışta kendini gösterir. Belirtiler sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmalara yol açar. Kişilerin tıbbi olarak çare aramasına neden olur. Bu belirtilerin görüldüğü en önemli psikiyatrik hastalık şizofrenidir (Buchana ve Carperter, 2005). Bununla beraber şizofreni teşhisinin konulmasının uygun olmadığı başka psikotik bozukluklar da vardır. Günümüz klinik uygulamalarında psikotik bozukluk tanısı, sıklıkla DSM-5 ve ICD-10 sınıflama sistemlerinde öngörülen tanı kriterine göre koyulmaktadır.

Bir psikotik bozukluğu olan hastanın değerlendirilmesinde bu bozukluğun başka bir hastalık ya da madde ile oluşup oluşmadığı olasılığı dikkate alınır. Bu çalışmada medikal bir durum ya da madde ile oluşup oluşmadığı dışlama kriteri olarak alınmıştır.

Psikoz terimi ve psikotik belirtiler şu özellikleri içerir:

- Gerçeği değerlendirmede aşırı derecede bozulma, yeni bir gerçeğin oluşması

- Hastalık sırasında algılama ve düşüncelerin doğruluğunun yanlış değerlendirilmesi, aksine kanıtlar olsa bile dış dünyaya ilişkin yanlış yorumların, yargıların sergilenmesi
- Psikotik davranışın direk belirtilerinin olması (sanrılar, varsanılar, aşırı hareketlilik/yavaşlık, katatonik davranış, kişinin farkında olmadığı ve bariz derecede dikkatsiz konuşma gibi belirtiler).
- Hastalığı kabullenmekte zorlanma ve iç görü kaybının olması
- Toplumsal/mesleki ve kişilerarası ilişkilerin bozulması, işlevsellikte dağılma (Şahin, 1999).

Oluş nedeni ve psiko-fizyolojisi ne olursa olsun psikotik bozukluk, topluma uyumda zorlanılan bir hastalıktır. Bu hastalıkla beraber ailede de zorlanmalar oluşmakta, ebeveynliğin dengesi bozulmaktadır. Böyle bir hastalıkta ilaç tedavisine ek olarak psikososyal iyileştirme yöntemlerinin kullanılması da zorunlu olmaktadır (Ensari ve ark.,2013).

1.1.2. Psikotik Bozukluk Tarihçesi

Eski Çağ Sanskrit ve Hipokrat okuluna devam eden Yunan hekimlerinin yazılarında şizofreni örüntüsü gösteren belirtiler tanımlanmıştır. Orta çağda şeytana tutulduğu sanılan ve şeytan çıkarma ayinleri, büyü, sihir, bitkilerden elde edilen müshille tedavi edildiklerine inanılan belirtilerin şizofreni belirtileri olduğu düşünülmektedir. Bu hastalığın keşfi ve tedavisi Philippe Pinel'in 1793 yılında Paris'te La Bicetre adlı bir akıl hastanesinin başına geçmesinden sonra gelişme göstermiştir ve bu durum modern psikiyatrinin başlangıcı sayılmıştır (Öztürk, 2014; Şahin 2015).

Morel, 1856 yılında 14 yaşındaki bir çocuğun bilişsel yıkımını ayrıntılarıyla anlatmıştır. Bu belirti kümesi, Morel tarafından 'Demance precoce' (*erken bunama*) deyimiyile 1860 yılında kullanmıştır. 1871 yılında Hecker hebefreni ile klinik tabloyu gençlik çağı ile ilişkilendirmiş, 1874 yılında Kahlbaum katatoni terimini kullanılmıştır. Aynı yıl, Laseque, kötülük görme sanrılarını tanımlamıştır (Kültür ve ark., 2007).

Şizofreni ilk olarak Kraepelin ve Bleuler tarafından tanımlanmıştır. 1896 yılında Kraepelin iki belirti türüne paranoid ve basit tipleri de ekleyerek hepsini

'dementia praecox' (*erken bunama*) tanısı altında toplamıştır. Psikoz grubu iki temel gruba ayrılmıştır: Manik depresif hastalık, erken bunama. Tariflediği erken bunama, genel zihinsel bir zayıflıktır (precox-erken başlangıçlı, dementia-ilerleyen zihinsel yıkım). Tanımlarken hastalığın hem gidişini (kötüye gidiş), hem de belirtilerini (varsanı, sanrı, negativizm, dikkat zorlukları, kalıplaşmış davranışlar, duygusal sıkıntılar) ele almıştır. Kraepelin belirtilere odaklanmış ve bu belirtileri 34 kategoriye ayırmıştır ve kategorileri duygu, düşünce, davranış şeklinde yapılandırmıştır (Erkoç ve Aker, 1998; İslamov ve Özakkaş, 1998).

Psikoz terimi, akıl bozukluğu olarak tanımlanan belirtileri tedavi etmeye çalışan kişiler tarafından ilk kez 19. yüzyılın ilk yarısında kullanılmaya başlanmıştır. Başlangıçta terime geniş anlamlar yüklenilmiş, hastalık sürecinin farklı evrelerini ifade etmek için kullanılmıştır. İlk zamanlar, tanımlanan tek akıl hastalığının temelinde, aşırı hareketlilik ve durgunlukla kendini belli eden bir beyin işlev bozukluğu olduğu düşünülmüştür. Psikoz için organik bir hastalık olduğu düşüncesine karşı çıkmış, ruhun bir bozukluğu olduğu düşüncesi hâkim olmuştur. Psikoz teriminin kullanılması için beyin işlev bozukluğunun olması gerektiği düşüncesi, bir takım nöropsikolojik kuramsallaştırmalara yol açmıştır (Soygür ve ark., 2007).

1908 yılında İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler, Kraepelin'dan farklı olarak şizofreninin temeliyle yazılar yazmıştır. Şizofreninin asla erken bunama ile sonlanmadığını ve hastalığın zihinsel bağlantılarda bir bozukluğa sebep olmadığını söylemiştir. Kişilikte bir parçalanmayla kendini gösterdiğini ifade etmiştir. Bu sebepten erken bunama yerine 1908 yılında şizofreni terimini kullanmıştır. Yunancadan gelen bu kelime schizein yarıma, phren akıl yani akıl yarıması sözcüklerinin birleşmesiyle oluşmuştur. Bir zaman sonra şizofreni belirtilerinin de farklılaştığını fark eden Bleuler, bunları birbirine bağlayacak bir temel yapılandırmış, buna 'çağrışımsal bağların kopması' ismini vermiştir. Örneğin şizofreni düşüncenin durması, yani düşünce akımının tamamen durması olduğunu söylemiştir. Bunun da çağrışımların tamamen bozulması demek olduğunu ortaya koymuştur. Bleuler, şizofreni terimini ilk kullanan kişi olmuştur (Hirsch ve Weinberg, 2003; Sadock ve Kaplan, 2007).

Bleuler şizofreniyi tariflerken hastalığı birincil ve ikincil belirti olmak üzere ikiye ayırmıştır. Birincil belirtiler hastalığın tanısı için kesinlikle olması gerekirken, ikincil belirtiler tüm hastalarda görülebilecek, birincil belirtilerin üzerine eklenen belirtiler olarak yapılandırmıştır. 4A olarak geçen bu belirtiler, duygulanım bozukluğu (*affekt*), ambivalans, otizm (*autism*), çağrışımda bozukluk (*association*)tu. Bilinç, yönelim, bellekte bir bozulma tanımlamamıştı. Bu şekilde belirtilerin ayrışması bilim insanları için tartışmanın çıkış noktası olmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Sadock ve Kaplan, 2007) .

20. yüzyılda Amerikan psikiyatri, Bleuler'i yol gösterici olarak kavramı genişletmiştir. 1930'lu yıllarda Kasanin hem şizofreni hem duygusal (*affective*) belirtiler gösteren hastaları gözlemleyerek bu hastalar için 'şizoaffektif psikoz' terimini öne sürmüştür. Bu tanı daha sonra DSM-I (1952) ve DSM-II'de (1968) yer almıştır.

1950'lerin ortalarında şizofreni yerleşik bir hastalıktan ziyade, zorlanmalara (strese) karşı bir tepki türü olarak tanımlanmıştır. Örneğin, şizofrenik reaksiyon, paranoid tür gibi tanılar konulmaya başlanmıştır. 1968 yılında çıkan DSM-II'de, daha öncesinde kullanılan reaksiyon tabiri bırakılmıştır.

1960 ve 1970 yıllarında Amerika'da genişleyen şizofreni kavramında süreç-reaktif boyut (*process-reactive dimension*) önemli şekilde göz önünde tutulmaya başlanmıştır. Klinisyenler genç yaşta başlayıp bazen iyileşen hastalarla, erken yaşta hastalığı başlayan ve giderek kötüleşen hastaları gözlemlemeye başlamışlardır. Süreç terimi beyinde fark edilmeden ilerleme, reaktif terimi de stres sonrası aniden görülme olarak kullanılmaya başlanmıştır. 1950 yılından sonra süreç ve reaktif ayrımı yoğun şekilde kullanılmaya başlanmış ve Kraepelin ilk tanımı olan *dementia preacox*'la bağdaştırılmıştır. Reaktif hastalar da tanıma katılarak anlamda genişleme sağlamıştır (Kültür ve ark., 2007; Yüksel, 2006).

20. yüzyıl ortalarında Kurt Schneider'in ölçütleri şizofreni tanısında önem kazanmıştır. Avrupa da 1960'ların sonlarında düşünce çalınması, sanrılar, gerçeklikten uzaklaşma, farkındalık yetisini kaybetme, işitme varsanıları (birincil ölçütler) sıkça kullanılırken, Amerika Bleuler'in şizofreni tanımına göre tanı koymuştur. Ancak Bleuler'in çağrışım bozukluğu konusundaki araştırmaları kanıtlanamayınca Amerika'da da Schneider'in ölçütleri ön plana çıkmıştır. Bununla

beraber DSM-III'de tanımlayıcı düzeyde ve sınırlı şekilde yapılandırılmış şizofreni ve psikotik bozukluklar kavramları öne çıkmıştır (Kültür ve ark., 2007).

Ardından gelen DSM-III-R ve DSM-IV ile tanı ölçütlerine açıklık getirilmeye çalışılmıştır. Psikotik bozukluk kriterlerinin DSM-IV ile güvenilir ve geçer olduğu görülünce, bu hastalık grubu ana hatlarıyla belirlenmiştir (Soygür ve Erkoç, 2007). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, beşinci basımının (DSM-5) yayınlanması ile birlikte ruhsal hastalıkların kodlanmasında, sınıflandırılmasında ve ruhsal hastalıklara tanı konulmasında bir takım yenilikler getirilmiştir.

1950'lerden sonra psikotik bozukluk tanılı kişilere de bakış açısı değişmiştir. Hastalar daha öncesinde akıl hastanelerine kapatılmış, işkencelere maruz kalmıştır. Daha sonrasında zorunlu ilaçlı tedavisi yanında destekleyici psikososyal ve aile temelli tedavi yöntemleri de gündeme gelmiştir. 1970'lerde bu hastalar multidisipliner bir takımla (hekim, psikolog, hemşireler vb.) iyileştirilmeye çalışılmıştır (Arkar, 1991).

1.1.3. DSM-5'e Göre Bazı Psikotik Bozukluk Tanı Kriterleri

Sanrılı Bozukluk

- A. Bir ay ya da daha uzun süren, bir (ya da daha çok) sanrının varlığı.
- B. Şizofrenin A tanı ölçütü hiçbir zaman karşılanmamıştır.
Not: Varsanılar, varsa bile, belirgin değildir ve sanrısız konu ile ilişkilidir.
(Örn. Böceklerce sarıldığı duyumuna kendisini böceklerin sardığı sanrısının eşlik etmesi).
- C. Sanrının (sanrılarının) etkileri ya da sonuçları dışarıda tutulacak olursa, işlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır ve davranışlar, açıkça, yadırganacak denli olağana aykırı değildir.
- D. Mani ya da yeğin (majör) depresyon dönemleri ortaya çıkmışsa, bunların süresi, sanrısız dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.
- E. Bu bozukluk, bir maddenin ya da sağlıkla ilgili başka bir durumun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz ve beden algısı (dismorfik) bozukluğu ya da takıntı-zorlantı bozukluğu (obsesif-kompulsif bozukluk) gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

Kısa Psikoz Bozukluğu

A. Aşağıdaki belirtilerden birinin (ya da daha çoğunun) varlığı. Bunların en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar.
2. Varsanılar.
3. Darmadağın konuşma (örn. Sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)
4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.

Not: Belirti, kültürel olarak kabul edilecek bir tepki ise bu kapsamda değerlendirmeyin.

B. Bu bozukluğun bir dönemi, en az bir gün, ancak bir aydan daha kısa sürer ve en sonunda hastalık öncesi işlevsellik düzeyine tam geri dönülür.

C. Bu bozukluk, psikoz özellikleri yeğin (majör) depresyon bozukluğu ya da iki uçlu (bipolar) bozuklukla ya da şizofreni ya da katatoni gibi psikozla giden diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz ve bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Şizofrenimsi (Şizofreniform) Bozukluk

A. Aşağıda belirtilenden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar.
2. Varsanılar.
3. Darmadağın konuşma (örn. Sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)
4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.
5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama)

B. Bu bozukluğun bir dönemi, en az bir ay, ancak altı aydan daha kısa sürer. İyileşmeyi beklemeden tanı konması gerekirse ‘geçici tanı’ olarak nitelendirilmelidir.

C. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1)

açık evre belirtileriyle eş zamanlı olarak yeğın (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

D. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Şizofreni

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar.
2. Varsanılar.
3. Darmadağın konuşma (örn. Sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)
4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.
5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama)

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğunun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişiler arası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişmez)

C. Bu bozukluğun süre giden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsmalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşik altı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olan dışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğın (majör) depresyon ya da mani

dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

- E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanmaz.
- F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konulabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.

Şizoduygulanımsal (Şizoaffektif) Bozukluk

- A. Yeğın (majör) bir duygudurum dönemiyle (yeğın depresyon ya da mani dönemi) eşzamanlı olarak şizofreninin A tanı ölçütünün karşılandığı, kesintisiz bir hastalık sürecinin olması.
Not: Yeğın depresyon dönemi A1 tanı ölçütünü kapsamalıdır. Çökkün duygudurum.
- B. Hastalığın yaşam boyu süresince, yeğın bir duygudurum döneminin (depresyon ya da mani dönemi) olmadığı iki ya da daha çok hafta, sanrılar ya da varsanılar bulunur.
- C. Yeğın bir duygudurum döneminin tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri, hastalığın açık ve artakalan kesiminde, toplam sürenin büyük bir çoğunluğunda bulunur.
- D. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

(APA, 2013)

1.1.4. Psikotik Bozukluk Görülme Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü, psikotik bozukluklardan biri olan şizofreninin yaşam boyu riskinin %1 olduğunu kabul etmektedir (Jablensky ve ark. 1992). Diğer psikotik bozukluklarla alakalı prevelans çalışmaları oldukça azdır. Perala ve arkadaşlarının (2007) yaptığı araştırmada, tüm psikotik bozuklukların yaşam boyu yaygınlığının %3.5 olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca yapılan başka araştırmalarda, şizofreni dışındaki diğer psikotik bozuklukların yaşam boyu yaygınlığının şizofreni

kadar yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Gureje ve ark. 2010, Kessler ve ark. 2005, Perala ve ark. 2007, Phanthunane ve ark. 2010). Ancak yapılan bir araştırmayla, dünyadaki prevalansın her toplumda benzer olmadığı, o toplumun özellikleriyle alakalı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Saha ve ark. 2005).

Türkiye’de de psikotik bozukluk görülme sıklığıyla alakalı araştırmalar oldukça az yapılmıştır (Alptekin ve ark. 2009, Binbay ve ark. 2010). Türkiye’de sınırlı sayıdaki genel toplum araştırmaları üzerine yapılan bir sistematik gözden geçirmeye göre şizofreni yaygınlığı 1000 kişide 8.9’dur (Binbay ve ark., 2011). Türkiye’de ilk kez yapılan bir genel toplum örneğinde psikotik bozuklukların (şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, psikotik bulgulu duygu durum bozuklukları, tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı psikotik bozukluklar) prevalansı %2.6 olarak saptanmıştır (Binbay ve ark. 2012)

1.1.5. Psikotik Bozuklukta Risk Etmenleri

Psikotik bozukluğu tek nedenle açıklamak mümkün değildir. Bunun yanında yüz yılı aşan süredir oluş nedeni kesin olarak aydınlatılamamıştır. Bu nedenle bu bozukluk ‘multiple-hit’ (*çok etkenli*) bir beyin hastalığı olarak kabul edilmekte olup genetik yatkınlığın çevresel faktörlerle biraraya gelerek psikopatolojiye dönüştüğü ifade edilmektedir.

Yapılan araştırmalarda, psikotik bozukluğun erkeklerde başlangıç yaşı, kadınlara göre daha düşüktür. Erkeklerde 15-25 yaşları arasında görülürken, kadınlarda 25-35 yaşları arasında görülmektedir. Kadınlarda ayrıca menapoz öncesi 40-45 yaşları da risk faktörü olabilmektedir (Kültür ve ark., 2007; Kaplan ve Sadock, 2004).

Psikotik bozuklukta, cinsiyet risk etmeni olarak değerlendirildiğinde, erkeklerin psikotik bozukluk geliştirme riskinin kadınlara oranı 1.4 kat daha fazla olduğu görülmüştür (McGrath ve ark. 2004, Saka ve Atbaşoğlu, 2007). Ayrıca kadın şizofreni hastalarında hastalığın seyri erkeklere göre daha iyidir (Kaplan ve Sadock, 2004). Şizofreni hastalarında evli olmayanların evli olanlara oranı ise 2.6 – 7.6 aralığındadır (Saka ve Atbaşoğlu, 2007).

Sosyoekonomik düzeye bakıldığında, düşük sosyoekonomik düzeyde bu bozukluk daha çok görülmektedir. Bir görüşe göre, bu durum, düşük sosyal destek,

enfeksiyon, tıbbi bakım, toksinlere maruz kalma nedenleriyle açıklanmıştır. Diğer görüşe göre ise, kişiler hastalık nedeniyle mesleki ve sosyal anlamda ilerleyememekte, bu da onlarda alt sosyoekonomik statüye doğru kaymaya neden olmaktadır (Kebede ve ark., 2004; Scott ve ark., 2006).

Şehirleşme ve göçle beraber psikotik bozukluğa sahip olma ihtimalinde artış gözlenmektedir. Bunun nedeni sosyal desteğin kırsalda daha fazla olup, şehirleşmeyle azalması gösterilmektedir. Özellikle göçle birlikte yaşanan kültürel şok, ekonomik stres, aile parçalanması, gelecekle ilgili beklentiler riski arttıran faktörlerdir. Göçmenlerde daha yüksek oranda şizofreni görülmektedir (Ceylan, 2005; Mulvayn, 2001).

Yapılan araştırmalar neticesinde psikotik bozukluğu olan kişilerin özellikle kış ve ilkbaharın başı aylarda doğdukları gözlemlenmiştir. Bu aylarda var olan özellikle enfeksiyon riski, beslenme yetersizlikleri ve soğuk aylarda rahim içi maternal enfeksiyona maruz kalma beyin gelişiminin gecikmesine neden olmaktadır (Mulvany ve ark., 2001).

Doğum öncesi enfeksiyonlar ve doğum sonrası komplikasyonlar da psikotik bozukluk için risk etmeni olarak görülmektedir. Doğum öncesinde prömoni, tüberküloz, akut bronşit gibi solunum yolu enfeksiyonuna maruz kalan annelerin çocuklarında risk daha fazladır. Ayrıca anne adaylarında stres de risk faktörüdür. Annedeki beslenme bozukluğu, uzamış doğum, fetal büyüme geriliği (düşük doğum ağırlığı, düşük ölçüde baş çevresi gibi), Rh uyuşmazlığı gibi etkenlerde risk oluşturmaktadır (Doğan, 2011).

Kıtlık dönemlerinde gebe olan kadınların çocuklarında psikotik bozukluk riskinin arttığı gözlemlenmiştir. Özellikle gebeliğin ilk 3 ayında anneden çocuğa geçen bazı besinler önemlidir. O besinlerin eksikliği nedeniyle hemeostasis düzeyi yükselmekte o da psikotik bozukluk riskini artırmaktadır. Bunun yanında gebeliğin ikinci 3 ayında annede görülen enfeksiyon (enfluenza, herpes simpleks, rubella gibi) da riski artırmaktadır.

Annenin gebelikte diyabet olması, psikotik bozukluk riskini 7 kat artırmaktadır. Bunun yanında bebeğin 2000 gr altında doğması ve acil sezaryan olması riski 3 kat artırmaktadır.

Yapılan çalışmalar, doğum öncesi, sırası ve sonrasında gerçekleşen fiziksel travmalar nedeniyle de çocukta psikotik bozukluk görülme riskini artırdığını ortaya koymuştur. Bunun yanında bebeğin oksijensiz kalması da riski artırmaktadır. (McGrath ve Susser, 2009).

Babanın yaşı, psikotik bozuklukta çok çalışılan bir risk etkenidir. Sonuç olarak babanın yaşı ile bu bozukluk arasında doğrusal bir ilişki bulunamamıştır. Babanın 25 yaş altında çocuk sahibi olması bu riskte hafif bir artış göstermiştir. Yapılan araştırmalarda 40 yaş ve sonrasında, özellikle 50 yaş üstünde baba olan kişilerin çocuklarında bu risk belirgin olarak artmaktadır (Doğan, 2011).

Esrar kullanımı genellikle psikotik bozukluk riskini 2 kat arttırmaktadır. Özellikle şizofreni hastalarının yaklaşık %50'si kannabis kullanmaktadır. Kannabis kullanımı ile tüm psikotik bozuklukların ortaya çıkış oranı 1.4-2.1 arasında olduğu bildirilmiştir (McGrath, 2005).

Stres, psikotik bozuklukta önemli bir risk etmenidir. Hastalığın ortaya çıkışını açıklamak için genellikle kullanılan Stress-Diathesis (*zorlanma-eğilim*) modeline göre, kişiyi şizofreniye temel oluşturan genetik etkenlerin yanında, bardağı taşıran son damla etkisi yapan stres faktörü de vardır. Genetik uzantısı nedeniyle kişi kolay hastalanma ve yatkınlık özelliklerine sahiptir. Bu da göz önüne alındığında bu tür bozukluk genetik, biyolojik, psikososyal ya da çevresel kökenli olabilmektedir (Birsöz ve Karaman, 2003).

Psikolojik kuramı savunan araştırmacıların çoğu özellikle anne kavramı üzerinde durmuşlardır. Şizofrenisi olan çocukların annelerinin soğuk, uzak, reddedici, aşırı koruyucu ve kollayıcı olduklarını ileri sürüp “şizofrenojenik anne” tanımını kullanmıştır (Dağ, 2011).

1.1.6. Psikotik Bozuklukta Etiyoloji

Yapılan araştırmalara göre en riskli etmenin ailede psikotik bozukluk öyküsünün varlığı görülmüştür. Örneğin, ebeveynde şizofreni öyküsünün varlığı, çocuktaki riski 10 kat artırmıştır. Yapılan bir araştırmada şizofreni görülen ailenin çocuklarında hastalığın görülme oranı %3-7 arasındayken, kontrol grubunda %1'dir (Fredman ve ark; 1999; Sayıl, 2000).

Özellikle şizofreni hastaları üzerinde yapılan aile çalışmalarında akrabalık ne kadar yakınsa ve ne kadar çok bu tanılı hasta varsa risk o kadar artmaktadır. Bu oran 1.4 ile 16.2 arasında değişen şekilde kendini göstermiştir. Anne ve baba hasta ise risk %25-46 arasında olurken, anne babadan sadece biri hasta ise %12.5-13.8 olarak gözlemlenmiştir. Anne baba sağlam ama çocuklardan birisinde tanı mevcutsa risk %6.7-8.2 olarak gözlemlenmiştir. Yakın akrabalarından birinde bu bozukluğun görülmesi ile kişide görülmesi, normal nüfusta görülmesinden 7-10 kat daha fazladır (Fredman ve ark., 2001; Kültür ve ark. 2007).

Aile çalışmalarının yanında, tek yumurta ve çift yumurta ikizleri üzerinde araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmaların amacı, genetik etkenlerle çevresel etkenleri birbirinden ayırmaktır. Yapılan araştırmalarda tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre çok daha yüksek şekilde eş hastalanma (concordance) görülmüştür. Bu hastalanma oranı tek yumurta ikizlerinde %31-78, aynı cinsiyetten çift yumurta ikizlerinde %12-28 oranında gözlemlenmiştir. Daha geniş tanımda yapılan araştırmalarda bu oran yükselirken, daha dar tanımda düşmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Stefan ve ark., 2002).

Aile ve ikiz çalışmaları, psikotik bozuklukta kalıtımın rolünü göstermiştir. Ancak bu sonuçlar çevresel rolün etkisini azalttığı anlamına gelmemektedir. Bundan dolayı evlat edinme çalışmaları da yapılmıştır (Fredman ve ark, 1999; Fredman ve ark, 2001; Öztürk, 2004). Özellikle şizofrenide kullanılmış olan bu yöntem, genetik ve çevresel etkenlerin rolünü ayırt etmek için önemlidir. Şizofreni tanısı olan anne babanın evlat edinilen çocukları ile eşleştirilmiş kontrol grubu karşılaştırılmış ve şizofrenisi olan anne babanın evlat edindirdiği çocuklarda bu oran daha yüksek bulunmuştur (Ceylan, 2005; Waldo ve ark., 2000)

Etiyoloji hakkında bilgi edinmek için beyin görüntüleme çalışmaları da yapılmıştır. Bu çalışmalar iki başlık altında toplanabilir. Bunlardan birincisi beyin yapısal özelliklerini gözlemlemek için yapılan Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)dir. Bununla alakalı yapılan ilk çalışmalar bu tür hastaların ventriküllerinin geniş olduğu yönündedir. Toplam ventrikül hacminde genişleme ve tüm beyin hacminde daralma görülmüştür. İkincisi beyin kan akımı ve glikoz kullanımını gözlemlemek amacıyla yapılan Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)dir. Bunun sonucunda da frontal bölgedeki kan akımında

ve glikoz tüketiminde azalma gözlemlenmiştir (Brown, 2010; Kaplan ve Sadock, 2004; Soygür ve ark., 2007).

Hastalığın özellikle üreme dönemi başlarında ortaya çıkması ile hormonal nedenler sorgulanmıştır. Psikotik bozuklukta D3,5HT ve GABA baskılanmaktadır ve bu durum beyin alanlarını etkiler (Ertuğrul, 2007; Yüksel, 2006).

Yapılan araştırmalarda dopamin yollarında artış olduğu, bu nedenle psikotik belirtilerin olduğu bir tablo izlendiği gözlemlenmiştir. Bunun yanında noradrenalinin beyinde ve omurilik sıvısında artışı dopaminerjik yayılımı çoğaltmaktadır. Ayrıca, dopamin ve serotonin arasında bir etkilenme olduğu gözlemlenmiştir (Stone, 2009).

Bilgi işlemede bozukluk varsayımına göre, psikotik bozukluk tanılı bireylerin beynine ulaşan uyarıcıların karşılaştığı süzgeçte ve işleme süreçlerinde bir problem olduğu düşünülmektedir. Beyne çok fazla bilgi girer ancak beyin bunu ayıklamakta zorlanır. Bunun yanında sinapslardaki yer değiştirme ve yaptığı bağlantılardaki bozukluk kişide işlevselliğin kötüleşmesine neden olur (Soygür ve ark., 2007).

Nörogelişimsel kurama göre, psikoz durumu, hastaların beyinlerinde erken dönemde ortaya çıkar. Psikotik bozukluk tanısı konulan kişilerin çocukluklarında da anormal nörolojik ve davranışsal bulgular olduğu görülmüştür. Ancak daha sonra genetik durumun üstüne gelen çevresel faktörler sonucu psikoz durumu gözlenir (Soygür ve ark., 2007).

45 yıllık izleme çalışması yapılmış ve ileride şizofreni tanısı konulan kişiler, bebekliklerinde gülümseme, başını tutma, oturma, emikleme gibi birçok gelişimsel basamaklarını geç tamamlamıştır. Psikoza yatkın insanlarda beyin gelişiminde anormalliklerin olduğu, bunun doğum öncesine kadar da dayandığı yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır. Ancak psikotik belirtilerin başlangıç yaşının ergenlik ya da erken yetişkinlik olduğu açıklanamamıştır. Bu durum beyin çoğu bölgesinde patoloji olduğuyula ve nöral devrelerde bozukluk olmasıyla açıklanmaktadır (Soygür ve ark., 2007). Nörogelişimsel varsayımına göre, beyin gelişimi sırasında patolojik süreçler mevcuttur. Bu gelişim anormalliği ile yanlış nöronlar sağ kalır ve bunun sonucunda bu nöronlar beynin doğru bölgelerine göç edemezler ve yanlış bağlantı

kurarlar. Sonuç olarak ergenlik/erişkinliğin başlarında fonksiyonel aksamalar ortaya çıkar (Arkonaç, 1996).

Yozlaşma (nörodejenerasyon) kuramına göre ise, hastalık oluşumundan sonra beynin belli bölgelerinde yozlaşma olur ve kişi herhangi bir tedavi görmezse kötüleşir. Sağaltım görmemiş hastaların giderek kötüleşmesi, hastalığın ilk dönemlerinde negatif belirtilerin gözlemlenmemesine karşın sonrada ortaya çıkabilmesi buna kanıttır.

Psikanalitik kuram da psikotik bozuklukla ilgilenmiştir. Freud'un nevroz ve psikoz durumunun çocukluk arzularından birinin engellenmesi ya da doyurulmaması nedeniyle olduğunu söylemiştir. Freud'a göre nevrozda, ego dış dünyanın yanında yer alır ve idi susturmaya çalışır ve gerçekliği görmezden gelir. Psikozda ise, ego dış dünya karşısında idi mağlup edip, gerçeği reddeder ve başka bir gerçeklikle değiştirmeye çalışır (Fenichel, 1974).

Melanie Klein, yaşamın ilk yıllarındaki bölme-yansıtma düzeneklerini paranoid-şizoid olarak adlandırıldığını ifade eder. Psikozun ortaya çıkmasını ise geçmişteki paranoid-şizoide gerileme olduğunu söyler. Klein'e göre şizofrenide libido egoya değil içsel nesnelere yatırım yapar. Bu nedenle şizofreniler kendilerini daha çok sevip beğenmekten ziyade fantazilerine (*phantasy*) gömülmüş durumda yaşar (Fenichel, 1974).

Margaret Mahler'e göre, yaşamın ilk aylarında bebeğin kafasında ayrı ayrı öz-anne tasarımı yerine 'sembiyotik birim' tasarımı vardır. 5. aydan sonra bebek yavaş yavaş sembiyodan çıkar, kendini ve annesini ayrı bir birey olarak görür. Ancak bunu yapamazsa nesne ilişkileri sembiyotik olarak devam eder. Yani psikotik bir birey ben/başkaları ayrımını yapamaz, sembiyotik evreye saplanır/geriler (Öztürk, 2004; Kaplan ve Sadock, 2004).

1.1.7. Psikotik Bozukluk ve Aile

Aile kişilerarası ilişkilerin yaşandığı bir sistemdir ve aile içinde olan bir durum bu sistemin her parçasını etkiler. Aile, hastalık sürecinde, tıbbi tedavi ve psikososyal iyileştirmede bir köprü olarak işlev görür. Psikiyatri hastaları da, 1960'lardan sonra akıl hastanelerinden çıkıp toplum içinde yaşamaya başlamış, böylece aile de birinci dereceden yükümlülük kazanmıştır (Misese, 1993).

Psikiyatride reform sayılabilecek 50 yıl önce başlayan bu hareketle beraber, ailede hastalık hakkında bilgi eksikliği ile bu durumla yüzleşmek zorunda kalmışlardır.

Kronik seyreden hastalıklarda özellikle bakım verenin yaşadığı sıkıntılar sık görülmektedir. Psikotik bozukluk da kronik seyreden bir rahatsızlıktır. Burada her hastada hastalığın seyri ve şiddeti farklı ilerler ve bu değişimler hasta yakınlarını etkiler. Psikotik bozukluk hem aile hem hasta için kaygı verici bir rahatsızlıktır. Bu hastalıkla yüzleşen aile için ortaya çıkan belirtiler örüntüsü, nedeni ve ne olduğu anlaşılabilen, belirsiz, korkutucu davranışlar olarak algılanır.

Anlamsız bakışlar, düşmanca tavırlar, sosyal geri çekilme, uyumama, kişisel hijyende bozulma gibi durumlarla hastalık ilk olarak aile içinde farkedilir. Aile üyeleri, bu durumu anlayamaz ve eleştirel bir tutum içerisine girerek tedaviyi geciktirebilir. Zaten baş etmek durumunda kalınan zorluklara yeni zorluklar açabilir.

İlk psikotik atak geçiren hastaya tanık olan hasta yakını şok ve inkar yaşar, ailede bir kriz dönemi yaratır. Bunun yanında hasta birkaç kez hastaneye yatıp çıkarsa eğer çok farklı duygular (huzursuzluk, öfke, bıkkınlık vb.) yaşayabilir. Daha sonrasında artık psikotik bozukluk tanısı almış hastanın bu hastalığının kronik olduğu görülür. Cook (1994) bu evreyi ‘kronikleşmenin fark edilmesi’ olarak adlandırmıştır (Akt. Öner, 1999). Bu görüşe göre, aile bireyleri çocuklarına yönelik özlem ve beklentilerini tekrar gözden geçirirler. İlk başlardaki aşırı ilgi, yerini öfke ve yasa bırakabilir (Öner, 1999). Dolayısıyla aslında aile üyeleri bu sürecin başından sonuna kadar davranışsal, bilişsel ve zihinsel olarak zor zamanlardan geçer. Hasta ile aile arasındaki bağ sarsılır (Tüzer ve ark., 2003). Ebeveyn bu hastalıkla beraber yas dönemine girebilir (Çiğerli ve ark., 2014). Burada doğumdan önce idealize edilen çocuk kavramıyla gerçekte olan çocuk uyuşmayınca, ebeveyn büyük bir hayal kırıklığı yaşar. Örneğin, bir doktor ya da mühendis olan anne/babanın çocuğundan, ebeveynin kendisinin, ailesinin ve toplumun beklentileri ister istemez yükselir. Çocukta gözlemlenen içe kapanma, ilgisiz kalma gibi özellikleri anlaşılabilir. Bu davranışları bırakması beklenir. Ebeveynler yaşamın her alanında kendilerine sözlü veya sözsüz olarak yöneltilen bir beklenti yoğunluğunun altına kendini baskıda hisseder. Ancak böyle bir çocuk, psikotik olma durumunun getirdiği yeti yitimi nedeniyle ne ebeveyn ne aile ne de toplumun isteklerini karşılayamaz. Dolayısıyla çocuğa aktarıldığı düşünülen genetik miras, çocuğu daha çok baskı altında tutar.

Beklenti yükseldikçe ve psikotik bozukluğu olan çocuğun bunları karşılayamadığı görüldükçe, ebeveyndeki hayal kırıklıklarına bağlı öfke ve üzüntü daha da artacaktır (Aydoğan ve Darıca, 2000; Özşenol ve ark., 2003).

Psikotik bozukluk maddi ve manevi yükü olan, bugünü ve geleceği doğrudan etkileyen bir hastalıktır. Bu etkilenme hastadan ve bakım verenden kaynaklı nedenlere bağlı olarak da şiddetini gösterebilir. Hastalığın türü, şiddeti, süresi hastadan kaynaklanan nedenlerdir. Bakım süresi, hastayla geçirilen süre, maddi durum, bakımına yardımcı olacak başka birinin varlığı hasta yakınının etkilenme derecesini belirler. Ayrıca hasta yakınının fiziksel ya da psikiyatrik herhangi bir hastalığının olup olmaması da durumunu etkilemektedir. Toplumun kültürel yapısı da hastalıkla başa çıkmayı etkilemektedir. Özellikle hasta yaşadığı durumla baş edemez, toplumda üretken bir birey olamaz. Hastanın mesleki işlevleri de bozulur ve çalışamaz hale gelir. Hastaneye yatışının olması ve atakların tekrarlanması, düzenli ilaç kullanımı da ekonomik güçlükler yaratır (Yıldız, 2005).

Psikotik bozuklukla karşılaşan aile utanç, suçluluk, korku, zorlanma, endişe, umutsuzluk, öfke, kızgınlık duygusu yaşar. Öfke duygusunun yaşanmasının en önemli nedeni çaresizliktir. Öfke, kişideki yeti yitiminden kaynaklanabileceği gibi, sağlık sisteminin yetersiz olduğunu düşündükleri için de olabilir. Ebeveynlerin de öznel yükü öfke içerebilmektedir. Bunun yanında suçlulukta yaşayabilir. Yapılan ebeveyn görüşmelerinde, bu kişilerin içinde buldukları durumun kendi hatalarından dolayı olduğunu, daha fazla çaba göstermiş olsaydı böyle bir hastalığın çocuğunun ve kendinin başına gelmeyeceğini düşündüğü görülmüştür. Pişmanlık, kendini eleştirme ve kınama duygusu yoğundur. Özellikle atağın olduğu zamanlarda ebeveyn kendini suçlayacak olumsuz anıları hatırlar. Örneğin, aralarında çatışma olan eşiyle zamanında ayrılırsalardı, psikotik bozukluğu olan bir çocuk dünyaya getirmemiş olacaktı. Bu şekilde ebeveyn hem ailesine hem çocuğuna zarar verdiğini düşünmekte, 'keşke' diyebilmekte ve kendisini suçlamaktadır. Ayrıca ebeveyn 'kötü ebeveyn' olduğunu düşünebilmekte ya da aile bireylerinin yetiştirme tarzından kaynaklı eksiklikler olduğunu düşünüp kendini suçlamaktadır (Kaplan ve Sadock, 2013). Kendini gerçekçi olmayan nedenlerle suçlayan kişiler de olmaktadır. Çocukken yanlışlıkla karınca öldürdüğünü hatırlayan ebeveyn, bu nedenle sıkıntılı bir çocuğa sahip olduğunu düşünmektedir. Bazı ebeveynler gerektiği kadar ibadet yapmadığı için ya da birinin hakkına gasp ettiği için bunların başına geldiğini

düşünmektedir. Hayali günahlar için de kendini suçlayabilir. Bazen de diğer kuşaklara aktarım, ebeveynin durumu kabullenmesini kolaylaştırır. Üst kuşaklara atıf yaparak ebeveyn çok fazla suçluluk almamış olur (Karadağ, 2009; Quentel, 2008; Yıldırım ve Conk, 2005).

Ailenin yaşadığı diğer bir konuda sosyal izolasyondur. Hastanın yeti yitimi, sosyal alanlardaki yetersizliği, ailenin üzüntüsü ve çaresizliği nedeniyle aile kendisini toplumdan uzaklaştırır ve izole olmayı tercih eder. Bu da ailenin dost ve akrabalarından kopmasına neden olur. Aile hem hastalığı hem kendisini gizlemek zorunda kalır. Ebeveynin kendisini suçlama sebeplerinden biri de bu şekilde bir çocuk dünyaya getirmesidir. Bu durum onda dışa vurulamayan bir öfkeye sebep olur. Bu öfke çözümlenemezse depresyon ve kaygıya neden olabilir. Bunun yanında toplumun reddedici tavrı ve bakış açısı da ailenin dışlanmasına ve kaygılanmasına neden olabilir (Tuna, 1999). Psikotik bozukluğa sahip kişinin tavırlarını tehditkâr bulan çevre, kişiden uzak durmayı tercih eder. Çevrenin anlamlandıramadığı bir belirsizlik, beraberinde damgalamayı getirir. Diğer insanlardan artı veya eksileriyle farklı olduğu düşünülen birey etiketlenir. Türkiye’de yapılan araştırmalarda damgalanma nedeni ile hastaların tedaviye başlamakta ya da tedaviyi devam ettirmekte zorlanıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bir araştırmada hasta yakınları damgalanmaktan çekindikleri için zor durumda kalır ve bu nedenle psikotik bozukluk için çökkünlük ya da psikoz terimleri kullanılmaktadır (Barrowclough ve Tarrier, 1992). Hâlbuki psikotik bozuklukla alakalı yapılan araştırmalarda, bu hastalığın sağaltımında aile ve toplumun tutum ve inançlarının önemli yer tuttuğu görülmüştür. Yapılan araştırmada özellikle şizofreni hastalığında damgalanmanın, depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik hastalıklardan daha çok olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, ebeveynler içinde buldukları durumdan ötürü çevreden izole olmaktadır. Ebeveynlerin bildirdiğine göre, bu sosyal izolasyonun nedeni sosyal etiketleme ve ‘deli’ muamelesinin yapılmasıdır.

Ebeveynler, psikotik bozukluğu olan yakınlarının güvenliğinden endişe duyabilmektedir. Yakınının öz kıyımı ve saldırganlığı konusunda kaygıları mevcuttur. Bu tür çocuğa sahip ebeveyn, kendisi öldükten sonra geride kalacak hasta çocuğu için de kendisini sıkıntılı hissetmektedir (Kaplan ve Sadock, 2013).

Bireyin duygu, düşünce ve davranışları ile çevresel stresörler arasındaki araç başa çıkma stratejileridir. Bakımla baş etme, fiziksel ve duygusal ihtiyaçları karşılayabilmek için davranış ve bilişi dengeleme sürecidir. Psikotik bozukluk kronik olarak seyrederek ve dolayısıyla kronik stresörleri fazladır. Psikotik bozukluk sahibi kişiyle ilgilenmek durumunda kalan aile üyesi bu durumu seçemez, beklenmedik şekilde karşılaşılan bir durumdur. Ya duygusal odaklı (duygusal tepkiler göstererek) ya da problem odaklı (doğrudan tepki göstererek) başa çıkma stratejileri arada tampon görevi görerek kişiyi bir şekilde uyumlu halde hayata devam ettirir. Problem odaklı davranışlar mantıklı, bilinçli çabalar, aktif çözüm yollarıyla kendini gösterir. Duygusal odaklı yaklaşımlar da kendini kontrol etme, sosyal destek arama, uzlaşma, kabullenme gibi davranışlar içerir. Duygusal odaklı yaklaşımda ebeveyn durumun değişmeyeceğini, buna katlanması gerektiğini bilir. İstenmeyen duyguları ortadan kaldırmaya yöneliktir. Bazı aile üyeleri de hastalık süreciyle alakalı tüm olumsuzluklara rağmen tüm algısını hastaya çevirip ona duygusal olarak derin bir anlam yükleyebilir. Hayatın anlamını sorgulamaya başlar ve buna farklı atıflar (dünyada sınanmak, Allah tarafından ödül olarak gönderilmesi, cennete gitmek için sınav gibi) yapar. Derneklere katılabilir, toplum yararına işler yapabilir. Bu hastalık, bazen de aileyi bir arada tutan bir bağ olarak görülebilir. Aile üyeleri hastayla başa çıkmak için işlevsel olmayan yollara başvurabilir. Vicdanen rahatlamayı sağlamak için hastayla daha çok beraber olmak, hastanın tüm bakımını yapmak, bakımını üstlenen kişinin sosyal aktivitelerden ve kariyerinden vazgeçmesi hastanın zarar görmesini engelleyebilir ancak hastayı daha çok bağımlı hale getirir. Bununla beraber bir zaman sonra ebeveynde tükenmişlik görülebilir.

Sonuç olarak çalışmalar ve bireysel görüşmeler, aile üyelerinin yaşam tarzının değişmesi, rutinlerinin bozulması, hastanın durumunun her an kötüleşebileceği beklentisi, damgalanma, geleceğe yönelik endişeler en sık karşılaşılan stresörler olduğunu göstermiştir.

1.2. Depresyon

1.2.1. Depresyon Tanımı ve Belirtileri

Latince ‘depressus’ kelimesinden ortaya çıkan depresyon aşağı doğru bastırmak, çekmek anlamına gelir. Tanımlanması Hipokrat dönemine kadar uzanan

bu duygudurum probleminin kısmen tanımlanması 1886 yılında Kralepele tarafından yapılmıştır (Şahin, 2012).

Depresyon genel olarak ruhsal çökkünlük halini ifade eder ve ciddi bir psikopatolojik durum olarak karşımıza çıkabilir. Kişide duygusal, bilişsel, davranışsal ve somatik değişiklikler meydana getirir. Dünyada en sık görülen bu psikopatolojik rahatsızlık tedavi edilebilmektedir (Işık, 1991).

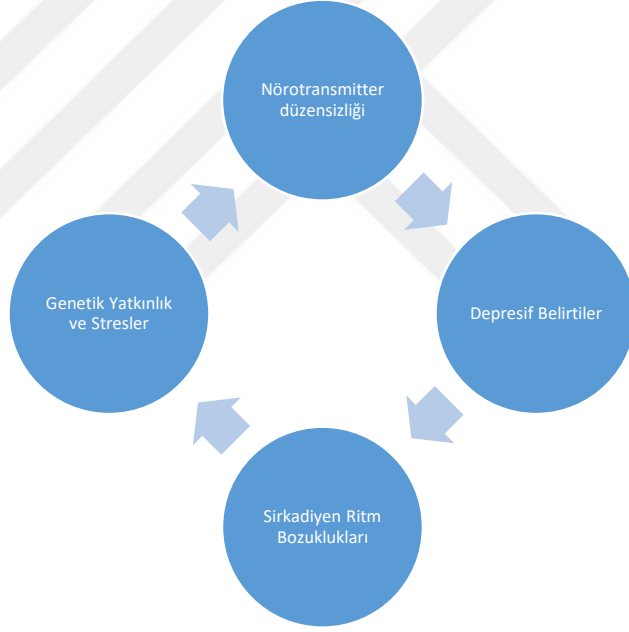
Olumsuz yaşam olayları, kişinin hayatını gözle görülebilir şekilde bozar ve depresif belirtilerin bir ya da bir kaçını yaşayabilir. Önemli olan bu belirtilerin bulunması değil, belirtilerin sıklığı, şiddeti ve süre bakımından depresyon kriterlerini taşıyıp taşımadığıdır. Olumsuz yaşam olayları tek başına etkili değildir. Bazı insanlar olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaşır ancak depresyona girmezler. Bunun nedeni kişilerin olayları bazen şanssızlık veya kader olarak değerlendirirken, bazen de bu olayları kendi yetersizliği olarak değerlendirmesidir. Genetik yatkınlığın yanında çevresel faktörlerde etkilidir. Kişi yaşadığı olayda problem çözümüne yönelik baş etme becerisi gösteremiyorsa depresyon olasılığı artar. Aynı zamanda şiddetli yaşam olaylarının (ani kayıp, kaza, doğal afetler vb.) birkaçının beraber olması veya art arda gelmesi, kişinin savunma sistemini alt üst edebilir. Stresli yaşam olayının olması ilk depresif atak için olasılığı %70-90 artırır (Alper, 1999).

Birçok belirtinin aynı anda en az 2 hafta ya da kronik olarak gözlemlenir. Depresyon genel çerçevede, disforik mood (zevk alamama, çökkünlük, ilgide azalma, karamsarlık, keder ve elem duyguları), psikomotor inhibisyon (mental ve bilişsel enerji azlığı, motor yavaşlama), bilişsel inhibisyon (bilişsel zayıflama) ve işlevsellikte azalmayla kendini gösteren bir hastalıktır. Bireyde yaşama karşı yoğun bir ilgisizlik oluşur. Kişinin enerji düzeyi azalır. Depresyondaki kişiye çevresindeki yaşantılar anlamsız gelir. Daha önceden kendisine zevk veren etkinliklerden uzaklaşma, bunlara isteksizlik gözlenir. Pişmanlık ve suçluluk yaşar. Gelecekle ilgili karamsar, kötümser düşünceler vardır. Uyku düzeninde değişme gözlenir (çok uyuma/ hiç uyumama). İştah değişimleri olabilir (çok yeme/iştah kaybı). Cinselliğe ilgi azalır. Depresyon kişinin işlevselliğini ciddi derecede etkiler. Yaşamın gerekliliklerini sekteye uğratar. Depresyon basit bir üzüntünün ötesine geçer ve insanın hayatını derinden etkiler. Dolayısıyla bireyi olduğu kadar hem aileyi hem de toplumu olumsuz şekilde etkilemektedir (Aşkın, 2000; Kaplan ve Sadock, 1996,

Köksal, 1992; Littauer, 1997). Bu kısımda depresyon belirtileri DSM-5 tanı kriterlerine göre verilmemiştir. Bunun nedeni, çalışmanın amacının tanı koymak olmaması ve sadece tanı koymaya yardımcı ölçeklerin uygulanmasıdır.

Depresyon her yaşta görülebilir, ancak orta yaşta (özellikle 40-50 yaş arası) görülme olasılığı daha yüksektir. Kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülür. Yaşam boyu yaygınlığı ise %18'dir (Wittchen ve ark., 2003).

Depresyonun geçmişte sadece psikolojik yönü olduğu kabul edilmiştir. Ancak günümüzde yapılan gözlem ve ölçümlerde beyindeki faaliyetlerin de azaldığı ortaya konmuş ve biyolojik bir boyutunun da olduğu görülmüştür. Depresyon etiolojisinde biyo-psiko-sosyal etkenler rol oynar. Kalıtım, kişinin yaşadığı stres kaynakları, toplumsal etkenler nedenleri arasında sayılabilir (Thase ve ark. 2002).



Şekil 1. Depresyonun Biyopsikososyal Modeli

1.2.2. Depresyonun Tarihçesi

Eski çağlara kadar uzanan depresyonun tarihçesine bakıldığında farklı adlandırmalar yapıldığı görülmektedir. Ayrıca geçmişten bu güne gelen farklı etioloji ve tedavi yöntemleri de dikkat çekmiştir. Eski Hint ve Mısır kaynakları incelendiğinde melankoliye dair tanımlamalar yapılmıştır. MÖ 400 yıllarında Hipokrat gözlemlenen örüntüyü melankoli olarak adlandırmış ve kara safraya bağlı bir nedenden oluştuğunu söylemiştir. Hipokrat 'eğer üzüntü uzun sürerse bu artık melankolidir' demiştir (Babaoğlu, 2002).

Ortaçağdaki kaynaklar da incelendiğinde melankoli terimi kullanılmaktadır. İbn-i Sina ise bu durumun beden sıvılarından kaynaklı olduğu görüşü yazmaktadır (Babaoğlu, 2002).

16. yüzyıldan itibaren depresyon sözcüğü kullanılmaya başlanmıştır. Burton 1621’de yazdığı bir eserde depresyon gözlemlenen hastalardaki duygu, düşünce ve davranış sıkıntılarını detaylı şekilde betimlenmiştir (Köknel, 2000).

Depresyonun ruhsal bir bozukluk olarak değerlendirilmesi Kraepelin tarafından yapılmıştır. Duygulardaki bu dalgalanmayı ‘manik depresyon’ olarak tanımlamıştır. Ona göre depresyon çoğunlukla doğuştan var olan biyolojik temelli bir durumdur ve manik depresif aynı rahatsızlığın iki farklı görünümüdür. 1957 yılında da Karl Leonard unipolar ve bipolar depresyon örüntüsü olarak sınıflamıştır. Günümüzde ise klinik görünüm, belirtilerin sayısı, tedaviye yanıtına göre sınıflama yapılmaktadır (Babaoğlu, 2002).

Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994’te DSM-IV sınıflandırmasına ‘Majör Depresif Bozukluk’ tanımını getirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasında (ICD) ise ‘depresif epizod’ olarak görülmektedir. DSM-V ‘de ‘karma anksiyete depresyon’ ve ‘permenstrüel disforik bozukluk’ ölçütleriyle ilgili düzenleme yapılmıştır.

Günümüzde depresif duygu durum, yaşantısal olaylara olağan tepki, ‘majör depresif bozukluk’ ruhsal bir bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır (Işık ve Işık, 2013).

1.2.3. Depresyonun Kuramsal Temeli

Psikanalitik kurama göre, depresyonun temeli erken çocukluk döneminde atılmaktadır. Çocuğun bakımını üstlenen kişi (anne/bakıcı) çocuğun ihtiyaçlarını ya aşırı ya da yetersiz derecede karşılar. Bu durumda çocuk bu döneme saplanır ve benlik saygısı azalır. Sonrasında yaşadığı her durumda saplandığı zaman geri döner. Çocukluk dönemindeki bu etkiler yetişkinlik döneminde kayıp/yas şeklinde ortaya çıkar (Öztürk ve Uluşahin, 2005).

Kişi arzu ettiği durumun olmaması/kaybı halinde yas durumuna girer. İlk önce kaybettiği durumu algılar, sonrasında bunu içe alır (içe yansır). Sonrasında kayıp geri gelecek umuduyla onunla kendini bir tutar (özdeşleşir, özdeşim kurar). Eğer istenilen bir durumun kaybı söz konusuysa, kişi bilinçaltında suçluluk, nefret,

kızgınlık, öfke de hisseder. Aynı zamanda o durumu elde edememenin etkisi olarak da kendini suçlar. Bu durum kısır döngü olarak devam eder. İçe yansıtma dönemini yas dönemi izler. Çocukluğunda herhangi bir saplanma olmayan kişi sonrasında hatıraları hatırlar, böylece kayıp olan durumla bir ayrışım söz konusu olur. Ancak geçmişe aşırı bağımlı kişiler kendini suçlamaya, aşağılamaya devam eder ve bu da depresyona dönüşebilir. Öncesinden de içe yansıtılmış durumdaki hata ve eksikliklerden dolayı, kişinin kendisine yönelttiği kızgınlık çoğalır. Kaybın niteliği ve algılanış biçimi ne olursa olsun kişi buna çocuklukta korkularını geri getirdiği için tepki verir. Bu da psikanalitik görüşteki ‘depresyon kendine döndürülmüş kızgınlıktır’ görüşünü oluşturur (Hall, 1999; Öztürk ve Uluşahin, 2005).

Bibling’e göre, bireyin hayata karşı uyumlu hissedeceği bazı beklentileri vardır ve yaşadığı hayali/gerçek çaresizlik ve hayal kırıklığı karşısında verdiği tepki depresyondur. Kişinin beklentileri kesintiye uğrarsa, kişi kendini güçsüz ve çaresiz hisseder. Bibling, kendine dönük kızgınlık düşüncesine katılmamaktadır. Depresif hissetme, idealler ve gerçekler arasındaki uyumsuzluk ve hayal kırıklığından doğar. Bu şekilde ortaya çıkan bir narsistik bir zedelenme ya da engellenme depresyona neden olur. Bibling’e göre depresyon ego ve süperego arasındaki çatışmadan ziyade egonun kendi içinde ortaya çıkan geriliminden kaynaklanmaktadır. Ego kendine ‘ne olmak istiyordum ama şuan ne oldum’ sorusunu sorar (Geçtan, 2003).

Jacobson’a göre, kişi içe aldığı nesneyi her yönüyle içselleştirmelidir, içselleştiremezse depresif olmaktadır. Bu durumda benlik kendini kötü nesne olarak tanımlar, özsaygı kaybıyla kendini gösterir. Depresyonda bilinçaltında bir çatışma vardır ve bu öz benliğe yansiyarak depresyona neden olur (Alper, 2003).

Rostan’a göre, depresyondaki kişide bazı temel özellikler yer alır. Oral dönemde saplanma ve buna bağlı olarak bağımlılık duygusunun güçlü oluşu, sevgi açlığı ve terkedilmeye karşı aşırı duyarlılık mevcuttur. Sevgi nesnelere (yakın olduğu insanlara) karşı, bilinçli sevginin yanı sıra bilinçdışı kin ve düşmanlık duyguları görülür. Süper ego, kolay cezalandırılan, affetmeyen, baskıcı ve güçlüdür (Alper, 2003). Öfke, kin ve nefret gibi saldırganlık dürtülerini bireyin kendine yöneltme eğilimi vardır. Sevgi, beğenilme, onaylanma ve terk edilmeme gibi durumlar için birey, aşırı özverici olarak kendine fazla yüklenir.

Sonuç olarak, psikanalitik kuramcılar, depresyonu kayba karşı olan bir tepki olarak adlandırır. Kaybın niteliği ne olursa olsun, kişi tepki gösterir, çünkü onun bütün korkularını geri getirir. Bu kuram, dışsal onaya aşırı bağımlılık ve öfkenin içselleştirmesi üzerine yoğunlaşırlar. Depresyona giren kişiler düşmanca tavırlarını bastırmaktadır. Yaşadığı kayıp, geçmişte yaşadığı çaresizliğe gerilemesine neden olmaktadır.

Bilişsel yaklaşıma göre, depresyonun ortaya çıkmasında kişideki işlevsel olmayan düşünce örüntüleri, biliş ve yüklemeler önemli rol oynamaktadır.

Depresyon konusundaki önemli yaklaşımlar Ellis'in Düşünsel Duygulama Terapi (Rational Emotive Therapy, RET) ve Beck'in Bilişsel Kuramıdır.

Ellis'in Düşünsel Duygulama Terapi yaklaşımına göre, yaşanan duygusal rahatsızlıkların en önemli nedeni 'mantıkdışı bilişsel açıklamalar'dır. Mantıkdışı bilişsel sistem kişide stres yaratır ve bu stresli durum ruhsal rahatsızlığa neden olur (Çakır, 2008).

Ellis, mantıkdışı düşünce kavramını açıklamak için ABC kuramını oluşturmuştur. A, aktive eden olaylar (*activating events*); B, kişinin sahip olduğu inançlar (*individual's beliefs*); C, duygulara ilişkin neticeler (*emotional consequence*)dir. Buradaki mantıkdışı inançlar, kişinin sıkıntı yaşamada yol açmaktadır (Çakır, 2008).

Beck'in Bilişsel Çarpıtma Modeline göre, kişinin olayları nasıl değerlendirdiği ve algıladığı önemlidir. Düşünce örüntüleri, temel inançlar, ara inançlar (kurallar, beklentiler, varsayımlar, tutumlar), otomatik düşünceler olarak 3 ana grupta toplanır (Altınbaş, 2014).

Beck'e göre depresyonun oluşumu şöyle özetlenebilir:

- Çocukluk döneminde öğrenmeyle beraber bazı deneyimler, düşünce, çıkarım, varsayım ve değerlendirme sistemini oluşturur.
- Burada otomatik hale gelen çıkarımların bazıları işlevsel hale dönüşürken, bazıları işlevsel olmayan şekle dönüşür. Bunlar şema olarak adlandırılır ve şemalar pratik ve ekonomiktir.

- İşlevsel olmayan çıkarımlar ‘olumsuz şemalar’a dönüşür. Otomatik olmasının sebebi, herhangi bir mantık süzgecinden geçmeden, kendiliğinden ortaya çıkan ve kişinin kafasında aniden beliren düşünceler olmasındandır.
- Şuan yaşanan olay, daha önceki olumsuz şemayı aktif hale getirir, olumsuz otomatik düşünceler ortaya çıkar.
- Kişi kendine, çevresine ve geleceğe olumsuz bakmaya başlar (bilişsel üçlü) ve depresif belirtiler ortaya çıkar. Kısır döngü halini alır (Aktan, 2009; Işık ve Işık, 2013).

Kişi hayatını aşağıdaki bilişsel üçlü üzerine kurar:

- Kişinin kendini olumsuz şekilde görmesi: Hoş olmayan yaşantısını kendi kusurlarına bağlama eğilimindedir. Kendi hayatındaki olumsuzluklar nedeniyle kendini değersiz bulur.
- Kişinin çevresini, yaşamını olumsuz görmesi: Hayatın kendisine zorluklar, engeller çıkardığını düşünür ve çevresini hatalı yorumlar.
- Kişinin geleceğini olumsuz görmesi: Şimdi yaşadığı sıkıntılı durumun gelecekte de devam edeceğini düşünür (Alper, 2003).

Beck’e göre öncelikle bilişler, sonrasında duygular etkilenir. Kişi çevresindeki olayları kendi yeterliliği veya yetersizliği olarak algılar. Kişi kendini yetersiz olarak gördüğü noktada olayları olumsuz, kendini eleştiren, suçlayan tarzda değerlendirir (Gür, 1996; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Beck, depresyonu maddi ve manevi ‘kayıp’ olarak da değerlendirmiştir. Kişi kaybını düşündüğü durumu ‘onu ben kaybettim, çünkü ben eksik ve kusurluyum’ diyerek kendine yükleme yapar. Kayıp durumundan dolayı acı, kendinde bir bozukluk ve eksiklik olduğu hissi kişiyi depresif yapar. Zamanla otomatik hale dönüşen duygu ve düşünce suçluluğa da neden olur (Akçay, 1989).

Depresyona yatkın kişilerde bilişsel hatalarda önemli yer tutar. Örneğin, seçici soyutlamada kişi içinde bulunduğu durumun en olumsuz yanlarını algılar, diğerlerini görmezden gelir. Ya hep ya hiç düşünme tarzında, kişi ya üst düzey bir başarı elde edecek ya da kendini tamamen başarısız olarak algılayacaktır. Bu bilişsel çarpıtmada ‘mükemmel olmazsam başarısız olduğum anlamına gelir’ şeklinde

düşünce hâkimdir. Keyfi çıkarsamada, kişi gerçek bir kanıt olmadığı halde yaşadığı olaylardan olumsuz sonuçlar çıkarmaktadır. Aşırı genelleme yapmada, kişi herhangi bir olumsuz örnekten yola çıkarak herşeye geneller, gerçekçi olmayan sonuçlar çıkarır. Kişiselleştirmede ise, kendisiyle bağlantısı olmayan olayları, kendisiyle ilgili olarak değerlendirmektir (Bozkurt, 2004; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Beck ayrıca depresyon yapısında kişilik yapılarının da etkili olabileceğini ileri sürmüştür. ‘Otonom depresif’ kişilik yapılanmasında olan kişinin doyum kaynağı başarıdır. Başarılı durumda kendilik değerini iyi hissederken, başarısızlık durumunda depresyonda olabilir. ‘Sosyotropik depresif’ kişilik yapılanması ise başkalarından gördüğü yakınlık, destek ve sevgi ile kendilerini iyi hissederek (Aktan, 2009).

Sonuç olarak bu modellerin ortak anlayışına göre depresif duygu durumunda olan kişiler, bilişsel örüntülerinde sıkıntı yaşamaktadır.

Davranışçı kurama göre, depresyonu pekiştirilmesi sonlandırılan davranışın gözlemlenmesi ile ortaya çıkan durum olarak değerlendirmiştir. Fester (1966) ise ani durum ve çevre değişiklikleri, pekiştirmenin değişmesi ve cezalandırmanın olması ile depresyonun ortaya çıktığını ifade etmiştir. Depresyonu özellikle olumlu pekiştirecin kaybına bağlamıştır. Bu görüşe göre, birey çocukluktan beri acılı uyaranla karşılaşır ve bunu nasıl halledeceğini bilemediği için kendini çaresiz hisseder (Akt. Sümer, 2008).

Abramson, Seligman ve Teasdale (1978) kuramı yeniden formüle etmişlerdir. Kişiler yaşadıkları olayların olumsuz sonuçlarını içsel, bütünsel, dengeli faktörlere yükleme eğilimindedir. Kişi bu iç odaklı yükleme ile yaşadığı bir olayda olumsuz sonuca kendisinin sebep olacağına, uzun süre kendisini sıkıntı ve çaresiz hissedeceğine inanır (Kalafat, 1996; Sümer, 2008).

Depresyonda, davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar bütünüyle birbirinden bağımsız olarak görülemez. Davranışçı kuramda öğrenilmiş çaresizlik modeline göre, kişiler üstesinden gelinemeyecek zor durumlarla karşılaşabilir ve bu durumda sergilediği davranışlarının işlevsiz olduğunu görür. Yaşadığı olaylar ve durumlar karşısında hayatını kontrol edemeyeceğini düşünür. Sonucunda depresif duygu durumuna bürünür. Daha sonra motivasyonu etkilenir ve buna bağlı bilişsel ve duygusal yetilerde hasarlar meydana gelir. Erken yaşlardan itibaren olumsuz ve

nahoş durumla karşılaşan kişi, çaresizlik yaşar, böylece depresyona girer (Ayok, 1995; Boyacıoğlu, 1994; Sümer, 2008).

Son zamanlarda öğrenilmiş çaresizlik yaklaşımına göre, depresyon, çaresizlik duygusunun hissedilmesinden çok ‘yaşananları kontrol altına almanın işe yaramayacağı’ duygusuyla alakalıdır. Bu sebeple ‘umutsuzluk duygusuna bağlı depresyon’ (*hopelessness depression*) da denilmektedir. Ancak günümüzde öğrenilmiş çaresizlik yaklaşımından uzaklaşmaya başlanmıştır. Çünkü kişiyi etkileyenin sadece olayın kendisi değil, nasıl algılandığı (değiştirilemez, üstesinden gelinemez vb.) da önem kazanmıştır (Işık ve Işık, 2013).

Genel olarak öğrenme kuramcıları, pekiştirme eksikliğinin depresyonda önemli rol oynadığını ifade etmektedir. Kişinin hayatındaki olumsuz yaşam olayları (bir şeyin kaybı) pekiştirmeleri azaltır.

Biyolojik yaklaşıma göre, depresyonda önemli şekilde rol oynadığı düşünülen nörotransmitterler, norepinefrin ve serotoninidir. Bu nörotransmitterler beynin limbik sistem ve hipotalamusunda yer almaktadır. Bu kuruma göre norepinefrinin ve serotoninin bir veya ikisinin eksikliği olmasıyla depresyon ortaya çıkmaktadır. Bunun yanında çeşitli nörotransmitterlerin de depresyonu etkileyebileceği ortaya konmuştur. O yüzden bu alanla alakalı araştırmalar devam etmektedir (Atkinson, 2008).

Birçok araştırma depresyonun endokrin sistemiyle de alakalı olabileceği yönündedir. Beynin limbik bölgesi duygularla yakından ilgilidir ve bu bölge hipotalamus üzerinde de etkilidir. Çeşitli hormonların salımını kontrol eden hipotalamusun, depresyonda kortizol hormonunu fazla salgıladığı ortaya konmuştur (Atkinson, 2008).

Kişilerarası kuram, özellikle Adolf Meyer, John Hopkins ve Harry Stack Sullivar ile gelişmiştir ve sosyal, kültürel ve ailesel faktörler üzerinde önemle durmuştur (Özmen, 1999).

Kurama göre, sosyal ortam, statü ve konum, kişilerarası ilişkiler problemleri algıladığı takdirde kişide depresyon ortaya çıkar. Yaşantısında bozuk çevre (örneğin psikotik hastalığı, zihinsel engeli, otizmi olan çocuğa sahip olmak) ve yeterince

doyumunu olmayan kişilerarası ilişkiler (sıkıntılı çocukla ilişkisi, ideal çocuğun kaybı vb.) depresif duygu durumu tetikler.

Kişilerarası yaklaşımda sosyal rol ve psikopatoloji arasında karşılıklı bir ilişki çizilir. Buna göre, sosyal rollerdeki bozulma psikopatoloji olmadan gerçekleşir veya psikopatolojiye zemin hazırlar. Bunun yanında psikopatoloji de sosyal rollerin bozulmasına neden olabilir (Özmen, 1999).

Sonuç olarak, bu yaklaşıma göre depresyon her zaman kişilerarası ilişkiler zemininde oluşur ve birbirlerini karşılıklı olumsuz yönde etkiler.

1.3. Kaygı

1.3.1. Kaygı Tanımı ve Belirtileri

Kaygı, belirsiz bir olaydan kaygılanmak anlamındaki Latince ‘anksiyus’ sözcüğünden gelmektedir. Kaygı, nesnesi bilinen veya bilinmeyen bir duruma, kişiye karşı duyulan merak, tasalanma ve endişe duygusudur (Işık ve Taner, 2006). Kaygı da depresyon gibi toplumda yaygındır ve içgörü yitimine neden olmaktadır. Yaşam boyu yaygınlığı %13.6 ile %28.8 arasında olarak bildirilmiştir. Türkiye’de 12 aylık yaygınlığı %6.7 olarak bildirilmiştir. Kadınlarda erkeklerden 2 kat fazla görülmektedir (Ay, 2011).

Spielberger (1966) kaygıyı, durumluk ve sürekli kaygı olarak açıklamaktadır.

Durumluk kaygıda birey, o an bir sıkıntılı durum içerisine girer ve bunun sonucunda sübjektif olarak o durumla ilgili korku ve kaygı yaşar. Yani kişinin kaygı durumu, yaşadığı bir olayın akabinde psikolojik mekanizmaların tetiklenmesiyle aralıklı zamanlarda olmaktadır.

Sürekli kaygıda birey, yaşadığı her olayda kaygı ve korku hissedebilir. Birey yaşanan olayın stresli olarak algılanması ve yorumlanmasına göre yatkınlık geliştirebilir. Orda kullandığı savunma mekanizmaları da algılama ve yorumlamayı etkiler. Kişi, yaşamın bütün değişimlerinde aşırı bir kaygı yaşar (Öner ve Le Compte, 1985).

Kişinin daha önceden beri aşikâr olduğu bir yaşantı ve çevre vardır. Bu aşikâr olma durumu ortadan kalktığında, birinin kaybıyla karşılaştığında, ilişkilerinde problem yaşadığında kaygı gözlenebilir. Kaygı sadece olumsuz olaylar neticesinde

değil, kişinin hayatındaki olumlu değişiklikler sonucu da ortaya çıkabilir. Örneğin kişinin işinde terfi alması, düğün hazırlıkları, bir çocuğa sahip olmak kişi için olumlu olarak algılansa da yaşantısı değişeceğinden kaygı yaratabilir. Gündelik olaylar kadar kişinin gelecekte ne yaşayacağını bilememesi de kaygıya neden olabilir. Bu gibi durumlarla baş etme mekanizmalarının yetersiz kalması, kişide problem oluşturabilir. Kaygı, olan veya olabilecek olan tehlikeden veya durumdan korkma hali olarak da görülebilir (Zeytin, 2012).

Kaygı neticesinde kişide fiziksel, zihinsel ve psikolojik olarak birçok belirti ortaya çıkar. Kaygılı durumda fiziksel olarak, nefes darlığı, terleme, ishal, kabızlık, nefes alıp vermede düzensizlik, kalp çarpıntısı, sürekli yorgunluk gibi belirtiler gözlenebilir. Zihinsel olarak, dikkat dağınıklığı, gerçeklik bakış açısının kaybı, çevrenin değişik olarak algılanması gözlenebilir. Psikolojik (duyusal ve davranışsal) olarak ise, güvensizlik duygusu, terk edilmişlik duygusu, değersizlik ve yetersizlik duygusu, karamsarlık, huzursuzluk, endişe, korku, sinirlilik, sabırsızlık, şaşkınlık, çaresizlik, panik gibi belirtiler ve buna bağlı davranışlar görülebilir (Bal, 2010; Beck ve Emery, 2006; Zeytin, 2012). Bu kısımda kaygı belirtileri DSM-5 tanı kriterlerine göre verilmemiştir. Bunun nedeni, çalışmanın amacının tanı koymak olmaması ve sadece tanı koymaya yardımcı ölçeklerin uygulanmasıdır.

Ek olarak, korku ve kaygı iç içe geçmiş kavramlardır, birbirine benzer duygulardır ancak karıştırılmamalıdır. Korkunun kaynağı bilinir ve dış odaklıdır. Ancak kaygı kişi tarafından bilinmeyen, belli olmayan, objesiz tehlikeye karşı da verilebilecek olan bir tepkidir. Korkuda, tehdit benliğin bütününe tehlikeye sokar ve dışarıdan gelir. Kaygı, bireyin kendi varlığı için gerekli değer duygusunun tehdit edilmesi halinde ortaya çıkan içsel bir durumdur. Kaygı, genel bir durumdur, şiddetli ve uzun sürelidir. Kaygının değişik yoğunlukları vardır. Bazen o kadar yoğun olur ki, kişinin benliği o ruhsal acı (*psychic pain*) altında ezilir. En güçlü bedensel ağrının bile bu denli rahatsız edici olmadığı hastalar tarafından söylenmektedir (Kaplan ve Sadock, 2013).

Bir olayın stres etkeni olarak algılanıp algılanmaması olayın doğasına, oluşum kaynaklarına, kişinin psikolojik savunmalarına ve başa çıkma mekanizmalarına bağlıdır. Bunların hepsi egoyu ilgilendirir. Çünkü tümü kişinin dış olaylara ya da içsel dürtülere yönelik algılama, düşünme ve eyleme geçme

süreçlerinin ortak bir çıkarımıdır. Egosu uyum halinde olan kişi hem dış hem de iç dünyası ile birlikte uyumlu bir denge halindedir. Eğer ego uygun işlev görmezse ve ortaya çıkan dengesizlik yeteri kadar uzun sürerse, kişide kronik kaygı hali görülebilir. Bunun yanında, dünya ve kişinin egosu arasında dış kaynaklı ya da kişinin dürtüleri ile bilinç arasında iç kaynaklı dengesizlik çatışma yaratır (Kaplan ve Sadock, 2013).

1.3.2. Normal ve Patolojik Kaygı

Psikoloji ve psikiyatri alanında sıkça kullanılmakta olan kaygı insan yaşamında iki tipte görülür. Bunlardan biri normal seyreden kaygı, diğeri patolojik seyreden kaygıdır.

Kaygı durumunu her insan hayatının bazı dönemlerinde, bir şekilde yaşar. Kişi kaygı sayesinde hem temkinli olur hem de kendini savunması gereken durumlarda savunma mekanizması olarak bunu kullanır. Bu sayede tehlikeye karşı temkinli olur veya atağa geçer. Burada bahsedilen kaygı normal kaygıdır ve tehlikeye karşı bir yaşantı olduğundan mantıklı, gerekli ve yaşamsaldır. Normal kaygı, objektif tehdit durumuna uygun bir tepkidir. Bilinç düzeyinde yapıcı bir şekilde kabul görür. Burada nevrotik savunma mekanizmaları kullanılmaz (Ayhan, 1976).

İnsan, ölüm, ileri yaşlılık, hastalık gibi gerçeklerle yüzleştğinde, yalnızlık duygusu yaşadığında, yardıma ihtiyaç duyduğunda normal kaygı yaşayabilir. Normal kaygının, daha önce deneyimlenen problem çözme teknikleriyle üstesinden gelinir (Cüceloğlu, 1997).

Patolojik kaygı ise kişinin psikososyal uyum ve işlevselliğini bozacak şekilde olmasıyla alakalıdır. Kişi kaygıyı taşıyamaz hale gelir ve bastırma, inkâr, yansıtma, yüceltme, özdeşleşme gibi işlevsiz savunma mekanizmalarını sıklıkla kullanırsa bu patolojik kaygıya girer (Cüceloğlu, 1997).

1.3.3. Kuramsal Çerçeve

Psikanalitik yaklaşıma göre, insan davranışlarının tümü uyum sağlamaya yöneliktir. Kişi bu sayede çevreden gelen tehlikeye karşı kendi uyumunu sağlar ve yaşamını devam ettirir. Ancak kaygı normalin dışında bir hal alırsa ve katlanılamaz hale gelirse kişinin işlevselliğini bozar (Geçtan, 2003).

Freud, kaygıyı 3 biçimde tanımlar: Bağlantısız anksiyete, hazır ve genel bir kaygı durumudur. Bu kaygıda kişinin sürekli karamsar ve sıkıntılı olduğu gözlemlenir. O anda oluşabilecek herhangi bir duruma bağlanmaz. Fobik anksiyete, belirli bir nesne veya duruma karşı oluşan aşırı korkuyu tanımlar. Kaygının hissi ve tehlike durumu orantısızdır. Panik nöbette, korku ve kaygı yaratan durumla, buna gösterilen tepki arasında bağlantı yoktur. Panik nöbette, ego ile süper ego durumu yasaklar ancak id, bazı isteklerine doyum sağlamak, istekleri karşılık ve gerilimden kurtulmak ister. İdin bu gerilimden kurtulmaya çalışmasının simgesel bir belirtisi olarak nöbet görülür (Kaplan ve Sadock, 2004).

Freud, kişiye zarar verebilecek duruma karşı kaygıya objektif kaygı derken, gerçek tehlike ile görülen kaygının uyumsuz olmasına nevrotik kaygı demektedir. Nevrotik kaygı, idin istekleri ile ego ve süperego'nun dayattıkları arasındaki bilinçdışı çatışmaya dayanmaktadır. Freud'a göre bilinçdışı olan bu çatışma nedeniyle kişi kaygının nedenini bilemez (Atkinson, 2008).

Psikanalistler kaygının tanımı üzerine farklılaşmaktadır. Otto Rank kaygıyı doğum travmasıyla bağdaştırırken, Sullivan anne çocuk ilişkisinin erken döneminde annenin kaygı durumunun çocuğa geçişiyle anlatmaktadır (Çıtlak, 2008).

Honey, tehlikeli algılanan durumun karşısında kişinin güvensiz hissetmesini 'temel anksiyete' olarak adlandırmıştır. Kişinin belirli bir duruma saplanması, çözüm yolunun sonucunda da kendini güvende hissedememesi kaygıyı artırır (Çıtlak, 2008).

Sonuç olarak psikanalitik kuramcılar kaygının temelini içsel çatışmalar ve bilinçdışı güdüler olduğunu varsayar. İd, ego, süperego arasında olan bilinçdışı çatışmalar ile kaygı uyarılır. Burada kişinin kendini çaresiz olarak algılaması, ayrılma veya terk edilme ile başa çıkamayı, onaylanma beklentisi nedenler arasında sayılmıştır.

Davranışçı kurama göre kaygı öğrenilir ve giderek kişiliğe yerleşir. Birey sonraki yıllarda tehlikeliyi/tehlikesizi ayırt etmeyi, bunlara vereceği tepkiyi, durumu değerlendirmeyi öğrenir. Kaçma/savaşma davranışını geliştirir. Kaygı, çevresel uyarana koşullanmış tepkidir ve endişe hissiyle ortaya çıkar (Işık ve Işık, 2006).

Klasik koşullama paradigmasına göre ise kaygı, nötr nesne/durum/kişi travmatik bir olayla birleşir ve nötr nesne/durum/kişiye karşı kaygı ve korku

duyulmasına neden olur. Hazırlanmış koşullamaya göre, insanlar önceden veya daha sonra, korku ve kaygı oluşturabilecek belirli şeylere tepki göstermek için hazırlanmış durumdadır. Bu aslında kendi türlerine gelebilecek tehlike karşısında temkinli olma durumudur. Bazı durumlar da gözlem yoluyla öğrenilebilir. Örneğin bazı durumlardan kaygı ve korku duyan anne babaların, bu durumlara karşı korku ve kaygı duyan çocukları olma olasılığı yüksektir. Etrafına korkuyla tepki gösteren bir çevreyi gözlemleyen çocuk, bu durumlara tepki göstermeyi normal karşılayabilir (Atkinson, 2008).

Psikanalistlerin dediği gibi kaygı durumu için bir iç çatışmaya gerek yoktur. Yaşam olayları, bu olayların sürekliliği, şiddeti, baş edilebilirliği kişinin kaygı durumunu etkiler.

Sonuç olarak bu kuramcılar, içsel çatışmalardan çok dışsal olaylar tarafından kaygının tetiklendiğini söyler.

Bilişsel kuram göre, bireyin yaşadığı hayatı ve olayı nasıl anlamlandırdığı ve yapılandırdığı önemlidir. Bilişsel kuram, kaygıyla ilgili tüm özelliklerde kontrol kaybı üzerinde durur. Bunun yanında, kontrol kaybı algısı ile beraber tehlike de kişinin kaygısı üzerinde etkilidir (Davison ve Neale, 2004).

Beck'e göre her şey bilinçte yatar. Bilinçaltı süreçler önemlidir ancak olaylar şekil değiştirerek bilince çıkar ve bizi bu şekilde etkiler. Kişi zararın hem derecesini hem de gerçekleşme olasılığını bilişlerde yanlış yorumlar (Atkinson, 2008).

Kişi olay anında hangi noktaya odaklanacağını belirler ve diğer noktalara önem vermez. İçten ve dıştan gelen uyarıcılara karşı duyarlılık geliştirir ve kendine zarar geleceğine inandığı durumlar karşısında kaygısı artar. Sonuç olarak kişi aslında zararsız olayları tehdit edici olarak algılar ve direk gelecekteki olabilecek durumlara odaklanır. Kişilerin dikkatleri böylece, çevreden gelebilecek fiziksel zarar, eleştiri, utanma, reddedilme gibi durumlara çevrilir. Kişi bunu abartılmış tehlike olarak algılar. Ayrıca, belirgin olmayan durumları da tehdit edici algılar. Yaşadıkları durumlara baktıkça, tüm olumsuzlukların kendi başlarına geldiğini düşünür (Davison ve Neale, 2004).

Kaygıyla alakalı bilişsel kuram, bireyin şimdi başına gelen veya gelebilecek olan tehlikeler hakkında kişilerin düşünme tarzlarına yoğunlaşır. Kişiler olayı,

olduğundan daha sıkıntılı değerlendirirse aşırı tetikte olur ve tehlike durumları üzerine bilişsel süreçlerini yoğunlaştırır. Olumsuz ve abartılmış bilişlerle olaylara yaklaşan kişi, çoğunlukla olayın gerçek tehlikesiyle orantılı olmayan bir biçimde kaygı duygusu yaşar (Sürmeli, 2008).

Biyolojik kurama göre, kaygının iki tür nedeni vardır: psikolojik neden, biyolojik neden.

Nörobiyolojik alanda yapılan çalışmalarda beynin locus ceruleus bölgesinin biyolojik kökenli kaygıya neden olabileceği görülmüştür. Bu bölge inhibitör nöronları aktivite/deaktivite ederek kişinin kaygısını düzenler.

Beyindeki anksiyete duygularını besleyen kimyasal sistemler, beynin farklı bölgelerinde farklı ve karmaşık olarak işlev görürler.

Bazı çalışmalar, kaygının kalıtsal olarak ilerlediği yönünde sonuçlar ortaya koymuştur. Ancak bununla beraber yapılan ikiz çalışmalarında tutarsızlık olduğu görülmüştür. Alanda kalıtımın göz ardı edilmemesi gerektiği ancak çalışmaların yetersiz olduğu görüşü hâkimdir. Kaygı bozukluklarıyla ilgili en iyi bilgi, kaygının tedavisinde kullanılan benzodiazepinlerin nasıl işlediği ile ilgili bilgiye dayanmaktadır. Benzodiazepinlerin etkili olduğu reseptör, beyinde ketleyici işlevi gören GABA (gamma-aminobütrik asit) nörotransmitter maddesidir. Sistem şu şekilde çalışmaktadır: Korku ile beynin tüm nöronları ateşlenir ve kaygı deneyimi ortaya çıkar. Ateşlenme ile aynı zamanda GABA sistemi de uyarılır. Böylece ketleyici rol üstlenen GABA ile kaygı normal seviyeye düşer. Sonuç olarak, GABA seviyesinde bir bozulmadan kaynaklı kaygının kontrol altına alınmaması durumu olabilir. Benzodiazepinlerle, GABA seviyesi artırılıp kaygının düşmesi sağlanmaktadır (Davison ve Neale, 2004) .

1.4. Dindarlık

Din ve dindarlığın literatürde karşılaşılan birçok tanımı olmasının nedeni, bu kavramların kişiler arası, toplumlar arası ve zamana göre farklılık göstermesidir. Ancak bu tanımlar için bir genelleme yapılacak olunursa, inanılan bir varlık ya da nesne olması durumuna, bu varlık veya nesneye inanca ve aradaki bağlantıya, onunla aradaki ilişkisine din, bunların bireyin hayatına yansımaya dindarlık denir (Günday, 2006).

Dindarlık, kişinin yaşıntısında dine verdiği önemi ifade eder. Dine bağlanma ve inanma derecesidir. Dindeki öğretileri nasıl ve hangi yoğunlukta uyguladığıyla alakalıdır (Kirman, 2004).

1.4.1. Dindarlığın Teolojik, Sosyolojik ve Psikolojik Tanımı:

Teolojik tanım;

Max Scheler'e göre dindarlık, kişinin gönlünde ve davranışlarında inanılan varlığın olmasıdır. Tamamıyla inanılan varlıkta kendini bulması ve ona teslim olmasıdır. Elmalı'ya göre dindarlık, inanılan için insanın verdiği çaba ve emektir (Memedoğlu, 1999).

Sosyolojik tanım;

Sosyologlar, dindarlık tanımı için iki görüş öne sürmüşlerdir. Birincisi, kişinin bir organizasyona veya gruba dâhil olması ve sonrasında oradaki tutum ve davranışlarının gözlemlenmesidir. İkincisi, bireysel özellikler, eğilimler ve bunlarla alakalı değişkenlerdir (Karaşahin, 2008).

Fromm'a göre dindarlık, doğruyu ve adaleti ilke edinebilmekken; Köktaş'a göre, amprik bir konudur. İnsan mensup olduğu dinin uygun özellikleriyle nitelenebilen tutum, davranış ve tecrübe tarzlarıyla bir bütünü oluşturur (Karaşahin, 2008).

Psikolojik tanım;

Psikologlar, dini bilimsel olarak açıklamaya önem vermişlerdir. Önceleri tek boyut üzerinden açıklanan dindarlık, sonraları çok boyut üzerinden tanımlanmıştır.

Dindarlık ile birlikte insan düşünür (bilgi boyutu). Edindiği tecrübelerle (dini duygu) ve bunları davranışa geçirmesiyle (dini tepkiye yönelik eylem) inandığı ile kişisel ve pozitif bir ilişki kurar (Strizenec, 2010).

Pavlov'a göre dindarlık, içgüdüsel bir kavramın ve güven duygusunun bir ifadesidir. Maslow'a göre ise, insan kendini gerçekleştirerek ve doğayı takip ederek dindar olur. Benlik psikolojisi öncülerinden Erikson, Kohut, Winnicott'a göre dindarlık, anne baba şefkatindeki, bu şekilde karakterize edilen varlığa sığınma arzusudur (Bahadır, 2011).

1.4.2. Dindarlık Nasıl Ölçülür?

Dindarlığın ölçülmesi, tanımı kadar zor bir durum olmuştur. Dindarlık, çoğunlukla nitel yöntemlere nazaran nicel veri toplama teknikleri kullanılarak ölçülmüştür.

Anket kullanımı dindarlık ölçümlerinde en sık kullanılan tekniklerdendir. Ölçekler, o ölçeği oluşturan kişinin dindarlığı nasıl tanımladığına, kaç boyuta göre tanımlayıp oluşturduğuna bağlı olarak değişir ve bu şekilde dindarlık sayısal bir değerle ifade edilir. Yüksek puanlar dindarlığın yüksek olduğunu, düşük puanlar dindarlığın düşüklüğünü ifade eder (Yıldız, 2006).

Dindarlık ilk olarak dini inanç ve ibadethaneye yönelik tutumları ölçen tek boyutlu yaklaşımlarla ölçülmüştür. Tek boyutlu ölçülen dindarlık yaklaşımlarıyla, dindarlığın alanı ve sınırları dar olmaktadır. Stanley Hall, William James, Edwin Starbuck dindarlığın duygu boyutunu ele alırken, Thurstone Suck kiliseye karşı tutuma bakmıştır. Bazı araştırmacılar da ölçek kullanmamış, kişinin kiliseye gitme, ibadet yapma, dua okuma sıklığına göre değerlendirme yapmışlardır. Daha sonraki yapılan çalışmalarla dindarlığın iki boyutu ele alınmıştır. Buna Fromm'un otoriter/hümaniter, Jung'ın içedönük/dışadönük dindar ayrımı gösterilebilir. Çok boyutlu dindarlık ölçeklerinde ise üç ile on üç alt boyuttan söz edilebilir. Çok boyutlu dindarlık yaklaşımları içinde ise en çok kullanılan Glock ve Stark tarafından geliştirilen ve dindarlığı inanç, ibadet, duygu, etki ve bilgi şeklinde beş boyuta ayıran yaklaşımdır (Karaca, 2011).

1.4.3. Olayları Açıklama Biçimi, Yükleme ve Din-Dindarlık

Stresli yaşam olayları, gerilim, sıkıntı insanlığın var olduğu zamandan beri karşılaşılan yaşantılardır. İnsanlar bu durumla bazı yöntemlerle baş etmeye çalışır (savunma mekanizmaları, bilişsel çarpıtmalar, yeniden yapılandırmalar vb.). Psikolojide baş etme, yaşanan bir olayın sonucunda, ya çözüm bulmak ya da kişinin üzerindeki olumsuz etkilerin hafiflemesi için başvurulan bilişsel ve davranışsal stratejiler bütünüdür. Kişinin yaşadığı olaylara yönelik uyum sağlamasını kolaylaştırır (Atkinson, 2002).

İnsanın temel eğilimlerinden biri, içinde bulunduğu ya da gözlemlediği olaylara anlam vermeye çalışması, olaylar hakkında neden-sonuç ilişkisi kurarak

yükleme yapması ve olayı anlamaya çalışmasıdır. Psikologlar, bu durumun anlamlı bir yapıya oturtulma ve kontrol edilebilir bir duruma getirme güdüsü olduğunu ileri sürmektedir (İmamoğlu, 1979; Wortman, 1976). Sosyal psikologlar, olayları bir neden-sonuç ilişkisi olarak açıklamayı 'yükleme kuramı' başlığı altında ele almışlardır (Hewstone, 1983). Kişi kendine 'neden', 'niçin' soruları sorarak olayları kalıcı, değişmez faktörlere oturtur. Bu kuram başlığı altında, insanların olayları nasıl açıkladıkları üzerine çalışmalar yapılmıştır.

Din, yaşam olaylarıyla baş etmekte kullanılan stratejilerden bir tanesidir. Dinin bir araç olduğu ve başa çıkma stratejisi olarak kullanıldığı 1980 yılında Bergin'in çalışmasıyla ortaya konmuştur.

Spilka ve ark. (1985), yükleme yaparken hem dinsel hem dinsel olmayan yüklemeleri belirleyen bazı faktörler olduğunu ifade etmiştir. Bunlar 'yükleme yapanın kişisel özelliği', 'yüklemenin yapıldığı ortam', 'açıklanacak olayın özellikleri', 'açıklanacak olayın meydana getirdiği ortam' biçiminde sınıflandırmıştır. Özellikle 'açıklanacak olayın niteliği' dinsel yükleme ya da başa çıkmanın kullanılmasında önemli bir etken olarak görülmektedir. Ancak, dinin ortaya koyduğu açıklamaları her insanın aynı ölçü ve sıklıkta kullanmadığı gözlemlenmiştir (Yaparel, 1994).

Hayat sürekli bir problem doğurur, insan da bu problemin üstesinden gelmeye çalışır. Bunun için de kendi gücünü, çevresinin gücünü, yeteneklerini değerlendirir. Bunlarla baş etmek içinde insan bazı inanç, yöntem ve bağlantıları gözden geçirir. Özellikle, 'açıklanacak olayın niteliği' göz önüne alındığında, bazı araştırmalarda da insanların travmatik olaylarda ve kriz durumlarında dinsel yüklemeleri daha sık kullandıkları ortaya konmuştur (Metalsky ve Abramson, 1980). Özellikle, yaralanma veya hastalık hallerinde Tanrı'ya yükleme yapma ihtimali oldukça yükselmektedir (Bullman ve Wortman, 1977). Yaşanan olaylar karşısında 'Bu olayın üstesinden gelebileceğimi bilmeden Tanrı bunu bana yapmazdı; Tanrı, bana iyi bir ders verdi; başıma gelen bu olay, Tanrı'nın planının bir parçasıdır.' şeklinde bir açıklama yapılabilir ve başa çıkabilir.

İnsanoğlu hayatındaki olayları bir devamlılık içinde ve düzen çerçevesinde yaşamaya meyillidir. Eğer ki yaşadığı olaylar, denetlenebilirliği düşük olan olaylara ve kurulu düzeni bozuyorsa (zihinsel-fiziksel engelli/otistik/psikotik çocuğa sahip

olma gibi), bu olayları sıkıntılı olaylar olarak algılar. Bu sıkıntılı çerçeveden kurtulmak için kullanılan din ve bununla ilişkili yapılan davranışlar baş etme stratejisidir. Örneğin din hayattaki yaşanan olayların ödülünü bir türlü alacağını söyler. Bu düşünce insanların yaşadıkları sıkıntılı günleri ve acıları hafifletmektedir. “Gelecekteki olayların katlanılır ve kontrol edilebilir olacaklarına ilişkin duyulan güven, yaşanan olayın olumsuz sonuçları yanında olumlu yönlerinin de aranıp bulunması, yaşanan olayın ‘bir planın parçası’ olup tesadüfe bağlı olmadığına ilişkin inanç” ile birlikte olayları anlamlandırmak ve baş edilebilirliğini ortaya koymak kişinin duygu durum düzeyinde de olumlu etkiler yapabilmektedir (Thompson, 1981).

Din vasıtasıyla yaşamsal olayın açıklanmasının (neden benim başıma geldi) kişide psikolojik sağlığı koruduğu yönünde düşünceler vardır. Aristoteles ‘bütün insanlar doğal olarak bilmeye ihtiyaç duyarlar’ demiştir. Dinin belirsiz olanı açıklığa kavuşturarak bunu sağladığı düşünülmektedir. Psikologlar da insanların var oldukları zamandan beri içinde buldukları durumu anlamlandırmaya yönelik adımlar attığını söyler. Pargament’e göre zorlu bir durum karşısında kişi kendine ‘hayat bana ne demek istiyor’ diye sorar. Hayatı başına gelen olayla ya inandığı varlığın bir ödülü ya da bir cezası olarak kullanır ve anlamaya çalışır. Yapılan ibadette vicdanen rahatlama ve duyguları kontrol altına almayı kolaylaştırır. Bilişsel kurama göre, kişiyi etkileyen, bir olayın olmasından çok, o olayı nasıl algıladığı, olaylara yüklediği anlamdır. Din de olaylara bakış açısı sağladığı ortaya konmuştur. Lenex’e göre din yaşam koşullarını kabullenme ve algıları yönlendirmede önemlidir. Kaygı, suçluluk, öfke, isyan duygularını yatıştırır (Eskin, 2003; Kula, 2002).

Kişi istemediği bir durumla karşılaşınca travma yaşayabilir. Bu durumda kendini güçsüz, zayıf, çaresiz hisseder. İnsanların güvende olma, kendinden güçlünün yanında bulunma içgüdüleri vardır. Dinle birlikte, insan ‘ben şu an çaresiz ve güçsüzüm, ama bana yardım edecek doğüstü bir güç var’ diyerek yaşamını devam ettirir. İnsan, geçici olmayan, kendisinde güvensizlik yaratabilecek muhtemel bir olay karşısında sığınabilecek bir güce ihtiyaç duyar ki, bu da kişide psikolojik bir rahatlama sağlar. Stresli hayat olaylarında, depresyon, kaygı gibi sıkıntılı durumlarda tampon, ‘psikolojik güç’ işlevi görmektedir. Çözülmecekmış gibi görünen sorunların çözülebilir olduğunu ifade ederek kişilere motivasyonel destek sağlar (Yaparel, 1994).

Din-dindarlık ve ruh sağlığı arasındaki ilişki, anlam sağlama sistemi, denetim odağı, başa çıkma stilleri, sosyal destek ve ağlar, fizyolojik mekanizmalar ile sıralanabilir.

Anlam sistemi olarak din ele alındığında, annenin koşulsuz sevgisi, desteği ve babanın ise koruyuculuk, sorumluluk, bağlılık değerlerini taşıdığından insan kendini önemli ve değerli hisseder. Burada asıl olan ise hayatın anlamının farkına varmasıdır (Katz, 1967).

Denetim odağı olarak din ele alındığında, kişi yaşadığı olayları, eğer olumluysa iç kaynaklı, olumsuzsa dış kaynaklı atıfta bulunur. Ancak kişi, yaşadığı olayları kontrol edilemez olarak algılasa, yapılan yorumlama ve yeniden çerçeveleme sayesinde bunu dış kaynaklı olarak görür. Bu Őekildeki bir atıf, daha kolay anlamlandırmasını ve zamanı daha az kaygılı Şekilde geçirmesini sağlar. Bunu inandığı nesne veya varlığa atfetmesi, iyimser atıf stili olarak değerlendirmektedir (Ryan ve ark., 1993).

Kişi dini, yaşadığı olaylarla başa çıkmak için bir araç olarak değerlendirmektedir. İşbirlikçi stilde, yaşadığı olayın sadece kendinden kaynaklı olmadığını dşunerek inandığı varlıkla sorumluluk paylaşır. Erteleyici stil, yaşadığı olayın tamamen inandığı varlığa bırakıldığı stildir. Kendi yönlendirici stil, yaşanılan olayla başa çıkmak için inanılan varlığın kendisine gerekli olan tüm gücü verdiğine inandığı ve bu olayla baş edebileceğini düşündüğü stildir. Yalvarmacı/pazarlıkçı stil, bireyin yaşadığı durumu reddeder ve inanılan varlığın yaşanılan durumu düzeltmesine yönelik doğauşt bir g beklediği stildir (Cornah, 2007).

Din, sosyal destek olarak ele alınmaktadır. Zor zamanda girilen dini topluluklar kişiye aidiyet duygusu yaşatmakta olup, toplumdan kendini soyutlayan kişi için özsaygıyı geliştirici bir faktördür. Bu Şekilde kişi diğer insanlarla sosyalleşir, yalnızlık ve ie kapanık hallerinden kurtulur. Yapılan çalışmalarda dini aktivitelerin, hem bedenene, hem ruhen, hem de zihinsel olarak insanlara iyi geldiği ortaya konmuştur. Sosyal izolasyon da engellenmiş olur (Van Olphen, 2003).

Dinin duygular üzerindeki fizyolojik etkisine bakıldığında, öfke, nefret gibi olumsuz duyguları reddettiği görülmektedir. Bu sayede reddedilen kötü duyguların yerini alan olumlu duygular, beyinde norepinefrin ve kortizol salgılanmasını

kolaylaştırmakta bu da fizyolojik olarak insanın kendini iyi hissetmesine neden olmaktadır (Larson, 1998).

Sonuç olarak, dini baş etme bilinçli ya da bilinçsiz kullanılıyor olabilir. Kişiyi güven sunabilir ve kişiyi öfkeden uzaklaştırabilir, umudunu artırabilir. Psikanalistlerin ve davranışçı terapistlerin yaptığı çalışmalarda dinin iyileştirici bir gücü olduğu görülmüştür.

1.5. Yurtiçi ve Yurtdışı Yayınlar

Kronik strese bağlı olarak yapılan birçok araştırmada hasta yakınlarında/bakım verenlerde fiziksel ve psikolojik sorunların ortaya çıktığı görülmüştür. Özellikle somatik (kalp ve tansiyon) problemler, uyku problemleri, depresyon ve anksiyete bozukluklarına rastlanmaktadır (Atagün ve ark., 2011). Hasta yakınlarıyla alakalı yapılan çalışmalarda ise sıkça görülen depresyonlu grubun, psikotik bozukluğu olan hastaların yakınları olduğu dikkat çekmiştir (Aydın ve ark., 2009). Yapılan başka bir çalışmada ise şizofren hasta yakınlarında, normal popülasyona göre daha fazla depresyon görülmektedir (Aydın ve ark., 2009).

Ailede psikotik bozukluğu olan bir bireyin olmasının aile üzerinde etkilerinin ortaya konulduğu ilk yayın Clausen ve Yarrow'un (1955) çalışmasıdır. Daha sonraki yıllarda etkileri tekrar araştıran Mandelbrote ve Folkard (1961) hasta yakınlarının, hastanın varlığı sebebiyle rahatsızlık ve kısıtlanma yaşadıklarını ortaya koymuştur.

Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarına bakım verenlerde bakım yükü ve stresin arttığı görülmüştür (Shisabuddeen ve Moosabba, 2012).

Yapılan diğer araştırmalarda da kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ebeveynlerinde yaşanan uzun dönemli stres nedeniyle depresif belirtiler ve kaygı görülme olasılığı yüksek bulunmuştur (Magana ve ark, 2007; Perlick ve ark, 2007)

Yapılan çalışmalarda psikotik bozukluğu olan çocuklara sahip birinci dereceden yakınlar ve özellikle bakımını üstlenen kişilerde depresif belirtiler ve kaygı görülme oranı yüksektir (Çetin ve ark., 2013).

Mars'a (1992) göre, psikotik bozukluğu olan hastaların yakınlarında, hastalar atak geçirdikten sonraki 1-2 yıl içinde huzursuzluğun ve gerginliğin görüldüğü,

ancak sonraki yıllarda bunun azaldığını, yerini giderek artan bir ‘objektif gerginlik’e bıraktığını belirtmiştir.

Gelder (2000) ve Mueser (1993), yaptıkları çalışmada bu tür çocuklara sahip aile üyelerinde suçluluk, utanma, içe kapanma, ekonomik güçlük gibi sıkıntılı durumun yanında depresyonun da olduğunu ortaya koymuştur.

Tennakoon (2000), ilk defa psikoz atak geçiren hastaların yakınlarıyla bir çalışma yapmıştır. Bu hastaların yakınlarının %12’sinin ruhsal sağlık sorununun olduğu araştırma sonucunda elde edilen bir veridir. Başka bir çalışmada bu ruhsal sağlık sorununun %25’inin depresyon ya da kaygı olduğu ortaya konmuştur (Laidlow ve ark., 2002). Amerika’da Latin ailelerde yapılan bir çalışmada, şizofreni çocuğu olan ebeveynlerde %40 oranında depresyon görülmektedir (Magana ve ark., 2007). Barrowclough ve arkadaşlarının (1996) yaptığı bir çalışmada ise ruhsal sorun bu ebeveynlerde %50 oranında görülmüştür.

Terschinsky (2000) tarafından belirtildiğine göre, Spaniol (1987) tarafından şizofreni hastalarının durumla baş etmeleri üzerine bir araştırma yapılmıştır. İnkâr, durumu kabullenme, hastayı evden uzaklaştırma, davranışlarına sınır koyma, destek gruplarına katılma, aktivitelere katılma ve dini inancını kullanma ile durumla baş edebildikleri ortaya konmuştur.

Dini inanç ve dini inanç etkinliklerinin depresyon üzerinde etkisinin araştırıldığı 271 katılımcının olduğu bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışma ile dini inanç ve depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir sonuç ortaya konmuştur (Patrica ve ark., 2000).

Farcis ve arkadaşları (2004), dindarlık ile stres ve ruhsal çöküntü arasındaki ilişkiyi incelemiştir. 177 kişiye anket uygulanmış ve 17-44 yaşları arasında olan katılımcıların sonuçlarında anlamlı derecede bir ilişki bulunmuştur. Bunun yanında Wink, Dillon ve Carson (2005) din (maneviyat), dindarlık ile depresyon ve sağlık arasındaki ilişkiyi analiz edebilmek için yaşlı bireylerle bir çalışma yapmıştır. Yapılan çalışma sonucunda da dindarlık ve depresyon arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır.

Larson ve Larson (2003) din ve maneviyatın fiziksel ve ruhsal sağlık üzerindeki etkisini araştıran 1200 tane deneysel araştırma incelemiştir. Maneviyatın

ruhsal ve fiziksel hastalıkların iyileşmesi üzerine etkili olduğu ortaya konmuştur. Öfke ve kızgınlık kontrolünde, depresyonun belirtilerinin baş edilmesinde öneme sahip olduğu görülmüştür. Bunun yanında dindarlık ve depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği 21 çalışma da Dew ve arkadaşları (2008) tarafından analiz edilmiştir. Bu çalışmaların 5'inde yüksek düzeyde dindarlıkla düşük düzey depresyon ilişkili bulunurken, 4 çalışmada yüksek dindarlık düzeyinde de yüksek depresyona rastlanmıştır. Bu analizde dindarlık ve psikolojik sıkıntılardan kurtulma arasında bir bağlantı bulunamamıştır. Sonuçlar dindarlık ve depresyon arasındaki düzeyin karmaşık olduğunu göstermiştir.

Kronik stresin psikolojik hastalıkları etkilediğiyle alakalı çalışmalar ülkemizde de mevcuttur. Onbaşıoğlu (2006) 'nun yaptığı kronik stresin psikosomatik ve psikolojik hastalıklar üzerinde etkisini araştırdığı çalışma anlamlı sonuçlar vermiştir. Özellikle depresyonu olan hasta grubu, sağlıklı kişilere göre hayatlarında daha yüksek düzeyde kronik stres faktörleri olduğunu belirtmiştir.

Gülseren ve arkadaşları (2010), 239 şizofren hasta ve yakınıyla bir çalışma yürütmüş; hastadaki negatif ve pozitif belirtilerle hasta yakının depresyonu arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.

Aydın ve arkadaşları (2009), 50 şizofreni hastası ve bakım veren ile yaptıkları araştırmada, hastalığı kabullenme ve hastaneye yatış sayısı, ailenin yükü, depresyon ve kaygı düzeyleri arasında pozitif yönlü ilişkinin olduğu görülmüştür.

Yapılan çalışmalarda, şizofreni hastalarına bakım verenler ruhsal sağlık sorunları yönünden riskli grupta bulunmuştur. Özellikle kadın bakım verenler ve grup oturumuna katılmayanlar daha da riskli grubu oluşturmaktadır (Şengül, 2007; Çetin ve ark., 2013).

Demir ve arkadaşları (2010), 215 zihinsel engelli çocuğun annesiyle bir örneklem oluşturarak depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla bir çalışma yapmıştır. Sonuç olarak depresif semptom düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Yine, zihinsel ve bedensel engelli çocuğa sahip annelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Bunun için 60 anne çalışmaya dâhil edilmiştir. Annelerin yaşamlarında uyumsuzluk olduğu ve BDE ölçümlerinin yüksek olduğu görülmüştür (Bahar ve ark., 2009).

Yaparel (1994) yaptığı bir çalışmada kişilerdeki dini hayat ve psikososyal uyum arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yapılan araştırma sonucunda 20-40 arasında ilk yetişkinlik döneminde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Ülkemizde, şizofreni hastalarının ailelerinin durumla baş etmeleri konusunda Dülger ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada insanların dini inanca başvurdukları ve ibadet ederek baş ettikleri ortaya konmuştur

Yapıcı'nın (2012) yaptığı 'Ruh Sağlığı ve Din: Psikososyal Uyum ve Dindarlık' çalışmasında, dinin, ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği; depresyon, intihar ve umutsuzluk durumlarında olasılığı düşürdüğü tespit edilmiştir.

Cengil (2003), depresyonu önleme dini inancın rolüyle alakalı teorik bir çalışma yapmıştır. Çalışma sonucunda iki yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Bunlardan birincisi hayata karşı inançla beraber depresyonla başa çıkma, diğeri gerçekçi olmayan bilgi ve düşüncelerle hastalık üzerindeki dinin olumsuz etkisidir. Dinin ümit algısının kişiyi depresyona karşı koruduğu görülmüştür.

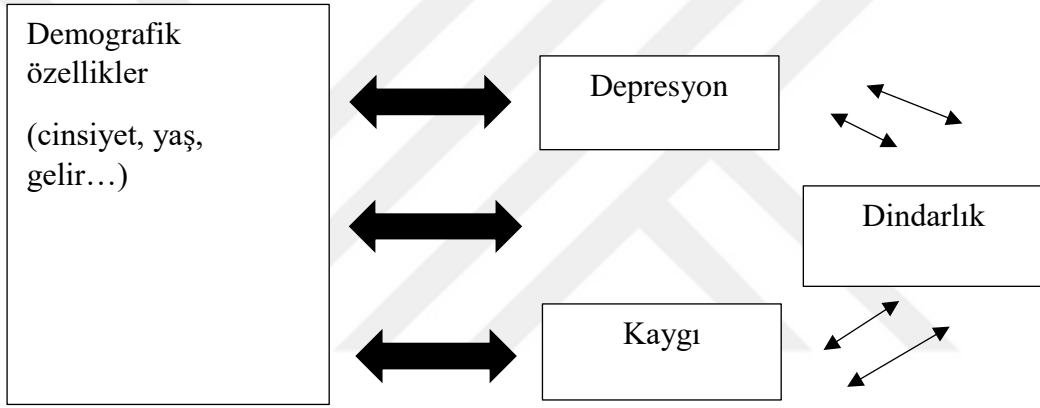
Şengül (2007), yüksek lisans tezinde Ruh Sağlığı ve Dindarlık üzerine bir çalışma yapmıştır. 336 katılımcıyla yaptığı çalışmada, ruh sağlığı ve dindarlık arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu çalışma, toplam 100 kişiyle EK’de verilen ölçekler kullanılarak yapılmıştır. Bu bölümde katılımcıların özellikleri, uygulanmasında izlenen yollar, araştırma modeli ve ölçeklerin özellikleri aktarılmıştır.

2.1. Araştırma Modeli



Şekil 2. Araştırma Modeli

Bu tez çalışması betimsel bir çalışmadır ve ilişkiyel tarama modeline dayanmaktadır. Karasar (2002), ilişkiyel tarama modelini, iki ya da daha çok değişkenin aralarındaki ilişkiyi belirlemek üzere incelendiği model olarak tanımlamıştır. Bu modelde önemli nokta, var olanı değiştirmeden gözlemleyebilmektir. Aynı zamanda ilişkiyel tarama modelinin, korelasyon türü ve karşılaştırma türü olarak iki türü bulunmaktadır. Korelasyon türü araştırma modellerinde, değişkenlerin birlikte değişip değişmediği ve var olan değişimin nasıl olduğu ortaya konurken, karşılaştırma türünde, en az iki değişken arasında bağımsız değişkendirdeki grupların bağımlı değişkene göre farklılık gösterip göstermediği incelenmektedir.

2.2. Çalışma Örnekleme

Bu çalışmanın örneklemini, Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Genel Psikiyatri servisi birimine ait polikliniklerde psikotik bozukluk tanısı ile izlenen hastaların yakınları oluşturmaktadır. Çalışma 2015-2016 yılı içerisinde 100 hasta yakını ile gerçekleştirilmiştir. Ölçekler bire bir uygulayıcı eşliğinde doldurulmuştur.

Araştırmaya dâhil etme kriterleri:

- Hastanın 18 yaş üstünde olması
- Ebeveynin hasta ile yaşıyor olması
- Ebeveynin psikiyatrik tedavi görmeyi gerektirecek aktif bir hastalığının bulunmaması
- Ebeveynin okur-yazar olması.
- Ebeveynin çalışmaya katılmaya gönüllü olması

Dışlama kriteri:

- Ebeveynin ölçeği uygulamaya engel herhangi bir fiziksel ya da ruhsal hastalığın olması
- Hastaların alkol/maddeye ya da medikal duruma bağlı psikotik bozukluk görülen hasta yakını olması
- Ebeveynin SCL-90R Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği Genel Değerlendirme sonucundan 1.50 üzeri değer almış olması (Ebeveynin aktif bir psikopatoloji durumunu anlamak için yapılmıştır.)
- Ebeveynin STAI Durumluk Kaygı Ölçeği'nde kaygı belirtisi göstermiş olması (Hasta yakınında şuanda olabilecek farklı kaygı durumunu kontrol altına almak için yapılmıştır)

Tablo 1. Ebeveyne İlişkin Sosyodemografik ve Diğer Özellikler

<i>Değişken</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Ortalama ± Standart Sapma</i>	<i>Aralık</i>
CİNSİYET				
Kadın	50	50		
Erkek	50	50		
YAŞ				
25-44 yaş	14	14	55.27 ± 9.157	39 - 72
45-64 yaş	56	56		
65 yaş ve üstü	30	30		
ÇOCUK SAYISI				
Bir	12	12	2.58 ± 1.112	1 - 6
İki	45	45		
Üç ve üzeri	43	43		
EĞİTİM DURUMU				
Okuryazar	18	18		
İlköğretim	29	29		
Lise	30	30		
Yüksekokul	23	23		
ÇALIŞMA HAYATI				
Çalışıyor	58	58		
Çalışmıyor	42	42		
AYLIK GELİR				
0-999	11	11		
1000-1999	47	47		
2000-üstü	42	42		

Katılımcılar 50 (%50) kadın ve 50 (%50) erkek ebeveynden oluşmaktadır. Yaşların ayrımı Bühler'in yaşam akışı kuramına göre yapılmıştır. Yaşları 25-44 aralığında olan 14 (%14), 45-64 yaş aralığında olan 56 (%56) ve 65 yaş ve üstü olan 30 (%30) kişi bulunmaktadır. Yaş uzamları 39-72 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 55.27'dir (ss = 9.16). Katılımcılardan bir çocuk sahibi olan 12 (%12), iki çocuk sahibi olan 45 (%45) ve üç ve üzeri çocuk sahibi olan 43 (%43) kişi vardır. Çocuk sayısı uzamı 1-6 arasında değişmektedir ve çocuk sayısı ortalaması 2.58'dir (ss = 1.112). Katılımcıların eğitim hayatları değerlendirildiğinde 18'i (%18) okuryazar, 29'u (%29) ilköğretim, 30'u (%30) lise ve 23'ü (%23) yüksekokul mezunudur. Çalışma hayatlarına bakıldığında ise çalışan 58 (%58) ve çalışmayan 42 (%42) kişi vardır. Eve giren toplam gelir incelendiğinde, katılımcıların 11'i (%11) 0-999 TL, 47'si (%47) 1000-1999 TL ve 42'si (%42) 2000 TL ve üstü ile geçinmektedir.

Hiçbir katılımcının başka bir psikotik bozukluğa sahip, zihinsel veya bedensel engelli bir çocuğu yoktur.

Tablo 2. Hastaya İlişkin Sosyodemografik ve Diğer Özellikler

<i>Değişken</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Ortalama ± Standart Sapma</i>	<i>Aralık</i>
CİNSİYET				
Kadın	55	55		
Erkek	45	45		
YAŞ				
18 – 30 yaş	64	64	29.09 ± 8.31	18 - 54
31 – 65 yaş	36	36		
HASTALIK SÜRESİ				
0 - 7	58	58	7.47 ± 5.743	1 - 25
8 +	42	42		
HASTA İLE İLGİLENEN BAŞKA BİRİ				
Var	64	64		
Yok	36	36		
HASTALIK İLE İLGİLENEN DİĞER KİŞİ				
Yok	36	36		
Diğer Ebeveyn	31	31		
Akraba	24	24		
Arkadaş	9	9		

Psikotik bozukluğu olan çocukların 55'i (%55) kadın ve 45'i (%45) erkekten oluşmaktadır. Yaş uzamları 18-54 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 29.09'dur (ss = 8.31). Genç yetişkin (18-30 yaş) 64 (%64), orta yetişkin (31-45 yaş) 36 çocuk vardır. Hastalık süresinin ortalama 7.47 yıl olduğu görülmüştür. Bu çocuklardan 58 (%58) kişi 1-7 senedir, 42 (%42) kişi 8 ve üstü senedir psikotik bozukluğa sahiptir. 64 (%64) çocukla bakımı için araştırmaya katılan kişi dışında ilgilenen başka bir kişi daha varken, 36 (%36) çocukla ilgilenen başka bir kişi yoktur. Hasta ile ilgilenen başka bir kişi, 31 (%31) diğer ebeveyn, 24 (%24) ebeveyn dışındaki akraba, 9 (%9) arkadaş olarak bildirilmiştir.

2.3. Veri Toplama Araçları

- Kişisel Bilgi Formu
- SCL-90R
- Beck Depresyon Envanteri
- STAI Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği
- Deruni Dini Motivasyon Ölçeği

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu: Hastanın demografik ve klinik özellikleri değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. (Ek 1)

2.3.2. Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90R): Özellikle ‘görünüşte normal kişilerdeki belirti ya da yaşadığı olumsuz stres tepkisinin düzeyini saptamak amacıyla’ ‘psikiyatrik belirti tarama aracı’ olarak Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin 90 maddesinde ifade edilen belirtilerin her biri, birey tarafından son 15 gün içindeki durumu dikkate alınarak ‘hiç’, ‘çok az’, ‘orta derecede’, ‘oldukça fazla’ ve ‘ileri derecede’ Likert tipi şeklinde derecelendirilmekte ve sırasıyla 0-4 arasında puanlanmaktadır. Ölçek 10 farklı alt ölçekten oluşmaktadır. Somatizasyon (1), obsesif-kompulsif bozukluk (2), kişilerarası duyarlılık(3), depresyon(4), anksiyete(5), düşmanlık(6), fobik anksiyete(7), paranoid düşünce(8), psikotizm(9) ve ek maddeler (suçluluk, uyku ve yeme bozukluğu) (10). Ölçeğin alt ölçek puanları, ilgili maddelere verilen cevapların puan değerlerinin toplanarak o alt ölçeği oluşturan madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Her madde için yapılan 0-4 arası puanlama, 90 madde için toplandıktan sonra Genel Belirti Düzeyi (GSI) ortalaması elde edilir. Üniversite öğrencileri için ortalama 1.00 GSI puanı baz alınarak, 1.57 GSI puanı ‘hafif psikolojik belirti’, 2.14 GSI puanı ise ‘psikolojik belirti’ bireyleri tanımda alt kesim noktaları olarak kabul edilmiştir. (Ek 2)

2.3.3. Beck Depresyon Envanteri: Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. 21 maddeden oluşan test, depresif belirtilerin ölçümünü amaçlamakta ve 0-3 arasında puanlama yapılarak hesaplanmaktadır. En düşük puan 0, en yüksek puan 63’tür ve 17 puan sonrası depresyon olduğu yönünde değerlendirilmektedir. 0-9 arası normal düzey, 10-17 arası hafif düzey, 18-29 orta düzey ve 30-63 şiddetli depresyonun olduğunu ortaya koymaktadır. (Ek 3)

2.3.4. STAI Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri: Orijinal formu Spielberger ve Arkadaşları (1970) tarafından durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Öner ve Le Compte (1974-1977) tarafından yapılmıştır. Bir öz değerlendirme türü olan ölçek, toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçekten oluşmaktadır. Bu çalışmada envanterin 20 maddelik ‘Sürekli Kaygı Ölçeği’ veri analizi için kullanılmıştır. 4’lü Likert tipi olan ölçekte, 1, 6, 7, 10, 13, 16 ve 19 maddelere verilen cevaplar tersine puanlanır. Ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişebilir. Puanın büyük olması kaygı seviyesinin yüksek olduğuna, düşük puan kaygı seviyesinin düşük olduğuna işaret eder. Ölçeğin Kuder-Richardson (Alpha) güvenilirliği .83 ile .87 arasında, test-tekrar test güvenilirliği .71 ile .86 arasında ve madde (Item Remainder) güvenilirliği .34 ile .72 arasında değişmektedir. Ayrıca yapı ya da deneysel kavram geçerliği ve kriter geçerliği analizleri yapılmış ve tatmin edici sonuçlara ulaşılmıştır (Öner ve Le Compte 1985). (Ek 4)

2.3.5. Deruni Dini Motivasyon Ölçeği: Ölçek, Dean Hoge tarafından 1972 yılında geliştirilmiş olup dindarlığın deruni boyutunu ölçmektedir. Ölçek hem tek bir dini kapsamamakta hem de katılımcılar tarafından kolayca doldurulmaktadır. 10 maddeden oluşan ölçek, dini aktiviteleri, bunların sıklığını incelemekten çok dindarlığı derinlemesine incelemektedir. 3’ü ters madde olup, likert tipi ölçek olarak hazırlanmıştır. ‘Fikrime çok uygun; fikrime uygun; kararsızım; fikrime aykırı; fikrime çok aykırı’ şeklinde 5’li Likert tipi hazırlanmıştır ve 0’dan 4’e kadar puanlanmaktadır. Böylece ölçek ranjı 0-40 arasında konumlandırılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Karaca (2000) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik katsayısı .80 olarak saptanmıştır. Geçerlik için yapılan faktör analizinde de ölçeğin tek faktörden oluştuğu ve ölçek maddelerinin tamamının aynı yönde ayrıştığı görülmüştür. (Ek 5)

2.4. Veri Toplama Süreci

Psikotik bozukluğu çocuğa sahip ve çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerle, yüz yüze görüşme ve ölçek uygulandı.

Öncelikle çalışma hakkında bilgilendirme yüksek sesle yapılarak ve hasta yakınının soruları varsa alınarak araştırmayı daha iyi anlamaları sağlandı. Görüşme sırasında hasta yakınlarından alınan bilgiler aynen not edildi. Anketler katılımcılara

verildi, anlamadıkları yerde araştırmacı tarafında müdahale edildi. İlk nce SCL-90R belirti tarama amacıyla uygulandı. Yapılan ölçeğin sonucuna göre, herhangi bir psikopatolojisi olmayan ebeveynler araştırmaya dâhil edildi. Psikopatoloji sonucu anlamlı çıkan ebeveynler uzmana yönlendirildi. Daha sonra STAI Durumluk Kaygı leği uygulandı. Şuan ki kaygı durumuna bakıldı. Şuan ki kaygı durumu yüksek çıkan ebeveynlerle, bunun nedenleri üzerine görüşme yapıldı. GörüŐmeyi ve ölçek sonuçlarını etkileyeceği düşünülen durumlarda ebeveyn araştırma dışı bırakıldı. GörüŐmenin yapılması ve anketlerin doldurulması ortalama 1-2 saat sürdü. Katılımcıların kendilerini daha rahat ifade edebilmeleri ve soruların içtenlikle cevaplanabilmesi için süre kısıtlamasına gidilmedi. Araştırma sonunda BDE ve STAI Sürekli Kaygı leği'nden yüksek puan alanlara durumla alakalı bilgilendirme yapıldı ve uzman yardımı almaları konusunda yönlendirildi.

2.5. Verilerin Analizi

Veri toplama iŐleminin ardından, ölçeklerin puanlamaları yapılmıştır. Verilerin bilgisayar ortamına aktarılması için SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Demografik deęiŐkenleri betimlemek amacıyla yüzde ve frekanslarla betimleme kullanılmıştır. Cinsiyet gibi iki gruplu değişkenlerin depresyon/kaygı/dindarlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek amacıyla 'Bağımsız rneklemler İçin t Test' uygulanmıştır. ğrenim durumu gibi ikiden fazla grubu olan deęiŐkenle depresyon/kaygı/dindarlık düzeylerinin karşılaştırılması için 'Tek Yönlü Varyans Analizi' yapılmıştır. Bazı demografik değişkenler, depresyon, kaygı ve dindarlık arasındaki korelasyonel ilişkiyi anlamak için 'Pearson Momentler arpımı Korelasyonu' yapılmıştır. Dindarlığın depresyon ve kaygıyı yordama gücüne bakmak için de 'Basit Doğrusal Regresyon Analizi' yapıldı.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmada cevap aranan problemlere ilişkin elde edilen istatistiksel analizleri sonucunda ortaya çıkan bulgular yer almaktadır. Bulgular problemlerin sunulduğu sıra ile sunulmuştur.

Bulguların sunumunda öncelikle kullanılan ölçeklerin ortalaması, standart sapması ve frekans değerleri verilmiştir. Daha sonrasında değişkenler ile demografik ve diğer özellikler arasındaki ilişkisini ortaya koymak için Bağımsız Gruplar İçin t Test ve Tek Yönlü ANOVA analizleri yapılarak, tablolarla gösterilmiştir. Ayrıca değişkenlerin birbiriyle ve bazı demografik özelliklerle olan korelasyonel ilişkisi Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu yapılmış ve tabloda gösterilmiştir. Son olarak, depresyon ve kaygının dindarlık üzerinde yordayıcılığı Çoklu Regresyon Analizi ile ortaya konmuştur.

3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Bulgular

Tablo 3. SCL-90R, BDE, STAI Durumluk-Sürekli Kaygı, Deruni Dini Motivasyon Ölçeğinin N, Ortalama, SS ve Aralık Değerleri

<i>DAĞILIMI</i>	<i>N</i>	<i>Ortalama ± Standart Sapma</i>	<i>Aralık</i>
SCL-90R	100	0.38 ± 0.20	0.07 - 1.04
BECK DEPRESYON ENVANTERİ	100	17.3 ± 8.94	1 - 34
STAI DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ	100	39.64 ± 7.58	23 - 71
STAI SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ	100	46.61 ± 7.39	25 - 61
DERUNİ DİNİ MOTİVASYON ÖLÇEĞİ	100	19.78 ± 8.33	7 - 36

Bu çalışmaya katılan ebeveynlerin SCL-90R ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 0.38'dir (ss = 0.20). Alınan en düşük puan 0.07, en yüksek puan 1.04'tür. Ebeveynlerin Beck Depresyon Envanteri'nden aldıkları puan ortalaması

17.30'tur (ss = 8.94). Ortalama değere baktığımızda, grubun hafif düzey depresif belirtilere sahip olduğu görülmüştür. Alınan en düşük puan 1, en yüksek puan 34'tür. Ebeveynlerin STAI Durumluluk Kaygı Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 39.64'tür (ss = 7.58). Alınan en düşük puan 23, en yüksek puan 71'dir. Bu çalışmaya katılan ebeveynlerin STAI Sürekli Kaygı Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 46.61'dir (ss = 7.39). Ortalama değere baktığımızda, grubun orta düzey kaygıya sahip olduğu görülmüştür. Alınan en düşük puan 25, en yüksek puan 61'dir. Ebeveynlerin Deruni Dini Motivasyon Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 19.78'dir (ss = 8.33). Alınan en düşük puan 7, en yüksek puan 36'dır. Ortalama değere baktığımızda, grubun orta düzey dindarlığa sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 4. BDE Göre Depresif Belirti Dağılımı

	<i>Şiddet</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Beck Depresyon Envanteri	Hiç	31	31
	Hafif	19	19
	Orta	39	39
	Şiddetli	11	11
	Toplam	100	100

Depresyon düzeyini anlamak için yapılan Beck Depresyon Envanteri'nde 31 ebeveynde (%31) patolojik depresif duygu durumuna rastlanmamıştır. Bunun yanında 19 ebeveynde (%19) hafif düzey depresyona rastlanmıştır. Ebeveynlerden 39'unun (%39) orta düzey depresyonu olduğu görülmüştür. Ayrıca 11 ebeveynde (%11) şiddetli depresyon görülmüştür.

4.2. Depresyon ile Demografik ve Diğer Özelliklere Ait Bulgular

Tablo 5. Depresyon ile Demografik ve Diğer Özellikler Arasındaki İlişki (Bağımsız Gruplar İçin t Test)

<i>Değişken</i>	<i>N</i>	<i>Ortalama ± Standart Sapma</i>	<i>P</i>
EBEVEYN CİNSİYETİ			
Kadın	50	17.46 ± 8.66	.85
Erkek	50	17.12 ± 9.29	
HASTANIN CİNSİYETİ			
Kadın	55	18.38 ± 8.73	.18
Erkek	45	15.95 ± 9.10	
PSİKOTİK ÇOCUĞUN YAŞI			
18 – 30 yaş	64	18.34 ± 9.24	.117
31 – 45 yaş	36	15.41 ± 8.16	
EBEVEYNİN ÇALIŞMA HAYATI			
Çalışıyor	58	17.89 ± 9.63	.428
Çalışmıyor	42	16.45 ± 7.92	
HASTALIK SÜRESİ			
0 – 7	58	18.01 ± 8.95	.342
8 +	42	16.28 ± 8.93	
UYUM			
Evet	54	16.41 ± 8.67	.287
Hayır	46	18.32 ± 9.23	
SINIRLILIK			
Getiriyor	69	19.16 ± 8.32	.001**
Getirmiyor	31	13.13 ± 8.99	
BAKIM			
Evet	68	20.04 ± 8.13	.000***
Hayır	32	11.43 ± 7.76	
KENDİNİ SUÇLAMA			
Evet	45	22.11 ± 7.82	.000***
Hayır	55	13.34 ± 7.84	
EŞİ SUÇLAMA			
Evet	58	20.29 ± 7.69	.000***
Hayır	42	13.14 ± 8.96	
SOSYAL DESTEK			
Var	64	15.54 ± 7.84	.015*
Yok	36	20.39 ± 10	
İZOLASYON			
Evet	72	18.72 ± 8.91	.01*
Hayır	28	13.61 ± 8.02	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Psikotik çocukları olan ebeveynlerde, ebeveynin cinsiyeti ve depresyon arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını ortaya koymak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, kadınların depresyon ortalaması ($\bar{x} = 17.46$) ile erkeklerin depresyon ortalaması ($\bar{x} = 17.12$) arasında anlamlı bir fark görülmemiştir [$t_{(98)} = .850, p > .05$].

Psikotik bozukluğu olan çocuklara bakıldığında, hastanın cinsiyeti ve ebeveynin depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, kız çocuklarının ortalaması ($\bar{x} = 18.38$) ile erkek çocuklarının ortalaması ($\bar{x} = 15.95$) arasında da anlamlı bir fark görülmemiştir [$t_{(98)} = .178, p > .05$].

Psikotik bozukluğa sahip çocuğun yaşı ve ebeveynin depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, genç yetişkinin ortalaması ($\bar{x} = 18.34$) ile orta yetişkinin ortalaması ($\bar{x} = 15.41$) karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür [$t_{(98)} = .117, p > .05$].

Ebeveynin çalışma durumu ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, çalışanların ortalaması ($\bar{x} = 17.89$) ile çalışmayanların ortalaması ($\bar{x} = 16.45$) karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür [$t_{(98)} = .428, p > .05$].

Hastanın hastalık süresi ve ebeveynin depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, çocuklarında 1-7 sene arası hastalık tanısı olan ebeveynin depresyon ortalaması ($\bar{x}=18.01$) ile 8 sene ve üstü hastalık tanısı olan çocuğa sahip ebeveynin ortalaması ($\bar{x}=16.28$) arasında da anlamlı bir fark görülmemiştir [$t_{(98)} = .342, p > .05$].

Diğer ebeveynle yaşadığı çatışma ve ebeveynin depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, çatışma olması durumundaki ortalama ($\bar{x} = 16.41$) ile olmadığı durumdaki ortalama ($\bar{x} = 18.31$) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır [$t_{(98)} = .287, p > .05$].

Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip olanların aile yaşantılarına getirebilecekleri sınırlılık ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olup

olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, sınırlılık algısının varlığında ebeveynin depresyon ortalaması ($\bar{x} = 19.16$) ile sınırlılık algısının olmadığı durumun depresyon ortalaması ($\bar{x} = 13.13$) karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür [$t_{(98)} = .001, p < .01$].

Ebeveynin, psikotik bozukluğa sahip çocuğunun yanında olmadığı durumlarda (hastalanma, evden ayrılma, ölme vb.) kaygı durumu ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, kaygılandığı durumdaki ortalamayla ($\bar{x} = 20.04$), kaygılanmadığı durumdaki ortalama ($\bar{x} = 11.43$) karşılaştırılmış, sonucun anlamlı olduğu görülmüştür [$t_{(98)} = .000, p < .001$].

Bunun yanında ebeveynin kendini ve eşi suçladığı durumlar ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, kendini suçladığı durumun ortalaması ($\bar{x} = 22.11$) ile suçlamadığı durumun ortalaması ($\bar{x} = 13.34$) karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür [$t_{(98)} = .000, p < .01$]. Ayrıca eşini suçladığı durumun ortalaması ($\bar{x} = 20.29$) ile suçlamadığı durumun ortalaması ($\bar{x} = 13.14$) karşılaştırıldığında da anlamlı bir sonuç elde edilmiştir [$t_{(98)} = .000, p < .001$].

Psikotik bozukluğa sahip çocuğunun olması durumunda ebeveynin çevresinin kendisinden uzaklaştığı algı ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, sosyal izolasyonun olduğunu söyleyenlerin ortalaması ($\bar{x} = 18.72$) ile olmadığını söyleyenlerin ortalaması ($\bar{x} = 13.61$) karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür [$t_{(98)} = .01, p < .05$].

Tablo 6. Depresyon ile Sosyodemografik ve Diğer Özellikler Arasındaki İlişki (Tek Yönlü ANOVA)

	<i>Varyansın Kaynağı</i>	<i>Kareler Toplamı</i>	<i>sd</i>	<i>Kareler Ortalaması</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Ebeveynin Yaşı	Gruplararası	594.808	2	297.404	3.941	0.23
	Grupiçi	7319.782	97	75.462		
	Toplam	7914.59	99			
Öğrenim	Gruplararası	382.641	3	127.547	1.626	0.188
	Grupiçi	7531.949	96	78.458		
	Toplam	7914.590	99			
Gelir	Gruplararası	57.907	2	28.953	0.357	0.70
	Grupiçi	7856.683	97	80.997		
	Toplam	7914.590	99			
Çocuk Sayısı	Gruplararası	2206.413	2	1133.207	18.747	0.000***
	Grupiçi	5708.177	97	58.847		
	Toplam	7914.59	99			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Psikotik bozukluğa sahip 100 ebeveynlik bir örnekleme, ebeveynlerin yaşı ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkide fark olup olmadığını sınamak için, ebeveynlerin yaşlarına göre oluşturulan grupların depresyon puanlarının ortalamaları ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, orta yetişkinlerin ortalaması ($\bar{x} = 23.07$), ileri yetişkinlerin ortalaması ($\bar{x} = 16.91$) ve yaşlıların ortalaması ($\bar{x} = 15.30$) karşılaştırıldığında, en az ikisi arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir [$F_{(2-97)} = .023$, $p < .05$]. Test sonucunda hesaplanan etki büyüklüğü (0.075) bu farkın orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Yapılan Tukey çoklu Karşılaştırma testi sonucunda, anlamlı farkın, orta yetişkin ile ileri yetişkin ve yaşlı ebeveynler arasında olduğu görülmüştür.

Ebeveynin öğrenimi ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkide fark olup olmadığını sınamak için, ebeveynlerin öğrenimlerine göre oluşturulan grupların depresyon puanlarının ortalamaları ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, okuryazarın ortalaması ($\bar{x} = 15.72$), ilköğretim mezunlarının ortalaması ($\bar{x} = 15.07$), lise mezunlarının ortalaması ($\bar{x} = 19.73$) ve yükseköğretim mezunlarının ortalaması ($\bar{x} = 18.13$) karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir [$F_{(3-96)} = .188$, $p > .05$].

Ebeveynlerin gelir ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkide fark olup olmadığını sınamak için, ebeveynlerin gelirlerine göre oluşturulan grupların depresyon puanlarının ortalamaları ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, 0-999 TL geliri olanların ortalaması ($\bar{x} = 15.18$), geliri 1000- 1999 TL arasında geliri olanların ortalaması ($\bar{x} = 17.52$) ve 2000 TL ve üstü geliri olan ebeveynlerin ortalaması ($\bar{x} = 17.35$) karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark gözlenmemiştir [$F_{(2-97)} = .357, p > .05$].

Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin çocuk sayıları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkide fark olup olmadığını sınamak için, ebeveynlerin çocuk sayılarına göre oluşturulan grupların depresyon puanlarının ortalamaları ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, bir çocuğu olan ebeveynin ortalaması ($\bar{x} = 24$), iki çocuğu olan ebeveynin ortalaması ($\bar{x} = 20.53$) ve üç ve üstü çocuğu olan ebeveynin ortalamasına ($\bar{x} = 12.02$) bakıldığında, en az ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlılık gözlenmiştir [$F_{(2-97)} = .000, p < .05$]. Test sonucunda hesaplanan etki büyüklüğü (0.28) bu farkın geniş düzeyde olduğunu göstermektedir. Yapılan Tukey çoklu Karşılaştırma testi sonucunda, anlamlı farkın, üç ve üstü çocuğu olanlar ile bir ve iki çocuğu olanlar arasında olduğu görülmüştür.

4.3. Kaygı İle Demografik ve Diğer Özelliklere Ait Bulgular

Tablo 7. Sürekli Kaygı ve Sosyodemografik ve Diğer Özellikler Arasındaki İlişki (Bağımsız Gruplar İçin t Test)

<i>Değişken</i>	<i>N</i>	<i>Ortalama ± Standart Sapma</i>	<i>p</i>
EBEVEYNİN CİNSİYETİ			
Kadın	50	47.1 ± 7.12	.51
Erkek	50	46.12 ± 7.69	
HASTANIN CİNSİYETİ			
Kadın	55	48.03 ± 6.08	.032*
Erkek	45	44.86 ± 8.48	
PSİKOTİK ÇOCUĞUN YAŞI			
18 – 30	64	47.7 ± 7.48	.048*
31 – 45	36	44.66 ± 6.91	
ÇALIŞMA HAYATI			
Çalışıyor	58	47.41 ± 7.82	.20
Çalışmıyor	42	45.5 ± 6.69	
HASTALIK SÜRESİ			
0 – 7	58	47.36 ± 7.33	.23
8 +	42	45.57 ± 7.43	
UYUM			
Evet	54	45.98 ± 7.72	.36
Hayır	46	47.34 ± 7	
SINIRLILIK			
Getiriyor	69	47.62 ± 7.58	.40
Getirmiyor	31	44.35 ± 6.52	
BAKIM			
Evet	68	49.41 ± 5.43	.000***
Hayır	32	40.65 ± 7.55	
KENDİNİ SUÇLAMA			
Evet	45	49.26 ± 8	.001**
Hayır	55	44.43 ± 6.1	
EŞİ SUÇLAMA			
Evet	58	48.65 ± 6.8	.001**
Hayır	42	43.78 ± 7.32	
SOSYAL DESTEK			
Var	64	45.28 ± 6.5	.016*
Yok	36	48.97 ± 3.5	
İZOLASYON			
Evet	72	47.12 ± 7.68	.26
Hayır	28	45.28 ± 6.52	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Psikotik çocukları olan ebeveynlerde, ebeveyn cinsiyeti ve sürekli kaygı arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını ortaya koymak için yapılan bağımsız örneklem için t testinde, kadınların sürekli kaygı ortalaması ($\bar{x} = 47.1$) ile erkeklerin sürekli kaygı ortalaması ($\bar{x} = 46.12$) arasında anlamlı bir fark görülmemiştir [$t_{(98)} = .51, p > .05$].

Psikotik bozukluğu olan çocuklara bakıldığında, hastanın cinsiyeti ve ebeveynin sürekli kaygısı arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklem için t testinde, kız çocukları olanların ortalaması ($\bar{x} = 48.03$) ile erkek çocukları olanların ortalaması ($\bar{x} = 44.86$) arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür [$t_{(98)} = .032, p < .05$].

Psikotik bozukluğa sahip çocuğun yaşı ve ebeveynin sürekli kaygısı arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklem için t testinde, genç yetişkinin ortalaması ($\bar{x} = 47.70$) ile orta yetişkinin ortalaması ($\bar{x} = 44.66$) karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür [$t_{(98)} = .048, p < .05$].

Ebeveynin çalışma durumu ve sürekli kaygısı arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklem için t testinde, çalışanların ortalaması ($\bar{x} = 47.41$) ile çalışmayanların ortalaması ($\bar{x} = 45.5$) karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür [$t_{(98)} = .20, p < .05$].

Psikotik bozukluğu olan çocuğun hastalık süresi ve ebeveynin kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklem için t testinde, çocuklarında 1-7 sene arası hastalık tanısı olan ebeveynin kaygı ortalaması ($\bar{x} = 47.36$) ile 8 sene ve üstü hastalık tanısı olan çocuğa sahip ebeveynin ortalaması ($\bar{x} = 45.57$) arasında da anlamlı bir fark görülmemiştir [$t_{(98)} = .23, p > .05$].

Ebeveynin diğer ebeveynle yaşadığı çatışma ve sürekli kaygısı arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklem için t testinde, çatışma olması durumundaki ortalama ($\bar{x} = 45.98$) ile olmadığı durumdaki ortalama ($\bar{x} = 47.34$) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır [$t_{(98)} = .36, p > .05$].

Psikotik bozukluğa sahip çocuğu olan ebeveynlerin aile yaşantılarına getirebilecekleri sınırlılık ve sürekli kaygı arasındaki ilişki olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, sınırlılık algısının varlığı ortalaması ($\bar{x} = 47.62$) ile sınırlılık algısının olmadığı durumun ortalaması ($\bar{x} = 44.35$) karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür [$t_{(98)} = .040, p < .05$].

Ebeveynin, psikotik bozukluğa sahip çocuğunun yanında olmadığı durumlarda (hastalanma, evden ayrılma, ölme vb.) kaygı durumu ve sürekli kaygı arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, kaygılandığı durumdaki ortalama ($\bar{x} = 49.41$), kaygılanmadığı durumdaki ortalama ($\bar{x} = 40.65$) karşılaştırılmış, sonucun anlamlı olduğu görülmüştür [$t_{(98)} = .001, p < .01$].

Bunun yanında ebeveynin kendini ve eşi suçladığı durumlar ile sürekli kaygı arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, kendini suçladığı durumdaki ortalama ($\bar{x} = 49.26$) ile suçlamadığı durumdaki ortalama ($\bar{x} = 44.43$) karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür [$t_{(98)} = .001, p < .01$]. Ayrıca eşini suçladığı durumdaki ortalaması ($\bar{x} = 48.65$) ile suçlamadığı durumdaki ortalaması ($\bar{x} = 43.78$) karşılaştırıldığında da anlamlı bir sonuç elde edilmiştir [$t_{(98)} = .001, p < .01$].

Psikotik bozukluğa sahip çocuğunun olması durumunda ebeveynin çevresinin kendisinden uzaklaştığı algısı ve sürekli kaygı arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, sosyal izolasyonun olduğunu söyleyenlerin ortalaması ($\bar{x} = 47.12$) ile olmadığını söyleyenlerin ortalaması ($\bar{x} = 45.28$) karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür [$t_{(98)} = .26, p > .05$].

Tablo 8. Sürekli Kaygı ve Sosyodemografik ve Diğer Özellikler Arasındaki İlişki (Tek Yönlü ANOVA)

	<i>Varyansın Kaynağı</i>	<i>Kareler Toplamı</i>	<i>sd</i>	<i>Kareler Ortalaması</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Ebeveynin Yaşı	Gruplararası	330.495	2	165.247	3.155	.047*
	Grupiçi	5081.295	97	52.384		
	Toplam	5411.790	99			
Öğrenim	Gruplararası	269.02	3	89.67	1.674	.178
	Grupiçi	5142.77	96	53.57		
	Toplam	5411.79	99			
Gelir	Gruplararası	30.759	2	15.380	0.277	.75
	Grupiçi	5881.331	97	55.475		
	Toplam	5411.79	99			
Çocuk Sayısı	Gruplararası	817.91	2	408.95	8.635	.000***
	Grupiçi	4593.884	97	47.36		
	Toplam	5411.79	99			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Psikotik bozukluğa sahip 100 ebeveynlik bir örnekleme, ebeveynlerin yaşı ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkide fark olup olmadığını sınamak için, ebeveynlerin yaşlarına göre oluşturulan grupların kaygı puanlarının ortalamaları ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Ebeveynlerin yaşı ve sürekli kaygısı arasındaki ilişkiye bakıldığında, orta yaş yetişkinlerin ortalaması ($\bar{x} = 50.42$), ileri yaş yetişkinlerin ortalaması ($\bar{x} = 46.75$) ve yaşlıların ortalaması ($\bar{x} = 44.56$) karşılaştırıldığında, en az ikisi arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir [$F_{(2-97)} = .047, p < .05$]. Test sonucunda hesaplanan etki büyüklüğü (0.061) bu farkın orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Yapılan Tukey çoklu Karşılaştırma testi sonucunda, anlamlı farkın, orta yetişkin ve yaşlı ebeveynler arasında olduğu görülmüştür.

Ebeveynlerin öğrenimi ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkide fark olup olmadığını sınamak için, ebeveynlerin öğrenimine göre oluşturulan grupların kaygı puanlarının ortalamaları ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Ebeveynin öğrenimi ve sürekli kaygısı arasındaki ilişkiye bakıldığında, okuryazarın ortalaması ($\bar{x} = 45.55$), ilköğretim mezunlarının ortalaması ($\bar{x} = 44.51$), lise mezunlarının ortalaması ($\bar{x} = 47.93$) ve yükseköğretim mezunlarının ortalaması ($\bar{x} = 48.34$) karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir

[$F_{(3-96)} = 1.67, p > .05$].

Ebeveynlerin gelir düzeyi ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkide fark olup olmadığını sınamak için, ebeveynlerin gelir düzeyine göre oluşturulan grupların kaygı puanlarının ortalamaları ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan test sonucunda, 0-999 TL geliri olanların ortalaması ($\bar{x} = 47.09$), geliri 1000-1999 TL arasında olanların ortalaması ($\bar{x} = 46.02$) ve 2000 TL ve üstü geliri olan ebeveynlerin ortalaması ($\bar{x} = 47.14$) karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark gözlenmemiştir [$F_{(2-97)} = .277, p > .05$].

Ebeveynlerin çocuk sayıları ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkide fark olup olmadığını sınamak için, ebeveynlerin çocuk sayılarına göre oluşturulan grupların kaygı puanlarının ortalamaları ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Bir çocuğu olan ebeveynin ortalaması ($\bar{x} = 50.08$), iki çocuk sahibi ebeveynin ortalaması ($\bar{x} = 48.8$) ve üç ve üstü çocuk sahibi ebeveynin ortalaması ($\bar{x} = 43.34$) en az ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlı gözlenmiştir [$F_{(2-97)} = 8.635, p < .001$]. Test sonucunda hesaplanan etki büyüklüğü (0.15) bu farkın geniş etki düzeyinde olduğunu göstermektedir. Yapılan Tukey Çoklu Karşılaştırma testi sonucunda, anlamlı farkın, üç ve üstü çocuğu olanlar ile bir ve iki çocuğu olanlar arasında olduğu görülmüştür.

4.4. Dindarlık İle Demografik ve Diğer Özelliklere Ait Bulgular

Tablo 9. Dindarlık ve Sosyodemografik ve Diğer Özellikler Arasındaki İlişki (Bağımsız Gruplar İçin t Test)

<i>Değişken</i>	<i>N</i>	<i>Ortalama ± Standart Sapma</i>	<i>p</i>
EBEVEYN CİNSİYETİ			
Kadın	50	19.16 ± 8.5	.46
Erkek	50	20.4 ± 8.2	
HASTANIN CİNSİYETİ			
Kadın	55	18.52 ± 8.45	.09
Erkek	45	21.31 ± 8.01	
PSİKOTİK ÇOCUĞUN YAŞI			
18 - 30	64	17.81 ± 8.33	.001**
31 - 45	36	23.27 ± 7.2	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Psikotik çocukları olan ebeveynlerde, ebeveyn cinsiyeti ve dindarlık arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını ortaya koymak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, kadınların dindarlık ortalaması ($\bar{x} = 19.16$) ile erkeklerin dindarlık ortalaması ($\bar{x} = 20.4$) arasında anlamlı bir fark görülmemiştir

$$[t_{(98)} = .46, p > .05].$$

Psikotik bozukluğu olan çocuklara bakıldığında, psikotik çocuğun cinsiyeti ve ebeveynin dindarlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, kız çocuklarının ortalaması ($\bar{x} = 18.52$) ile erkek çocuklarının ortalaması ($\bar{x} = 21.31$) arasında da anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür $[t_{(98)} = .09, p > .05]$.

Psikotik bozukluğa sahip çocuğun yaşı ve dindarlık arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına bakmak için yapılan bağımsız örneklemeler için t testinde, genç yetişkinin ortalaması ($\bar{x} = 17.81$) ile orta yetişkinin ortalaması ($\bar{x} = 23.27$) karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür $[t_{(98)} = .001, p < .05]$.

Tablo 10. Dindarlık ve Sosyodemografik ve Diğer Özellikler Arasındaki İlişki (Tek Yönlü ANOVA)

	<i>Varyansın Kaynağı</i>	<i>Kareler Toplamı</i>	<i>sd</i>	<i>Kareler Ortalaması</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Ebeveynin Yaşı	Gruplararası	480.336	2	240.168	3.641	.030*
	Grupiçi	6398.824	97	65.967		
	Toplam	6879.16	99			
Öğrenim	Gruplararası	820.97	3	273.658	4.336	.007**
	Grupiçi	6058.186	96	63.106		
	Toplam	6879.16	99			
Çocuk Sayısı	Gruplararası	1822.69	2	911.350	17.483	.000***
	Grupiçi	5056.461	97	52.128		
	Toplam	6879.16	99			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Psikotik bozukluğa sahip 100 ebeveynlik bir örnekleme, ebeveynlerin yaşı ve dindarlık düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, ebeveynlerin yaşına göre oluşturulan grupların dindarlık puanlarının ortalamaları ilişkisiz örneklemeler için tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Orta yaş yetişkinlerin ortalaması ($\bar{x} = 16.42$), ileri yaş yetişkinlerin ortalaması ($\bar{x} = 18.96$) ve yaşlıların ortalaması

($\bar{x} = 22.86$) karşılaştırıldığında, en az ikisi arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir [$F_{(2-97)} = .030, p < .05$]. Test sonucunda hesaplanan etki büyüklüğü (0.069) bu farkın orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Yapılan Tukey çoklu Karşılaştırma testi sonucunda, anlamlı farkın, orta yetişkin ve yaşlı ebeveynler arasında olduğu görülmüştür.

Ebeveynlerin öğrenimi ve dindarlık düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, ebeveynlerin öğrenimlerine göre oluşturulan grupların dindarlık puanlarının ortalamaları ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Okuryazarın ortalaması ($\bar{x} = 21.38$), ilköğretim mezunlarının ortalaması ($\bar{x} = 23.55$), lise mezunlarının ortalaması ($\bar{x} = 17.06$) ve yüksekokul mezunlarının ortalaması ($\bar{x} = 17.3$) karşılaştırıldığında en az ikisi arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir [$F_{(3-96)} = 4.336, p < .05$]. Test sonucunda hesaplanan etki büyüklüğü (0.11) bu farkın orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda, anlamlı farkın ilköğretim, lise ve yüksekokuldan öğrenimini tamamlamış kişiler arasında olduğu görülmüştür.

Ebeveynlerin çocuk sayıları ve dindarlık düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, ebeveynlerin çocuk sayılarına göre oluşturulan grupların dindarlık puanlarının ortalamaları ilişkisiz örneklem için tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Bir çocuğu olan ebeveynin ortalaması ($\bar{x} = 13.08$), iki çocuk sahibi ebeveynin ortalaması ($\bar{x} = 17.06$) ve üç ve üstü çocuk sahibi ebeveynin ortalaması ($\bar{x} = 24.48$) en az ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlı gözlenmiştir [$F_{(2-97)} = 17.483, p < .05$]. Test sonucunda hesaplanan etki büyüklüğü (0.26) bu farkın geniş etki düzeyinde olduğunu göstermektedir. Yapılan Tukey Çoklu Karşılaştırma testi sonucunda, anlamlı farkın, üç ve üstü çocuğu olanlar ile bir ve iki çocuğu olanlar arasında olduğu görülmüştür.

4.5. Değişkenlerin Bazı Demografik Özelliklerle Korelasyonel İlişkisi

Tablo 11. Ebeveyn ve Hastaya İlişkin Bazı Özelliklerin Depresyon, Kaygı ve Dindarlıkla Korelasyonel İlişkisi

		<i>Depresyon</i>	<i>Kaygı</i>	<i>Dindarlık</i>
Yaş	r	-.169	-.180*	.273**
	p	.093	.044	.006
Çocuk Sayısı	r	-.481***	-.327**	.527***
	p	.000	.001	.000
Hastanın Yaşı	r	-.149	-.190	.334**
	p	.138	.048	.001
Hastalık Süresi	r	-.159	-.180	.273**
	p	.093	.074	.006

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerde, ebeveynin yaşı ve depresyon düzeyleri arasında bir ilişkinin olup olmadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon işlemi, ebeveynin yaşı ve depresyon düzeyleri arasında, anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığını göstermektedir ($r = -.169$, $p > .05$).

Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin çocuk sayısı ve depresyon düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon işlemi, çocuk sayısı ve depresyon arasında, negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğunu göstermektedir ($r = -.481$, $p < .001$).

Psikotik bozukluğu olan çocuğun yaşı ve ebeveynin depresyon düzeyi arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon işleminde, çocuğun yaşı ve depresyon arasında, anlamlı düzeyde bir ilişkinin olmadığı görülmektedir ($r = -.149$, $p < .05$).

Psikotik bozukluğu olan çocuğun hastalık süresi ve ebeveynin depresyon düzeyi arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon işleminde, çocuğun hastalık süresi ve depresyon arasında, anlamlı düzeyde bir ilişkinin olmadığı görülmektedir ($r = -.159$, $p > .05$).

Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynin yaşı ve sürekli kaygı düzeyi arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon işleminde, yaş ve sürekli kaygı arasında, negatif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğu görülmektedir ($r = -.180$, $p < .05$).

Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin çocuk sayısı ve sürekli kaygı düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon işlemi, çocuk sayısı ve sürekli kaygı arasında, negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğunu göstermektedir ($r = -.327, p < .01$).

Psikotik bozukluğu olan çocuğun yaşı ve sürekli kaygı düzeyi arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon işleminde, çocuğun yaşı ve sürekli kaygı arasında, anlamlı düzeyde bir ilişkinin olmadığı görülmektedir ($r = -.190, p > 0.05$).

Psikotik bozukluğu olan çocuğun hastalık süresi ve sürekli kaygı düzeyi arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon işleminde, çocuğun yaşı ve sürekli kaygı arasında, anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğu görülmektedir ($r = -.149, p > .05$).

Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynin yaşı ve dindarlık düzeyi arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon işlemi, ebeveynin yaşı ve sürekli kaygı arasında, pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğunu göstermektedir ($r = .273, p < .01$).

Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynin çocuk sayısı ve dindarlık düzeyi arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon işlemi, çocuk sayısı ve dindarlık arasında, pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğunu göstermektedir ($r = .524, p < .001$).

Psikotik bozukluğu olan çocuğun yaşı ve dindarlık düzeyi arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon işlemi, çocuk sayısı ve dindarlık arasında, pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğunu göstermektedir ($r = .334, p < .01$).

Psikotik bozukluğu olan çocuğun hastalık süresi ve dindarlık düzeyi arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon işlemi, hastalık süresi ve dindarlık arasında, pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğunu göstermektedir ($r = .294, p < .01$).

4.6. Değişkenlerin Birbiriyle Korelasyonel İlişkisi

Tablo 12. Depresyon, Kaygı ve Dindarlığın Birbiriyle Korelasyonel İlişkisi

		<i>Depresyon</i>	<i>Kaygı</i>	<i>Dindarlık</i>
Depresyon	r	1	.700***	-.770***
	p		.000	.000
Kaygı	r	.700***	1	-.592***
	p	.000		.000
Dindarlık	r	-.770***	-.592***	1
	p	.000	.000	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon ve sürekli kaygı düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon işlemi, depresyon ve sürekli kaygı arasında, pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğunu göstermektedir ($r = .700$, $p < .001$).

Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon ve dindarlık düzeyleri arasında bir ilişkinin olup olmadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon işlemi, depresyon ve dindarlık arasında, negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğunu göstermektedir ($r = -.770$, $p < .001$).

Ebeveynlerin sürekli kaygı ve dindarlık düzeyleri arasında bir ilişkinin olup olmadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal korelasyon işlemi, sürekli kaygı ve dindarlık arasında, negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğunu göstermektedir ($r = -.592$, $p < .001$).

4.7. Dindarlığın Depresyon ve Kaygı Üzerindeki Etkisi

Tablo 13. Dindarlığın Depresyonu Yordaması (Basit Regresyon Analizi)

<i>Değişken</i>	<i>B</i>	<i>Standart Hata</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Sabit	33.618	1.484	-	22.655	.000
Depresyon	-.825	.069	-.770	-11.931	.000

Dindarlığın, depresyonu ne şekilde yordadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda dindarlık ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($R = .770$, $R^2 = .592$). Dindarlığın depresyon üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu gözlenmiştir ($F_{(1-98)} = 142,357$, $p < .001$). Dindarlık,

depresyondaki değişimin %58'ini açıklamaktadır. Regresyon denklemi esas yordayıcı değişkenin katsayısının ($B = -.825$) anlamlılık testi de, dindarlığın anlamlı bir yordayıcı olduğunu göstermektedir ($p < .001$).

$$\text{Depresyon} = (0.825 \times \text{Dindarlık}) + 33.618$$

Tablo 14. Dindarlığın Sürekli Kaygıyı Yordaması (Basit Regresyon Analizi)

<i>Değişken</i>	<i>B</i>	<i>Standart Hata</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Sabit	56.992	1.549	-	36.789	.000
Sürekli Kaygı	-.525	.072	-.592	-7.267	.000

Dindarlığın, sürekli kaygıyı ne şekilde yordadığını ortaya koymak için yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda dindarlık ile sürekli kaygı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($R = .592$, $R^2 = .350$). Dindarlığın sürekli kaygı üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu gözlenmiştir

($F_{(1-98)} = 52.808$, $p < .001$). Dindarlık, sürekli kaygıdaki değişimin %34'ünü açıklamaktadır. Regresyon denklemi esas yordayıcı değişkenin katsayısının ($B = -.525$) anlamlılık testi de, dindarlığın anlamlı bir yordayıcı olduğunu göstermektedir ($p < .001$).

$$\text{Sürekli Kaygı} = (0.525 \times \text{Dindarlık}) + 56.992$$

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynin demografik özellikleri, depresyon, kaygı ve dindarlık ilişkileri arasındaki bulguların tartışma ve yorumuna yer verilmiştir.

4.1. Psikotik Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Ebeveynin Sosyo-demografik Özellikleri İle Depresyon, Kaygı ve Dindarlık Düzeyleri Arasındaki İlişki

Ebeveynin cinsiyetinin, psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon ve kaygı düzeyleri üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Bu bulgu, literatürdeki bazı bulgularla uyumsuzluk göstermektedir. Bu araştırmalar, zihinsel engelli çocukların aileleriyle yapılmış olup, psikotik çocukları olan ebeveynleriyle yapılan araştırmaları yansıtmamaktadır. Yapılan birçok araştırmada, annelerin babalara göre daha çok depresyon ve kaygı yaşadıklarını ortaya koymuştur. Sorumluluğun büyük bir kısmı annenin üzerindeymiş gibi görünebilir. Çocuğun bakım sorumluluğu annenin üzerinde olabilir, bireysel ve sosyal yaşantısı kısıtlanabilir. Ancak baba sorumluluğun farklı bir boyutunu üstlenmektedir. Annenin çalışması durumunda bile, toplumsal kültüre göre evin geçimini üstlenen baba, durumsal ve geleceğe yönelik maddi yükümlülüklerin artmasıyla zorlanmaktadır. Psikotik bozukluk nedeniyle sürekli hastaneye yatışlar, düzenli ilaç kullanımının gerekliliği, düzenli doktor kontrolleri aileye ek olarak maddi yükümlülükler bindirmektedir. Yapılan kişisel gözlem ve görüşmelerde, çoğunlukla anneler çocuğun bakımı nedeniyle sıkıntı yaşadığını belirtirken, babalar maddi sıkıntılardan bahsetmektedir. Anne ve babanın yaşam şekillerinin üstlendikleri rollere göre şekillendiği için de sonucun anlamlı bir şekilde karşımıza çıkmadığı düşünülmektedir. Çocuğunda psikopatolojik bir rahatsızlıkla karşılaşan ebeveyn çökkünlük yaşamaktadır. Ebeveynlerin rolleri farklılaşma göstermekte, iki cinsiyetinde farklı nedenlerden kaynaklı yüklenme yaşamasına neden olmaktadır.

Psikotik bozukluğa sahip çocuk, normal bir çocuğun getirdiğinden daha çok maddi ve manevi yüke sebep olmaktadır.

Çocuğun cinsiyeti değişkeni ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılmasına karşın, kız çocuklarının psikotik bozukluk sahibi olması ebeveynlerde daha yüksek depresyona sebep olduğu görülmüştür. Akkök (1989) ve Duman'ın (1995) yaptıkları araştırmada çocuğun cinsiyetinin ebeveynin duygu durumu üzerinde rolü olmadığı ortaya konmuştur. Bunun yanında yaptığımız araştırmada çocuğun cinsiyetinin kaygı düzeyi üzerinde anlamlı etkisinin olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin kız çocuklarına, erkek çocuklarından daha çok kaygılandıkları görülmektedir. Bu bulgu, yapılan araştırmalarla aynı sonucu göstermemektedir. Yapılan bazı araştırmalarda, zihinsel engelli çocuğun cinsiyetinin erkek olmasının, ebeveynin ruh sağlığı ile olumsuz ilişki içinde olabileceğini gösteren bulgulara rastlanmıştır. Özellikle bazı engel grubuyla yapılan çalışmalarda engelli çocuğun erkek olması durumunun ebeveynin kaygısını artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Olsen ve ark.,1983; Frey ve ark., 1989). 1970'lerin ortalarında birçok ülkeyi içine alan çalışmada ebeveynlerin çocuk sahibi olmasına yönelik atfettikleri değerler incelenmiştir. Ülkemizdeki sonuç ise, araştırmaya katılanların %77'sinin çocuğunu yaşlılık güvencesi olarak gördüğüdür. Çocuğunun yaşlılık ve ekonomik rahatlık güvencesi olarak gören ebeveynde, özellikle ataerkil toplumlarda evlat tercihini erkek çocuktan yana yapmaktadır (Kağıtçıbaşı, 1998). Kültürümüzde erkek çocuk neslin devamı, baba ocağının bekçisi, yaşlılıkta zor geçecek günlerin garantisi olarak görülmektedir. Ancak bu durum, yaptığımız araştırmada aynı sonucu vermemektedir. Erkek çocuk neslin devamlılığı gibi görünse de, kız çocuklarıyla alakalı gelecek kaygısı yoğun yaşanmaktadır. Ebeveynlerle yapılan görüşmelerde, ebeveynin kendisi hayattayken veya olmadığında özellikle kız çocuğuna gelecek cinsel bir saldırı, kızının zarar görmesi, istenmeyen hamilelik, çocuk doğurma anlamına gelecektir ki bu durum ebeveyni çok kaygılandırır. Ülkemizde kız çocuklarının yetiştirilmesi erkek çocuklarına nazaran daha tutucu olmaktadır. Sağlıklı kız çocuklarının yetiştirilmesi bile ebeveynlerde kaygı uyandırırken, psikotik bozukluğu olan çocuklar korunmasız olarak değerlendiren ebeveynler için bu durum daha yüksek kaygı uyandırabilir. Beşikçi'nin (2000) yaptığı bir araştırma, engelli kız çocuğuna sahip annelerin, engelli erkek çocuğuna sahip annelere göre daha çok kaygılandıklarını ortaya koymuştur.

Ebeveynin yaşı, depresyon üzerinde anlamlı bir sonuçla karşımıza çıkmazken, kaygı ile anlamlı bir ilişki kurmaktadır. Araştırmada elde edilen diğer sonuçta, ebeveynin yaşı ve kaygının negatif yönde bir ilişki örüntüsü çizdiği görülmüştür. Özellikle orta yaş yetişkin ve yaşlı arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Araştırmamızın bu bulgusu, bazı araştırma sonuçlarıyla uyumlu çıkmıştır (Beckman,1983; Rimmerman ve Duvdevary, 1995; Flynt ve Wood, 1989; Dereli ve Okur, 2008; Tsai ve Wang, 2009). Bu araştırmaların sonucunda, genç annelerin çocuklarında karşılaştıkları patolojiler nedeniyle, duruma uyum sürecinde baş etme kaynaklarını yeterince kullanmadıkları görülmüştür. Bunun yanında yaşlı annelerin olgunluk ve deneyim gibi özelliklerinin kaygı düzeyleri üzerinde olumlu etkiye neden olabileceği belirtilmiştir. Fırat ve arkadaşları (2002) tarafında yapılan bir araştırmada engelli çocuğun annesinin, yaşı küçük olana göre büyük olanın daha düşük düzeyde depresyon ve kaygı yaşadığını ortaya koymuş ve araştırmamızla aynı bulguları elde etmiştir. Ancak Coşkun ve Akkaş'ın (2009) yaptığı çalışmada yaş ilerledikçe sürekli kaygının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Psikotik bozukluğu olan çocuğun yaşının ebeveynin depresyon düzeyi üzerinde anlamlı bir sonucu olmadığı görülmüştür. Psikotik bozukluğa sahip çocuğun yaşının ve ebeveynin depresyon düzeyinin, araştırmamız sonucunda istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamasına karşın bazı araştırmalar farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Araştırmalara göre, psikotik bozukluğa sahip çocuğun yaşı büyüdükçe, geçecek diye beklenen belirtilerin devam etmesi ile depresif belirtiler tekrarlanarak yaşanmaktadır. Ölümüne yaklaşan ebeveynle, yetişkin olarak hayatına devam eden çocuklarına veremediklerini düşündükleri kültürel aktarım, yıllarca süren uğraşı ve emek, zaman geçtikçe ebeveyne daha acı şekilde yüzleştirme yapar. Zaman geçtikçe değiştirilemeyen ve süreklilik gösteren bir psikopatoloji olduğu ebeveynlerce anlaşılır.

Bunun yanında psikotik bozukluğa sahip çocuğun yaşı ve ebeveynin kaygısı arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocuğun genç yaşında olması, ebeveynin de daha erken yaşlarda olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Araştırmamızdaki bu iki bulgu birbiriyle örtüşen sonuçlar içermektedir. Ebeveynlerin çocuklarıyla geçirdikleri süre arttıkça, çocuklarının sorunlarını daha iyi anlayabilme ve var olan belirsizliği kontrol altına alabilme becerinin arttığı düşünülebilir.

Psikotik bozukluğa sahip çocuğun hastalık süresinin, ebeveynin depresyonu ve kaygısı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. Sugihana (2004) tarafında yapılan araştırmada da engelli hastanın bakım süresiyle ebeveynin depresyonu arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur, bu bulgu araştırmamızla benzerlik göstermemektedir.

Psikotik bozukluğa sahip çocuğu olan ebeveynin çocuk sayısının, depresyon ve kaygı düzeyi üzerinde negatif yönde ve anlamlı bir etkisi vardır. Yapılan kişisel gözlemler neticesinde ebeveynlerin kaygılandıkları durumların neslin devamı, kendilerini güvende hissetme, çocukları konusunda gelecek kaygısı, psikotik bozukluğa sahip çocuğun bakım sıkıntısı gibi durumların olduğu görülmüştür. Ebeveyn çok çocuğun olmasıyla bu yükün üstesinden bir nebze de olsa gelebileceğini düşünebilir. Neslin devamlılığını sağlayacak, bakım yükünü hafifletecek bir çocuğun daha olması ebeveynin umutlarını, yalnızım hissini hafifletmektedir. Chen (2000), zihinsel engelli çocukları olan ailelerin %61'inin gelecekte çocuklarına kardeşlerinin bakmasını planladıklarını belirtmiştir. Ancak Fırat'ın (2000) yaptığı çalışmada, çocuk sayısının ikiden fazla olmasının maddi ve manevi daha fazla yüke sebep olacağı düşüncesiyle ebeveyndeki kaygıyı yükselttiği sonucuna ulaşılmıştır.

Bunun yanında ebeveynin çalışma hayatının da depresyon ve kaygı düzeyi üzerinde anlamlı bir sonucu olmadığı ortaya konmuştur. Ancak anlamlı olmamasına rağmen sonuçlar, çalışan kişilerin depresyon ve kaygı ortalamalarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Hem psikotik bir çocuğa sahip olmanın hem de çalışma hayatının getirmiş olduğu yük hissi bu şekilde bir sonuçla karşılaşmamıza neden olmuş olabilir. Bebko, Konstantaneos ve Spiringer (1987), engelli çocukların anneleriyle yaptıkları çalışmada, çalışan ve çalışmayan annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin farklılaşmadığını ortaya koymuştur. Ancak Türkoğlu'nun (2001) yaptığı çalışmada, engelli çocukların çalışan annelerinin çalışmayan annelere göre daha az kaygı yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynin eğitim düzeyinin ve aylık gelirinin depresyon ve kaygı üzerinde anlamlı bir sonucu elde edilememiştir. Aynı şekilde, Rimmerman ve Duvdevary (1995) yaptıkları çalışmada, ekonomik düzeyin zihinsel engelli çocukları olan ebeveynlerin kaygı ve stresini etkilemediği yönünde

bir bulgu vardır. Psikotik bozukluğa sahip bir çocuk, ebeveyn tarafından düzeltilemeyen ve değiştirilemeyen olarak görülmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın, kısmen eğitim düzeyi arttıkça depresyon ve kaygı düzeyinin arttığı, aylık gelir düştükçe depresyon ve kaygı düzeyinin yükseldiği dikkat çekmiştir. Bu durumun eğitim düzeyi arttıkça kronik olan bu rahatsızlık hakkında bilincin artması, aylık gelir düştükçe ekonomik olarak yıpratıcı bu durumun ebeveynleri daha çok sıkıntıya sokmuş olabileceği söylenebilir. Ebeveynlerin eğitimi arttıkça gelecek hakkında planlar daha gerçekçi olmakta, kronik olarak ilerleyen hastalığın değişmeyeceği gerçeğiyle karşı karşıya kalınmaktadır. Ebeveynlerin bu durumla baş etmelerini sağlayacak en önemli faktörlerden birinin eğitim olmasına karşın, çalışmamızda bununla alakalı herhangi bir anlamlı sonuç elde edilememiştir. Bahar ve arkadaşları (2005), eğitim düzeyindeki yükselme ile bilgi, beceri ve motivasyon oluşmasının, bu gibi durumlarda çocukların anlaşılması ve o yönleriyle kabul edilmesinin kolaylaşacağını bildirmiştir.

Ebeveynin diğer ebeveynle çatışması da depresyon ve kaygı düzeylerinde yüksek bulunmuş, ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bahar ve arkadaşları (2009) yaptığı çalışmada engelli bir çocuğa sahip olmanın aile içindeki çatışmaları arttırdığını, bunun da depresyon puanlarını yüksek kıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Toros'da (2002) çatışmaların arttığında depresyon ve kaygının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Aynı zamanda, psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynin çocuk sayısı ile depresyon arasında anlamlı düzeydeki ilişki, çocuğunun yanında olmadığı durumlardaki (hastalanma, evden ayrılma, ölme vb.) kaygısı ile depresyon düzeyi arasında anlamlı çıkan sonuçla ilişkilendirilebilir. Ebeveyne göre çocuk yaş ilerledikçe aileye daha bağımlı olmakta, her ataktan sonra biraz daha gerilemektedir. Çocuk, ilerleyen zamanlarda daha çok kendisini yönetemeyecek duruma gelecek, aile yaşantısına daha çok sorumluluk getirecektir. Özellikle çocuğun ebeveynin ölümünden sonra ne olacağıyla alakalı gelecek kaygısı, toplumumuzda psikotik bozukluğa sahip çocukların evlenmesiyle alakalı anlayışın oluşmasına da sebep olduğunu düşündürmüştür. Böylece ebeveyn, hem ölümünden sonra çocuğunu teslim edebileceği bir eş hem de kendinden gelen çocuk ile hasta yaşlandığında ona bakacak bir çocuğu olacak düşüncesine hâkimdir. Yapılan görüşmelerde 'benden sonra kim

bakacak benim gibi, anası gibi olmaz ama bir karısı olaydı gözüm açık gitmezdi’, ‘ölüp gidersem ne olacak bu kıza, korkuyorum, rüyalarım giriyor, kendi gibi kız çocuğu olsaydı hasta çocuğuma sahip çıkardı’ gibi söylemlerle sıkça karşılaşmaktadır. Ancak psikotik bozukluk nedeniyle hastalığın atak dönemlerinde kendi sorumluluğunu taşımakta zorlanan hastanın evliliğin sorumluluğu taşıması beklenemez bir yük olacaktır.

Psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynin, çocuğunun hayatına sınırlılık getirmesi ile depresyon anlamlı bir fark oluştururken, kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgunun sosyal izolasyonla da bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Ebeveynlerin sosyal izolasyonu depresyon üzerinde anlamlı bir sonuca neden olurken, kaygı üzerinde anlamlı olmadığı görülmektedir. Çevre tarafından ruhsal rahatsızlığı olan bireylere karşı gözlenen en yüksek algı tehlikeli olduklarına dair inançtır. Bu tür rahatsızlığı olan bireyler tehlikeli, şiddet eğilimli ve öngörülemez davranışları olan bireyler olarak algılanır. Bununla beraber bu tür rahatsızlıkları olan bireylere ve ailelerine karşı çevrenin uzaklaşması kaçınılmaz olur. Toplumdaki psikopatolojik hastalığı olan kişiler hakkındaki bilgilendirmelerin artmasına karşın, psikotik bozukluğu olan çocuklar ve ebeveynler için devam eden tavırlar gözlemlenmiştir. Hastanın pozitif ve negatif belirtiler göstermesi çevre tarafından dikkat çeker. Bu belirtiler çocuğun kişisel özelliklerine atıf yapılarak açıklanır ve çevre, çocuk ve aileden uzaklaşır. Kearney ve Griffin (2001) tarafından yapılan araştırmada engelli çocukları olan ailelerin sosyal izolasyon yaşadığını ortaya koymuştur. Sosyal izolasyonun önemli nedenlerinden biri de sosyal etiketleme (stigma) olarak görülmektedir (Emerson, 2003). Engelli çocukların ebeveynleri üzerinde yapılan araştırmalarda damgalanma, engelli çocuğun yaşının artmasıyla daha çok gözle görünür bir hal aldığı ortaya konmuştur (Uğuz ve ark., 2004; Kearney ve Griffin, 2001). Engelli çocuktan dolayı çevresinin kendinden uzaklaştığını düşünen ebeveynin, daha çok kendisini suçlama eğilimi gösterdiği yapılan bir araştırmada görülmüştür (Özşenol ve ark., 2003).

Ebeveynin kendini ve eşi suçlaması depresyon ve kaygı düzeyi üzerinde anlamlı bir sonuç ortaya koymaktadır. Bu bulgu, bazı araştırmalarla aynı sonucu vermektedir. Doğan’ın (2001) yaptığı bir çalışmada, eşler engelli çocukları nedeniyle

birbirini suçladığı ve bu nedenle birbirlerine karşı eş olma rollerini yitirdiği sonucuna ulaşmıştır. Özellikle çocuk, ebeveynin kişisel başarısı/başarısızlığı olarak görülür. Sağlıklı olmayan bir çocuk, başarısız bir çocuk olduğu için, ebeveynler kendilerini ve çevrelerini suçlayabilmektedir. Bu da doğrudan ebeveynleri etkilemekte, onları kaygı ve depresif duygu durumla karşı karşıya bırakabilmektedir (Metin, 1992; Eripek, 1996). Suçluluk ve pişmanlık yaşayan aileler, geçmişteki bazı olaylardan dolayı cezalandırıldığını düşünebilir. Gebelikte yaşantısına dikkat etmediği, çocuğuna yeterli ilgi ve anlayışı gösteremediği, bu rahatsızlığı daha erken fark edip engel olamadığı düşünceleri ebeveynleri yoğun suçluluğa yöneltebilir. Yapılan bireysel görüşmelerde, bu sebepten ötürü ebeveynlerde rollerin kaybı, şiddetli geçimsizlik, alkol bağımlılığı, hatta intihar sıklıkla gözlemlenmiştir. Bu travmatik olayın kişinin başına neden geldiğiyle alakalı soru sürekli sorgulanmaktadır. Ebeveyn yaşadığı durumu nedensel bir temele oturttuğu zaman rahatlayacağını düşünmektedir. Bundan kaynaklı kendinin ve eşinin soyağacını çıkarma, yoğun bilgi edinme, birçok farklı doktora gitme vb. arayışlara girebilmektedir. Yaşanılan psikopatoloji karşısında hayal kırıklığına uğrayan, istekleri engellenen ve benlikleri olumsuz yönde etkilenen ebeveynler, çoğunlukla çevresindeki kişileri suçlayarak bu durumdan kendilerini kurtarmaya çalışır. Böylece aile fertleri ve toplum içerisinde kendinde var olduğunu düşündüğü eksikliklerin kapanacağına inanır (Varol, 2006). Aynı zamanda yaptığı nedensel araştırma ile kendine ve çevresine kendini aklama yoluna gitmektedir. Yapılan görüşme sonuçlarına göre, eşine yaptığı suçlama, sorumluluklarını azaltmak için bir yöntem olabileceği düşünülmüştür. Sağlıksız ilişki devamlılığını sürdürmeye çalışan ailelerde de suçlayıcılık ve yargılayıcılık en belirgin özellik olarak ortaya çıkmaktadır. Sarı ve arkadaşları (2006), eşlerin birbirlerine yeterince zaman ayırmadıklarını ve birbirlerini suçlama eğilimlerinin olduğunu belirtmiştir. Yapılan diğer araştırmalarda da, ebeveynlerin engelli bir çocuğu sahip olmasından kaynaklı suçluluk ve öfke yaşadığı ortaya konmuştur (Uğuz ve ark., 2004; Yıldırım ve Conk, 2005). Psikanalitik kuramın temsilcilerinden Freud ve Abraham'a göre, bu tür psikotik çocuklara sahip olmak narsistik yaralanmaya eşdeğer sayılabilmektedir. Abraham, bu durumu, kaybedilen nesneye karşı yaşanan öfkenin kendine çevrilmesi ve anal sadistik döneme gerileme olarak görmektedir. Freud'a göre ise, kaybedilen objeye olan sadizm, depresyonlarda içselleştirilmiş olan sevgi objesine çevrilir

(Geçtan, 2003). Bu durum, kişinin kendisini ve çevresini suçlama eğilimini artırdığını düşündürmektedir. Horney'e göre ise depresyonun temel nedeni ebeveyn-çocuk ilişkisidir. Bireyin arkadaşına, eşe, sevgi ve onaylanmaya, bağımsızlığa, takdir edilmeye, mükemmelliğe ve güce ihtiyacı vardır. Psikotik bir çocuğa sahip ebeveyn, çocuğun kendinden dolayı toplum tarafından onay görmediğini, sevilmediğini, takdir edilmediğini düşünebilir ve kendini suçlayabilir. Kendi çocuğunu artık hayatının sonuna kadar kendine bağımlı olarak hisseder. Örneğin artık kimse bu hastalıktan dolayı onunla evlenmek dahi istemez. Ebeveynin doğuştan getirdiği bu içgüdüsel istekler karşılanmazsa depresyona girer (Schultz ve Schultz, 2001; Alper, 1999).

Psikotik bozukluğa sahip çocukları olan ebeveynlerin çevreden aldıklarını söyledikleri sosyal destek ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir sonuç elde edilmiştir. Ancak desteği aldıkları diğer ebeveyn, akraba ve arkadaş ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir sonuca ulaşamamıştır. Yapılan bazı araştırmalar, sosyal destek aldığını ifade eden ebeveynlerin almayanlara göre ruhsal durumlarının daha iyi olduğunu göstermiş ve araştırmamızla aynı bulgulara ulaşmıştır (Coşkun ve Akkaş, 2009; Tsai ve Wang, 2009; Uyaroğlu ve Bodu, 2009). Psikopatolojik hastalığı olan çocuklara sahip ebeveynlerde önem taşıyan sosyal destek, ebeveynin içinde olduğu durum ile ilgili duygularının paylaşımına aracılık eder. Sosyal rollerin yerine getirilmesini, sürdürülmesini ve yeni rollerin uyumunu kolaylaştırır. Ailelerin gelişimini sağlar, ebeveynlerin yetkinliklerini artırır, böylece tükenmişliği azaltır. Girgin ve Baysal (2005), sosyal destek ile ebeveynlerin yalnız olmadıklarını düşündükleri ve bu durumla başa çıkabilecekleri algısı içerisinde olduklarını saptamıştır. Ayrıca Raina ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan bir araştırmada, engelli çocuğu olan ailelere desteğin genellikle aile ve arkadaşlar tarafından informal olarak verildiği görülmüştür.

Ebeveynin cinsiyeti, hastanın cinsiyeti ve dindarlık arasındaki ilişki anlamlı değil. Manevi anlamda iç rahatlamayı herhangi bir cinsiyet farkı gözetmeden ortaya konduğu düşünülmektedir. Sonuçta yükleme kuramına göre anlamlandırma, kontrol altına alma ve değişmez durumlara atıf yapma iki cinsiyet içinde gerekli olmaktadır. (depresyon ve kaygıda da anlamlılık yok) değişken açısından değil baş etme açısından düşünülmüştür.

Ebeveynin yaşı, çocuğun yaşı ve dindarlık arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Özellikle orta yaş yetişkin ve yaşlıların dindarlık durumunda anlamlı bir farklılık görülmüştür. Yapılan araştırmalarda, dindarlık yaşla beraber artış göstermektedir (Mehmedoğlu, 1999; Noffke McFadden, 2001)

Ebeveynin öğrenimi ve dindarlığı arasında da anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Öğrenim düzeyi yükseldikçe dindarlık düzeyi düşmektedir. Ebeveynlerle yapılan görüşmelerde, öğrenim düzeyi arttıkça ebeveynlerin bu çocuklara sahip olma durumunu daha çok genetik geçişliliğe bağladığı ifade edilmiştir.

Ebeveynin çocuk sayısı ve dindarlığı arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bir çocuk sahibi olanlar kendilerini daha çaresiz hissetmekte ve daha isyankâr olabilecekleri düşünülmektedir.

4.2. Psikotik Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Ebeveynde Depresyon, Kaygı ve Dindarlığın Birbiriyle Olan İlişkisi

Yapılan çalışmanın asıl amacını, psikotik bozukluk, psikotik bozukluğu olan bir çocuğa sahip olma, bununla karşı karşıya kalma durumunun ebeveynde depresyon ve kaygı kaynağı olup olmadığı oluşturmaktadır. Bunun yanında ebeveynin depresyon ve kaygı düzeyinin, dindarlık düzeyi üzerinde herhangi bir etkisi olup olmadığı diğer bir amaçtır. Burada amaç dindarlığın yüklenme olarak kullanılıp kullanılmadığı hakkında bir çıkarımda bulunabilmektir. Bunun sonucunda yapılan analizde depresyon, kaygı ve dindarlık arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Yapılan diğer analizlerde ise, depresyon ve dindarlık ile kaygı ve dindarlık arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkiden bahsedilmektedir. Yapılan bazı araştırmalarda, kişilerin tehdit edici, kriz yaratacak olaylar karşısında kişinin başına neden geldiğini Tanrıya ve doğaüstü varlıklara atıfta bulunarak açıkladığı görülmüştür (Bullman ve Wortman, 1977; Metalsky ve Abramson, 1980; Miller ve Ross, 1975). Bunun yapılmasının önemli bir nedeni olarak dinin verdiği hazır nedensel cevaplar yer almaktadır. Kişiler dini bir şema olarak kullanır, yani başlarına gelen bu travmatik olayın, iyinin ve kötünün tanrıdan geldiğine inanır. Ebeveyn, yaşamını her yönüyle etkileyebilecek, kendisini depresif, kaygılı ve umutsuz hissetmesine neden olabilecek bu hastalıkla karşı karşıya kalır ve altından

kalkamayacağı soruların cevaplarına dini çerçevede anlam vermeye çalışır. Bununla beraber, hastalık konusundaki daha az kontrol edilebilir durumla daha kolay baş eder. Böylece depresyonda yer alan kontrol edilemezlik algısı kısmen de olsa üstesinden gelinmiş olur. Ebeveynlerin deyişlerine yer verecek olursak ‘Allah’tan gelen bir rahatsızlık...bu dünyaya imtihan için gelmişim, Allah’a sığınıyorum...daha kötü günlerimiz de oldu, Allah’a şükrediyorum...sığındığımda olmasa nasıl başa çıkarım bilmem... kaderim böyleymiş, güzel günleri ahirette görürüm belki...’ kaderci yaklaşımın kullanıldığını gösterir.

Yapılan çalışmanın sonucunda, kişinin yaptığı dine yönelik yükleme ile psikolojik sıkıntılar (depresif duygu durum, kaygı) arasındaki negatif yönlü ilişki bunu destekler niteliktedir. Özellikle, yapılan analizde dindarlığın depresyon ve kaygı üzerinde yordayıcı bir etkisinin olduğu ortaya konmuştur. Ebeveynin çocuğunda karşılaştığı psikoz durumu hem kendisini hem çocuğunu umutsuz, çaresiz bırakabilecek ve kaygı yaşatabilecek bir psikopatolojidir. Çocukta kronik olarak ilerleyecek olan bir bozukluğun olması ebeveyn tarafından sürekli başa çıkma gerektirecek bir stres kaynağı olarak görülmektedir. Burada karşılaşılan yoğun çökkünlük depresyona neden olmaktadır. Din ve dindarlık, hastalığa yönelik bir başa çıkma stratejisi olarak gözlenebilmektedir. Dindarlık depresyonun %58’ini açıklarken, kaygının %34’ünü açıkladığı görülmektedir. Her iki oranın yüksek olmasına karşın, dindarlığın depresyonu daha çok yordadığı görülmektedir.

SONUÇ

Sonuçlar

Bu araştırmanın temel amacı, psikotik bozukluğu olan çocuğa sahip ebeveynlerin sosyodemografik değişkenler, depresyon, kaygı ve dindarlık düzeyleri açısından karşılaştırılmasıdır.

Araştırmada bu genel amaç çerçevesinde şu sonuçlara ulaşılmıştır;

1. Psikotik bozukluğa sahip çocuğu olan ebeveynin cinsiyeti, eğitim düzeyi, aylık geliri ve çalışma hayatı ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.
2. Ebeveynin yaşı ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir sonuç elde edilemezken, kaygı düzeyi ile anlamlı bir sonuç elde edilmiştir. Ebeveynin yaşı ile kaygı düzeyi arasında negatif yönlü bir ilişki örüntüsü vardır. Özellikle farklılık orta yaş yetişkin ile yaşlılar arasında bulunmuştur.
3. Ebeveynin çocuk sayısının depresyon ve kaygı düzeyi üzerinde negatif yönlü ve anlamlı bir etkisi vardır. Bu anlamlı farklılık bir, iki ve üç ve üzeri çocuğu olan ailelerin her birinde gözükmektedir. Çocuk sayısı yükseldikçe depresyon ve kaygı düzeyi azalmaktadır.
4. Ebeveyndeki gelecek kaygısı, psikotik bozukluğu olan çocuğun ebeveyninin hayatına getirdiğini düşündüğü sınırlılık algısı ve sosyal izolasyon ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir. Bunun yanında, çocuğun ebeveynin hayatına getirdiği sınırlılık algısı ile kaygı düzeyi anlamlı bir örüntü sergilerken, izolasyon ile anlamlılık sergilememiştir.
5. Ebeveynin kendini ve eşini suçlaması ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.
6. Ebeveynin çevreden aldığı ifade ettiği sosyal destek ile depresyon ve kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. Ancak desteği

aldığını söylediği diğer ebeveyn, akraba ve arkadaş ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki ortaya konmamıştır.

7. Psikotik bozukluğa sahip çocuğun cinsiyeti, yaşı ve hastalık süresi ile ebeveynin depresyon düzeyi arasında anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır.
8. Çocuğun yaşının ebeveyn kaygısıyla olan negatif yönlü ve anlamlı ilişkisi mevcuttur. Özellikle genç yetişkin çocuğu olan ebeveynlerin kaygı düzeyi, orta yetişkin çocuğu olanların kaygı düzeyinden daha yüksektir. Bunun yanında çocuğun cinsiyetinin de kaygı düzeyi üzerinde anlamlı bir farklılığı bulunmuştur. Kız çocukları olan ebeveynler erkek çocukları olanlara göre daha çok kaygılanmaktadır. Ek olarak, çocuğun hastalık süresinin, ebeveynin kaygısı üzerinde anlamlı bir etkisine ulaşılamamıştır.
9. Ebeveyn yaşı ve dindarlık düzeyi arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Özellikle orta yaş yetişkin ve yaşlıların dindarlık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.
10. Çocuğun yaşı ile ebeveynin dindarlık düzeyi arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Hastanın yaşı arttıkça ebeveynin dindarlık düzeyi de artmaktadır.
11. Ebeveynin öğrenimi ve dindarlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Ebeveynin öğrenim düzeyi yükseldikçe, dindarlık düzeyi düşmektedir. Özellikle farklılık ilköğretim, lise ve yüksekokul mezunları arasında gözlenmektedir.
12. Ebeveynin çocuk sayısı ve dindarlık düzeyi arasında pozitif yönde ve anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Farklılık bir, iki, üç ve üzeri çocuk sahibi olanlarda gözlenmektedir ve çocuk sayısı arttıkça dindarlık düzeyi artmaktadır.
13. Ebeveynin depresyon ve dindarlık düzeyleri arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Depresyon düzeyi azaldığında dindarlık düzeyi artmaktadır.
14. Ebeveynin kaygı ve dindarlık düzeyleri arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Kaygı düzeyi azaldığında dindarlık düzeyi artmaktadır.
15. Psikotik bozukluğa sahip çocuğu olan ebeveynlerde depresyon ve kaygı düzeylerinin, dindarlık düzeyi ile ilişkili olduğu, özellikle depresyonun dindarlığı yordadığı ortaya konmuştur.

Öneriler

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Bu araştırmada erken başlangıçlı psikotik bozukluğa sahip çocukların ebeveynleri yer almamaktadır. Bu örneklem grubunun da çalışmaya dâhil edilmesiyle örneklem yelpazesinin geniş tutulması, daha geniş kapsamlı bir karşılaştırma yapılabilmesini sağlayacaktır. Bu şekilde yaşam dönemlerine göre bir karşılaştırma yapılabilir.

Araştırmada yalnızca Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden rehabilitasyon hizmeti alan hastaların yakınları alınmıştır. Kurumları kullanmayan/kullanamayan veya başka kurumlardan yararlanan gruplara ulaşılarak da araştırma grupları zenginleştirilebilir.

Araştırmaya konu edilen değişkenler bireyin sosyo-demografik durumlarıyla ilgili özellikler, depresyon, kaygı ve dindarlık düzeylerinden oluşmaktadır. Bundan sonraki araştırmalarda psikolojik dayanıklılık, yaşam doyumu, kendini gerçekleştirme vb. kavramlar incelenerek bu konudaki literatür geliştirilebilir.

Araştırma kurgulanırken yaşanan en önemli sorunlardan biri, ebeveynin araştırmaya katılmak istememesi olmuştur. Araştırmacının gözlemlerine göre, ebeveynlerde yapılan depresif duygu durum ve kaygıya yönelik ölçüm, ebeveyni kendinde de psikolojik bir durumun ortaya çıkacağını düşündüğü için kaygılandırmış, çocuğunun rahatsızlığının kendinden kaynaklı olabileceğinin ortaya çıkacağı düşüncesiyle araştırmaya katılmayı istememiştir. Kendisine de psikiyatrik bir tanı konulabileceği tedirginlik yaratmıştır. Bundan sonraki yapılacak olan araştırmalarda bu önyargıyı dikkate alarak çalışma yapılacak gruplarla iletişime geçmek daha olumlu sonuçlar verecektir.

Son olarak, psikotik bozukluğa sahip çocukları olan ebeveynler, ülkemiz psikoloji/psikiyatri alanında yeterince incelenmemiş bireylerdir. Bu araştırmaların toplumun geneline yayılabilmesi açısından bu gruba ilişkin araştırmaların çoğaltılması faydalı olacaktır.

Alanda Çalışanlara Yönelik Öneriler

Araştırma bulgularından biri, psikotik bozukluğa sahip çocukları olan ebeveynlerde depresyon ve kaygı düzeyinin yüksek olmasıdır. Ruh sağlığının, sağlıklı bir yaşam sürmede etkisi düşünüldüğünde bu grup hasta ve ebeveynle çalışan ruh sağlığı çalışanlarının bu konu üzerine eğilmesinin olumlu olacağı düşünülmektedir. Bu bireylerle çalışırken yapılan psikolojik oturumlarda da depresif duygu durum ve kaygının altında yatan nedenler göz önünde bulundurulmalıdır. Bireysel psikolojik seansların yanı sıra grup oturumları düzenlenebilir. Bu oturumlarda psikoeğitim yapılarak ve destek grupları oluşturularak daha fazla kişiye ulaşılabilir.

Bu çocuklara sahip ebeveynlerin kendi ruhsal ve fiziksel farkındalıklarının olması önemlidir. Ataklarla ilk kez karşılaşılan durumda ve sonrasında ebeveyn tüm enerjisini çocuğuna yöneltir. Daha sonraki zamanlarda sıkıntılı durumların geçmediğini görünce tükenmişlik yaşayabilir. Bu gibi psikolojik açıdan yıpratıcı durumlarla karşılaşmamak için bu ebeveyn grubuyla özel olarak ilgilenilmesi, ileride yaşanacak durumlar için önleyici faktör olabilir.

Araştırmada bu gruptaki ebeveynlerin, psikotik bozukluğa sahip çocuklarıyla başa çıkmak için dindarlık başa çıkma mekanizmasını kullanabileceği görülmüştür. Psikolojide birçok başa çıkma mekanizması vardır. Ruh sağlığı alanında çalışanlar olarak bu mekanizmaların farkına varmak ve danışanların farkına varmasını sağlamak, ileride yaşanacak ruh sağlığı problemlerinin önlenmesinde etkili olabilir.

Sonuç olarak, ebeveyn ve çocuk bir bütünü oluşturur ve içinde bulunulan sistemin bir parçasıdır. Buradaki herhangi bir aksama, ebeveynlerin baş etme mekanizmalarını etkin şekilde kullanamaması, sistemin diğer parçalarını da etkileyecektir. Bunun olmaması için tüm tedbirlerin alınarak aile kurumunun ve işlevselliğinin sürdürülmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., ve Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87(1), 49.
- Akçay, G. (1989). *Ergen Kız ve Yetişkin Kadınlarda Bilişsel ve Algısal Açından Depresyonun Karşılaştırılması*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Akkök, F. (1989). Özürlü Bir Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Kaygı ve Endişe Düzeyini Ölçme Aracının Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Psikoloji Dergisi*, 23 (7), 26-39.
- Akkök, F. (2003). *Farklı Özelliğe Sahip Olan Çocuk Aileleri ve Ailelerle Yapılan Çalışmalar*. (ed. A. Ataman) Özel Eğitime Giriş Ankara: Gündüz Eğitim Yayıncılık, s. 121-142.
- Alper, Y. (1999). *Bütün yönleriyle depresyon* (1. Baskı). İstanbul: Gendaş Yayınları.
- Alper, Y. (2003). *Bütün Yönleriyle Depresyon* (2. Baskı). İstanbul: Gendaş Yayınları.
- Alptekin K, Ulaş, H. ve Akdede, B.B. (2009). Prevalence and risk factors of psychotic symptoms: in the city of Izmir, Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44, 905-910.
- Altınbaş, K. (2014). Bipolar Bozuklukta Akut Mani Tedavisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 7(2), 37-43.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Arkar, H. (1991). Akıl hastasının sosyal red edilimi. *Düşünen Adam Dergisi*, 4(3).
- Arkonaç O. (1996). *Psikotik bozukluklar ve tedavileri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Aşkın, R. (2000). Kronik Depresyon (Distimi). *Duygudurum Dizisi* 1(1), 44.
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., ve Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3).
- Ataman, A. (2003). *Özel Eğitime Muhtaç Olmanın Nedenleri*. (ed. A. Ataman) Özel Eğitime Giriş, Ankara: Gündüz Eğitim Yayıncılık, s. 9-50.
- Atkinson, Rita L. vd. *Psikolojiye Giriş*, (Çev. Yavuz Alogan). Ankara: Arkadaş Yayınevi, 2009.
- Ay, F. (2011). *Hastanede Yatarak Tedavi Gören Yaşlı Hastalarda Depresif Bozukluk Ve Ansiyete Bozukluğu Yaygınlığı, Yaşam Kalitesi Ve Günlük Yaşam Aktiviteleri İle Demografik Ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişki*, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E., (2000). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

- Aydın, A., Eker, S.S., Cangür, Ş., Sarandöl, A., ve Kırılı, S. (2009). Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin, Sosyodemografik Değişkenler ve Hastalığın Özellikleri ile İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 46.
- Aydoğan Akıncı, A. ve Darıca, N. (2000) Özürlü çocuğa sahip anne babaların umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Çocuk Forum Dergisi*, 3(2), 25-31.
- Ayok, A., & İnsan, F. S. E. D. Ö. (1995). *Doğası ve Depresyon Düzeyi Bağlantıları*.
- Babaoğlu, A. (2002). *Psikiyatri Tarihi*. İstanbul: Okuyan Us Yayın, 95, 188-189
- Bahar, A. , Bahar,G., Savaş, H., Parlar,S., (2009). Engelli çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(4),98-111.
- Bahadır, A. (2011). *İnsanın Anlam Arayışı ve Din*, (2. Baskı) İstanbul: İnsan Yayınları, 146.
- Bal, U. (2010) Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları, *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi*.
- Barowclough C, Tarrier N (1992) *Families of Schizophrenic patients*. Cognitive Behavioural Invervention. London, Chapman &Hall.
- Barrowclough C, Tarrier N, Johnston M ve ark. (1996). Distress, expressed emotion, and attributions in relatives of schizophrenia patients. *Schizophr Bull*, 22, 691-702.
- Bebko, J. M., Konstantareas, M. M. ve Springer, J. (1987). Parent and Professional Avaluations Of Family Stres Associated With Characteristic Of Autism. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 17(4), 565-576.
- Beck, A.T., ve Emery, G. (2005). *Anksiyete Bozuklukları Ve Fobiler Bilişsel Bir Bakış Açısı*. (Çev. Veysel Öztürk), (2006). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Beckman, P.J. (1983). Influence of Selcted Child Characteristics on Stress in Families of Handicapped infants. *American Journal of Mental Deficiency*, 88(2), 150-156.
- Bellack, A.S. ve Mueser, K.T. (1993). Psychosocial treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 19, 317-336.
- Beşikçi, H. (2000). *Otistik olan ve otistik olmayan normal çocuklara sahip anne ve babaların kaygı düzeyleri ve aile yapıları*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Bilal, E. ve Dağ, İ. (2005). Eğitilebilir zihinsel engelli olan ve olmayan çocukların annelerinde stres, stresle başa çıkma ve kontrol odağın karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Dergisi*, 12(2), 56-68.
- Binbay T, Ulaş H, Elbi H ve ark. (2011). Türkiye’de Psiko Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemantik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 40-52.

- Binbay T, Elbi H, Alptekin K ve ark. (2011). Psikozlarda Gen-Çevre Etkileşimi İçin İzmir Akıl Sağlığı Araştırması (TürkSch): Amaç ve Yöntem. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 65-76.
- Binbay T, Ulaş H, Alptekin K ve ark. (2012). Batı Avrupa Ülkelerinde Yaşayan Türkiye Kökenli Göçmenlerde Psikotik Bozukluklar: Sıklık, Yaygınlık ve Başvuru Oranları Üzerine Bir Derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23, 53-62.
- Birsöz S, ve Karaman T.(2003) (çev. edi.); *Psikiyatri Tanı ve Tedavi*. Current Diagnosis & Treatment In Psychiatry, Ankara., 260-277.
- Bonicel, M.F. (2011) *La Rencontre de Deux Désir, in Malaise dans la Transmission, Crise d'Idéalité et Fondation du Sujet*, Paris :L'Harmattan.
- Boyacıoğlu, G. (1994). *Üniversite Öğrencilerinde Kişilerarası Şemalar ve Depresif Belirtiler Arasındaki İlişkiler*, Klinik Psikoloji Programı, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Bozkurt, N. (2004). Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki ilişkiler. *Eğitim ve Bilim*, 29(133), 52-59.
- Brown G.G. ve Thompson W.K. (2010). *Functional brain imaging in schizophrenia: selected results and methods*. Current topics in behavioral neurosciences, 4, 181-214.
- Buchanan, R.W. ve Carpenter W.T. (2007). *Şizofreni Kavramı*. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Türkçesi). Aydın H, Bozkurt A (Ed). Güne Kitabevi, 1329-1345.
- Budak, S. (2009). *Psikoloji Sözlüğü*, (4. Basım), Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Bullman, R.J. and Wortman, C.B. (1977). Attributions of blame and coping in the real World: severe accident victims react to their lot. *Journal Of Personality and Social Psychology*, 32, 351-363.
- Cengil, M. (2003). Depresyonu önlemede dini inancın koruyucu rolü. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 3(2), 129-152.
- Ceylan, M.E. ve Çetin M. (Ed.). (2005) *Genel bilgiler. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, Şizofreni*, (3. Baskı), Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri AŞ, İstanbul,; 83-123.
- Ciğerli, Ö., Topsever, P., Alvur, M., Görpelioğlu, S. (2014) Engelli çocuğu olan anne-babaların tanı anından itibaren ebeveynlik deneyimleri: farklılığı kabullenmek. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 8(3), 75-81.
- Clausen, J.A., Yarrow, M.R., Deasy, L.C., ve Schwartz, C.G. (1955). The impact of mental illness: Research formulation. *Journal of Social Issues*, 11(4), 6-11.
- Cornah, D. (2007). The Impact of Spirituality on Mental Health, A Review of The Literature, www.mhf.com.
- Coşkun, Y., Akkaş, G. (2009). Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *KEFAD*, 10, 213-227.

- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I., ve Rowlands, O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4-7.
- Cüceloğlu, D. (1997). *İnsan ve Davranışı*, (7. Baskı). İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Çetin, N., Demiralp, M., Oflaz, F. ve Özşahin, A. (2013) Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 19-26.
- Davidson, R.J. (2003). Darwin and the neural bases of emotion and affective style. *Proceedings of the New York Academy of Sciences*, 1000, 316–336.
- Davison, G.C., ve Neale, J. M. (2004). *Anormal Psikolojisi* (Çev. Dağ İ.), Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 29, 256.
- Dein, S. (2004). *Working with Patients with Religious Beliefs. Advances in Psychiatric Treatments*, 10.
- Dereli, F. ve Okur, S. (2008). Engelli Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Depresyon Durumunun Belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 25, 164–168.
- Doğan O. *Şizofreninin epidemiyolojisi. Psikiyatrik Epidemiyoloji*. Sivas, ESFORM, 2011.
- Duman, H. (1995). Zihinsel engelli çocuğa sahip anne babaların kaygı düzeylerinin karşılaştırılarak çocuğa yönelik beklentilerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir*.
- Emerson, E. (2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: Social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(5), 385-399.
- Ensari, H., Gültekin, B.K., Karaman, D., Koç, A., ve Beşkardeş, A. F. (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 108-114.
- Eripek, S. (1996). *Zihinsel Engelli Çocuklar*. 2. Baskı. Anadolu Üniversitesi Yayınları: Eskişehir, 137-155.
- Erkoç Ş. ve Aker T. (1998). Tarihçe. *Şizofreni*, 1, 6-21.
- Erol, N. ve Öner, Ö. (1999). Anksiyeteye Yeni Bakışlar. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(1), 52-60.
- Eskin, M. (2000). *İntihar, açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme*. Çizgi Yayınevi, Ankara,
- Fenichel O. (1974). *Nevrozların Psikanalitik Teorisi*. (Çev. Tuncer, S), 379-412.
- Flynt, S. W., ve Wood, T. A. (1989). Stress and coping of mothers of children with moderate mental retardation. *American journal of mental retardation: AJMR*, 94(3), 278-283.

- Freedman R., Adler L.E. ve Leonard S. (1999). Alternative phenotypes for the complex genetics of schizophrenia. *Biological psychiatry*, 45(5), 551-558.
- Freedman R., Leonard S., Olincy A., Kaufmann C.A. ve ark. (2001). Evidence for the multigenic inheritance of schizophrenia. *American journal of medical genetics*, 105(8), 794-800.
- Frey KS, Greenberg MT, Fewell RR (1989). Stres and coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach. *Am J Ment Retard*, 94, 240-249.
- Geçtan, E. (2003). *Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar*, 18. baskı, Metis, 141-199.
- Girgin, G., & Baysal, A. (2005). Zihinsel engelli öğrencilere eğitim veren öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeyi ve bazı değişkenler (İzmir Örneği). *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18(18), 1-10.
- Gureje O, Olowosegun O, Adebayo K ve ark. (2010). The prevalence and profile of non-affective psychosis in the Nigerian Survey of Mental Health and Wellbeing. *World Psychiatry*, 9, 50-55.
- Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 143-151.
- Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Çubukçuoğlu, Z., ve Mete, L. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21, 203-212.
- Günay, Ü. (2006). *Dindarlığın Sosyolojisi. Dindarlığın Sosyo-Psikolojisi içinde*, 9.
- Gür, A. (1996). *Ergenlerde Depresyon ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Hall, C. S. (1999). *Freudyen Psikolojiye Giriş* (çev., Eran Devrim), Kaknüs Yayınları, İstanbul.
- Hewstone, M. (Ed.) (1983). *Attribution Theory: Social and Functional Extensions*. Oxford: Basil Blackwell Publ.
- Hirsch S.R. ve Weinberger D.R. (2003). *Schizophrenia*. 2nd Edition.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*, 7(23), 3-13.
- Işık, E (1991). *Duygulanım Bozuklukları: Depresyon ve Mani*. İstanbul: Boğaziçi Matbaası.
- Işık E. (2006). *Güncel Şizofreni*. (1. Baskı), Format Matbaacılık, Ankara, 18-62.
- Işık, E. ve Işık, Y. (2006). *Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*, İstanbul: Asimetrik Paralel Yayınları.
- İmamoğlu, O. (1979). Sosyal Psikoloji'ye 1970'lerde incelenen konular ve yöntem açısından genel bir bakış. *Psikoloji Dergisi*, 14-19.

- İsmailov, V.N. ve Özakkaş, T. (1998). *Psikiyatri, Şizofreni*, (1. Cilt), Özak Yayın Evi.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G ve ark. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl*, 20, 1-97.
- Jenkins, R.A. ve Pargament, K.I. (1995). Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *J Psychosocial Oncol*, 13, 51-74.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (1998). *Kültürel Psikoloji: Kültür Bağlamında Aile ve İnsan Gelişimi*. İstanbul: YKY Yayınları.
- Kalafat, S. (1996). *Depresyon ve Mutlulukta Otomatik Düşüncelerin Rolü*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
- Karaca, F. (2000). *Ölüm psikolojisi*. Beyan.
- Karaca, F.(2011). *Din psikolojisi*, Eser Ofset Matbaacılık: Trabzon.
- Karasar, N. (2002). *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler ve Teknikler*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Karadağ, G. (2009). Engelli çocuğa sahip annelerin yaşadıkları güçlükler ile aileden algıladıkları sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(4), 315-322.
- Kaplan, H.I. ve Sadock, B.J. (2004). *Şizofreni*. In: Abay E, Çev.ed. Klinik psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Katz, R. (1967). *The Meaning of Religion in Healthy People. Morality and Mental Health*, (Ed. O. Hobart Mowrer), Rand Macnally Co., Chicago, 324- 327.
- Kearney, P.M. ve Griffin, T. (2001). Between joy and sorrow: Being a parent of a child with developmental disability, *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 582-592.
- Kebede D., Alem, A., Shibre, T., Negash, A. ve ark. (2004). The sociodemographic correlates of schizophrenia in Butajira, rural Ethiopia. *Schizophrenia research*. 69(2), 133-41.
- Kessler RC, Birnbaum H, Demler O ve ark. (2005). The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biol Psychiatry*, 58, 668-76.
- Kety, S.S. (1988). Schizophrenic illness in the families of schizophrenic adoptees: findings from the Danish national sample. *Schizophr Bull*. 14(2), 217.
- Kirman, A.M. (2005). Türk Din Sosyolojisi Araştırma Alanları ve Yöntemlerine Dair Tespit ve Öneriler. *Türk Din Sosyolojisinin Temel Sorunları Sempozyumu (11-13 Haziran 2004 Çorum)*, 237-245.
- Köknel, Ö. (1992). *Depresyon Ruhsal Çöküntü*. Altın Kitaplar: İstanbul.
- Köknel Ö. (2000) Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. *Duygu Durum Dizisi*, 1, 5-11

- Köksal, G. ve KABASAKAL, H.Z. (2012). Zihinsel engelli çocukları olan ebeveynlerin yaşamlarında algıladıkları stresi yordayan faktörlerin incelenmesi. *Buca Eğitim Fakültesi*, 32.
- Kula, N. (2002). Deprem ve dini başaşaıkma. *Gazi Üniversitesi Çorum İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 1.
- Kültür, S., Mete, L., Erol, A., Güleç, C., ve Köroğlu, E. (Eds). (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı: Şizofreni* (2. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, , 184-226.
- Laidlaw, T.M., Coverdale, J.H., Falloon, I.R.H. ve Kydd, R.R. (2002). Caregivers stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. *Com Ment Health J*, 38(4).
- Larson, D.S. (1998). Spirituality's Potential Relevance to Physical and Emotional Health: A Brief Review of Quantitative Research. *Journal of Psychology and Theology*, 31(1), 9- 38.
- Larson, D.B. ve Larson, S.S. (2003). Spirituality's Potential Relevance to Pysical and Emotional Health: A Brief Review of The Quantitave Research. *Journal of Psychology and Theology*, 31(1), 37-51.
- Lazaruss, R. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Littauer, F. (1997). *Depresyonu Yenmek*, İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Magana, S.M., Ramírez García, J.I., Hernández, M.G. ve Cortez, R. (2007). Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psichiater Serv*, 58, 378-384.
- Mandelbrote, B. ve Folkard, S. (1961). Some problems and needs of schizophrenics in relation to a developing psychiatric community service. *Comprehensive psychiatry*, 2(6), 317-328.
- McGrath, J.J. (2005). Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology--the NAPE lecture. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 4-11.
- McGrath, J.J. ve Susser, E.S. (2009). New directions in the epidemiology of schizophrenia. *The Medical journal of Australia*, 190(4), 7-9.
- McKenzie, K. (2006). *Anksiyete ve Panik Atak*. Ankara: Morpa.
- Mehmedoğlu, A.U. (1999). *Dindarlarda ve dindar olmayanlarda kişilik üzerine karşılaştırmalı bir araştırma*. Yayınlanmamış doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Mehmedoğlu, A.U. (2004). *Kişilik ve Din* (1. Baskı). İstanbul: Dem Yayınları, 30-37.
- Metalsky, G.J. ve Abramson, L.Y. (1980). *Attributional styles: Toward a frameworkfor conceptuzation and assessment*. In P.C. Kendall ve Hollon (eds.) *Assessment Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions*. Academic Press: New York.
- Mete, H.E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11, 3-18.
- Metin, N. (1992). Okul öncesi dönemde özürlü çocuklar için kaynaştırma programları. *Özel Eğitim Dergisi*, 1(2), 34-36.

- Miller, D.T. ve Ross, M. (1975). Self-serving biases in the attribution of causality: Fact or fiction. *Psychological Bulletin*, 82, 213-225.
- Mulvany, F., O'Callaghan, E., Takei, N. ve Byrne, M. (2001). Effect of social class at birth on risk and presentation of schizophrenia: case-control study. *Bmj*, 323(7326), 1398-1401.
- Olson, D.H., McCubbin, H.I. ve Barnes, H. (1983). *Families: what makes them work*, Beverly Hills, Sage.
- Onbaşıoğlu, M. (2006). *Psikosomatik bedensel ve ruhsal rahatsızlığa sahip bireylerin stres ile ilişkili değişkenler açısından incelenmesi*. Yüksek lisans Tezi, Ankara Üniversitesi.
- Öner, N. (1994). *Stres ve Dini İnanç*. Ankara: TDV Yayınları.
- Öner, N. ve Le Comple, A. (1983). *Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri el kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Özmen, M. (1999). "Depresyonun Psikoterapisi", İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, 2-3 Aralık 1999, İstanbul, 122. <http://www.ctf.istanbul.edu.tr/stek/pdfs/17/1712mo.pdf>, 25 Şubat 2008.
- Öztürk O. (2004). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. (10. Basım). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 217-274.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Ankara: Tuna Matbaacılık.
- Öztürk, O. ve Uluşahin A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (11. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (13. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özsoy, Y., Özyürek, M. ve Eripek S. (1998). *Özel Eğitime Giriş* (9. Baskı). Ankara: Karatepe Yayınları.
- Özşenol, F., Ünay, B., Aydın, İ., Akın, R. ve Gökçay, E. (2002). Engelli çocuklara sahip ailelerin psiko-sosyal durumlarının ve beklentilerinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 44(2), 188-194.
- Pargament, K. ve Brant, C. (1998). *Religion and coping*. In: H Koenig (ed.). *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego: Academic Press.
- Pearce, J. (1996). *Çocuklarda Büyüme Ve Gelişme*. (Çev. Ayşegül Yeşildağlar). Ankara: Doruk Yayıncılık.
- Perala, J, Suvisaari, J, Saarni, SI ve ark. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*, 64, 19-28.
- Phanthunane, P, Vos, T, Whiteford, H ve ark. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popul Health Metr*, 8, 24.

- Questel, J.C. (2008). *La Parent, Responsabilité et Culpabilité en Question*, Brüksel : L'Harmattan.
- Raina, P. ve ark. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*, 115, 626-636.
- Rousillon, R., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Georgieff, N. ve Roman, P. (2007). *Manuel de Psychopathologie Clinique Générale*. Paris: Masson.
- Ryan, R., Rigby, S. ve King, K. (1993). Two Types of Religious Internalization and Their Relations to Religious Orientation and Mental Health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(3).
- Saha, S., Chant, D., Welham, J. ve ark. (2005) A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*, 2, 141.
- Saka, M.C. ve Atbaşoğlu, E.C. (2007). *Şizofreni epidemiyolojisi*. In: Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H, editors. *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar*. Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar; 13-28.
- Sarı, H.Y., Baser, G. ve Turan, J.M. (2006). Experiences of mothers of children with Down Syndrome. *Pediatric Nursing*, 18(4), 29-32.
- Sayı, I. (2000). Kriz kavramı krize müdahale ve koruyucu ruh sağlığındaki yeri. *Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi. Kriz ve Krize Müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları*, (6).
- Schultz, D. P., ve Schultz, S. E. (2001). *Psikoloji Tarihi*.
- Scott, J., Chant, D., Andrews, G. ve McGrath, J. (2006). Psychotic-like experiences in the general community: the correlates of CIDI psychosis screen items in an Australian sample. *Psychological medicine*, 36(02), 231-238.
- Songar, A. (1976). *Psikiyatri* (2. Baskı). İstanbul: Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 317.
- Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H (Ed.). (2007). *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Soygür, H. ve Erkoç, Ş. (2007). *Şizofreni kavramına tarihsel bir bakış*. In: Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H, editors. *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar*. Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar, 1-13.
- Spilka, B. Shaver, P. ve Kirkpatrick, LA. (1985). A general attribution theory for the psychology of religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 24(4), 1-20.
- Stefan, M., Travis, M. ve Murray, R.M. (2002). *An atlas of schizophrenia*. New York: The Parthenon.
- Stone, J.M. (2009). Imaging the glutamate system in humans: relevance to drug discovery for schizophrenia. *Current pharmaceutical design*. 15(22), 2594-602.

- Strizenec, M. (2010). Dindarlık ve Bilişsel Süreçler, Çev. Abdülvahid Sezen, *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 10(3), 276.
- Sümer, A.S. (2008). *Farklı Öz-Anlayış Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Şahin, M.V. (1999). Şizofreni: Klinik özellikler, tanı, ayırıcı tanı. *Psikiyatri Dünyası*, 3, 72-78.
- Şahin, Z. (2012). Depresyon Tanılı Hastaların Fragile X Yönünden Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Şendil, G. ve Balkan, K.İ. (2005). *Anne Baba Olmak Dizisi, Çocuğun Eğitimi Ailede Başlar*. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları.
- Şengül, F. (2007). *Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Taş, E. (2014). *Nesiller arası aktarım ve klinik yansımaları*. Gençlik ve Kültürel Mirasımız/Uluslararası Kongre. 703-713.
- Thompson, S.C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90, 89-101.
- Toros, F. (2002). Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon, evlilik uyumunun ve çocuğu algılama şeklinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 3(2), 45-52.
- Tsai, S.M. ve Wang, H.H. (2009). The relationship between caregiver's strain and social support among mothers with intellectually disabled children. *J Clin Nurs*, 18, 539-48.
- Türkoğlu, N. (2001). *Zihinsel engelli çocukların anne, baba ve kardeşlerinin kaygı düzeylerine etki eden etmenlerin incelenmesi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Tüzer, V., Zincir, S., Başterzi, A.D., Aydemir, Ç., Kısa, C. ve Göka, E. (2003). Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı Ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 6, 198-203.
- Uğuz, Ş., Toros, F., İnanç, B. Y. ve Çolakkadıoğlu, O. (2004). Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(42), 42-47.
- Uyaroğlu, A. K. ve Bodur, S. (2009). Zihinsel yetersizliği olan çocukların anne-babalarının kaygı düzeyi ve bilgilendirmenin kaygı düzeyine etkisi. *TAF Prev Med Bull*, 8, 405-412.
- Van Olphen, J. Vd (2003). Religious Involvement, Social Support, and Health Among African-American Women on the East Side of Detroit. *Journal of General Intern Medicine*, 18, 549-557.

- Varol, Ş. (1990). *Lise Son Sınıfı Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerini Etkileyen Bazı Etmenler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
- Waldo, M.C., Adler, L.E., Leonard, S., Olincy, A. ve ark. (2000). Familial transmission of risk factors in the first-degree relatives of schizophrenic people. *Biological psychiatry*, 47(3):231-9.
- Wink, P., Dillon, M. ve Larsen, B. (2005). Religion as moderator of the depression-health connection: Findings from a longitudinal study. *Research on Aging*, 127(2).
- Willick, M.S. (1994). *Schizophrenia: a parent's perspective-Mourning without end. Schizophrenia: From Mind to Molecule*. Andreasen NC (ed). Washington: DC, American Psychiatric Press Inc., 5-19.
- Wittchen, H.U., Perkonig, A., Lachner, G. ve ark. (1998). Early developmental stages of psychopathology study: Objectives and design. *Eur Addict Res*, 4, 18-27.
- Wortman, C.B. (1976). *Causal Attributions and Personal Control*. In J.H. Harvey, W.J., Ickes ve R.F. Kidd (Eds). *New Directions in Attribution Research (Vol.1)* Hillsdale. N.J.: Erlbaum Assoc. Inc.
- Yaparel, R. (1987). *20-40 yaşlar arası kişilerde dini hayat ile psikososyal uyum arasındaki ilişki üzerine bir araştırma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İslam Medeniyetleri ve Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Din Psikolojisi Bilim Dalı.
- Yaparel, R. (1994). Depresyon ve dini inançlar ile tabiatüstü nedensel yüklemeler arasındaki ilişkiler.
- Yapıcı, A. (2012). Türk Toplumunda Cinsiyete Göre Dindarlık Farklılaşması: Bir Meta Analiz Denemesi. *Fırat Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17(2), 1-34.
- Yıldırım, F. ve Conk, Z (2005). Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip anne/babaların stresle başa çıkma tarzlarına ve depresyon düzeylerine planlı eğitimin etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), 1-10.
- Yıldız M. (2005) *Şizofreni Hastalığını Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek*. İstanbul: Okuyan Us Yayınları.
- Yıldız, M. (2006). *Ölüm Kaygısı ve Dindarlık*. İzmir: İzmir İlahiyat Vakfı Yayınları.
- Yüksel, N. (2006). *Ruhsal hastalıklar. Şizofrenik bozukluklar* (3. Baskı). Ankara: MN Medikal & Nobel Tıp Kitapevleri, 221-254.
- Zeytin, M. A. (2012). Kronik Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinin Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*.

EKLER

Ek.1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı, bu çalışma akademik bir araştırmaya veri sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Soruların doğru ve yanlış cevabı yoktur. İzinizden geldiği gibi cevaplamanız büyük önem taşımaktadır. Araştırmanın başarısı sorulara vereceğiniz içten ve samimi cevaplara bağlıdır. Anket soruları kapsamında açık kimliğinizi ortaya çıkaracak nitelikte soru bulunmamaktadır. Araştırma açısından kimliğiniz değil, cevaplarınız önem taşımaktadır.

Sorulara cevap verirken ‘olması gerekeni düşündüğünüz’ değil, ‘olanı’ belirtmeniz doğru sonuçlara ulaşılması bakımından büyük önem taşımaktadır. Lütfen soru atlamadan bütün sorulara cevap veriniz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Psikolog N. Beste AŞKAN

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Kadın () Erkek ()

Öğrenim Durumunuz:

Okur-yazar () İlköğretim () Lise () Yüksekokul ()

İş Durumunuz:

Çalışıyor () Çalışmıyor ()

Ailenin Aylık Gelir Düzeyiniz:

0-999 TL () 1000-1999 TL () 2000 TL ve üstü ()

Çocuk sayınız:

Tek () İki () Üç ve üzeri ()

Psikotik Bozukluğa sahip çocuğunuz cinsiyeti nedir?

Kız () Erkek ()

Psikotik Bozukluğa sahip çocuğunuzun yaşı nedir?

18-30 () 30 veya üstü ()

Başka Psikotik Bozukluğa sahip çocuğunuz var mı?

Var () Yok ()

Fiziksel veya zihinsel engelli çocuğunuz var mı?

Var () Yok ()

Aile içi diğer kişilerle çatışma yaşıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Psikotik bozukluğa sahip çocuğunuzun varlığı aile yaşantınıza sınırlılık getiriyor mu?

Getiriyor () Getirmiyor ()

Kendinizin psikotik bozukluğa sahip çocuğunuzun yanında olmadığımız durumları (hastalanma, evden ayrılma, ölme vb.) düşündükçe kaygılanıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Çocuğunuzun hastalığından kaynaklı kendinizi suçluyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Çocuğunuzun hastalığından kaynaklı eşi suçluyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Yakın çevrenizin, çocuğunuzun hastalığından dolayı sizden uzaklaştığını düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Ek 2. SCL-90- R

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

Örnek :

Aşağıda belirtilen sorundan
Ne ölçüde rahatsız olmaktadır?

Cevap

Tanımlama :

- 0 Hiç
1 Çok az
2 Orta derecede
3 Oldukça fazla
4 Aşırı düzeyde

Örnek : Bel ağrısı ... 3 ...

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık ve baş dönmeler
5. Cinsel arzuya ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali

15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. Titreme
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. Olanlar için kendini suçlama
27. Belin alt kısmında ağrılar
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi
29. Yalnız hissi
30. Karamsarlık hissi
31. Her şey için çok fazla endişe duyma
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. Korku hissi
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak
39. Kalbin çok hızlı çarpması
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi
41. Kendini başkalarından aşağı görme
42. Adele (kas) ağrıları
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. Uykuya dalmada güçlük
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu

48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk ve sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. Hiç bir şey düşünmeme hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmaya, zarar vermeye, yaralamaya dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yılanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
68. Başkalarının yanında kendini çok sıkışık hissetme
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkışık hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma
79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu

81. Bağıırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılcağınız korkusu
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. Suçluluk duygusu
90. Akılınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi



Ek 3. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

- A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.
- E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- G- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.
- H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.

3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- L- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- S- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- Evet Hayır

- U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Saęlıęım beni endiřelendirdięi için bařka řeyleri dūřünmek zorlařıyor.
 3. Saęlıęım hakkında o kadar endiřeliyim ki bařka hiçbir řey dūřünemiyorum.
- V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilginde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.



Ek 4. STAI FORM TX – I

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)

17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)

29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 5. DERUNİ DİNİ MOTİVASYON ÖLÇEĞİ

1. Fikrime çok aykırı
2. Fikrime aykırı
3. Kararsızım
4. Fikrime uygun
5. Fikrime çok uygun

- İnançım bütün hayatımı kapsar.....1 2 3 4 5
- Hayatımda Allah'ın varlığını (tecrubi olarak) hissediyorum 1 2 3 4 5
- Bir kimse her önemli aşamasında Allah'ın hidayetini (rehberliğini) istemelidir.....1 2 3 4 5
- İnançım bazı durumlarda fiilerimi kısıtlar.....1 2 3 4 5
- Benim için hiçbir şey, (yapabildiğim en iyi bir şekilde) Allah'a ibadet etmekten daha önemli değildir.....1 2 3 4 5
- Dinimi diğer bütün dünyevi işlerimin üzerinde tutmaya azami gayret sarf ederim.....1 2 3 4 5
- Dini inançlarım hayata bakış açımı belirler.....1 2 3 4 5
- Ahlaki bir hayat yaşadığım sürece neye inandığım o kadar önemli değil.....1 2 3 4 5
- Dini değerlerin (inançların) günlük işlerimi etkilemesine izin vermem.....1 2 3 4 5
- Hayatta dinden çok daha önemli şeyler olduğuna inanıyorum.....1 2 3 4 5

Ek 6. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Etik Kurul Kararı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
25.03.2016	3	2016/ 31

KARAR NO:
2016 – 31

Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü yüksek lisans öğrencisi Beste Nevin AŞKAN'ın "Psikotik Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Evebeynde Gözlemlenen Depresyon, Kaygı ve Dindarlık Düzeyleri Arasındaki İlişki" konulu anket çalışması okunarak görüşüldü.

Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü yüksek lisans öğrencisi Beste Nevin AŞKAN'ın "Psikotik Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Evebeynde Gözlemlenen Depresyon, Kaygı ve Dindarlık Düzeyleri Arasındaki İlişki" konulu anket çalışmasının kabulüne oybirliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR.

Ek 7. Ordu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Etik Kurul Kararı




ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI

UNVAN	AD/SOYAD	ÇALIŐTIĐI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMA KONUSU
Psikolog	Beste Nevin AŞKAN	ORDU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ	ORDU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ	Psikotik Bozukluğu Olan Çocuğu Sahip Ebeveynde Gözlemlenen Depresyon Kaydı Ve Dindarlık Düzeyleri Arasında İlişki

Yukarıdaki tabloda adı geöen çalışma; anket veya araştırmaya katılanların gönüllülük esasına göre yapılması; kişisel verilere özen gösterilmesi; yapılacak çalışma sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla 13.10.2016 tarih ve 13642 sayılı dilekçesi ekinde bulunan Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür.


Güven ÇAKAR
Uzman

Uygundur/Uygun Değildir.


Selahattin KURUCU
Malî Hizmetler BaŐkanı
Uygundur/Uygun Değildir.


Uzm. Dr. Hakan HACISADIKHOĞLU
İdari Hizmetler BaŐkanı
Genel Sekreter
Uygundur/Uygun Değildir.

ÖZGEÇMİŞ

Beste Nevin AŞKAN, 7.11.1989 tarihinde Ordu'da doğdu. Ordu Anadolu Lisesi'ni 2007 yılında bitirdi. Daha sonra Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'nden 2013 yılında mezun oldu. Mezuniyetinden bu yana Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Psikolog olarak görev yapmaktadır. Yabancı dili İngilizce'dir.

İletişim Bilgileri:

E-mail: beste.askan@yahoo.com

Tlf: 05360695898