ISSN 1302-0099 / e-ISSN 2146-7153

KLİNİK psikiyatri DERGİSİ

www.klinikpsikiyatri.org

Yıl / Year: 2019 *Cilt / Volume: 22*

Sayı / Number 1

KLİNİK PSİKİYATRİ DERGİSİ

KLİNİK PSİKİYATRİ DERGİSİ

Yıl / Year 2019 • Cilt / Volume 22 • Sayı / Number 1

ANP
Yayıncılık

KLİNİK psikiyatri DERGİSİ
THE JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY
www.klinikpsikiyatri.org
ISSN: 1302-0099/e ISSN:2146-7153 Yıl: 2019 Cilt: 22 Sayı: 1

İçindekiler / Contents

Editörden / *Editorial*

5 **Editör'den**
Mehmet Yumru

Araştırma Yazıları
Research Articles

7 **Sosyal anksiyete bozukluğu'nda dürtüsellik ve anksiyete duyarlılığı özelliklerinin hastalık şiddeti ile ilişkisi**
The relationships among impulsivity, anxiety sensitivity characteristics, and severity of social anxiety disorder
Safiye Bahar Ölmez, Ahmet Ataoğlu

16 **Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi**
Investigation of the effect between care burden and quality of life in caregivers of schizophrenia patients
Hakan Karaağaç, Esra Çalık Var

27 **Postmenopozal dönemdeki kadınlarda psikolojik belirtiler ve cinsel yaşamın incelenmesi: Kesitsel çalışma**
Analysis of psychological factors and sexual life in postmenopausal women: A cross-sectional study
Seren Akman, Mehmet Çakıcı, Buse Keskindağ, Meryem Karaaziz

36 **Acil ve yoğun bakım ünitesi çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, tükenmişlik ve baş etme biçimlerinin değerlendirilmesi**
Evaluation of post-traumatic stress disorder, burnout and coping styles in emergency and intensive care unit employees
Erkan Baysak, Meliha Zengin Eroğlu, Çisem Utku, Burhanettin Kaya

48 **Bipolar bozukluk tanılı hastalarda cinsel işlevler ve prolaktin düzeyleri**
Sexual functions and prolactin levels in patients with bipolar disorder
Rabia Nazik Yüksel, Elif Tatlıdil Yaylacı, Hasan Kaya, Gamze Erzin, Emine Merve Akdağ, Adem Demirci, Çiğdem Aydemir, Erol Göka

57 **Bir tıp fakültesinde öğrenim görmekte olan öğrencilerin ruhsal bozukluklara yönelik tutumları**
A medical school students' mental disorders attitudes
Ferdi Köşger, Ali Ercan Altınöz

63 **Özgül duygular temelli duygu düzenleme becerileri ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması**
Turkish adaptation of emotion regulation skills questionnaire-emotion specific: The study of reliability and validity
Sevginar Vatan

71 **Lise öğrencisi ergenlerin suça yönelik tutumları ve risk faktörleri**
The attitudes of high school adolescent toward crime and risk factors
Ezgi Sarı, Hülya Arslantaş

83 **8-12 yaş arası çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığı, aleksitimi, sosyal anksiyete, yaş ve cinsiyetin incelenmesi**
Examination computer gaming addiction, alexithymia, social anxiety, age and gender among children aged 8-12
İbrahim Taş, Zehra Güneş

93 **Lise öğrencilerinin çocukluk çağı örselenme yaşantıları ile bilişsel çarpıtma ve yalnızlık eğilimleri arasındaki ilişki**
Relationship between childhood abuse experiences, cognitive distortions and loneliness levels of high school students
Tuğba Türkkan, Hatice Odacı

Derleme
Review

104 **Kendiliğin nöral alt yapısı: Northoff ve Damasio modelleri**
Neural correlates of self: Models of Northoff and Damasio
Zahide Tepeli Temiz, Lütfü Hanoğlu

Editöre Mektup
Letter to Editor

116 **Opioid kullanımı ile ilişkili duodenal perforasyon**
Duodenal perforation in a patientwith heroin use
Ümit Haluk Yeşilkaya, Yasin Hasan Balcioglu, Mehmet Cem Ilnem

YAZIM KURALLARI

Klinik Psikiyatri Dergisi, Psikiyatri, Klinik Psikoloji, Psikofarmakoloji ve Nörolojinin psikiyatriyi ilgilendiren alanlarında yapılan deneysel ve klinik araştırmalar, derlemeler, olgu sunumları, kısa bildiriler ve editöre mektup türünden yazılara yer vermektedir. Yılda 4 kez yayınlanan dergi, Türkçe ve İngilizce yazıları kabul etmektedir.

Gönderilen makaleler için; iletim, değerlendirme, yayınlanma gibi hiçbir aşamada ücret talep edilmemektedir.

2016 sayıları itibari ile makalelere DOI numaraları verilmektedir. Digital Object Identifier (DOI) sistemi digital ortamda yer alan içeriğe kolay erişilebilmesini sağlayan bir sistemdir. DOI numarası almış makaleler ile sistem, basili mecrada yayınlanmasına gerek kalmadan çevrimiçi yayınlanması ile birlikte çalışmalarınız arasında yer almasını olanak sunmaktadır. Bu durum akademisyenler için zaman açısından avantaj sağlamaktadır. DOI sistemi, ISO standardı olup International DOI Foundation tarafından idare edilmektedir. DOI Sisteminde yer alan dergimizde çalışmaları yayınlanan yazarlar çalışmalarını ulusal ve uluslararası bilim çevrelerinin hızlı erişimine sunmakta ve böylelikle yazılarının atıf potansiyelini artırmaktadırlar.

Dergimiz Journal Agent ara yüzü ile makale gönderimi ve takibi yapmaktadır. Kullanıcılar tarafından kolay ve hızlı kulanım imkânı tanıyan makale takip sistemi ile çalışmalarınız hızlı bir şekilde değerlendirilmektedir.

Yazıların değerlendirme süreci ve etik konular

Klinik Psikiyatri Dergisi makalelerin değerlendirilmesinde bağımsız, tarafsız, çift-kör hakem değerlendirme raporlarını temel alınmaktadır. Gönderilen makalelerin özgünlükleri, metodolojileri, tartışılan konunun önemi, Yayın Kurulu üyeleri tarafından değerlendirilir. Takiben, tarafsız değerlendirme sürecini sağlamak için her makale alanlarında uzman en az iki dış-bağımsız hakem tarafından değerlendirilir. Bütün makalelerin karar verme süreçlerinde nihai karar yetkisi Editörler Kurulu'ndadır.

Gözden geçirenler yazarların kimliğinden habersizdir ve yazarlar da gözden geçirenlerin kimliğinden habersizdirler.

Gönderilen yazılar, isimleri gizli tutulan konuyla ilgili en az iki danışma kurulu üyesince değerlendirilir. Danışma kurulunca değerlendirmeleri tamamlanan yazılar yayın kurulunda görüşülür. Yayın kurulu yazıyı yayınlamaya, düzeltilmesi için geri göndermeye, düzelterek yayınlamaya ya da yayınlamamaya yetkilidir. Dergimizin editöryel ve yayın süreçleri International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), World Association of Medical Editors (WAME), Council of Science Editors (CSE), Committee on Publication Ethics (COPE), European Association of Science Editors (EASE) ve National Information Standards Organization (NISO) organizasyonlarının kılavuzlarına uygun olarak biçimlendirilmiştir.

Derginin editöryel ve yayın süreçleri, Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing (doaj.org/bestpractice) ilkelerine uygun olarak yürütülmektedir.

Yayın Kurulu, dergimize gönderilen çalışmalar hakkındaki intihal, atıf manipülasyonu ve veri sahteciliği iddia ve şüpheleri karşısında COPE kurallarına uygun olarak hareket edecektir. Bütün makalelerin benzerlik tespiti denetimi, iThenticate yazılımı aracılığıyla yapılmaktadır

Eğer makalede daha önce yayınlanan makalelerden alıntı varsa, makalenin yazarı yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı onay almak ve bunu makalesinde belirtmek zorundadır. Alınan onay belgesi makaleyle beraber editörlüğümüze gönderilmelidir. Hakemlerin, mükerrer yayın, intihal vb gibi olası araştırma ve yayın etiği ihlalleri konusunda yorumda bulunmaları beklenir..

Yazar olarak listelenen herkesin ICMJE tarafından önerilen yazarlık ölçütlerini karşılaması gerekmektedir. ICMJE, yazarların aşağıdaki 4 ölçütün her birini karşılamasını önermektedir:

1. Çalışmanın konseptine/tasarımına; ya da çalışma için verilerin toplanmasına, analiz edilmesine ve yorumlanmasına önemli katkı sağlamış olmak;

2. Yazı taslağını hazırlamış ya da önemli fikirsel içeriğin eleştirel incelemelerini yapmış olmak;

3. Yazının yayından önceki son halini gözden geçirmiş ve onaylamış olmak;

4. Çalışmanın herhangi bir bölümünün geçerliliği ve doğruluğuna ilişkin soruların uygun şekilde soruşturulduğunun ve çözümlendiğinin garantisini vermek amacıyla çalışmanın her yönünden sorumlu olmayı kabul etmek.

Yazarlar bu dört kuralı karşıladıklarına dair yazılı onayı Yayın Hakkı Devir Formu'nda bildirmek durumundadır. Dört kriterin hepsini karşılamayan kişilere makalenin başlık sayfasında teşekkür edilmelidir. Yayın Kurulu'nun gönderilen bir makalede "armağan yazarlık" olduğundan şüphelenmesi durumunda söz konusu makale değerlendirme yapılmaksızın reddedilecektir.

Yazarlar, çalışmalarındaki doğrudan ya da ticari bağlantı, maddi destek gibi konularda tam olarak açık olmalıdırlar. Yazarlar bu türden bir ilişkileri varsa bunun nasıl bir ilişki olduğunu bildirmek, yoksa hiçbir ilişkileri olmadığını belirtmek zorundadırlar. Dergimiz, WAME'in çıkar çatışması tanımını benimsemektedir.

Yazıların geliş tarihleri ve kabul ediliş tarihleri makalenin yayınlandığı sayıda belirtilir. Derginin internet sayfasında bütün makalelerin Türkçe ve İngilizce özet versiyonları ile gönderilen dildeki tam metin versiyonları bulunur. İçerik, yayın sürecinin tamamlanmasını takiben derginin internet sayfasında ücretsiz erişime açık hale getirilir. Eğer abone değil iseler yazarlara, yazılarının yayınlandığı dergi gönderilmemektedir.

Dergimizde yayınlanan yazıların yayın hakkı ANP Özel Sağlık Hizmetleri LTD ŞTİ'ne aittir. Yazarlara telif ücreti ödenmemektedir.

Yayınlanan yazıların bilimsel ve hukuki sorumluluğu yazarlarına aittir. Dergide yayınlanan makalelerde ifade edilen görüşler ve fikirler Klinik Psikiyatri Dergisi, Editörler ve Yayın Kurulu'nun değil, yazar(lar)ın bakış açılarını yansıtır. Editörler, Yayın Kurulu ve Yayıncı bu gibi durumlar için hiçbir sorumluluk ya da yükümlülük kabul etmemektedir.

Gönderilen yazıların hemen işleme konulabilmesi için belirtilen yazım kurallarına tam olarak uygun olması gereklidir.

Yazım Kuralları

Dergide yayınlanmak üzere gönderilen yazıların uzmanlarca tarafsız değerlendirmeye alınabilmesi için, yazarların kimliklerine ilişkin bilgilerin, yazının başında yer alacak ayrı bir sayfada bulunması gereklidir.

Yazılar, yazının daha önce bir dergide yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş, olduğunu bildiren ve tüm yayın haklarının ANP Özel Sağlık Hizmetleri LTD ŞTİ'ne devredildiği belirtilen, yazarlarca imzalanmış bir üst yazı ile gönderilmelidir.

Yazılarınızı web anasayfamızda yer alan "online makale gönder" butonuna tıklayarak gönderebilirsiniz. Her türlü sorunuz için klinikpsikiyatri@gmail.com adresinden bize ulaşabilirsiniz.
İlk sayfada, makale başlığının altında, yazarların isim, soyadı, unvan, çalışma adresleri ve varsa e-mail adresleri belirtilmelidir. En sonda da yazışmaların yapılacağı sorumlu yazarın adres, telefon ve e-mail adresi yer almalıdır.

Araştırmalar, olgu sunumları ve derleme yazıları için Türkçe özet ve anahtar sözcükler ile İngilizce başlık, İngilizce özet ve İngilizce anahtar sözcükler bulunması zorunludur. Türkçe özet en az 150, en fazla 200, İngilizce özet en az 230, en fazla 250 sözcükten oluşmalıdır. Anahtar sözcükler Index Medicus'a göre seçilmeli, en az 3 en fazla 6 kelime olmalıdır. Araştırma yazılarında Türkçe ve İngilizce özetler, Amaç (Objectives), Yöntem (Method), Bulgular (Results), Sonuç (Conclusion) şeklinde başlıklardan oluşmalıdır.

YAZIM KURALLARI

Kısaltmalar uluslararası kabul edilen şekilde olmalı, ilk kullanıldıkları yerde açık olarak yazılmalı ve parantez içinde kısaltılmış şekli gösterilmelidir. Özette kısaltmalara yer verilmemelidir. Yazılarda dipnot kullanılmamalı, açıklamalar yazı içinde verilmelidir.
Makaleler sadece www.klinikpsikiyatri.org adresinde yer alan derginin online makale yükleme ve değerlendirme sistemi üzerinden gönderilebilir. Diğer mecralardan gönderilen makaleler değerlendirilmeye alınmayacaktır.

MAKALE TÜRLERİ

Araştırma

Araştırma yazıları sırasıyla Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç alt başlıklarından oluşmalıdır. Türkçe ve İngilizce özetler, Amaç (Objectives), Gereç ve Yöntem (Method), Bulgular (Results), Sonuç (Conclusion) şeklinde başlıklardan oluşmalıdır.

Makaleler, ICMJE-Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals ile uyumlu olarak hazırlanmalıdır. Araştırmalarda etik ilkelere uyulmalıdır. Etik Kurul kararları ve olgu onay formları yazılara eklenmeli, makalede etik ilkelere uyulduğu bir cümle ile belirtilmelidir.

Özgün araştırmaların kısıtlamaları, engelleri ve yetersizliklerinden Sonuç paragrafı öncesi "Tartışma" bölümünde bahsedilmelidir.

Derleme ve Olgu Sunumu

Derleme ve olgu sunumu şeklindeki makalelerde de yukarıdaki ana yazım düzenine uyulmalı, özet sayfasından sonra yazının türüne uygun şekilde kaleme alınmalı, derlemelerde kaynak sayısı 50'ın üzerinde olmamalıdır. Derlemelerde, yazarlardan birinin konuyla ilgili 3 veya daha çok özgün araştırmasının yayımlanmış olması gereklidir. Derleme yazarlarının konu hakkındaki birikimi uluslararası literatüre yayın ve atıf sayısı olarak yansımış uzmanlar olması gerekir. Bu ölçütlere uyan yazarlar derleme yazısı yazmaları için Yayın Kurulunca davet edilebilir.

Olgu sunumlarının giriş ve tartışma kısımları kısa-öz olmalı, kaynak sayısı kısıtlı tutulmalıdır. Bu yazılar, "Giriş", "Olgu Sunumu" ve "Tartışma" alt başlıklarını içermelidir.

Kısa Bildiriler

Kısa bildiriler özet içermemeli, kısa-öz olmalı, kaynakları sınırlı olmalıdır. Kısa Bildirim yazıları (başlık sayfası, kaynaklar, tablo/şekil/resim hariç) 2500 kelimeyi geçmemelidir.

Editöre Mektup

Editöre mektup bölümü, dergide daha önce yayınlanmış yazılara eleştiri getirmek, katkı sağlamak ya da orjinal bir çalışma olarak hazırlanmamış ve hazırlanamayacak bilgilerin iletilmesi amacıyla oluşturulduğundan kısa-öz olmalı, özet içermemeli, kaynakları sınırlı olmalıdır.

TABLO, ŞEKİL VE RESİMLER

Tablo, Şekil ve Resimler numaralandırılmalı ve metin içinde geçiş sırasına göre belirtilmelidir. Başlık veya alt yazıları ile birlikte her biri ayrı sayfada hazırlanarak yazıya eklenmelidir. Şekiller fotoğraf filmi alınabilecek kalitede gönderilmelidir. Şekil içindeki harf, numara ya da semboller net ve okunabilir olmalıdır.

Tablolar ana dosyaya eklenmeli, kaynak listesi sonrasında sunulmalı, ana metin içerisindeki geçiş sıralarına uygun olarak numaralandırılmadır. Tabloların üzerinde tanımlayıcı bir başlık yer almalı ve tablo içerisinde geçen kısaltmaların açılımları tablo altına tanımlanmalıdır. Tablolar Microsoft Office Word dosyası içinde "Tablo Ekle" komutu kullanılarak hazırlanmalı ve kolay okunabilir şekilde düzenlenmelidir. Tablolarda sunulan veriler ana metinde sunulan verilerin tekrarı olmamalı; ana metindeki verileri destekleyici nitelikte olmalılardır.

Resimler, grafikler ve fotoğraflar (TIFF ya da JPEG formatında) ayrı dosyalar halinde sisteme yüklenmelidir.

KAYNAKLAR

Atıf yapılırken en son ve en güncel yayınlar tercih edilmelidir. Atıf yapılan erken çevrimiçi makalelerin DOI numaraları mutlaka sağlanmalıdır. Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Dergi isimleri Index Medicus/Medline/PubMed'de yer alan dergi kısaltmaları ile uyumlu olarak kısaltılmalıdır. Kaynaklarda tüm yazar isimleri listelenmelidir. Ana metinde kaynaklara atıf yapılırken parantez içinde Arabik numaralar kullanılmalıdır.

Vancouver stilinde kaynak gösterimi yapılmalıdır. Dergi isimlerinin kısaltmaları, "NLM Katalog: NCBI Veri tabanlarında atıf yapılan dergilerde" (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals) kullanılan stilde olmalıdır. Dizine eklenmemiş dergilerin kısaltılması gerekir. Farklı yayın türleri için kaynak stilleri aşağıdaki örneklerde sunulmuştur:

Kaynak bir makale ise,

Boyce P, Parker G, Barnett B, Cooney M, Smith F. Personality as a vulnerability factor to depression. Br J Psychiatry 1991; 159:106-114.

Zinbarg RE, Barlow DH, Liebowitz M, Street L, Broadhead E, Katon W, Roy-Byrne P, Lepine J-P, Teherani M, Richards J, Brantley PJ, Kraemer H. The DSM-IV field trial for mixed anxiety-depression. Am J Psychiatry 1994; 151:1153-1162

Bir derginin ek sayısı ise; Beskow J. Depression and suicide. Pharmaco-psychiatry 1990; 23 (Suppl 1): 3.

Burrows GD, Norman TR, Judd FK, Marriott PF. Short-acting versus long-acting benzodiazepines: discontinuation effects in panic disorders. J Psychiatr Res 1990; 24 (suppl 2): 65-72.

Kaynak bir kitap ise; Beahrs JO. The Cultural Impact of Psychiatry: The Question of Regressive Effects, in American Psychiatry After World War II: 1944-1994. Edited by Menninger RW, Nemiah JC. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000, pp. 321-342.

Çeviri kitaptan alıntı ise; Saddock BJ, Saddock VA. Klinik Psikiyatri. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2005, 155-157.

Tezden alıntı ise| Yılmaz B. Ankara Üniversitesindeki Öğrencilerin Beslenme Durumları, Fiziksel Aktiviteleri ve Beden Kitle İndeksleri Kan Lipidleri Arasındaki İlişkiler. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. 2007.

Baskıdaki makaleler için| Cai L, Yeh BM, Westphalen AC, Roberts JP, Wang ZJ. Adult living donor liver imaging. Diagn Interv Radiol 2016; 24. doi: 10.5152/dir.2016.15323. [In press].

Kongre bildirileri için| Yumru M, Savas HA, Kalenderoglu A, Bulut M, Erel O, Celik H. İkiuçlu bozukluk alt tiplerinde oksidatif dengesizlik. 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı 2008; 105.

İnternetten alıntılar için| World Health Organization. Depression. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/. Erişim tarihi: Ağustos 22, 2016.

Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Doğrudan yararlanılmayan ya da başka kaynaklardan aktarılmış kaynaklar belirtilmemeli, basılmamış eserler ya da kişisel haberleşmeler kaynak gösterilmemelidir.

Editörler Kurulu/ Editorial Board

Onursal Editör
Nevzat Yüksel

Editör
Burhanettin Kaya
Mehmet Yumru

Bölüm Editörleri
Ayşe Devrim Başterzi
Deniz Ceylan
Ejder Akgün Yıldırım
Hamid Boztaş
Gamze Özçürümez
Hasan Kandemir
Meram Can Saka
Sevcan Karakoç Demirkaya

Dil Editörleri
Tolga Binbay

Dış İlişkiler Editörleri
Halis Ulaş
Muzaffer Kaşer

İstatistik Editörü
Gülşah Seydaoğlu
Neşe Direk

Web Editörü
Mehmet Yumru

Danışma Kurulu/Advisory Board

Asena Akdemir
Aslıhan Dönmez
Aylin Uluşahin
Aylin Yazıcı
Ayşe Gül Yılmaz Özpolat
Bedriye Öncü
Bengi Semerci
Berna Uluğ
Can Cimilli
Cem Atbaşoğlu
Cem İncesu
Cem Kaptanoğlu
Cengiz Tuğlu
Çınar Yenilmez
Doğan Şahin
Doğan Yeşilbursa
Erkan Özcan
Ertan Yurdakoş
Hakan Gürvit
Hakan Türkçapar
Haldun Soygür
Işıl Vahip
İnci Özgür İlhan
İsmet Kırpınar
Köksal Alptekin
Levent Küey
Mehmet Zihni Sungur
Mustafa Sercan
Nahit Özmenler
Naomi Fineberg
Nesim Kuğu
Okan Taycan
Orhan Murat Koçak
Paul Fletcher
Raşit Tükel
Runa Uslu
Salih Selek
Sedat Batmaz
Seher Akbaş
Selçuk Candansayar
Serap Erdogan Taycan
Simavi Vahip
Süheyla Ünal
Şahika Yüksel
Şeref Özer
Tamer Aker
Timuçin Oral
Tunç Alkın

Bu sayıda görüş ve önerileri ile yayın kalitemize katkıda bulunan danışmanlarımız

Aslı Sürer Adanır
Mehmet Ak
Ömer Faruk Akça
Hatice Aksu
Evrim Aktepe
Kürşat Altınbaş
Ercan Altınöz
Vesile Altınyazar
Nuray Atasoy
İnci Meltem Atay
Cumhur Avcil
Hamza Ayaydın
Fatih Bal
Koray Başar
Ömer Başay
Ayşegül Batıgün
Sedat Batmaz
Öznur Bilaç
Çilem Bilginer
Can Cimilli
Rugül Köse Çınar
Gonca Gül Çelik
Veysi Çeri
Ebru Çobanoğlu
Esra Yancar Demir
Esra Demirci
Onur Okan Demirci
Artuner Deveci
Lale Gönenir Erbay
Ayten Erdoğan
Burcu Rahşan Erim
Almıla Erol
Ali Eryılmaz
Altan Eşsizoğlu
Damla Eyüboğlu
Murat Eyüboğlu
Cem Gökçen
Gülcan Güleç
Esra Güney
Nermin Gürhan
Mükerrem Güven
Selma Türel Hesapçıoğlu
Çiçek Hocaoğlu
Müjgan İnözü
Hale Kahyaoğlu
Alp Karaosmanoğlu
Önder Kavakçı
Arşaluys Kayır
Kaan Kora
Yüksel Kıvrak
Ferdi Köşger
Nesim Kuğu
Çağdaş Öykü Memiş
Elif Mutlu
Demet Güleç Öyekçin
Azize Atlı Özbaş
Özlem Özel Özcan
Osman Özdel
Taner Öznur
Ayşe Gül Yılmaz Özpolat
Didem Öztop
Mine Öztürk
Ozan Pazvantoğlu
Burcu Akın Sarı
Gökhan Sarısoy
Murat Semiz
Haldun Soygür
Okan Taycan
Oryal Taşkın
Atilla Tekin
Ahmet Tiryaki
İbrahim Tuğrul
Selim Tümkaya
Çisem Utku
Süheyla Ünal
Pınar Vural
Ferhat Yaylacı
Aylin Yazıcı
Esra Yazıcı
Aynıl Yenel
Zekeriya Yelboğa
Duygu Kaya Yertutanol
Abdullah Yıldırım
Münevver Hacıoğlu Yıldırım
Şahika Yüksel

Klinik Psikiyatri Dergisi aşağıdaki dizinlerde yer almaktadır

Emerging Sources Citation Index (ESCI)(2017 yılından itibaren)
Scopus (2017 yılından itibaren)
DOAJ (2018 yılından itibaren)
EBSCO Academic Search Complete (2007 yılından itibaren)
EBSCO TOC Premier (2007 yılından itibaren)
Türkiye Atif Dizini (2000 yılından itibaren)
PsycINFO/ Psycological Abstracts (2004 yılından itibaren)
TÜBITAK/ULAKBIM-Türk Tip Dizini (2000 yılından itibaren)
Google Scholar (1998 yılından itibaren)
Index Scholar (2007 yılından itibaren)
Akademik Dizin (2000 yılından itibaren)
Türk Medline (2000 yılından itibaren)
Türk Psikiyatri Dizini (1998 yilinden itibaren)
CIRRIE
Index Copernicus

Yazışma Adresi / For Correspondence: Klinik Psikiyatri Dergisi
Fabrikalar Mah. 3024 Sok. No:13 Kepez/ Antalya
Tel/Faks: 0242 244 88 83/0242 244 20 99
e-mail: klinikpsikiyatri@gmail.com
Web adresi: www.klinikpsikiyatri.org

Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü
Terapi Tıp Merkezi
ANP Özel Sağlık Hizmetleri Ltd. Şti. Adına,
Dr. Mehmet Yumru
Kapak Resmi: Mehmet Emin Erşan

Klinik Psikiyatri Dergisi'nde yayınlanan yazılar, resim, şekil ve tablolar yayıncının izni olmadan kısmen veya tamamen çoğaltılamaz. Bilimsel amaçlarla kaynak gösterilmek şartı ile özetleme ve alıntı yapılabilir.

Ruh sağlığı alanında etik ve sınırlar

Ethics and boundaries in mental health

Mehmet Yumru[1]
[1]Doç. Dr., Klinik Psikiyatri Dergisi Editörü
Özel Terapi Tıp Merkezi, Antalya, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-2117-7775

Ruh sağlığı alanında son aylarda Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulan ruh sağlığı yasa teklifi ve ruh sağlığı alanında çalışan bir "klinik psikolog" un almış olduğu ceza nedeni ile etik sorunlar gündemi oluşturdu.

Ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin mesleklerinin gereğini yerine getirirken uyması gereken etik kuralları birçok meslek örgütü tarafından belirlenmiştir. İlgili kişinin basına yansıyan açıklamasında, dava dosyasına bakılmaksızın etik ihlallerin olduğuna dair bazı verilerin olduğu görülmektedir. Etik kurallarının ihlalleri sonucu ortaya çıkan adli olayları değerlendirirken diğer tüm adli psikiyatri olgularına yaklaştığımız gibi bir yaklaşım sergilememiz gerekmektedir. Bu adli olguda da psikiyatri hekimi, taraf olan "klinik psikolog" ya da "hasta/danışan" ın kimliği, cinsiyeti, konumu, siyasi düşüncesinden bağımsız konuyu ele alması gerekmektedir. Diğer taraftan bu olaya özgü bazı verilerin varlığı, hem bu temel değerlendirmeyi yapmamıza hem de meslek etik kurallarının dillendirilmesi, savunulması ve uygulanmasına engel olmamalıdır.

Mesleki olarak bu bireysel sorumluluklarımız yanında bağlı bulunduğumuz ruh sağlığı alanındaki meslek örgütlerinin de bu tür durumlarda ciddi sorumlulukları bulunmaktadır. İster bireysel ister örgütsel olsun en başta gelen yükümlülüğümüz ise hastalarımıza yönelik olan sorumluklarımızdır. Bu amaçla meslek örgütlerinin basın açıklamaları, toplumu bilgilendirme metinleri, etik içtihadları ve tutum belgeleri ile tüm bu sürece müdahil olması gerekmektedir. Bununla birlikte kamuoyunca takip edilen bu olaydan sonra ruh sağlığı alanında çalışan meslek örgütlerinin görevlerini yeterince yerine getiremediğini görmekteyiz.

Meslek örgütlerinden beklenen asgari tutum mesleki etik kurallara vurgu yapan, psikoterapi tedavi uygulamasının sınırlarının herhangi bir gerekçe ile aşılamayacağını ve verilen yargı kararlarının takipçisini olacaklarını belirten açıklamalar yapmaları ve sürece müdahil olduklarını gösteren tavır sergilemeleri ama en önemlisi psikoterapi ortamı açısından kısmen sarsılan güven ilişkisini tekrar tesis edecek tedavi ortamına ilişkin katı ve net sınırları yeniden ve hastalara güven verici dil ile tanımlamalarıdır.

Son aylarda gündem oluşturan ve bu konu ile de birçok yönü ile ilişkili olan bir diğer önemli gelişme ise ruh sağlığı yasa teklifidir. Teklif şu an meclis gündemindedir (1). Yasa teklifinin oluşturulma süreci, teklif metninin omurgasını oluşturan Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından kamuoyuna duyurulmuştur (2). Yasa teklifini oluşturan derneklerin meclise sunulan metninde isimlerinin hiç zikredilmemesi, sadece sayısal olarak belirtilmesi ve kamuoyuna sadece bir siyasi partinin yasa teklifi metni gibi sunulması; başta Türkiye Psikiyatri Derneği olmak üzere emek veren tüm derneklerin emeğini yok saymaktır.

Yasa teklifi, derneklerin görüş birliği ile oluşturulmuş olmasına karşın bazı önemli eksiklikler barındırmaktadır. Türk Psikologlar Derneği'nin basın açıklamasında (3) belirtildiği gibi "klinik psikolog" tanımında yer alan psikolojik danışman-

(Klinik Psikiyatri 2019;22:5-6)
DOI: 10.5505/kpd.2019.75537

Makalenin geliş tarihi: 19.02.2019, Yayına kabul tarihi: 20.02.2019

lık ve rehberlik mezunlarının da psikoloji mezunlarına tanınan şekilde klinik psikolog olabilme yetkisi en önemli eksikliklerinden birisidir. Bilindiği gibi klinik psikolog tanımlaması yasal metinlere ilk olarak 2011 yılında 1219 sayılı Kanun'da tanımlandığı şekilde girmiştir. Bu tanımlamaya göre klinik psikolog; psikoloji veya psikolojik danışma ve rehberlik lisans eğitimi üzerine klinik ortamlarda gerekli pratik uygulamaları içeren klinik psikoloji yüksek lisansı veya diğer lisans eğitimleri üzerine psikoloji veya klinik psikoloji yüksek lisansına ilaveten klinik psikoloji doktorası yapan sağlık meslek mensubudur (4). Bu kanun maddesi halen yürürlüktedir. Bu maddenin "veya"dan sonra tanımlanan bölümüne göre örneğin bir endüstri mühendisi de klinik psikolog olabilmektedir. Bu sorunlu cümle yeni ruh sağlığı yasa teklifi ile kısmen onarılmış olmakla birlikte klinik psikolog olmak için psikoloji lisans eğitimi ön koşul olması gerekliliği tam olarak karşılanamamıştır.

Yukarıda sözü edilen mesleki sınır ihlali yaptığı için hakkında yargı kararı verilen kişi bu sorunlu yasa maddesi çerçevesinde "klinik psikolog" olarak görev yapmaktadır. Bahsi geçen kişi tıp fakültesi mezunu olup, üzerine klinik psikoloji yüksek lisansı ve doktorası yapmıştır. Psikiyatri hekimi değildir. Mevcut koşullarda bağlı bulunması gereken meslek örgütü Türk Psikologlar Derneği olması gerekmektedir. Ancak davanın basına yansıyan bölümlerinde meslek örgütü olarak Türk Tabibler Birliği tarafından bilirkişi raporu oluşturulmuş olduğu görülmektedir. Bu durum uygulamadaki kaosu göstermesi açısından önemlidir. Ülkemizde sağlık alanında çalışan meslek grupları içinde yalnızca hekimlerin meslek odası bulunmaktadır. Kişi hekim olduğu için yasal soruşturmayı tabip odası yapmış ancak kişi hekim kimliği ile değil klinik psikolog kimliği ile meslek icra etmektedir. Bu durum mevcut yasal mevzuat çerçevesinde de sorunludur. Endüstri mühendisliği üzerine klinik psikoloji yüksek lisansı ve doktorası yapan bir klinik psikolog için de benzer bir olay da Türkiye Mühendisler Mimarlar Odası Birliği'nin bilirkişilik yapması gibi bir durum söz konusu olmayacağına göre bu alanındaki kaos giderilmelidir. Kişinin tıp fakültesi mezunu olması, aynı zamanda doktor olması bu yasal gerçeği değiştirmez.

Meclise sunulan ruh sağlığı yasa teklifine göre klinik psikolog; psikoloji veya rehberlik ve psikolojik danışmanlık lisans eğitimleri üzerine klinik psikoloji alanında yüksek lisans ve/veya doktora yapmış veya psikoloji lisans programında bir yıl bilimsel hazırlık eğitimi ve klinik psikoloji yüksek lisans doktorası yapmış meslek mensubudur (1).

Türk Psikologlar Derneği'nin bu teklife olan şerh'ine katılmakla birlikte mesleki etik sorunların yaşanmaması adına hazırlanan teklifin uygun şekil ve içerikte yasalaşması bu tür gündemlerin oluşmaması adına önem arz etmektedir.

Yazışma adresi: Doç. Dr. Mehmet Yumru, Özel Terapi Tıp Merkezi, Antalya, Türkiye drmehmetyumru@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. https://www2.tbmm.gov.tr/d27/2/2-0858.pdf Erişim tarihi: 19.02.2019

2. http://www.psikiyatri.org.tr/basin/555/ruh-sagligi-yasa-taslagiyla-ilgili-basin-aciklamasi Erişim tarihi: 19.02.2019

3. https://www.psikolog.org.tr/?Detail=2128 Erişim tarihi: 19.02.2019

4. http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf Erişim tarihi: 19.02.2019

RESEARCH ARTICLE

The relationships among impulsivity, anxiety sensitivity, and severity of social anxiety disorder

Dürtüsellik ve anksiyete duyarliliği özelliklerinin sosyal anksiyete bozukluğu'nun şiddeti ile ilişkisi

Safiye Bahar Ölmez[1],Ahmet Ataoğlu[2]

[1]M.D., Department of Psychiatry, Düzce University School of Medicine, Düzce, Turkey https://orcid.org/0000-0003-4793-7514

[2]Prof., Department of Psychiatry, Düzce University School of Medicine, Düzce, Turkey https://orcid.org/0000-0002-6435-1286

SUMMARY

Objective: The purpose of this study is to examine the characteristics of impulsivity and anxiety sensitivity in patients with Social Anxiety Disorder (SAD) and to investigate relationships between these characteristics and the severity of SAD. **Method:** The sample consisted of outpatients (n=42) who had been diagnosed with only SAD based on the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, in addition to healthy individuals (n=51) serving as the control group. Data collection tools were the sociodemographic form, the Barratt Impulsivity Scale (BIS-11), the Anxiety Sensitivity Index (ASI-3), and Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS). **Results:** The mean total score of the BIS-11 in the SAD group was found to be significantly higher than the mean total BIS-11 score in the control group ($p < 0.001$). Compared to the mean total ASI-3 score, the SAD group's mean score was significantly higher than the control groups mean scores ($p < 0.001$). The analysis of variance revealed that the cognitive and social dimensions and total ASI-3 scores were positively correlated with total LSAS scores (r=0.434, r=0.427, and r=0.351, respectively). Additionally, there was a negative correlation between the attention impulsivity subscore and the LSAS avoidance subscore (r=-0.353). **Discussion:** Patients with SAD have more impulsivity and anxiety sensitivity characteristics than healthy individuals. Moreover, anxiety sensitivity and attention impulsivity characteristics of patients with SAD are associated with symptom severity.

Key Words: Anxiety sensitivity, Liebowitz Social Phobia Anxiety Scale, impulsivity, social anxiety disorder

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) hastalarında dürtüselik ve anksiyete duyarlılığı özelliklerinin incelenmesi ve bu özelliklerin SAB'nın şiddeti ile ilişkisinin araştırılmasıdır. **Yöntem:** Çalışmanın örneklemini Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Hastalıkların Tanı ve Sınıflandırması Kılavuzunun beşinci versiyonuna göre tanı almış 42 SAB hastasından oluşan SAB grubu ve psikiyatrik tanısı bulunmayan 51 sağlıklı bireyden oluşmuş kontrol grubu oluşturmuştur. Çalışmada veri toplama aracı olarak; sosyo-demografik form, Barratt Dürtüselik Ölçegi (BDÖ-11), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADI-3) ve Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSFBÖ) kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışma sonucunda SAB grubunda BDÖ-11 ortalama toplam puanı kontrol grubunun BDÖ-11 ortalama toplam puanından yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Ayrıca SAB grubunun ortalama toplam ADI-3 puanı kontrol grubunun toplam ADI-3 puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.001$). Uygulanan varyans analizi sonucunda bilişsel ve toplumsal alt ölçek ve toplam ADI-3 puanları ile LSFBÖ puanları arasında pozitif korelasyonlar olduğu bulunmuştur (sırasıyla; r=0.434, r=0.427 ve r=0.351). BDÖ-11 alt ölçeklerinden ise yanlızca dikkat dürtüselliği puanı ile LSFBÖ kaçınma alt ölçek puanı arasında negatif korelasyon bulunmuştur (r=-0.353). **Sonuç:** SAB hastalarının dürtüsellik ve anksiyete duyarlılığı özellikleri sağlıklı bireylerden yüksektir. SAB'da kaçınma belirtilerinin şiddeti, bireylerin anksiyete duyarlılığı ve dikkat dürtüselliği özellikleri ile ilişkilidir.

Anahtar Sözcükler: Anksiyete duyarlılığı, dürtüsellik, Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği, Sosyal Anksiyete Bozukluğu

(Turkish J Clinical Psychiatry 2019;22:7-15)

DOI: 10.5505/kpd.2018.47560

The arrival date of article: 15.08.2018, Acceptance date publication: 06.11.2018

INTRODUCTION

Social Anxiety Disorder (SAD) is a mental disorder characterized by persistent anxiety and avoidance behavior triggered by the presence of a person in a social environment (1). SAD is often associated with decreased functionality and quality of life (1,2). While 92% of the SAD patients reported having decreased occupational functioning, 85% of the SAD patients also reported having reduced academic performance (2).

In the SAD development process there exist etiological factors via genetic susceptibility, environmental conditions, individual experiences, and the complex interaction of temperament and character traits (1). Studies on the neurobiology of social anxiety have demonstrated that there is an "alarm system" that affects the prefrontal area, between the amygdala and the hippocampus in the brain (3). Some neuroimaging studies have suggested that the level of the perception of social events as threatening may change depending on the activation in some individuals of this alarm system (3,4). Anxiety sensitivity is known as one of the crucial factors related to this alarm system's activation.

Anxiety sensitivity was first described by Reiss and McNally as "frightening from fear" (5). Anxiety sensitivity is a cognitive process that is considered to be important in the etiology and course of anxiety disorders by providing cognitive constructs of anxiety symptoms (6). Individuals who have higher anxiety sensitivity experienced anxiety symptoms more intensely and more unattainable than others. Studies on the anxiety sensitivity properties of anxiety disorders have shown that different dimensions of anxiety sensitivity are associated with different types of anxiety disorders (6-12). For instance, Rodriguez et al. found that relationships exist between panic disorder and physical dimension, SAD and social dimension, and Generalized Anxiety Disorder (GAD) and cognitive dimension (12).

Impulsivity is another clinical feature, which arouses interest by researchers in several mental disorders. Past research has shown that most of the psychiatric disorders including anxiety disorders, mood disorders, and Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) may have some impulsivity characteristics, which make treatment and progress of the disorders poorer than those, which do not have impulsivity characteristics (13-15). Some studies in the literature also have shown that some subgroups of patients with SAD can display impulsive behaviors instead of the avoidance behaviors that we often expect to observe in patients with SAD (16-18). Kashdan et al. examined the behavior patterns and socio-demographic characteristics of a sample of 1,832 individuals in their study and, found that 79% of the SAD samples exhibited typical behavioral patterns such as behavioral inhibition and submission, whereas 21% of displayed more anger and impulsivity characteristics than individuals with typical behaviors (16).

Examining impulsivity and anxiety sensitivity characteristics of patients with SAD can lead the way to administer treatment better for clinicians. Several studies in the literature proposed that different levels of impulsivity and anxiety sensitivity also might have affected the severity of SAD (6-12, 16-18). Interestingly the results of some of the studies related SAD and impulsivity suggest that impulsivity may have an indirect effect in relation to the severity of disorder symptoms, as well as other individual predisposing factors such as personality traits or anxiety sensitivity (16-18). It seems that impulsivity and anxiety sensitivity have a complex function in SAD. However, according to our knowledge, there is no study in the literature that examined the relationships between these two characteristics and severity of SAD concurrently (6-12, 16-18). Thus, the aim of this study is to investigate impulsivity and anxiety sensitivity characteristics in SAD patients and to investigate the relationships between these characteristics and the severity of SAD symptoms. The research questions that have been addressed in this study are as follows:

-Is there a significant difference between patients with SAD and healthy controls based on their impulsivity and anxiety sensitivity characteristics?

-Is there a significant relationship between severity of SAD and impulsivity or anxiety sensitivity levels

of SAD patients?

METHOD

Participants

The sample of this study consisted of outpatients with SAD (n=42) who applied to the psychiatry clinic of a university hospital during a one-year period, in addition to healthy individuals (n=51) who did not receive any psychiatric diagnosis who thus served as the control group. These individuals in the SAD group were selected from outpatients who had not been diagnosed with any other psychiatric comorbidities after a clinical interview based on the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder fifth edition (DSM-5) criteria (19). Individuals who have any other comorbid mental disorder except SAD or any personality disorders according to DSM-5 and who were receiving any psychotropic treatment were excluded from this study. Additionally, we administered all measurements to participants in the SAD group during the first clinical interview before they began to receive any treatment for SAD. Informed consent was obtained from all of the participants in the present study and researchers followed essential ethical rules. An appropriate permission (Decision number:2015/73) was received from the Clinical Research Ethics Committee of the university on 14/12/2015.

Measurements

The data collection tools of this study were the socio-demographic form, the Barratt Impulsivity Scale (BIS-11), and the Anxiety Sensitivity Inventory (ASI-3) (9,14). Only the Liebowitz Social Anxiety Symptom Inventory (LSAS) was administered to participants just in the SAD group (20,21).

The BIS-11 consists of 30 questions answered on the basis of a self-report. The BIS-11 has three subscales including attention impulsivity (cognitive irregularity and rapid decision making), motor impulsivity (impatience, sudden and unplanned mobility), and non-planning impulsivity (not making any plan due to focus on the present time) (14). To evaluate the BIS-11, four different scores are obtained including total, non-planning, attention, and motor impulsivity scores. The higher the total BIS-11 score means, the higher the impulsivity of the patient (14). The validity and reliability study of BIS-11 in Turkish was confirmed by Güleç et al. (22).

The ASI-3 is the latest version of the ASI and was developed by Taylor et al. (9). Mantar et al. confirmed the validity and reliability of the Turkish version of the scale (6). The ASI-3 consists of 18 items based on a self-report. The scale provides three separate sub-scores (physical, social and cognitive dimensions) and total ASI-3 scores (6,9)

The LSAS is a measurement which is used to determine the severity of SAD and it consists of 24 items in two subsections, which are anxiety and avoidance subsections (20,21). The validity and reliability study of the Turkish version of the scale was made by Soykan et al. (23).

Statistical Analyses

Statistical analyses were carried out in the SPSS (Version 18) program. While the assumption of normality was examined by the Shapiro Wilk test in continuous quantitative variables, homogeneity of variances was evaluated through the Levene test. For the continuous quantitative variables for which the assumptions hold, independent samples t-test was used to compare the groups in terms of socio-demographic characteristics and clinical scales. On the other hand, for variables for which the assumptions do not hold, Mann Whitney Test was used for group comparisons.

The Pearson and Spearman Correlation tests were applied to examine the relationships between quantitative variables. Relationships between categorical variables were also examined by the Pearson Chi-Square and the Fisher-Freeman-Halton tests. In this study, $p < 0.05$ was considered statistically significant.

RESULTS

Table 1 presents the socio-demographic characteristics of the participants. Regarding Table 1, there was no statistically significant difference between the groups in terms of their socio-demographic characteristics. During the clinical interview, all the participants in two groups were also questioned in terms of lifetime psychiatric history and there was also no statistically significant difference between the groups in terms of lifetime psychiatric diagnosis (p= 0.376).

Regarding the impulsivity characteristics of groups, the mean BIS-11 total score (± SD) was 59.9 ± 9.0 in the SAD group while it was 53.5±8.2 in the control group (p <0.001). There was no statistically significant difference between groups in terms of subscores of the BIS-11 (Table-2). Regarding the relationship between the BIS-11 and the LSAS scores, it was found that there was a negative correlation between the attention impulsivity score and the LSAS avoidance subscale score (r=-0.353, p=0.022) (Table 3).

When the groups were compared according to the total ASI-3 mean score, the mean ASI-3 total score of the SAD group was found to be significantly higher than the mean ASI-3 total score of the control group (p <0.001). When the groups were examined in terms of the ASI-3 subscale scores, the mean scores of the physical, social and cognitive ASI-3 subscales in the SAD group were also significantly higher than the control group's subscales scores (p<0.001, p<0.001 and p<0.001, respectively) (Table 2).

Regarding the relationships between the ASI-3 and the LSAS scores, the cognitive dimension, the social dimension, and the total scores of ASI-3 were found to be positively correlated with the all LSAS scores (Table 3).

In the SAD group, no statistically significant relationship was found between the BIS-11 total and the subscale scores and the ASI-3 total and the subscale scores (Table 4).

DISCUSSION

In this study, the impulsivity and anxiety sensitivity characteristics of SAD patients were compared

Table 1: Socio-demographic characteristics of the groups

		Social Anxiety Disorder Group n (%)	Control Group n (%)	p
Gender**	Male	24(57.1)	30(58.8)	0.170
	Female	18(42.9)	21(41.2)	
Marital status**	Married	8(19.0)	13(25.4)	0.084
	Single	34(81.0)	38(74.6)	
Occupation***	Public servant	4(9.5)	7(13.6)	0.011
	Worker	4(9.5)	9(17.6)	
	Student	26(61.9)	25(48.7)	
	Housewife	2(4.8)	2(3.9)	
	Other*	6(14.3)	7(13.6)	
Residence***	Urban	35(83.3)	47(92.8)	0.054
	Rural	7(16.7)	4(7.2)	
Monthly income perception***	Not good	7(16.7)	14(27.5)	0.079
	Medium	28(66.7)	35(68.6)	
	Good	7(16.7)	2(3.9)	
Age (years) a,b		21.0 (18-41)	22.0 (19-42)	0.872
Education Level (years) a,b		14.0 (5-22)	16.0 (2-19)	0.285
Mother Education (years) a,b		5.0 (0-16)	5.0 (0-16)	0.708
Father Education (years) a,b		8.0 (0-18)	11.0 (0-16)	0.090
Number of Siblings a,b		3.0 (1-7)	3.0 (0-12)	0.700

*Unemployed, farmer, retired, worker, craftsmen, **Pearson Chi-Square test ***Fisher-Freeman-Halton test, a:Mann Whitney Test, b: Median (Minimum-Maximum).

Table 2: The comparison of the BIS -11 and the ASI -3 scores of groups

	Social Anxiety Disorder group		Control group		p
	Mean±SD	Min-Max	Mean±SD	Min-Max	
Motor Impulsivity [a,c]	8.6±2.8	3.0-16.0	7.6±2.3	4.0-13.0	0.124
Attentional Impulsivity [a,c]	8.8±2.4	5.0-14.0	8.2±2.4	5.0-17.0	0.163
Non-planning Impulsivity [a,c]	10.4±23	5.0-15.0	9.7±2.8	5.0-19.0	0.121
Total BIS -11 score [a,c]	59.9±9.0	42.0-80.0	53.5±8.2	39.0-73.0	**0.001**
Physical concerns [b,c]	10.5±62	0.0-22.0	5.1±5.6	0.0-24.0	**0.001**
Social Concerns [b,c]	15.5±51	4.0-24.0	6.0±5.3	0.0-20.0	**0.001**
Cognitive concerns [b,c]	10.2±58	0.0-23.0	3.5±4.4	0.0-20.0	**0.001**
Total ASI-3 score [c]	36.2±13.8	10.0-63.0	14.6±14.7	0.0-69.0	**0.001**

ASI-3: Anxiety Sensitivity Index -3, BIS-11: Barratt Impulsivity Scale -11, SD: Standard Deviation, Min-Max: Minimum-Maximum, a: BIS-11 sub-scores, b: Dimension scores of ASI -3, c: independent samples t -test, significance at p<0.05.

with those of the healthy controls, and the relationships between these features and the severity of SAD symptoms were examined.

Comparing the BIS-11 scores of the groups the mean total BIS-11 scores of the SAD group were found to be significantly higher than the mean total BIS-11 scores of the control group. Several studies in the literature suggest that some subgroups of patients with SAD have higher impulsivity characteristics than others (24-27). Del Carlo et al. examined the characteristics of impulsivity and additional psychiatric disorders in patients with anxiety disorders and found that the impulsivity characteristics of the anxiety disorders (Agoraphobia, Panic Disorder, and SAD) were higher than those of healthy controls (24). Moreover, Chamorro et al. have examined participants in a community sample of 34.653 adults based on their impulsivity scores and they divided participants into two groups as "impulsive" and "non-impulsive" groups (27). Then Chamorro et al. compared these two groups based on their psychiatric diagnosis. They have found that 12.1% of the "impulsive" group had individuals who meet the SAD diagnosis criteria. On the other hand, this rate was 5.9% in the "non-impulsive" group (27). According to the findings of those studies, impulsivity seems to have a complex relationship with SAD.

The general pattern of behaviors of SAD patients consists of social interaction and avoidance behaviors. When the results of the present study are evaluated with abovementioned studies; it is observed that some SAD patients may exhibit impulsive behaviors for purposes such as refusing,

Table 3: The correlations among the LSAS scores, the ASI -3, and the BIS -11 scores in SAD group

		LSAS Anxiety Score	LSAS Avoidance Score	LSAS Total Score
Motor Impulsivity [a,c]	r	-0.016	-0.258	-0.108
	p	0.918	0.100	0.497
Attentional Impulsivity [a,c]	r	-0.189	**-0.353**	-0.264
	p	0.231	**0.022**	0.091
Non-planning Impulsivity [a,c]	r	-0.022	-0.050	-0.048
	p	0.890	0.751	0.764
Total Impulsivity [c]	r	0.108	-0.089	0.032
	p	0.498	0.576	0.842
Physical concerns [b,c]	r	-0.007	0.090	0.014
	p	0.963	0.569	0.931
Social concerns [b,c]	r	**0.400**	**0.430**	**0.427**
	p	**0.009**	**0.004**	**0.005**
Cognitive concerns [b,c]	r	**0.419**	**0.412**	**0.434**
	p	**0.006**	**0.007**	**0.004**
Total ASI-3 Score [c]	r	**0.326**	**0.375**	**0.351**
	p	**0.035**	**0.015**	**0.023**

SAD: Social Anxiety Disorder, LSAS: Liebowitz Social Anxiety Scale , ASI-3: Anxiety Sensitivity Index -3, BIS-11: Barratt Impulsivity Scale -11, a: BIS-11 sub-scores, b: Dimension scores of ASI -3, c: Spearman Correlation test, significant at p<0.05.

Table 4: The correlations between the ASI -3 and the BIS-11 scores in SAD group

		Physical concerns[b]	Social concerns[b]	Cognitive concerns[b]	Total ASI-3 Score
Motor Impulsivity[a,c]	r	0.120	-0.130	0.164	0.076
	p	0.451	0.413	0.298	0.633
Attentional Impulsivity[a,c]	r	0.150	-0.095	0.114	0.081
	p	0.342	0.552	0.471	0.608
Non-planning Impulsivity[a,c]	r	-0.036	-0.237	0.048	-0.083
	p	0.822	0.131	0.764	0.601
Total Impulsivity[c]	r	0.092	-0.135	0.300	0.119
	p	0.563	0.395	0.054	0.454

SAD: Social Anxiety Disorder, ASI-3: Anxiety Sensitivity Index -3, BIS-11: Barratt Impulsivity Scale-11, a: BIS-11 sub-scores, b: Dimension scores of ASI -3, c: Spearman Correlation test, significant at $p<0.05$.

rejecting, criticizing, or hurting before being criticized or rejected. In this way, an individual may have an opportunity to protect his/her social status and gain acceptance instead of being rejected. This impulsive way can also provide him/her a solution for coping with his/her anxiety in a quick way. On the other hand, another point of view about the subject is that; people who have impulsive, unplanned, and sudden behaviors are more likely to develop SAD because of the negative consequences they frequently face. A more robust examination of this causal relationship may be possible in future studies with larger samples and longer patient follow-ups. However, the findings of the present study support the current literature, which suggests that SAD is an anxiety disorder, which might have impulsivity characteristics (24-27).

Impulsivity can also affect symptom severity and treatment outcomes of patients with any kind of mental disorders (16-18,26). Therefore, one main purpose of the present study was to investigate the relationship between impulsivity and symptom severity levels of patients with SAD. Regarding the findings of this investigation, we found a negative correlation only between the attention impulsivity score of the SAD patients and the LSAS avoidance sub-scale score. Attention impulsivity is defined as having difficulty paying attention, being indecisive or displaying an intolerance of cognitive complexity (14). Therefore, this result showed that among patients with SAD, those who have higher attention impulsivity characteristics also have lower avoidance symptom severity than other patients with SAD. This supports the idea that attention impulsivity characteristics might be a predictor for determining patients who can display much more impulsive behaviors than expected avoidance behaviors in SAD (16-18). The alignment of impulsivity characteristics with any mental disorder is important for clinicians in terms of planning optimal treatment and follows up for patients. According to Kashdan and McKnight, impulsive behaviors can be used by SAD patients effectively in reducing short-term anxiety symptoms and preventing rejection from others. However, these behaviors can lead to long-term negative outcomes related to life satisfaction, physical and mental health and total life expectancy (26). In the field of the relationships between impulsivity and treatment outcomes of SAD patients, Erwin et al. examined the participants' depressive symptoms, coping attitudes, cognitive behavioral psychotherapy outcomes, and severity of SAD symptoms (28). Erwin et al. found that participants who had higher impulsive features were less likely to benefit from treatment than others who did not have those features. Considering that the basic practices of cognitive behavioral psychotherapy in SAD include various behavioral interventions, individuals who are impulsive, who make sudden decisions, and who exhibit higher anger behaviors may be less likely to complete such a therapy (29).

Anxiety sensitivity is another clinical feature associated with SAD as well as several anxiety disorders as a susceptibility factor (8, 30-33). Recent studies related to anxiety sensitivity in SAD revealed that social anxiety sensitivity was predictive for SAD (8, 30-33). The findings of the present study based on higher levels of social dimension scores of ASI in the SAD group are consistent with the findings reported in the literature (8, 30-33). In addition to these studies, we found that not only social dimension but also the cognitive and physical dimension of ASI may determinate the severity of SAD. It is a

well-known clinical finding that individuals with SAD are highly aware of their physical senses, especially those individuals exposed to physical sensations such as facial flushing, sweating or trembling, which are present during social interactions (34). It is also known that processes such as negative evaluation in the society, negative interpretation of the event by rumination before or after the social interaction are crucial manners in the cognitive structure of SAD. Individuals who are more sensitive to the cognitive manifestations of anxiety also be expected to apply more of these abovementioned negative appraisals.

Although anxiety sensitivity is an individual susceptibility factor for anxiety, several studies have also shown that anxiety sensitivity may be reduced with the help of psychotherapy or pharmacotherapy (35). Therefore determining patients who have higher anxiety sensitivity also crucial for better treatment management of patients with SAD (35). Regarding examination of the relationship between anxiety sensitivity and severity of SAD in the present study, it was found that there was a positive correlation between cognitive and social anxiety sensitivity characteristics, and total ASI-3 scores and all subscale and total scores of LSAS. Additionally, regarding the assessment of the relationships between impulsivity and symptom severity of SAD we found that among the patients with SAD those who have higher attention impulsivity characteristics also have lower avoidance symptom severity than other patients. Therefore, all have the attention impulsivity, cognitive and social anxiety sensitivity characteristics seem to be associated with symptom severity of SAD. When we assess the two main results of our study we can point out that both higher anxiety sensitivity and lower attention impulsivity characteristics can lead to higher symptom severity of SAD related to avoidance.

Regarding examining the relationship between anxiety sensitivity and impulsivity features, there was no significant correlation between anxiety sensitivity and impulsivity characteristics of patients with SAD in the present study. Additionally, to our knowledge, there is no study in the literature that examined the relationship between anxiety sensitivity and impulsivity characteristics of patients with SAD. There were only two studies, which examined the association between anxiety sensitivity and risk-taking behavior such as gambling and substance use in nonclinical samples. In the first study, researchers claimed that individuals with high anxiety sensitivity characteristics display significantly less risk-taking than their low counterparts who have less anxiety sensitivity characteristics (36). In the results of the second study showed that adolescents who had higher impulsivity in addition to higher anxiety sensitivity characteristics demonstrated much more maladaptive ways such as substance use for coping with their anxiety (37). Therefore, Comeau et al. claimed that anxiety sensitivity could be a mediator for the relationship between anxiety and impulsivity (37). Although there were significant relationships between symptom severity of SAD and anxiety sensitivity or impulsivity separately, we could not find any association between anxiety sensitivity and impulsivity. These differences between the present study and past research discussed above might be derived from different methods and clinical samples used in those studies. Hence, future studies need to be done in larger clinical samples and with different methods for examining the relationship between impulsivity and anxiety sensitivity.

One of the limitations of the present study is the limited size of the participants. This limitation was derived from our eligibility criterion for participants such as not having any additional psychiatric diagnoses other than SAD. Although SAD is one of the most common mental disorders, patients with SAD are less likely to apply for treatment without additional psychiatric complaints. Another limitation of this study is that data collection tools are based on self-declaration of participants. The last limitation of the present study is that assessing impulsivity only for using inventory without any behavioral or cognitive tasks as mentioned before.

Despite having these limitations, the present study contributes to the limited literature on the relationships among anxiety sensitivity, impulsivity, and SAD. Specifically, findings of the present study imply that individuals with higher anxiety sensitivity and lower attention impulsivity tend to have higher avoidance symptom severity than others. Determining the anxiety sensitivity and impulsivity characteristics of patients with SAD can provide a

guide to managing appropriate treatment model for clinicians.

CONCLUSION

In conclusion, patients with SAD may have more impulsive characteristics than healthy individuals. The extensive sampled studies are needed to understand whether these individuals use impulsivity for coping with their anxiety and whether SAD is a result of their failures due to their impulsive behaviors in social interaction.

Additionally, anxiety sensitivity characteristics of an individual can be used as the preliminary factor to predict which individuals are more likely to develop SAD and also to predict symptom severity of present SAD. It is also critical to assess not only the social dimension but also the cognitive and physical dimension of ASI for examining anxiety sensitivity characteristics of patients with SAD. Finally, symptom severity of SAD is associated with both anxiety sensitivity and attention impulsivity characteristics of individuals.

Correspondence address: M.D. Safiye Bahar Olmez, Department Of Psychiatry, Düzce University School Of Medicine, Düzce, Turkey safiyebaharolmez@gmail.com

REFERENCES

1. Stein MB, Chen CY, Jain S, Jensen KP, He F, Heeringa SG, Kessler RC, Maihofer A, Nock MK, Ripke S, Sun X, Thomas ML, Ursano RJ, Smoller RJ, Gelernter J. Genetic risk variants for social anxiety. Am Jour of Med Gen 2017; 174:120-131.

2. Dilbaz N. Sosyal fobi. Psikiyatri Dünyası 1997; 1:18-24. (Turkish)

3. Tillfors M. Why do some individuals develop social phobia? A review with emphasis on the neurobiological influences. Nord J Psychiatry 2004;58:267-276.

4. Tillfors M, Furmark T, Marteinsdottir I, Fredrikson M. Cerebral blood flow during anticipation of public speaking in social phobia: a PET study. Biol Psychiatry 2004;52:1113-1119.

5. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. Behav res and therapy 1986;24:1-8.

6. Mantar A, Yemez B, Alkın T. Anksiyete duyarlılığı ve psikiyatrik bozukluklardaki yeri. Turk Psikiyatri Derg 2011;22:187-193. (Turkish)

7. Rector NA, Szacun-Shimizu K, Leybman M. Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. Behav Res Ther 2007;45:1967-1975.

8. Naragon-Gainey K. Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. Psychol Bull 2010;36:128-138.

9. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ Daecon B, Heimberg R, Ledley G, Coles M. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. Psychol Assess 2007; 9:176.

10. Taylor S. Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety. Routledge 2014, 76-99.

11. McNally RJ. Anxiety sensitivity and panic disorder. Biol Psychiatry 2002;52:938-946.

12. Rodriguez BF, Bruce SE, Pagano ME. Factor structure and stability of the Anxiety Sensitivity Index in a longitudinal study of anxiety disorder patients. Behav Res Ther 2004;42:79-91.

13. Öztürk MO, Uluşahin A Mental Health and Mental Disorders. Eleventh ed., Ankara, Nobel Tıp Kitapları, 2013, pp. 462-468. (Turkish)

14. Patton JH, Stanford MS. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. J. Clin. Psychol 1995;51:768-774.

15. Özdemir PG, Selvi Y, Aydın A. Impulsivity and its treatment. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar 2012;4:293-314. (Turkish)

16. Kashdan TB, Elhai JD, Breen WE. Social anxiety and disinhibition: an analysis of curiosity and social rank appraisals, approach-avoidance conflicts, and disruptive risk-taking behavior. J Anxiety Disord 2008;22:925-939.

17. Kashdan TB, Hofmann SG. The high?novelty-seeking, impulsive subtype of generalized social anxiety disorder. Depress and Anxiety 2008;25:535-541.

18. Mörtberg E, Tillfors M, Zalk N, Kerr M. An atypical anxious impulsive pattern of social anxiety disorder in an adult clinical population. Scand J Psychol 2014;55:350-356.

19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Pub, 2013.

20. Liebowitz MR. Social phobia. Mod Probl Pharmacopsychiatry 1987;22:141-173.

21. Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR Safren SA, Brown EJ, Schneier FR, Liebowitz MR. Psychometric properties of the Liebowitz social anxiety scale. Psychol Med 1999;29:199-212.

22. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakus G, Zengin M, Standford MS. Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2008; 8:251-258. (Turkish)

23. Soykan Ç, Özgüven HD, Gençöz T. Liebowitz social anxiety scale: the Turkish version Psycholog Rep 2003; 9(suppl3):1059-1069. (Turkish)

24. Del Carlo A, Benvenuti M, Fornaro M, Toni Cristina,

Rizzato S, Swann AC, Dell'Osso L, Perugi G. Different measures of impulsivity in patients with anxiety disorders: a case control study. Psychiatry Res 2012;197:231-236.

25. Kachin KE, Newman MG, Pincus AL. An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes. Behav Ther, 2001;32:479-501.

26. Kashdan TB, McKnight PE. The darker side of social anxiety when aggressive impulsivity prevails over shy inhibition. Curr Dir Psychol Sci 2010; 19:47-50.

27. Chamorro J, Bernardi S, Potenza MN. Impulsivity in the general population: a national study. J Psychiatr Res 2012;46:994-1001.

28. Erwin BA, Heimberg RG, Schneier FR, Liebowitz MR. Anger experience and expression in social anxiety disorder: Pretreatment profile and predictors of attrition and response to cognitive-behavioral treatment. Behav Ther 2003;34:331-350.

29. Türkçapar MH. Cognitive Behavioral Therapy. Third ed., Ankara, Hekimler Yayin Birligi, 2017, pp. 40-45. (Turkish)

30. Taylor S, Koch WJ, McNally RJ. How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? J Anxiety Disord 1992; 6:249-259.

31. Grant DM, Beck JG, Davila J. Does anxiety sensitivity predict symptoms of panic, depression, and social anxiety? Behav Res Ther 2007;45:2247-2755.

32. Zinbarg RE, Brown TA, Barlow DH, Rapee RM. Anxiety sensitivity, panic, and depressed mood: A reanalysis teasing apart the contributions of the two levels in the hierarchical structure of the Anxiety Sensitivity Index. J Abnorm Psychol 2001;110:372-376.

33. McWilliams LA, Stewart SH, MacPherson PS. Does the social concerns component of the Anxiety Sensitivity Index belong to the domain of anxiety sensitivity or the domain of negative evaluation sensitivity? Behav Res Ther 2000;38:985-992.

34. Costello CG. Fears and phobias in women: A community study. J Abnorm Psychol 1982; 91:280.

35. Cox BJ, Taylor S, Enns MW. Fear of cognitive dyscontrol in relation to depression symptoms: Comparisons between original and alternative measures of anxiety sensitivity. J Behav Ther Exp Psychiatry 1999;30:301-311.

36. Broman-Fulks, JJ, Urbaniak A, Bondy CL, Toomey KJ. Anxiety sensitivity and risk-taking behavior. Anxiety, Stress, & Coping 2014; 27:619-632.

37. Comeau N, Stewart SH, Loba P. The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. J Addict Behav Ther 2001;26:803-825.

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi

Investigation of the effect between care burden and quality of life in caregivers of schizophrenia patients

Hakan Karaağaç[1], Esra Çalık Var[2]

[1]Sosyal Hizmet Uzmanı, Kayseri Şehir Hastanesi, Kayseri, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-6586-5940

[2]Doç. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-6025-0576

ÖZET

Amaç: Bu çalışma Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM ve Ruh Sağlığı Kliniğinde tedavi edilen şizofreni hastalarına bakım verenlerin algıladıkları bakım yüklerinin yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirildi. **Yöntem:** Örneklem seçiminde amaçsal örnekleme yöntemi kullanılmış ve 146 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında; Sosyodemografik Bilgi Formu, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Türkçe Formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 23 programında sayı, yüzde, frekans, t testi, ANOVA, pearson korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizi ile test edilmiştir. **Bulgular:** Bakım verenlerin; yaş ortalamasının 45 olduğu, hastalarına ortalama 8.5 yıl bakım verdikleri ve % 54.8'inin kadın olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi fiziksel sağlık boyutunu; bakım yükü toplam puanı, sosyal ilişkilerde bozulma ve ekonomik yük alt boyutlarının olumsuz etkilediği bulunmuştur. Ruhsal gerginlik, ekonomik yük ve bakım yükü toplam puanının ise yaşam kalitesinin psikolojik alt boyutunu olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi sosyal ilişkiler alt boyutunu bakım yükü ruhsal gerginlik ve toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutları olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Yaşam kalitesi çevre boyutunu ise sadece ekonomik yük etkilemektedir. **Sonuç:** Ruh sağlığı hastalıkları sadece hastanın değil hasta yakınlarının da yaşamlarını etkilemekte, hasta yakınları bu süreçte desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Şizofren hastalarına yönelik geliştirilecek ve var olan programlar değerlendirilirken onlara bakım verenlerin de dikkate alınması şizofreni hastalarının aile sistemi içinde desteklenebilmesini ve hastalığa bütüncül yaklaşılmasını destekleyebilir.

Anahtar Sözcükler: Bakım yükü, sosyal hizmet, şizofreni, yaşam kalitesi

SUMMARY

Objective: This study was conducted to investigate the effect between care burden and quality of life of caregivers of schizophrenia patients treated at Kayseri Education and Research Hospital Community Mental Health Center and Psychiatry Clinic. **Method:** T In the selection of samples, purposive sampling method was used and 146 persons were included in the study. In the collection of data; Sociodemographic Information Form, Zarit Care Burden Scale and WHOQOL-BREF-TR were used. The obtained data were tested in SPSS 23 program by number, percentage, frequency, t test, ANOVA, Pearson correlation analysis and multiple regression analysis. **Results:** Caregivers; mean age was 45, the patients were given care a mean of 8.5 years and 54.8% were women. The quality of life physical health subscale; burden of care total score, deterioration in social relations and economic burden were negatively affected. It was determined that the total score of spiritual tension, economic burden and burden of care total score negatively affected the psychological sub-dimension of quality of life. It was concluded that the social relations subdimension of quality of life negatively affected the subdimensions of care burden, mental stress and deterioration in social relations. The quality of life environmental subscale are affected only economic burden. **Discussion:** Mental health diseases affect the lives of not only the patients but also the patients' relatives, and caregivers may need support in this process. Consideration of the caregivers of schizophrenic patients as well as their caregivers, when existing programs are being assessed, may support schizophrenia patients within the family system and promote holistic approach to the disease.

Key Words: Caregiver burden, social work, schizophrenia, quality of life

(Klinik Psikiyatri 2019;22:16-26)

DOI: 10.5505/kpd.2018.60783

Makalenin geliş tarihi: 12.04.2018, Yayına kabul tarihi: 19.11.2018

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1948'de, sağlığı "sadece fiziksel hastalık olarak değil, ruhsal ve sosyal açıdan da tam bir iyilik hali " olarak tanımlamasından sonra sağlığa ilişkin iyilik halinin ölçülmesine, yaşam kalitesi kavramına, sağlık hizmetleri uygulamalarına ve araştırmalarına verilen önem artarak devam etmektedir (1). Bu bağlamda, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen bir kavram olan yaşam kalitesi pek çok araştırmaya konu olmuştur. Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması olarak tanımlanmaktadır (2).

Yaşam kalitesi kavramı, kronik somatik hastalıkların tedavisinde uzun yıllardır gündemde olmakla beraber genelde psikiyatri özelde ise psikiyatrik sosyal hizmet alanında yer edinmesi nispeten yenidir. Hastalık nedeniyle oldukça olumsuz etkilenen şizofreni hastalarıyla yapılan yaşam kalitesi araştırmaları bu nedenle sınırlıdır (3). Şizofreni sadece bireyin duygulanım, düşünce, algılama ve davranış alanlarını olumsuz yönde etkilemekle kalmayan, aynı zamanda bireyin çevresindekilerin yaşam koşullarını da olumsuz yönde etkileyen kronik ruhsal bir hastalıktır (4). Yapılan çalışmalarda da; hastane sonrası şizofren hastanın bakımını evde sürdüren bakım verenlerin yaşam kalitelerinin toplum geneline göre düşük olduğu (5,6,7) görülmüştür.

Kronik ruhsal hastalıklar, bireyin yardım çabasını sınırlamakla birlikte hasta yakınlarının da sağlığını etkileyen bir stres kaynağı olabilmektedir. Bu zorlu süreçle baş etmeye çalışan hasta yakınları hem hastalarına yeterince destek olmakta zorlanmakta hem de kendilerinin yardım ihtiyaçları artmaktadır (8). Şizofrenide ise bu durum daha da belirgindir çünkü şizofreni bireyin tüm yaşam alanlarını etkileyen bir ruh sağlığı hastalığıdır. ABD' de taburcu olan şizofreni hastalarının %60'tan fazlasının ailelerinin yanına döndüğü açıklanmaktadır (9).Ülkemizde de şizofreni hastalarının büyük çoğunluğunun ailesi yanında yaşadığı, en büyük destek kaynaklarının ve bakım verenlerinin hastanın ailesi olduğu belirtilmektedir (10).

Literatürde ve klinik uygulamalarda genellikle şizofreni hastalarına odaklanılırken son yıllarda onlara bakım verenler de dikkat çekmeye başlamıştır (11,12). Hastaların işlevselliklerinin artmasında, olumlu sosyal ilişkiler geliştirebilmelerinde, düzenli ilaç kullanımlarının ve muayenelerinin sağlanmasında onlara bakım verenlerin etkisi önemlidir. Olumlu hasta ve bakım veren ilişkisi sadece hastalığın seyri açısından da değerlendirilmemeli, aile sistemi içinde bakım verenlerin ihtiyaçlarını da dikkate alınmalıdır. Bu bakış açısı alan yazında bakım verenlerin çeşitli alanlarda (ekonomik, sosyal, arkadaşlık ilişkileri, psikolojik) yaşadıkları sorunlardan kaynaklanan yüklenmelerini "bakım yükü" olarak kavramsallaştırılmaktadır (13). Nitekim şizofreni hastalarına bakım verenlerin, hastalarla uzun süre yaşamaları sonucunda kendi işlevsellikleri ile ilgili olarak da bazı sorunlar yaşamaları, zorlanmaları muhtemeldir. Bakım verenler aynı zamanda kendi toplumsal rollerini devam ettirdikleri için sorumluluk alanları artmakta, yaşam kaliteleri etkilenmekte, sosyal yaşamlarındaki aktivitelerinde ve önceliklerinde değişiklikler olabildiği için tükenme yaşayabilmektedirler (14,15). Literatürde gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yeterli destek alamama, aile yaşamının bozulması, hastalığın gidişi gibi çeşitli etmenlerin şizofren hastaların aile üyelerinin bakım yüklerini etkilediğini belirten araştırmalar bulunmaktadır (6). Türkiye'de yapılan bir araştırmada da bakım verenlerde ekonomik durum, ailede yaşayan başka hasta olması, hastanın bakımında destek almama, hastanın ilaç tedavisi düzensizliğinin bakım yükünü artırdığı görülmüştür (16). Yaşanan zorlanmalar bakım verenin yaşamını algılamasını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu zorlu süreç bakım verenleri sosyal hizmetin ilgi odağında olabilecek risk altındaki bir grup haline getirmektedir.

Yapılan çalışmalarda; şizofreni hastaları bakım verenlerinde nesnel desteğin ve bakım veren yükünün yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinde ise bakım yükünün depresyon gelişiminde güçlü bir öngörücü faktör olduğu ve yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmiştir (17,18). Türkiye'de bipolar bozukluk tanısı almış hastalarının bakım veren-

lerinde yapılan bir çalışmada ise yükü daha şiddetli olan bakım verenlerde yaşam anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (19). Hastaya bakım veren kişilerin, hastaların tanı/tedavi süreçlerine, çevrelerine uyum sağlamalarındaki katkılarının yanında bakım verenlerin yaşam algılarının değerlendirilebilmesi ve desteklenebilmelerinin önemi göz önüne alınarak bu çalışmada, şizofreni hastalarına bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün yaşam kalitesine etkisini araştırmak amaçlanmıştır. Ayrıca, bakım yükü ve yaşam kalitesinin alt boyutları bazı sosyo demografik özellikler tarafından da değerlendirilmiştir.

YÖNTEM

Nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeliyle tasarlanmış olan araştırma, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2015-2016 yılları arasında TRSM ve Psikiyatri Kliniğinden hizmet alan; DSM-IV-TR tanı kriterleri ile 'şizofreni' tanısı konmuş hastaların birincil sorumluluğunu alan ve hastayla en çok zaman geçiren, 18 yaş üstü, kullanılacak veri toplama araçlarını anlayabilecek bilişsel düzeyde olan, katılmaya istekli 146 bakım veren ile gerçekleştirilmiştir (20). Araştırmanın örneklemi seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden amaçsal örnekleme ile seçilmiştir.

Araştırmanın uygulanması için Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu ve Kayseri İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden yazılı izinler alınmıştır. Ölçekler uygulanmadan önce bireylere araştırmanın amacı ve formun içeriği hakkında açıklamalarda bulunup, yazılı onamları alınmıştır. Katılımcılara hem onam formundaki hem de araştırmada kullanılan ölçeklerdeki özel bilgilerin gizli tutulacağı, gerektiğinde araştırmadan çekilme hakkını kullanabilecekleri konusunda bilgi verilmiştir.

Veri toplama araçları

Araştırma için üç farklı ver toplama aracı kullanılmıştır.

Sosyo-Demografik Bilgi Formu: Katılımcıların sosyo- demografik özelliklerini ve bakım verme özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan toplam 14 soru içermektedir.

Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği: Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı güçlüğü değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçek, Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Ölçek Türkçe'ye Özlü ve ark. (2009) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen likert tipi 22 ifadeden oluşur. Ölçekten en az 0, en fazla 66 puan alınabilir. Ölçek puanının artması algılanan bakım yükünün de arttığını göstermektedir. Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık boyutu olmak üzere 5 alt boyutu vardır (21).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Türkçe Formu: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi grubu tarafından geliştirilen ölçek genel algılanan yaşam kalitesinin sorgulandığı 26 sorudan oluşmaktadır. Fidaner ve meslektaşları (1999) tarafından Türkçeye uyarlanan WHOQOL-BREF-TR, bireyin yaşam kalitesini ve sağlık durumunu genel anlamda değerlendirdiği iki soru yanında, fiziksel sağlık, psikolojik durum, sosyal ilişkiler ve çevre olmak üzere 4 alt alandaki iyilik hallerini ölçen ve orijinal versiyonu 26 maddeden Türkçe versiyonu ise 27 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçme aracıdır. Ölçeğin 3, 4 ve 26'ıncı soruları ters kodlanmaktadır. Puan artışının yaşam kalitesindeki artışı işaret ettiği ölçekten alınabilecek en düşük puan 27, en yüksek puan 135'tir (3, 22).

İstatistiksel analiz

Veriler, bilgisayar ortamında SPSS 23 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçümle elde edilen değişkenler ortalama±standart sapma, yüzde ve frekans şeklinde ifade edilmiştir. İki grubun ortalamalarının karşılaştırılması aralarındaki farkı belirlemek amacıyla bağımsız örneklemler için t testi, ikiden fazla grup arasındaki farkı incelemek için ise bağımsız örneklemler için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin bakım yükleri ve yaşam kaliteleriyle ilişkisini belirlemek

amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Bakım yükünün yaşam kalitesini etkileyip etkilemediği test etmek amacıyla da çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Tüm analizlerde $p<0.05$ düzeyinde ilişkiler anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmanın amaçları doğrultusunda analiz edilen veriler sonucunda elde edilen, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri, çeşitli değişkenlerle yapılan analizler, bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki çoklu regresyon analizine ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur.

Çalışmaya katılan 146 bakım verenin 80'i (%54.8) kadındı. Bakım verenlerin yaş ortalaması 44.8±1.03 yıl ve ortalama eğitim süresi 8.5±2.05 yıl olarak saptanmıştır. Bakım verenlerin; %26'sı eş, %22.6'sı kardeş, % 19.9'u anne, % 14.8'i baba, %14'ü hastanın çocuğu ve %2.7'si diğer akrabalardan oluşmaktadır. Bakım verenlerin hastalarına ortalama 8.5±0.53 yıl bakım verdikleri ve gün içinde hastalarıyla birlikte geçirilen zamanın 12.6±1.54 saat olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin çoğunun hasta bakımında destek olan ikinci bir kişinin olduğunu (n=103, %70.5) belirttiği tespit edilmiştir. Bakım verenlerin; Zarit bakım verme yükü ölçeği toplam puanlarının 27-95 arasında değiştiği, ortalama 64.78±14.23 olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Şizofreni hastalarının 87'sini (%59.6) erkek ve 59'unu (40.4) kadınlar oluşturmuştur. Hastaların yaş ortalaması 35.8±1.04 yıl (min.18 yaşında, max.64 yaşında) ve ortalama eğitim süresi 7.7±1.04 yıl olarak saptanmıştır. Hastaların ortalama tedavi süresinin 9.5±0.6 yıl olduğu ve haneye giren toplam gelirin 1788±93.05 olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırmanın amaçlarından biri de bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün ve yaşam kalitelerinin cinsiyet ve eğitim durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesidir. Bu nedenle bağımsız örneklemler için t-testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Bakım verenlerin cinsiyetleriyle bakım yükü toplam puanı ve yaşam kalitesi alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan tek yönlü varyans analizinde ise bakım yükü toplam puanı, yaşam kalitesi psikolojik, sosyal ve çevre alt boyutları eğitim durumuna göre farklılaştığı görülmüştür. Birimler arası farkların hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla Tukey testi kullanılmıştır. Test sonuçlarına göre; okuryazar olmayanların yükseköğrenim gören bakım verenlere göre bakım yüklerini daha fazla algıladıkları görülmüştür ($p<0.05$). Yaşam kalitesi psikolojik alt boyutunda yükseköğretim mezunlarının okuryazar olmayanlara göre, sosyal ilişkiler alt boyutunda yükseköğretim mezunlarının okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunlarına göre, çevre alt boyutunda ise yükseköğretim mezunlarının okuryazar olmayanlar ve lise mezunlarının ilköğretim mezunlarına göre yaşam kaliteleri puanlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 3).

Tablo 1. Bakım verenlerin özelli kleri

Bakım veren (n=146)	Ortalama±Standart Sapma	Aralık (Min-Max)
Yaş	44.8±1.03	20-75
Eğitim yılı	8.5±2.05	0-18
Hastaya bakım verme süresi (yıl)	8.5±0.53	1-29
Hasta ile gün içerisinde birlikte geçirilen süre (saat)	12.6±1.54	2-24
ZBYÖ toplam puanı	64.78±14.23	27-95
ZBYÖ Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	19.95±5.90	7-34
ZBYÖ Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	8.86±2.43	3-15
ZBYÖ Toplumsal İlişkilerde Bozulma	7.73±2.91	3-15
ZBYÖ Ekonomik Yük	13.27±3.29	4-20
ZBYÖ Bağımlılık	7.42±2.33	2-10

ZBYÖ: Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği

Tablo 2. Hastaların sosyo -demografik özellikleri

Hasta (n=146)	Ortalama±Standart Sapma	Aralık (Min-Max)
Yaş	35.8±1.04	18-64
Eğitim yılı	7.7±1.04	0-18
Tedavi süresi (yıl)	9.5±0.6	1-30
Aylık gelir (TL)*	1788±93.05	0-6000

* Haneye giren toplam gelir

Bakım verenlerin yaşları ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik ve çevre alanlarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Haneye giren aylık gelir bakım yükü toplam puanıyla negatif yönlü, yaşam kalitesi çevre boyutuyla pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaya bakım verme süresinin bakım yükü toplam puanı ve yaşam kalitesi fiziksel sağlık alt boyutu ile ters yönlü korelasyon görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4)

Regresyon analizi sonuçları incelendiğinde ise bakım yükü toplam puanının yaşam kalitesi fiziksel sağlık ve psikolojik durum alt boyutlarını anlamlı bir şekilde negatif yönde etkilediği görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 5). Bakım yükü ölçeğinin alt boyutları olan toplumsal ilişkilerde bozulma ve ekonomik yükün yaşam kalitesi fiziksel sağlık boyutunu olumsuz yönde etkilediği görülmüştür ($p<0.05$). Yaşam kalitesi psikolojik durum alt boyutunu etkileyen değişkenlere ilişkin yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda ise; bakım yükü ölçeğinin ruhsal gerginlik, toplumsal ilişkilerin bozulması ve ekonomik yük alt boyutlarının psikolojik durumunu olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yaşam kalitesi sosyal ilişkiler boyutunu ise bakım yükünün; ruhsal gerginlik, toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutları olumsuz yönde etkilemektedir ($p<0.05$). Yaşam kalitesi çevre boyutunu etkileyen tek boyut ise ekonomik yük alt boyutudur ($p<0.05$) (Tablo 6).

TARTIŞMA

Çalışmamızda şizofren hastaların çoğunun erkek (%59.6) ve 18-42 yaş aralığında olduğu, yarıdan fazlasının bekar olduğu ve yaklaşık üçte birinin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğinden hizmet alan 101 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada da şizofren hastaların çoğunun erkek, yarıya yakını bekar ve ilkokul mezunu olduğu belirtilmiştir (23). Yine yapılan çeşitli çalışmalarda şizofren hastaların çoğunlukla genç ve orta yaş yetişkin olduğu, yarıdan fazlasının

Tablo 3: Bakım verenlerin cinsiyet ve eğitim durumu açısından T -test ve ANOVA analiz sonuçları

Katılımcıların özellikleri	Bakım Yükü Toplam	YK Fiziksel	YK Psikolojik	YK Sosyal	YK Çevre
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
Cinsiyet					
Kadın	63.97±14.47	22.69±5.22	18.15±3.89	7.84±14.24	27.95±4.97
Erkek	67.18±13.40	23.45±5.99	18.72±5.25	7.91±14.29	28.02±4.72
	t=- 1.18	t=0.738	t=0.705	t=0.151	t=0.78
	p=.236	p=.462	p=.482	p=.880	p=.938
Eğitim durumu					
Okuryazar değil (A)	72.42±7.72	16.92±4.87	15±2.21	5.71±1.48	26.75±3.91
İlköğretim (B)	61.69±15.97	22.81±5.33	17.26±4.30	7.73±2.71	27.21±4.69
Orta öğretim (C)	64.08±14.71	22.22±4.13	18.66±3.70	7.75±2.19	26.44±5.74
Yüksek öğretim (D)	56.69±12.21	25.48±5.05	20.34±4.20	8.81±2.16	30.62±3.55
	F=2.54	F=11,0	F=8.30	F=5.71	F=6.89
	p=.001	p=.059	p=.000	p=.001	p=.000
Anlamlı Fark*	A-D	-	D-A	D-A,D-B	D-A,C-B

*Gruplar arasındaki fark, $p< 0.05$ düzeyinde anlamlılık, A -D: okuryazar değil -yükseköğretim,
D-A: yükseköğretim -okuryazar değil, D -B: yükseköğretim -ilköğretim,

Tablo 4: Bakım verenlerin çeşitli değişkenler açısından pearson korelasyon analiz sonuçları

	ZBYÖ Toplam	YKÖ Fiziksel	YKÖ Psikolojik	YKÖ Sosyal	YKÖ Çevre
Yaş	-,004	,340**	,231**	,125	,291**
Aylık Gelir	-,220**	,128	,052	,160	,216**
Bakım Verme Süresi	-,496**	-,360**	,003	-,074	-,090
Gün içi birlikte geçen zaman	,062	-,085	-,068	-,092	-,054

**Korelasyon p< 0.01 düzeyinde anlamlılık, ZBYÖ: Zarit bakım yükü öl çeği, YKÖ: Yaşam kalitesi ölçeği

bekar olduğu ve eğitim düzeyinin ilkokul mezunu veya okuryazar olduğu saptanmıştır. Görüldüğü gibi çalışmamızın bu bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir (24, 25, 26).

Şizofreni hastalarının yakınlarının %54.8'i kadındır. Bakım verenlerin yaş ortalamaları 44.8±1.03 yıl arasındadır. Literatürde hasta bakımında sorumluluk alan aile üyelerinde cinsiyetin değişiklik gösterdiği ve kadınların erkeklerden daha fazla sorumluluk aldıkları belirtilmektedir (27,28). Kadınların geleneksel bakım rolünün bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Ukpong (2012) şizofreni hastalarına bakım verenlerin %58'nin kadın olduğunu, Sharif ve arkadaşları (2012), şizofren hastaların bakımında kadınların (%63) daha fazla sorumluluk aldığını saptamıştır (29,30). Çalışma bulguları diğer çalışma sonuçları ile benzerdir.

Çalışmada araştırmaya katılan tüm katılımcıların ortalama 8.5±0.5 yıl bakım verdikleri, gün içinde birlikte geçirilen zamanın 12.6±0.5 olduğu tespit edilmiştir. Wong ve arkadaşları (2012), ailelerin %29.1'nin hasta ile 0-5 yıl, %26.9'nun 11-20 yıl hasta ile yaşadığını saptamıştır (7). Şizofreni erken yaşlarda başlayan kronik bir hastalık olduğundan ailenin hasta ile uzun yıllar yaşaması beklendik bir sonuçtur.

Çalışmada bakım veren kişilerin %26'sı eş, % 22.6'sı kardeş, % 19.9'u anne olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda şizofren hastaların bakım verenlerinin çoğunlukla anne olduğu (7,31), bazı çalışmalarda da bakım verenlerin anne ve baba olduğu belirlenmiştir (32,33). Shibre ve arkadaşları (2001), ise bakım veren kişilerin daha çok hastanın eşi olduğunu saptamıştır (34).

Çalışmada bakım veren aile üyelerinin hastanın bakımında (%70.5) destek olan ikinci bir kişinin olduğu saptanmıştır. 2013 yılında yapılan bir çalışmada bakım veren aile üyelerinin hastanın bakımında (%56.4) destek almadığı ve yardım edecek kimsenin olmadığı (%43.0) saptanmıştır (16). Kung (2003) hasta ile beraber yaşayan hasta yakınlarının hastanın bakımını diğer insanlar tarafından sağlanamayacağını düşündüklerini bu nedenle hastanın bakımında destek almaya ihtiyaç duymadıklarını ifade ettiklerini belirlemiştir (35). Duman (2003) şizofreni hastasına bakım verenlerin çoğunluğunun (%70) hastaları ile ilgili sorumluluklarda

Tablo 5. Bakım verenlerin bakım yükü toplam puanlarının yaşam kalitelerine etkisine ilişkin regresyon tablosu

Değişken	B	Standart Hata	Beta	T	p	R^2	F	p
YKÖ Fiziksel Sağlık						.361	19.947	.000
ZBYÖ toplam puan	-.1.44	.231	-.549	-.2.37	.019			
YKÖ Psikolojik Durum						.417	15.652	.000
ZBYÖ toplam puan	-.156	.319	-.358	-2.08	.000			
YKÖ Sosyal İlişkiler						.133	5.385	.000
ZBYÖ toplam puan	-.047	.275	-.410	-2.45	.085			
YKÖ Çevre						.126	5.081	.001
ZBYÖ toplam puan	-.36	.375	-.124	-.886	.377			

p< 0.05 düzeyinde anlamlılık, ZBYÖ: Zarit bakım yükü ölçeği, YKÖ: Yaşam kalitesi ölçeği

Tablo 6: Bakım verenlerin bakım yükü alt boyutlarının yaşam kalitelerine etkisine ilişkin regresyon tablosu

Değişken	B	Standart Hata	Beta	T	p	R^2	F	p
YKÖ Fiziksel Sağlık						.125	12.731	.000
Ruhsal gerginlik	-.136	.113	-.148	-1.20	.216			
Sinirlilik ve kısıtlanmışlık	-.070	.201	-.038	-.351	.726			
Toplumsal ilişkilerde bozulma	-.514	.252	-.231	-2.14	.043			
Ekonomik yük	-.675	.263	-.210	-2.76	.021			
Bağımlılık	-.279	.225	-.120	-1.24	.216			
YKÖ Psikolojik Durum						.108	8.338	.000
Ruhsal gerginlik	-.278	.209	-.172	-2.44	.016			
Sinirlilik ve kısıtlanmışlık	-.223	.200	-.127	-1.11	.267			
Toplumsal ilişkilerde bozulma	-.240	.160	-.164	-1.50	.135			
Ekonomik yük	-.481	.158	-.148	-3.68	.008			
Bağımlılık	-.202	.179	-.111	-1.13	.259			
YKÖ Sosyal İlişkiler						.049	4.38	.000
Ruhsal gerginlik	-.668	.125	-.133	-2.24	.021			
Sinirlilik ve kısıtlanmışlık	-.108	.127	-.101	-3.25	.396			
Toplumsal ilişkilerde bozulma	-.498	.214	-.165	-1.28	.019			
Ekonomik yük	-.075	.082	-.095	-2.91	.346			
Bağımlılık	-.223	.113	-.215	-1.23	.842			
YKÖ Çevre						.081	3.60	.006
Ruhsal gerginlik	-.039	.104	-.047	-1.78	.706			
Sinirlilik ve kısıtlanmışlık	-.062	.186	-.037	-.333	.740			
Toplumsal ilişkilerde bozulma	-.235	.150	-.158	-1.55	.121			
Ekonomik yük	-.720	.233	-.358	-3.08	.002			
Bağımlılık	-.250	.208	-.120	-1.25	.230			

$p<0.05$ düzeyinde anlamlılık, YKÖ: Yaşam Kalitesi Ölçeği

diğer aile üyelerinden destek aldıklarını belirlemiştir (36). Literatürde farklı bulgular olsa da araştırmamız Duman'ın araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Bakım verenin eğitim durumu bakım yükünü farklılaştırmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek grup bakım yükünü diğer gruplara göre daha az algılamaktadır ($p<0.05$). Ayrıca, Eğitim durumunun yaşam kalitesinin psikolojik, sosyal ve çevre boyutlarını artırdığı görülmüştür ($p<0.05$) . İlgili yazında da, düşük eğitimi olanlarda yükün daha yüksek bulunması bu bulguyu desteklemektedir (6). Literatür ile uyumlu olarak bu çalışmada da bakım verenin eğitim düzeyi arttıkça yük düzeyinin azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur (37,38). Bu sonuç, eğitim düzeyi yüksek olan bakım verenlerin hastalık bilgisi, tedavi konusundaki destek mekanizmalarına ulaşma konularını daha iyi değerlendirebilmeleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Diğer taraftan bu sonuçlar, hastaların psiko eğitiminin önemini de vurguladığı düşünülmektedir. Bakım verenlerin hastalık hakkındaki bilgileri arttıkça; tedavi olanakları, alevlenme belirtileri daha iyi tanılanacak sağlık ekibine erken müdahale olanağı sağlayabilecektir. Dolayısıyla da bakım verenlerin yükleri azalabilecek ve yaşam kalitelerinde artış olabilecektir.

Bakım verenlerin yaşları ile yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik ve çevre alanlarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kronik hastalara bakım verenlerle yapılan benzer araştırmalarda genç bakım verenlerin yaşlı bakım verenlerden daha fazla tükenme yaşadıkları ve yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (39). Bu durumunun yaş ilerledikçe hastalığı içselleştirmenin ve kabulün daha kolay kabul edilebileceğini düşündürmüştür. Benzer şekilde bakım verme süresi uzadıkça yüklerinin arttığı ve yaşam kalitelerinin düştüğü belirtilmiştir (39, 40). Araştırmamızda da bakım verme süresinin bakım yükü toplam puanı ve yaşam kalitesi fiziksel sağlık alt boyutu arasında ters yönlü korelasyon görülmüştür ($p<0.05$).

Haneye giren aylık gelirde bakım yükü toplam puanıyla negatif yönlü, yaşam kalitesi çevre boyutuyla pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0$ .05). Haneye giren gelir düştükçe bakım yükü artmaktadır. Birçok bakım veren, hastalarıyla ilgilenmeleri nedeniyle çalışamamakta belli bir düzeyde ekonomik sıkıntı yaşamaktadır. Haneye giren gelirin de düşük olması durumunda hissedilebilecek ekonomik yük artmakta ve algılanan bakım yükünü olumsuz etkilemektedir. Çevresel Özellikler; fiziksel güvenlik, ev çevresi, sağlık ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik ve kalite, yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı, fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim) koşullarını ifade etmektedir (41). Oktile (2004)'nin çalışmasında bireylerin ekonomik düzeyleri ile yaşam kalitesi algıları arasında olumlu bir ilişki bulunmuştur (42). Çalışmada da aylık gelir artıkça yaşam kalitesinin çevre boyutu puanı artmıştır.

Çalışmada bakım yükü toplam ve alt boyut puanları ile yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevre alt puanlarını olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların bakım yükü arttıkça yaşam kaliteleri düşmektedir. Zeng ve arkadaşları (2016) psikiyatrik bozukluğu olan 363 hastanın bakım vereni ile yaptıkları çalışmalarında nesnel desteğin ve bakım veren yükünün yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bildirmektedir (17). Türkiye'de bipolar bozukluk tanısı almış hastalarının bakım verenlerinde yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesinin bakım veren yükünden olumsuz etkilendiği, yükü daha şiddetli olan bakım verenlerde, yaşam kalitesi alt alan puanları, sosyal alan dışında anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (19). Araştırma verilerimiz literatürle uyumluluk göstermektedir. Bu noktada sosyal hizmet uzmanının, bakım verenlerin yasal, sosyal, ekonomik, barınma, istihdam gibi alanlardaki ihtiyaçlarının karşılanmasında kolaylaştırıcılık bakımından ilgili kurumlarla temas kurması ve bakım verenlerin sosyal ve yasal hakları konusunda destek ve danışma hizmeti vermesinin yaşanılan bakım yükünü azaltacağı düşünülmektedir.

Urizar ve arkadaşları (2009), gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yeterli destek alamama, aile yaşamının bozulması, hastalığın gidişi gibi çeşitli etmenlerin şizofren hastaların aile üyelerinin ruhsal yüklerini arttırarak yaşam kalitelerini bozduğunu saptamıştır (6). Perlick ve ark. (2016) bakım veren yükünün bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinde depresyon gelişiminde güçlü bir öngörücü faktör olduğunu ve yaşam kalitesinin psikolojik boyutu dahil tüm alanlarda düşürdüğünü belirtmiştir (18). Çalışmamızda da benzer şekilde bakım yükü toplam puanı, bakım yükü ölçeğinin ruhsal gerginlik, özel yaşamın bozulması ve ekonomik yük alt boyutlarının yaşam kalitesi psikolojik durumunu olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Şizofreni hastalarına bakım verenlerle çalışırken sosyal hizmet uzmanlarının öncelikle aile üyelerinin duygularını anlaması, aile üyeleri ile empati kurabilmesi gereklidir. Bunun yanında sosyal hizmet uzmanlarının yalnızca ailedeki duyguları açığa çıkarması yeterli olmamaktadır, ailedeki güçlü yönlere odaklanması, güçlendirme çalışmalarına önem vermesi, sosyal destek mekanizmalarını aktive etmesi ve toplumda var olan kaynaklarla aileyi buluşturmasının da önemli olduğu düşünülmektedir.

Hastaya bakım veren kişiler ile işbirliği tedavide çok önemlidir. Hastanın psikiyatrik belirtileri ile birlikte yaşamak, ona bakım vermek, maddi ve manevi yönden desteklemek bakım veren kişileri psikolojik ve fiziksel olarak etkilemektedir (43). Bu nedenle hastaya tedavi sürecinde verilen hizmetlerin sadece hasta odaklı olamayacağı, bir sistem olarak hastaya bakım veren kişilerin gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinim doğrultusunda hizmet planlaması elzem bir durumdur. Psikiyatrik alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının bireylerin ve ailelerinin güçlendirilerek sosyal işlevselliklerinin artırılması, gereksinimlerinin belirlenmesi, psikiyatrik anlamda çalışan ekibe katkı sağlamak gibi görevleri vardır. Ayrıca sosyal hizmet uzmanları aile üyelerinin duygularını ifade etmelerine ve kaygı düzeylerinin azaltılmasına yardımcı olmaktadır (44). Uygulanacak bu mesleki müdahalelerin artması bakım verenlerin yüklerini azaltacağı düşünülmektedir. Nitekim literatürde yapılan çalışmalarda da şizofreni tanısı almış bireyin tedavisinde tıbbi müdahalelerin yanı sıra aile müdahalelilerin de önemli olduğu ve aile müdahalelerin aile işlevselliğini, sağlık çalışanları ile işbirliğini ve dolayısıyla tedaviye uyumu artırdığı tespit edilmiştir (45).

Çalışmada yaşam kalitesi sosyal ilişkiler boyutunu bakım yükünün ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutu ve toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutu olumsuz yönde etkilemektedir. Ruhsal rahatsızlığı olan bireyler ve ailelerinin maruz kaldığı damgalamaya ilişkin olarak, damgalamanın ruhsal hastalıkların tedavisinde önemli bir sorun oluşturmakta, hasta ve hasta yakınlarının sosyal yaşantılarını ve psikolojik süreçlerini olumsuz etkileyebilmekte ve böylece bu durumun onların 'yaşam kalitelerini' düşürebilmektedir (46,47). Sosyal hizmet uygulaması klinik düzeyde hastayı odak almakla birlikte, hastanın ailesi ve sosyal çevresini de odağına almakta ve bireyin sosyal çevresinin ruh hastalığı deneyimini ve ruhsal sağlık sorunlarını nasıl şekillendirdiğiyle ilgilenmektedir (48). Çevresinde içinde bireyi değerlendiren ve güçlendirme yaklaşımını kullanan sosyal hizmet uzmanları, bakım verenlerin damgalanma ve dışlanma korkularından kaynaklı kendilerini sosyal çevrelerinden soyutlamalarının ortadan kalması için çalışmalar yürütmekte, aynı zamanda sosyal çevreleri ve toplumun, hasta ve ailelerinin sosyal içermelerinin sağlanmasına katkı sağlamaya yönelik politikalar üretmektedir. Kişinin güçlü yanları ve stres kaynakları, sosyal destek ağlarının ortaya çıkarılmasına destek olunması bakım verenlerin gelişim potansiyellerini artırdığı, günlük hayatındaki ilişkilerinde ve kendisindeki psikososyal ihtiyaçlarının fark etmesine dolayısıyla da sosyal ilişkilerinde artan yaşam kalitesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi çevre boyutunu etkileyen tek boyut ise ekonomik yük alt boyutudur. Diğer alt boyutla ve toplam puanla bir ilişki çıkmamıştır. Bu sonuç günümüzdeki sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşımda imkanların artması ve araştırmanın yapıldığı yerin fiziksel çevre koşullarının (hava kirliliği, gürültü, trafik vb.) olumlu olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmanın örnekleminin 146 bakım verenden oluşması önemli bir kısıtlılıktır. Daha büyük bir örneklem daha genellenebilir sonuçlar verebilir. Çalışmaya ait diğer bir kısıtlılık ise düzenli tedavi gören hastaların bakım verenlerinin örneklemi oluşturmasıdır, düzenli bakım hastalardaki uyumu artırırken, bakım verenlerin de yaşam kalitesi puanlarını yaşam kalitesi puanlarını olumlu yönde etkilemiş olabilir. Ayrıca, araştırmamız planlanırken kontrol grubunun oluşturulmamıştır. Yapılacak benzer araştırmalarda kontrol grubu dahil edilerek analiz yapılmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak çalışma bakım verenlerin yaşam kalitelerini etkileyen etmenlerin incelenmesi açısından önemlidir. Araştırma sonuçlarına göre bakım yükü yaşam kalitesini anlamlı olarak etkilemektedir. Şizofreni hastaları ve ailelerinin yaşam kalitelerini artırmaya yönelik programlar geliştirilirken bakım yükü boyutunun da göz önünde bulundurulmalıdır. Bakım verenlerin yaşam kalitelerindeki değişimlerin şizofreni hastalarını da etkileyeceğinden tedavi sürecinde; ev ziyaretleri, aile psiko-eğitim programları ve aile işbirliğinin yüksek düzeyde sağlanacağı programların geliştirilmeli, hastalıkta nüks etme oranlarını azaltmak, aile işlevlerini iyileştirmek, işbirliğini ve tedaviye uyumu artırmayı hedefleyen Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri desteklenmeli ve ruh sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sayısı ve niteliği artırılmalıdır. Ruh sağlığı sorunuyla başa çıkmaya çalışan bireylerle birlikte aileleri de sistemik bir bakış açısıyla değerlendirilmelidir.

Yazışma adresi: Sosyal Hizmet Uzmanı Hakan Karağaç, Kayseri Şehir Hastanesi, Kayseri karaagac_68@hotmail.com

KAYNAKLAR

1.Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. New England Journal of Medicine 1996;334:835-40.

2.The WHOQOL Group. The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. Quality of Life Assessment: International Perspectives. Heidelberg: SpringerVerlag 1994:41-57.

3.Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL- 100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi 1999;7:3-66.

4.Saunders JC. Families living with severe mental illness: A literature review Issues in Mental Health Nursing 2003,24:175-198.

5..Lueboonthavatchai P, Lueboonthavatchai O. Quality of Life and Correlated Health Status and Social Support of Schizophrenic Patients Caregivers, J Med Assoc Thai 2006;3: 9-13

6. Urizar A, Maldonado J, Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. Health and Quality of Life Outcomes 2009;7:84.

7. Wong DF, Lam AY, Chan SK, Chan SF. Quality of life of caregivers with relative ssuffering from mentalillness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. Health and quality of life outcomes 2012;31;10-15

8.Tel H.,Terakye, G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psiko eğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000;1:133-142.

9.Addington D, Bouchard RH, Goldberg J, Malla A. Clinical practice guideline streatment of schizophrenia. The Canadian Journal of Psychiatry 2005;50:1-55.

10.Yıldız M. Kocaeli Ünv. tıp fakültesi psikiyatri ABD psikiyatrik rehabilitasyon birimi gündüz hastanesi uygulaması: bir ilk deneme değerlendirmesi. Psikiyatrik Rehabilitasyon Bülteni 2005;1:1-19.

11. Kuşçu K. Rehabilitasyon Süreci ve Bakım Vericilik : Zedeleyen mi yoksa İyileyen mi? 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmokoloji Dergisi 2000;8:30-34.

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

13. Dillehay R, Sandys M. Caregivers for Alzheimer's patients: What we are learning from research. International Journal of Aging and Human Development 1990;30:263-85.

14.Kasaya R, Polgar-Bailey P, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. Postgrad Med 2000;108:119-23

15.Cain CJ, Wicks MN. Caregiver attributes as correlates of burden in family caregivers coping with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. J FamNurs 2000;6:46-68.

16. Yeşildağ Bayrak B. Şizofren Hastaların Aile Üyelerinin Algılanan Aile Yükünün ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi. 2013.

17. Zeng Y, Zhou Y, Lin J. Perceived burden and quality of life in chinese caregivers of people with serious mental illness: A comparison crosssectional survey. Perspectives in psychiatric care .2016;53:183-189

18. Perlick DA, Berk L, Kaczynski R, Gonzalez J, Link B, Dixon L, Miklowitz DJ. Caregiver burden as a predictor of depression among family and friends who provide care for persons with bipolar disorder. Bipolar disorders 2016;18:183-191.

19. Balaban ÖD, Küçüktüfekçi, AH, Binbay İT, Karamustafalıoğlu, N. Bipolar I bozukluk hastalarının bakım verenlerinde yaşam kalitesi yük ve sosyal destekle İlişkili mi?. Klinik Psikiyatri Dergisi 2016;19:15-26.

20. Köroğlu, E. DSM-IV-TR tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.

21. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Noropsikiyatri Arşivi 2009;46:39-42.

22. The World Health Organization quality of life assessment (Who-Qol): Development and general psychometric properties. Soc Sci Med 1998;46:1569-85.

23.Öztürk S. Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin; Pozitif Belirtiler, Negatif Belirtiler, Depresyon ve İçgörü İle İlişkisi.Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. 2010.

24. Gümüş A. Şizofreni Hastalarının ve Yakınlarının Sağlık Eğitimi Gereksinimleri, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006;7:33-42.

25. Hou SY, Ke CL, Su YC, Lung FW, Huang CJ. Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. Psychiatry Clin Neurosci 2008;62:508-514.

26. Arslantaş H , Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2012;13:8-15.

27. Rammohan A, Rao K, Subbakrishna DK. Religious coping and psychological well being in carers of relatives with schizophrenia. ACTA psychiatrica Scandinavica 2002;105:356-362.

28.Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders, Pakis J Psychol Res 2008;23:19-28.

29.Ukpong D. Şizofreni hastalarına bakım veren nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: pozitif ve negatif semptomların rolü, Türk Psikiyatri Dergisi 2012;23:40-5.

30.Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patient with schizophrenia in Shiraz, Iran. BMC Psychiatry 2012;12:48.

31.Avcı A, Bayraktar N. Şizofren Hasta Ailelerinin Aile Yükünün Belirlenmesi. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı 2004 s.771- 772.

32.Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A,Kırlı S. Şizofreni hastasına bakım verenlerin külfet düzeyinin sosyo-demografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi 2009;46:10-14.

33. Chien WT. The perceived burden among Chinese family

caregivers of people with Schizophrenia. Journal of Clinical Nursing 2005;16:1151-1161.

34. Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A, Fekadu D, Madhin G, Jacobsson L. Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2001;36:299-303.

35. Kung W. The illness, stigma, culture or immigration? Burden on Chinese-American caregivers of patients with schizophrenia. Fam Soc 2003;84:547-557.

36. Duman ZÇ, Aştı N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine "Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı" uygulaması, izlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8:91-101.

37.Cook J, Lefley H, Pickett S et al. Age and family among parents of offpring with severe mental illness. Am J Orthopsychiatr 1994;64:435-47.

38.Czuchta D, McCay E. Help-Seeking for Parents of Individuals experiencing a First Episode of Schizophrenia. Arch Psychiat Nurs 2001;15:159-70

39.Tel H., Demirkol D., Kara S., Aydın D. KOAH'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi. Türk toraks dergisi 2012;13:87-92

40.Takata S, Washio M, Moriwaki A, et al. Burden among caregivers of patients with chronic obstructive pulmonary disease with long-term oxygen therapy. Int Med J 2008;15:53-7.

41. Arıoğlu S, Beğer T, Kaan M. Yaşlılarda evde bakım ve yaşam kalitesine katkısı, Aktüel Tıp Dergisi 2004;9:7-17.

42. Oktile N. Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi, Muğla, Muğla Üniversitesi Basımevi, 2004

43. Yılmaz ED. Şizofreni ve Bipolar Afektif Bozukluk Tanısı Almış Hastalara Bakım Verenlerde Kaygı Durumu ve Mizaç-Karakter İlişkisi. Erenköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi. 2009.

44. Attepe Özden S. Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinin Bakım verme Deneyimleri ve Sosyal Destek İlişkilerinin Psikiyatrik Sosyal Hizmet Temelinde İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı. Doktora Tezi, 2015.

45.Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Doğan Başeğmez F. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: aileler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:133-139.

46. Lundberg B, Hansson L, Wentz E, Björkman T. Stigma, discrimination, empowerment and social networks: A preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a Swedish sample, International Journal Social Psychiatry 2008; 54:47-55.

47. Saillard E. Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21:14-24.

48.Australian Association of Social Workers. Practice Standards for Mental Health Social Workers 2008 AASW.

RESEARCH ARTICLE

Analysis of psychological factors and sexual life in postmenopausal women: A cross-sectional study

Postmenopozal dönemdeki kadınlarda psikolojik belirtiler ve cinsel yaşamın incelenmesi: Kesitsel çalışma

Seren Akman[1],Mehmet Çakıcı[2],Buse Keskindağ[3],Meryem Karaaziz[4]

[1]Psych, [2]Prof., [4]Assis. Prof., Department of Psychology, Near East University, Nicosia, TRNC https://orcid.org/0000-0002-0085-612X

[3]Psych. Department of Psychology, European University of Lefke, TRNC.

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to analyze the psychological and sexual experiences of postmenopausal women. **Method:** This cross-sectional study included 100 females (50 postmenopausal and 50 non-menopausal women). The symptoms of menopause were assessed by the Menopausal Symptoms Scale (MRS), psychological symptoms were assessed by the Symptoms Check List (SCL-R 90), and sexual functions were evaluated by the Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) and the Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). **Results:** The findings indicated that mean scores of all subscales of the SCL-R 90 were significantly higher among postmenopausal women in comparison with non-menopausal women. No significant differences were found between postmenopausal and non-menopausal women in terms of sexual satisfaction. However, mean scores of vaginusmus and anorgasmia subscales of the GRISS were significantly higher in postmenopausal women than non-menopausal women. **Discussion:** This study showed that menopause may affect women's mental health because of its psychological consequences. Although menopause can influence sexuality because of physical consequences, findings indicated that menopausal women tend to report they still have sexual satisfaction. Multidimensional health care including psychological support could be efficient for menopausal women.

Key Words: Menopause, sexual function, psychological factors

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, postmenopozal dönemdeki kadınlarda psikolojik belirtiler ve cinsel yaşamın incelenmesini amaçlamaktadır. **Yöntem:** Bu kesitsel çalışmaya, 50 postmenopozal, 50 menopoza henüz girmemiş 100 kadın katılmıştır. Katılımcıların menopoz semptomlarını belirlemek amacıyla Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği, menopozun psikolojik etkilerini belirlemek amacıyla Belirti Tarama Testi, menopozun cinsel hayata etkisini değerlendirmek amacıyla ise Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği kullanılmıştır. **Bulgular:** Calışma bulguları, menopoza girmiş kadınların SCL-R 90'ın tüm alt ölçeklerinden menopoza girmemiş kadınlara göre daha yüksek puan aldıklarına işaret etmektedir. Fakat, menopoza girmiş olan kadınlar ile menopoza henüz girmemiş kadınlar arasında cinsel doyum açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Buna rağmen, GRISS alt ölçekleri olan vajinismus ve anorgazmi incelendiğinde, menopoza giren kadınların, henüze menopoza girmemiş kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla puan aldıkları tespit edilmiştir. **Sonuç:** Bu çalışma, kadınların ruh sağlıklarının menopozun getirdiği psikolojik etkenler tarafından etkilenebileceğini göstermiştir. Getirdiği fiziksel sonuçlar yüzünden menopoz cinselliği etkilese de bulgular, menopoza girmiş olan kadınların cinsel doyum rapor ettiğine işaret etmektedir. Psikolojik desteği de içeren çok boyutlu sağlık hizmetlerinin, kadınlara menopoza girdikleri süreçte yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Menopoz, cinsel işlevsellik, psikolojik etkenler

(Turkish J Clinical Psychiatry 2019;22:27-35)

DOI: 10.5505/kpd.2018.58070

The arrival date of article: 19.07.2018, Acceptance date publication: 29.09.2018

INTRODUCTION

Menopause is one of women's natural and normal life stages. The World Health Organization (WHO) defines menopause as "permanent termination of menstruation as a result of the loss of ovarian activity" (1). Women who are 45-55 years old usually experience menopause (2). Menopause can occur in three different phases; early, natural and surgical stage. Early menopause occurs below the age of 40 years, which can be defined as "premature menopause" or "premature ovarian failure" (3). The other type of menopause is natural menopause, which is related with the exhaustion in physiological conditions (4). On the other hand, surgical menopause includes operations that involve the removal of ovaries (5). Some researchers have identified problems related to menopause in the context of biopsychosocial perspective (6,7).

Due to biological changes on the body, women who are in the menopausal period can show several physical symptoms including feeling hot, night sweats, vaginal dryness and atrophic vaginitis, urinary disorders (8). Night sweats are the most common menopausal symptoms (9). Hence, it can cause sleep disorders which in turn, may result as insomnia (10). Physical problems may be associated with psychological problems, such as, anxiety, depression and cognitive dysfunction (11). Emotional functioning may differ during menopause which can also vary according to hormonal changes in the body (12). An association between low levels of estrogen and mood disorders has suggested that menopausal women may suffer from mood disorders (13). Especially, premenopausal women have been considered at higher risk of developing depression, anxiety, reduced self-esteem and reduced life enjoyment (14). Due to menopause, loss of fertility may be symbolized as loss of youth and this can cause sadness, which is expressed differently among women (15). Many women during the premenopausal period have indicated increased anxiety and irritability, worry, panic attacks and concentration difficulties (16).

Moreover, women can experience sexual difficulties during menopause depending on their physical, psychological and social status (17,18). Some of the sexual problems experienced during menopause have been identified as decreased frequency of sex, a lack of interest in sex, painful intercourse or feeling compelled to have sex (19). These have been associated with decreased estrogen and ovarian function (17) as well as increased vaginal dryness, which in turn, may influence sexual satisfaction negatively (20).

The purpose of this study was to analyze an association between psychological factors and sexual life experiences in postmenopausal Turkish women. Menopause is one of the most important periods for women, since it may bring significant outcomes. The findings of the current research are expected to enlighten the menopause-related experiences. Describing these experiences may help health professionals who work with postmenopausal women to adopt useful treatment approaches. This study hypothesizes that a) postmenopausal women are less likely to have sexual satisfaction than non-menopausal women, b) postmenopausal women are more likely to show psychological symptoms than non-menopausal women, and c) postmenopausal women are less likely to experience sexual intercourse than non-menopausal women.

METHOD

This study was conducted in Antalya, Turkey, between March and July 2016. It included 100 Turkish female participants (50 postmenopausal and 50 non-menopausal females). The participants' age varied between 36-65 years. Participation of the study was voluntary and the participants were included through snowball sampling method. The participation started in a primary health care center, and then more voluntary participants were found through the participants' friends. Informed consent form was completed by the participants before the study. The survey included 5 questionnaires namely, Socio-demographic Information Form, the Menopause Rating Scale (MRS), the Symptom Check List (SCL-R 90), the Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) and the Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). Participants completed the questionnaires approximately in 15 minutes.

Instruments

Socio-demographic form: The form included questions regarding age, gender, education level, history of psychological, physiological treatment, and psychological complaints and drug use.

Menopause Rating Scale (MRS): Menopause Rating Scale (MRS) was used to assess menopausal symptoms in female participants. MRS was developed by Schneider and colleagues (21). This scale includes 11 items which generate three subscales: (a) somatic-hot flushes, heart discomfort/palpitation, sleeping problems and muscle and joint problems; (b) psychological-depressive mood, irritability, anxiety and physical and mental exhaustion and (c) urogenital-sexual problems, bladder problems and dryness of the vagina. Score for each item ranges from "0" (no complaints) to "4" (very severe symptoms) (22). Menopause Rating Scale was translated and adapted to Turkish by Gürkan and it shows good level of internal consistency (α= 0.84) (22).

Symptom Check List (SCL-R 90): SCL-90 scale was developed by Derogatis in 1977 [23]. Validity and reliability study of the Turkish version of this scale (SCL-R 90) was conducted by Dağ and it is frequently used in examination of psychopathology (23). It demonstrates very good level of internal consistency (? = 0.97). The SCL-R 90 consists of 90 items, each rated on a 5-point scale. These items generate nine dimensions, namely, somatization, obsessive-compulsive reflects, interpersonal sensitivity, anxiety, hostility, phobic anxiety reflects, paranoid thoughts, psychoticism, and acute symptomatology (24).

Golombok -Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction which was developed by Rust and Golombok includes 28 items (25). The aim of this scale is to measure the quality of sexual relationship and the presence and severity of both male and female sexual problems. There are two separate forms for female and male participants. Five dimensions of the inventory are common for both sexes. Female version has two additional dimensions (i.e., vaginusmus and anorgasmia), also male version of the inventory has two additional dimensions (i.e., premature ejaculation and impotence). Each item is rated on a 5 point likert type scale and answers vary between "never" to "always". Higher scores indicate higher level of sexual dysfunction and lower level of sexual quality. Original scale was translated and adapted to Turkish by Tuğrul and colleagues (26) which shows good reliability (α= 0.91, p< .001).

Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX): This tool was developed by McGahuey and colleagues (27). It aims to detect sexual difficulties in men and women with depression. It assesses 5 major domains of sexual difficulties namely, sex desire, arousal, vaginal lubrication/penile erection, ability to reach orgasm, and satisfaction with orgasm. The scale has different versions for females and males. Scores range from 1 to 6 (e.g., 1=extremely easily; 6=never). Higher scores reflect poorer sexual functioning (possible range is 5 to 30) (28). Validity and reliability study of Turkish version of the scale demonstrated strong test-retest reliability (baseline: α=0.89, p<.01; 6 months: α= 0.90) (28).

Statistical Analysis

All the analyses were performed by using a computer program for the multivariate statistics; Statistics Package for the Social Sciences (SPSS), version 20 for Windows. Chi-Square statistical tests were conducted to compare socio-demographic characteristics of postmenopausal and non-menopausal participants. In addition, Independent Sample t-test was used to analyze the mean scores differences between scales and subscales of MRS, SCL-R 90, GRISS and ASEX in postmenopausal and non-menopausal participants. Moreover, Independent t-test was used to examine whether participants who experienced natural and surgical menopause differ in terms of MRS scores. Finally, Pearson correlation analyses were conducted to see whether psychological symptoms are correlated with menopausal symptoms.

RESULTS

Participants' age ranged from 36 to 65 years. In the present study, no significant differences were found

between postmenopausal and non-menopausal participants in terms of socio-demographic characteristics; these include age, educational level, psychological complaints, receiving psychological treatment (psychotherapy/medication or combined treatment) and physiological treatment (Table 1).

In respect with MRS, postmenopausal participants had higher mean scores of somatization and urogenital complaints than non-menopausal participants (Table 2).

Participants who experienced natural and surgical menopause showed several significant differences. Those who had natural menopause had higher somatization mean scores of MRS. Also, they reported greater psychological and urogenital complaints than those who experienced surgical menopause (Table 3).

No significant differences were found between postmenopausal and non-menopausal participants in terms of sex drive, sexual arousal, vaginal moisture, orgasm, orgasm satisfying, frequency of sexual intercourse and sexual satisfaction mean scores (Table 4). On the other hand, non-menopausal participants had higher mean scores of communication and sensation related to sexual activity than postmenopausal participants. Nevertheless, postmenopausal participants were more avoidant from sexual activity than non-menopausal participants. Also, postmenopausal participants reported significantly higher vaginismus and anorgasmia mean scores than non-menopausal participants (Table 4).

As a part of sociodemographic questions, participants were asked whether they have psychological complaints, however, postmenopausal and non-menopausal participants did not differ significantly in terms of having psychological complaints. On the other hand, results of SCL-R 90 indicated that postmenopausal participants had higher mean scores than non-menopausal participants in all dimensions (Table 5).

Correlation analyses showed that menopausal

Table 1. Comparisons of sociodemographic variables between postmenopausal and non - menopausal women

	Post-menopausal		**Non-menopausal**		**Total**			
	N	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**	**x^2**	***p***
Age							3.048	0.063
36-45	11	36.7	19	63.3	50	50		
46-65	39	55.7	31	44.3	50	50		
Participants education level							6.330	0.176
Primary school	11	73.3	4	26.7	15	100		
Middle school	5	41.7	7	58.3	12	100		
University	11	39.3	17	60.7	28	100		
Master and doctorate	3	33.3	6	66.7	9	100		
Having psychological treatment							3.030	0.082
Yes	10	25.9	4	10.0	17	20.2		
No	40	74.1	46	90.0	67	79.8		
Having physiological treatment							0.211	0.500
Yes	3	60.0	2	40.0	5	100.0		
No	47	49.5	48	50.5	95	100.0		
Having psychological complaints							4.167	0.059
Yes	4	100.0	0	0	4	100.0		
No	46	47.9	50	52.1	96	100.0		

*p<0.05 significant

Table 2. Comparisons of subscales of MRS mean scores of postmenopausal and non -menopausal women

	Post-menopausal	Non-menopausal		
	n = 50	n = 50		
	Mean±SD	Mean±SD	T	*p*
Somatization	9.56±3.79	5.31±2.14	6.894	0.000*
Psychological complaints	8.92±3.41	5.52±2.48	5.687	0.000*
Urogenital complaints	5.80±2.51	2.94±1.19	7.257	0.000*

*p<0.05 significant

symptoms were positively correlated with sexual dysfunction, MRS subscales and SCL-R 90 subscales (Table 6).

DISCUSSION

The current study aimed to examine psychological factors and sexual life experiences of postmenopausal Turkish women. The findings generally showed that postmenopausal Turkish women may have lower mental health and negative sexuality-related experiences when compared with non-menopausal Turkish women. Also, menopausal symptoms have been found to be positively associated with psychopathological symptoms yet they have been negatively related with sexual dysfunction in postmenopausal Turkish women. Previous findings have shown that there are many social, biological and psychological factors contributing general well-being of postmenopausal women (29,30,31). Menopause has negatively influenced the quality of life in women (29,30). Particularly, postmenopausal women have been shown to have a tendency to develop anxiety and depression as well as difficulties related to sexual satisfaction (31).

The current findings showed that postmenopausal women were more likely to avoid sexual activity than non-menopausal women. Interestingly, postmenopausal and non-menopausal women did not differ in terms of sex drive, sexual arousal, orgasm, frequency of sexual intercourse and sexual satisfaction. These findings raised an assumption suggesting postmenopausal women may tend to report sexual satisfaction although they experienced difficulties during sexual intercourse. The current results are also consistent with those of Dennerstein (14) who indicated that 71% of the postmenopausal women in European countries continue to have an active sex life although 34% of them had lesser sexual desire. Loss of fertility associated with menopause can be very difficult to overcome for women (15). A qualitative study analyzing menopausal experiences of Turkish women indicated that postmenopausal women mostly identified menopause as a natural transition period which is unavoidable, yet they tended to associate it with negative concepts such as, fear of getting old and loss of sexual interest (32). Menopausal women generally may try to prove that they did not lose their femininity by reporting that they were still sexually satisfied although sexual intercourse was painful for them. In contrast of current findings, reduced sexual desire and functioning are common symptoms of menopause (31,33). Because of physiological consequences of menopause, excitability and capacity for orgasm decrease, and these have been associated with vaginal dryness, less sexual activity and libido in postmenopausal women (33,34,35). Reduced natural vaginal secretions may result as difficulty in the vaginal flexibility, and this can create pain and discomfort during sexual intercourse (36,37).

This study generally shows that postmenopausal women may have poorer psychological well-being

Table 3. Comparisons of subscales of MRS mean scores of participants who experienced natura l and surgical menopause

Menopause	Natural	Surgical		
	n = 32	n = 18		
	Mean±SD	Mean±SD	t	*p*
Somatization	9.03±4.04	6.68±3.36	3.058	0.003*
Psychological complaints	8.57±3.59	6.59±3.18	2.781	0.007*
Urogenital complaints	5.58±2.63	3.80±2.12	3.606	0.000*

*p<0.05 significant

Table 4. Comparisons of ASEX and GRISS mean scores of postmenopausal and non -menopausal women

	Post-menopausal n = 50	Non-menopausal n = 50		
	Mean±SD	**Mean±SD**	**t**	***p***
ASEX				
Sex drive	3.72±1.37	2.54±1.36	4.32	0.920
Sexually aroused	3.42±1.22	2.50±1.30	3.73	0.561
Vaginal moisture	3.54±1.23	2.20±1.20	5.51	0.701
Orgasm	3.64±1.57	2.56±1.25	4.48	0.480
Orgasm satisfy	3.16±1.28	2.14±1.03	4.48	0.100
GRISS				
Sexual intercourse	4.40±1.16	4.49±0.88	-0.433	0.661
Communication satisfaction on sexual activity	4.47±1.73	5.22±1.83	-2.099	0.038*
Sexual satisfaction	10.59±2.25	10.97±1.73	-0.944	0.350
Avoidance from sexual activity	7.21±3.02	5.05±2.27	4.037	0.000*
Sensation on sexual activity	10.02±2.20	11.36±1.89	2.809	0.010*
Vaginusmus	10.93±6.86	8.20±2.34	2.667	0.010*
Anorgasmia	10.68±1.54	9.30±2.03	3.821	0.000*

*p<0.05 significant

than those who are not in menopausal period (14,15). During the menopausal period, hormones can influence on psychological symptoms which may trigger somatization, depression and anxiety (33). Considering that regular menstruation shows fertility and femininity, menopause may represent the loss of the femininity (38). Beliefs and traditional values reflect culture and ethnicity. Regarding menopause, some cultures tend to consider loss of regular bleeding negatively since it refers to "an end of fertility and the end of youth" (39). Similarly, a study conducted among 1551 Turkish women investigating menopause attitudes and status showed that 90.7% of the women considered menopause as "the end of youth", 85.8% viewed it as "the beginning of getting older", and 97.6% evaluated it as "the end of fecundity" (40). Hunter (41) has reported that social values can be important factor for psychiatric symptoms. For instance, negative attitudes towards older women who cope with menopause affect their self-esteem and self-confidence negatively (12). Culture related negative attitudes may contribute depression in postmenopausal women. Schmidt and colleagues (1) have demonstrated that postmenopausal women can experience depression, anxiety, fatigue, forgetfulness and reduced self-confidence. They also experience various emotional problems including mood swings and anger and these problems are difficult to cope with (30). In parallel with previous evidence, the current study found that postmenopausal women had higher levels of anger, hostility and anxiety symptoms than non-menopausal women. Cultural beliefs, psychological and physical symptoms in menopause may interact and they together may influence postmenopausal

Table 5. Comparisons of subscales of SCL -R 90 mean scores of postmenopausal an d non-menopausal women

	Postmenopausal women n = 50	Non-menopausal women n = 50		
	Mean±SD	**Mean±SD**	**t**	***P***
Somatization	26.15±8.12	18.23±6.73	5.308	0.000*
Obssessive compulsive	19.40±6.26	15.08±5.44	3.681	0.000*
Interpersonal sensitivity	16.35±6.29	12.60±5.17	3.255	0.002*
Depression	27.17±9.46	19.34±7.46	4.593	0.000*
Anxiety	17.96±7.12	12.47±4.35	4.648	0.000*
Anger-hostility	9.75±4.05	7.82±3.36	2.594	0.011*
Psychoticism	14.82±5.43	11.51±3.70	3.554	0.001*
Phobia	9.89±4.72	7.46±2.02	3.344	0.001*
Paranoid thoughts	10.31±4.30	8.48±3.12	2.424	0.017*

*p<0.05 significant

Table 6. Correlation between subscales of sexual satisfaction, MRS, SCL -R 90 scores and menopausal symptoms

	Menopausal Symptoms	
Sexual satisfaction	r	*p*
Satisfaction	0.158	0.117
Communication	-0.214	0.032*
Frequency	0.194	0.053
Avoidance	0.400	0.000*
Sensation	-0.259	0.009*
Vaginismus	0.264	0.008*
Anorganisma	0.343	0.000*
MRS		
Somatization	0.593	0.000*
Psychological complaints	0.517	0.000*
Urogenital complaints	0.604	0.000*
SCL-R 90		
Somatization	0.480	0.000*
Obsessive-compulsive	0.347	0.000*
Interpersonal relations	0.311	0.000*
Depression	0.421	0.000*
Anxiety	0.416	0.000*
Hostility	0.246	0.000*
Phobia	0.326	0.001*
Paranoid thoughts	0.241	0.016*
Psychotism	0.344	0.000*

*p<0.05 significant

women's mental health.

Earlier study has stated that women who experience surgical menopause tend to show less menopausal symptoms (31). In case of experiencing surgical menopause at early age, menopausal symptoms may not be clear even. On the other hand, women who experience natural menopause usually show menopausal symptoms because of active change in hormones and its effects on the body. Natural menopause stems from follicular atresia in where the ovaries lose their functionality, ovulation stops, and reproduction of the woman ends. In this state, the estrogen levels are at lowest level (42). However, surgical menopause occurs suddenly (5). Consistently, the current findings showed that those women who experienced natural menopause had greater menopausal symptoms than those who experienced surgical menopause. Considering that the natural and surgical menopausal processes show physical differences, it is not surprising that women who experienced natural menopause had more intense menopausal symptoms in this study.

It should be noted that this study has several limitations. The cross-sectional design does not allow drawing causal relationships. Also, snowball sampling and the number of participants who experienced surgical menopause can be considered as limitations of this study which may influence the interpretations of the results. Furthermore, participants have not been investigated in terms of period of time since menopause started and whether they have a sexual partner. Besides, it is known that GRISS examines sexual satisfaction of heterosexual women; hence it may not represent women who have different sexual orientation. Although this study has some limitations, it draws attention to an inconsistency of experiences and expressions among Turkish postmenopausal women. The findings of this study are important in informing health care services for postmenopausal women.

CONCLUSION

The findings of the current study are consistent with previous evidence suggesting that postmenopausal women may have poorer psychological well-being than non-menopausal women. Healthcare professionals should be aware that postmenopausal women should be considered as biologically, psychologically as well as socially. Furthermore, sexuality related experiences are

important aspects of physical and emotional health for postmenopausal women. However, it is interesting that postmenopausal women in the current study did not report lower sexual satisfaction although they tended to avoid from sexual activity. Since menopause may represent loss of fertility, this may be difficult for a woman in many aspects (i.e. psychological, physical and biological). Specifically, postmenopausal women may try to overcome psychological difficulties by indicating that they still have sexual satisfaction which may represent femininity. Further research should comprehensively assess how postmenopausal women perceive menopause and related psychological symptoms. In the light of future studies, health care professionals may better understand psychological and physical experiences of postmenopausal women.

Correspondence address: Assis. Prof. Meryem Karaaziz, Department of Psychology, Near East University, Nicosia, TRNC meryem.karaaziz@neu.edu.tr

REFERENCES

1. Schmidt PJ, Ben Dor R, Martinez PE, Guerrieri GM, Harsh V, Thompson K, Koziol DE, Nieman LK, Rubinow DR.. Effects of estradiol withdrawal on mood in women with past perimenopausal depression: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 2015;72: 714-26.

2. Gharaibeh M, Al-Obeisat S, Hattab J. Severity of menopausal symptoms of Jordanian women. Climacteric 2010;13: 385-394.

3. Okeke TC, Anyaehie UB, Ezenyeaku CC. Premature Menopause. Ann Med Health Sci Res. 2013;3: 90-96.

4. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. Climacteric 2000;3:59-64.

5. Morrie M, Gelfand MD. Role of androgens in surgical menopause. Obstetric and Gynecology 1999;180:325-328.

6. Binfa L, Castelo-Branco C, Blümel JE, Cancelo MJ, Bonilla H, Muñoz I, Vergara V, Izagurre H, Sarrá S, Ríos RV. Influence of psycho-social factors on climacteric symptoms. Maturitas 2014; 48:425-31.

7. Studd JWW, Whitehead MI. The Menopause. Edinburgh: Blackwell Scientific Publications, 1988.

8. Donald M, Fries D. Take Care Of Yourself. Newyork, N.Y., Addison-Wasley Publishing Company; 1996.

9. Speroff L. Postmenopausal hormone therapy and breast cancer. Obstetrics & Gynecology 1996;87: 44S-54S.

10. Hatcher H. Sleep in post-menopausal women: differences between early and late post-menopause. Obstet Gynecol Reprod Biol. 1996: 1-4.

11. Pattern L. International health report: menopause in various cultures: A portrait of the menopause. Carnforth, Parthenon, 1992.

12. Aaron R, Muliyil J, Abraham S. Medico-social dimensions of menopause: a cross-sectional study from rural south India. Natl Med J India 2002;15:14-7.

13. Igarashi M. Stress vulnerability and climacteric symptoms: life events, coping behavior, and severity of symptoms. Gynecol Obstet Invest 2000;49:100-170

14. Dennerstein L. Well-being, symptoms and the menopausal transition. Maturitas 1996;23:147-157.

15. Aydın H. Cinsellik ve Cinsel İşlev. Temel Psikiyatri, Cilt 2. Edited by Güleç C., Köroğlu E. Ankara, HYB Yayıncılık, 1998.

16. Stewart DE, Boydell K, Derzko C, Marshall V. Psychologic distress during the menopausal years in women attending a menopause clinic. Int J Psychiatry Med 1992;22:213-220.

17. Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Response. Boston, Little Brown & Company, 1994.

18. Greendale A. Change in sexual functioning over the menopausal transition: results from the Study of Women's Health Across the Nation. Journal of The Nation Menopause Society 1994;10:10-22.

19. Hunter M, Rendall M. Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2007; 21: 261-74.

20. Philips NA. FemaleSexual Dysfunction: Evaluation and Treatment. New Zealand, University of Otego Wellington, 2000.

21. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. Climacteric, 2000;3: 59-64.

22. Gürkan C. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliliği. Hemşirelik Forumu Dergisi 2005: 30-35. Turkish.

23. Dağ İ. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1991; 2: 5-12. Turkish.

24. Derogatis LR. Symptom Checklist 90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual (3rd ed.). Minneapolis, MN, National Computer Systems, 1994.

25. Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). Br J Clin Psychol 1985; 24: 63-64.

26. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği'nin standardizasyon çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1993; 4:83-88. Turkish.

27. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM Manber R. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. J Sex Marital Ther 2000; 26:25-40.

28. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual

experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. Int J Impot Res. 2004; 16(6):531-4.

29. Roberts H. Managing the menopause. BMJ 2007; 334(7596):736-741.

30. Taylor HS. Hot flashes: avoiding the reductionist view. Menopause 2016;23: 1053-4.

31. Varma G, Oğuzhanoğlu N, Karadağ F. The Relationship Between Depression and Anxiety Levels and Sexual Satisfaction for Natural and Surgical Menopause. J Clin Psychiatry 2005;8: 109-115.

32. Cifcili SY, Akman M, Demirkol A, Unalan PC, Vermeire E. "I should live and finish it": A qualitative inquiry into Turkish women's menopause experience. BMC Fam Pract. 2009; 10:2.

33. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. Fertil Steril 2002; 77:42-48.

34. Goldstein RB, Bree RL, Benson CB, Benacerraf BR, Bloss JD, Carlos R, Fleischer AC, Goldstein SR, Hunt RB, Kurman RJ, Kurtz AB, Laing FC, Parsons AK, Smith-Bindman R, Walker J. Evaluation of the woman with postmenopausal bleeding: Society of Radiologists in Ultrasound-Sponsored Consensus Conference statement. J Ultrasound Med 2001; 20:1025-36.

35. Brazier JE, Roberts J, Platts M, Zoellner YF. Estimating a preference-based index for a menopause specific health quality of life questionnaire. Health Qual Life Outcomes 2005; 3:13.

36. Chalker R. The National Women's Health Network: Menopause Sexuality, 2009.2009 https: //www.nwhn.org/wp-content/uploads/2015/08/Menopauseand-Sexuality.pdf Erisim tarihi: Agustos 17, 2017.

37. Cawood EH, Bancroft J. Steroid hormones, the menopause, sexuality and well-being of women. Psychol Med 1996; 26:925-36.

38. Rahman S, Salehin F, Iqbal A. Menopausal symptoms assessment among middle age women in Kushtia, Bangladesh. BMC Res Notes 2011; 4:188.

39. Castelo-Branco C, Palacios S, Mostajo D, Tobar C, von Helde S. Menopausal transition in Movima women, a Bolivian Native-American. Maturitas 2005;51:380-5.

40. Ayranci U, Orsal O, Orsal O, Arslan G, Emeksiz DF. Menopause status and attitudes in a Turkish midlife female population: an epidemiological study. BMC Women's Health 2010; 10:1-14.

41. Hunter M. Depression and the menopause (editorial). BMJ 1996;313:1217-1218.

42. Salvador J. Climacteric and menopause: epidemiology and pathophysiology. Ginecol Obstet 2008;5:61-78.

Acil ve yoğun bakım ünitesi çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, tükenmişlik ve baş etme biçimlerinin değerlendirilmesi

Evaluation of post-traumatic stress disorder, burnout and coping styles in emergency and intensive care unit employees

Erkan Baysak[1], Meliha Zengin Eroğlu[1], Çisem Utku[2], Burhanettin Kaya[3]

[1]Uzm. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye
https://orcid.org/0000-0001-7679-2292

[2]Uzm. Psk.,Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

[3]Doç. Dr., Serbest hekim, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Amaç: Yoğun bakım ve acil bölümlerinde çalışanlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)'nun sık görüldüğü bilinse de bu konu oldukça az incelenmiştir. Makalemizde ülkemizdeki çeşitli hastanelerde bu alanda çalışanlarda TSSB sıklığı, tükenmişlik ve stresle başa çıkma biçimleri araştırılmıştır. **Yöntem:**Farklı merkezlerden çalışmaya dahil edilen 123 acil, 139 yoğun bakım çalışanı ve 133 kontrol vakalarının verileri değerlendirildi. Tüm katılımcılara Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Envanteri, Hastane Anksiyete Depresyon Envanteri (HAD), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve çalışma için geliştirilen sosyodemografik bilgi formu uygulandı. **Bulgular:** TSSB oranı acil çalışanlarında, Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) çalışanlarında ve kontrol grubunda sırasıyla %23.6, %15.8 ve %6 bulundu. Hem acil grubunun hem de yoğun bakım grubunun HAD ölçek puanları kontrol grubundan yüksekti. **Sonuç:** Acil ve YBÜ'de çalışanlar başta TSSB olmak üzere anksiyete ve depresyon gibi ruhsal hastalıklar açısından oldukça riskli bireylerdir. Koruyucu ruh sağlığı açısından bu tür iş yerlerinde çeşitli önlemlerin alınması gereklidir.

Anahtar Sözcükler: Travma sonrası stres bozukluğu, tükenmişlik, anksiyete, depresyon, stresle baş etme biçimi

(Klinik Psikiyatri 2019;22:36-47)

DOI: 10.5505/kpd.2018.55707

SUMMARY

Objective: Although it's well known that Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is frequent in intensive care and emergency departments employees, this subject has been studied very rare. PTSD frequency, burnout and the methods of coping with PTSD were investigated in our study in employees working at this area from various hospitals from our country. **Method:** Data of 123 emergency department, 139 intensive care unit employees and 133 control included from different centers to the study were evaluated. The Posttraumatic Diagnostic Scale, Maslach Burnout Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, Coping Style Scale and sociodemographic data form developed for the study were applied to all participants. **Results:** The rates of PTSD in emergency employees, in intensive care unit employees and in controls were 23.6%, 15.8% and 6% respectively.The HAD scores of both the emergency and intensive care groups were higher than the control group. **Discussion:** Emergency and intensive care unit employees are risky people for especially PTSD and psychiatric disorders such as anxiety and depression. Various precautions must be taken at this kind of workplaces in terms of preventive mental health.

Key Words: Post-Traumatic Stress Disorder, burnout, anxiety, depression, coping style

Makalenin geliş tarihi: 01.08.2018, Yayına kabul tarihi: 09.11.2018

GİRİŞ

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) bireyin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden, dehşet duygusu yaratan, çaresiz bırakan ve bireyin başa çıkabileceği düzeyin üzerinde yaşanan bir olay sonucunda gelişen bir ruhsal bozukluktur (1). Travmatik bir olaya tanık olmak, olayın ayrıntılarını dinlemek ya da yalnızca olayla ilgili haberi duymak bile çeşitli düzeylerde yeniden yaşama, kaçınma, irkilme, kişinin dünya görüşüyle ilgili bilişsel değişikler ve diğer aşırı uyarılmışlık gibi TSSB'ye has ruhsal belirtilerin ortaya çıkmasına yol açabilir (2-4).

Sadece travma mağdurlarının kendisinde değil aynı zamanda çocuk ve eşlerinde de benzer belirtilerin gözlenmesi, travmaya ikincil olarak maruz kalan bireylerin de TSSB açısından risk grubu olduğunu göstermiştir (5). Özellikle travma deneyimlerine dolaylı biçimde maruz kalan bireylerde oluşan ruhsal tepkiler için literatürde "dolaylı travma", "tükenmişlik", "ikincil travmatik stres", "merhamet yorgunluğu", "travmatik karşı-aktarım", "vekaleten travma" gibi kavramlar kullanılmaktadır. Bu kavram işe bağlı olarak kişilerin yaşadığı belirtileri veya travmaya bağlı gelişen durumu tanımlamak için ortaya atılmıştır (6,7). Travmatik olayların ardından arama-kurtarma çalışmalarında görev yapan profesyonel ve gönüllülerin, ilk tıbbi girişimi yapan sağlık çalışanlarının, olayın ruhsal etkilerini önlemek ve gerekli ruhsal desteği vermek amacıyla girişimde bulunan ruh sağlığı çalışanlarının da travmaya bağlı olarak gelişen birtakım belirtiler yaşayabileceği bildirilmiştir (5). Polisler, itfaiyeciler, arama kurtarma ekipleri, çocuk koruma merkezi çalışanları, travma mağdurlarıyla görüşen psikiyatristler ve acil servis çalışanları üzerinde sıklıkla çalışılmış gruplardır. 11 Eylül'de Dünya Ticaret Merkezi saldırılarından sonra kurtarma ve tedavi ekibi fiziksel ve ruhsal tepkiler açısından izlenmiştir. Saldırıdan sonraki 11 ay içerisinde itfaiyecilerde 1277 stresle ilişkili olay gözlenmiştir. Bu oranın bir önceki 11 aya göre 17 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu artışa kişilerin sürekli olarak aynı olay yeri enkazına şahit olması ve cenaze törenlerinin neden olabileceği öne sürülmüştür (8). Olaydan 3 yıl sonra kurtarma ve tedavi ekibinde yer alan bireylerin değerlendirildiği bir başka çalışmada depresyon, panik ve yaygın anksiyete bozukluğu yaygınlıkları her bir bozukluk için %6 oranında bulunurken, TSSB için bu oran %20 olarak saptanmıştır (9). TSSB gelişimi açısından riskli çalışma alanlarının sadece doğal afet ve terör olaylarının yaşandığı alanlar olmadığını gösteren İspanya'da pediatri yoğun bakım çalışanlarıyla (doktor, hemşire, yardımcı hemşire) yapılan bir çalışmada TSSB sıklığı % 20,1 olarak saptanmıştır (10).

Travma ile karşılaşan herkeste TSSB belirtilerinin gelişmemesi veya benzer şekilde travma sayılmayacak bazı olayların da bazı kişilerde TSSB belirtilerine neden olması kişilerde stres yaratan durumlarda sergiledikleri tutumun önemini de ortaya koymuştur. Kişilerin sergiledikleri başetme biçimi bu anlamda önemlidir (11,12). Travma mağdurları ile yapılan çalışmalarda kişilerin sergiledikleri başa çıkma tarzları ile TSSB belirtileri arasında ilişki bildirilmiştir (13,14). Kurtarma çalışanlarında yapılan sınırlı sayıdaki çalışmada da kaçma-kaçınma ile TSSB arasında ilişki bulunmuştur (15,16).

Sağlık çalışanlarında görülen diğer bir önemli durum ise yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakmayla karakterize bir durum olan tükenme durumudur. Tükenme kavramı ilk olarak Freudenberger tarafından tanımlanmış, Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir (17). Tükenmişliğin temel özellikleri enerji kaybı, motivasyon eksikliği, diğerlerine karşı negatif tutum ve aktif olarak diğerlerinden geri çekilmeyi içerir. Bunun yanı sıra fiziksel tükenme, kronik yorgunluk, çaresizlik, ümitsizlik, negatif bir kendilik algısı, duygusal ve zihinsel tükenme de tükenmişliğin özelliklerindendir. Pediatri yoğun bakım çalışanlarının %56'sı en az bir alanda (%36,20'sinde duygusal tükenmişlik, %27,20'sinde duyarsızlaşma, %20,10'unda düşük kişisel başarı) tükenmişlikleri olduğunu ifade etmişlerdir. Bir çocuğun ölümü ve/veya hastalar, aileler ya da meslektaşlarla olan çatışma sonrasında daha yüksek oranda TSSB ve tükenmişlik ortaya çıktığı görülmüş. Sıklıkla duygu odaklı seyrek olarak da problem odaklı baş etme stili kullanmanın tükenmişlik sendromu ve TSSB ile ilişkili olduğu görülmüştür (10).

Yoğun birincil ve ikincil travmatik strese maruz kalan sağlık çalışanlarında gelişen ruhsal bozukluklar konusunda giderek artan bir bilgi birikimi oluş-

maktadır. Yardım çalışanlarında gelişen TSSB ile ilgili tıbbi kaynaklar son yıllarda artmasına rağmen bu alanda ülkemizde yapılan çalışmaların sayısı oldukça azdır. Çalışmamızda acil servis ve yoğun bakım ünitesi (YBÜ) çalışanlarında TSSB sıklığının ölçülmesi hedeflenmiş, yine aynı grupta tükenmişlik ve ilişkili etkenlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırma grubunu oluşturmak için 01/05/2010 ile 15/08/2010 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Hastanesi, Ankara Üniversitesi Hastanesi, Başkent Üniversitesi Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki acil ve yoğun bakım çalışanlarına ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım çalışanlarından toplam 900 kişiye ölçek verilmiştir. Yanıt veren grubun değerlendirilmesinde 123 acil ve 139 yoğun bakım çalışanı olmak üzere toplam 262 katılımcının verisi tutarlı ve geçerli bulunarak analize dahil edilmiştir.

Kontrol grubu ise aynı hastanelerde ve sağlıkla ilgili kurumlarda çalışan; çalışma grubuyla benzer yaş, eğitim ve sosyoekonomik özellikler gösteren, yoğun bakım veya acil serviste hiç çalışmamış 133 kişiden oluşturuldu.

Araştırma verileri; Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ), Maslach Tükenmişlik Envanteri, Hastane Anksiyete Depresyon Envanteri (HAD), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve çalışma için geliştirilen sosyodemografik bilgi formu ile elde edilmiştir.

Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ): Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı koymak amacıyla 1997 yılında geliştirilmiş (18), 18-65 yaş arası bireylere uygulanan, 50 maddeden oluşan bir özbildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dürü tarafından yapılmıştır (19). Ölçeğin yapısı ve içeriği DSM-IV TSSB tanı kriterleri esas alınarak belirlenmiştir.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ): Bu ölçek, Folkman ve Lazarus'un 1980 yılında geliştirdikleri (20), değişik stresli durumlarda geçerliliği olan, özellikle depresyon, yalnızlık, psikosomatik sorunlar gibi belirtilerle ilişkili bir başa çıkma mekanizmaları ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır (21).

Maslach Tükenmişlik Envanteri: Maslach Tükenmişlik Envanteri, yaşanan tükenmişliğin üç boyutunu değerlendiren, duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarı (KB) üç alt ölçek içerir. Toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Türkçe'ye uyarlama çalışmasını Ergin (1993) gerçekleştirmiştir (22).

Hastane Anksiyete Depresyon Envanteri (HAD): Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi, diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçeğin orijinali Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiş (23) ve Türkçe'ye Aydemir tarafından uyarlanmıştır (24).

Sosyodemografik veri formu: Yaş, cinsiyet, görev, medeni durum, gelir, herhangi bir fiziksel ya da psikiyatrik rahatsızlığı olup olmadığı, meslek ve çalışılan bölümün istenerek seçilip seçilmediği ve memnun olup olmadığı, çalıştığı ortamda karşılaştığı örseleyici olaylar türü, sıklığı ve özelliklerinin değerlendirildiği kişisel veri toplama aracıdır.

İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin analizini yapmak için SPSS 17.00 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiş, normal dağılım gösteren bağımsız değişkenlerin analizinde parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Örneklem grubunu oluşturan ikili gruplar arasında bağımsız değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için T-Testi analizi kullanırken, üçlü grupların karşılaştırılmasından Tek Yönlü Varyans Analizi yöntemleri kullanılmıştır. Sosyodemografik verilere ait oranların anlamlılığını belirlemek için de Ki-Kare analizi yapılmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik özellikler

Çalışmaya 123 acil servis, 139 yoğun bakım çalışanı ve 133 kontrol olmak üzere toplam 395 kişi dahil edildi. Grupların yaş ortalamalarına bakıldığında acil serviste çalışan grubun 31.11 (5,84), yoğun bakım servisinde çalışan grubun 29.85 (5,6) ve kontrol grubunun ise 31,65 (6,56) olarak bulunmuştur. Grupların diğer sosyodemografik ve bazı klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Yukarıda bahsedilen değişkenlerin üç grup açısından dağılımları arasında anlamlı bir fark olup olmadığına Ki-Kare testi ile bakılmıştır. Buna göre cinsiyet (x^2=17,356, p<.05), geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü (x^2=10,729, p<.05) açısından dağılımlarda anlamlı bir fark olduğu, kalan diğer sosyodemografik değişkenler açısından ise anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Acil grubunda kadın çalışan sayısı YB ve Kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Buna kaşılık geçmişte pskiyatrik hastalık öyküsü açısından acil ve YB grubu arasında fark yok iken kontrol grubunda bu oran daha yüksektir. Eğitim düzeyi ise lise ve altı, üniver-

Tablo 1. Örneklemi oluşturan grupların sosyodemografik ö zellikleri

Demografik Özellik	Acil		Yoğun Bakım		Kontrol Grubu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet								
Kadın	57	46,3	37	26,6	32	24,1	126	31,9
Erkek	66	53,7	102	73,4	101	75,9	269	68,1
Medeni durum								
Bekar	48	39	52	37,4	52	39,1	152	38,5
Evli	71	57,7	80	57,6	73	54,9	224	56,7
Boşanmış/Dul	4	3,3	7	5	8	6	19	4,8
Eğitim								
İlkokul	2	1,6	1	0,7	7	5,3	10	2,5
Ortaokul	7	5,7	6	4,3	-	-	13	3,3
Lise	28	34,1	36	25,9	18	13,5	82	20,8
Üniversite	38	30,9	61	43,9	44	33,1	143	36,2
Yüksek Lisans/Doktora	48	39	35	25,2	64	48,1	147	37,2
Meslek								
Doktor	44	35,8	35	25,2	34	25,6	113	28,6
Hemşire	50	40,7	82	59	41	30,8	173	43,8
Diğer Sağlık Çalışanı	29	23,6	22	15,8	58	43,6	109	27,6
Kiminle y aşadığı								
Yalnız	27	22	16	11,5	16	12	59	14,9
Aile Bireyleriyle	91	74	112	80,6	115	86,5	318	80,5
Diğer	5	4	11	7,9	2	1,5	18	4,6
Alışkanlık								
Yok	73	59,3	78	56,1	83	62,4	234	59,2
Sigara	38	30,9	55	39,6	38	28,6	131	33,2
Alkol	5	4,1	1	0,7	2	1,5	8	2
Sigara ve Alkol	7	5,7	3	3,6	10	7,5	22	5,6
Şu anda fiziksel h astalık								
Var	13	10,6	14	10,1	16	12	43	10,9
Yok	110	89,4	124	89,9	117	88	351	89,1
Şu anda psikiyatrik hastalık								
Var	19	15,4	24	17,3	35	26,7	78	19,8
Yok	104	84,6	115	82,7	96	73,3	315	80,2
Geçmişte psikiyatrik hastalık								
Depresif Bozukluklar	12	75	7	43,8	26	81,3	45	70,3
Anksiyete Bozuklukları	4	25	7	43,8	6	18,8	17	26,6
Diğer	-	-	2	12,5	-	-	2	3,1
Geçmişte intihar g irişimi								
Var	3	2,5	2	1,4	4	3	9	2,3
Yok	119	97,5	137	98,6	129	97	385	97,7

site ve üstü olarak gruplandırıldığında acil, yoğun bakım ve kontol grubu arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (x^2=2,448, p>.05).

Acil servis, YBÜ ve kontrol grubu çalışanlarının çalışma ortamına ait bulgular

Acil serviste çalışanların %100'ü, ölüme, yaralıya ve bilinci kapalı hastaya, % 99,2'si cesete ve genel vücut travmasına, %98,4'ü çocuk ve genç yaşta insan ölümüne ve de intihara, %92,7'si parçalanmış yüz ve bedene, %93,5'i eksite hastaya tanık olurken, yoğun bakım servisinde çalışanların % 99,3'ü ölüme, %97,8'i cesete, %93,5'i yaralıya, %98,6'sı bilinci kaplı hastaya, %87,8'i çocuk ve genç yaşta insan ölümüne, %71,7'si parçalanmış yüz ve bedene, %66,2'si intihara, %79,9'u eskite hastaya ve %82,7'si genel vücut travmasına tanık olduğu görülmüştür. Bu sorulara ilişkin oranların kontrol grubunda ise daha az olduğu belirlenmiştir. Acil serviste çalışan 63 kişi (%52,5), yoğun bakım servisinde çalışan 35 kişi (%25,4) halen çalıştığı bölümde ekstrem bir olay yaşadığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda yer alan kişilerin ise çalıştıkları bölümde etkileyici bir olay yaşamadıkları görülmüştür.

Bahsedilen değişkenlerin gruplara göre anlamlı dağılıp dağılmadığına bakıldığında, ölüme tanık olma (x^2=187,197, p<.05), ceset görme (x^2=178,084, p<.05), yaralı görme (x^2=146,5, p<.05), bilinci kaplı hasta görme (x^2=153,56, p<.05), çocuk ve genç yaşta insan ölümüne tanıklık etme (x^2=177,349, p<.05), parçalanmış yüz ve beden görme (x^2=151,072, p<.05), intihara tanık olma (x^2=151,405, p<.05), eksite hasta görme (x^2=118,21, p<.05), genel vücut travmalarına tanıklık etme (x^2=96,94, p<.05) ve halen çalışılan bölümde etkileyici ekstrem durumlar yaşama (x^2=92,584, p<.05) açısından gruplar açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Tüm bu değişkenler açısından acil ve yoğun bakım çalışanları kontrol grubuna göre çok büyük bir risk altındadır. Her iki grupta da kontrol grubuna göre bu deneyimlerle karşılaşma oranı çok yüksektir. Ayrıca yaralılarla karşılaşma, çocuk ya da genç yaştaki insanların ölümüne tanıklık etme, intihara tanık olma, eskite hastalarla karşılaşma, genel vucut travması olan hastalarla karşılaşma ve eksterm durumlar yaşama oranları Acil çalışanlarında Yoğun Bakım çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Hastalara müdahale ederken fiziksel olarak yaralanan ya da zarar gören toplam 109 kişiden 51'i (%41,5) acil servis çalışanı, 42'si (%30,2) yoğun bakım servis çalışanıyken, 16'sı (%12,4) kontrol grubunda yer alan kişilerdir. Acil serviste çalışan 6 kişi (%4,9) her zaman, 24 kişi (%23,8) sıklıkla, 77 kişi (%63,1) bazen, çalıştıkları bölümde hasta yakınları tarafından fiziksel saldırı yaşandığını 10 kişi (%8,2) hiçbir zaman yaşanmadığını, 19 kişi (%5,6) her zaman, 60 (%49,2) sıklıkla, 40 kişi (%32,8) bazen sözlü saldırı yaşandığını ve 3 kişi de (%2,5) hiçbir zaman sözlü saldırı yaşanmadığını belirtmiştir. Yoğun bakım servisinde çalışanların hasta yakınları tarafından fiziksel saldırı yaşanma oranları, %1,4 her zaman, %4,3 sıklıkla, %62,3 bazen ve %31,9 hiçbir zaman şeklinde iken, sözlü saldırı yaşanma oranları, %1,4 her zaman, %15,8 sıklıkla, %61,9 bazen ve %20.9 hiçbir zaman şeklindir. Kontrol grubunda yer alan kişilerin ise %1,5'i her zaman, %0,8'i sıklıkla, %34,4'ü bazen hastalara müdahale ederken fiziksel olarak yaralanma ya da zarar görme olduğunu ve %63,4'ü hiçbir zaman böyle bir durumun olmadığını, %5,3'ü her zaman, %13,5'i sıklıkla, %54,9'u bazen sözel saldırının olduğunu ve %26,3'ü ise hiçbir zaman böyle bir saldırının yaşanmadığını bildirmiştir. Katılımcılardan acil serviste çalışanların %28,5'i fiziksel saldırıya, %64,2'si sözlü saldırıya maruz kaldığını, yoğun bakım servisinde çalışanların %12,9'unun fiziksel saldırıya, %35,3'ü sözlü saldırıya maruz kaldığını ve kontrol grubunda yer alan kişilerin ise %6,9'unun fiziksel saldırıya, %33,1'inin sözlü saldırıya maruz kaldığını gözlenmiştir.

Burada yer alan değişkenlerden, hastalara müdahale ederken fiziksel olarak yaralanma ya da zarar görme (x^2=27,033, p<.05), çalışma ortamında hasta yakınları tarafından fiziksel (x^2=114,277, p<.05) ve sözlü (x^2=93,627, p<.05) saldırının yaşanması, fiziksel (x^2=23,537, p<.05) ve sözlü (x^2=31,214, p<.05) saldırıya maruz kalma değişkenlerin dağılımlarının gruplara göre anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. grubunda yer alanların %60,6'sı destek görmediğini ifade etmiştir.

Acil servis, YBÜ ve kontrol grubu çalışanlarında TSSB sıklığı

TSSB tanısı konan grupların geçmişte yaşadıkları travma deneyimleri incelendiğinde acil servis çalışanlarının %62,6'sı (n=77), YBÜ çalışanlarının %46,8'i (n=65), kontrol grubundakilerin ise %33,7'si (n=44) geçmişte, doğal afet, kaza, işkence, yakın birinin ani ölümü, tecavüz travma vb bir travma yaşadıklarını belirtmişlerdir. Tüm gruplarda TSSB tanısı olan katılımcıların travmatik olay olarak en sık sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümünü bildirdikleri görüldü (Acil servis çalışanlarında (n=32), YBÜ çalışanlarında (n=27), kontrol grubunda (n=25)). Ancak kişiler hangi olayı en travmatik kabul ettiklerini ve bunu işe başlamadan önce mi sonra mı ya da iş yaşantısında mı yaşadıklarını belirtmemişlerdi. Kişiler burada deneyimledikleri en fazla travmatik kabul ettikleri olaya göre ilişkili TSSTÖ sorularını cevaplamış ve DSM-IV kriterlerine göre katılımcılarda TSSB tanısı olup olmadığı belirlenmiştir. Acil grupta çalışan kişilerin 29'unda (%23,6), yoğun bakım servisinde çalışan kişilerin 22'sinde (%15,8) ve kontrol grubunda yer alan kişilerin ise 8'inde (%6) TSSB'ye ait belirtilerin olduğu görülmüştür. Gözlenen bu dağılım anlamlı olup olmadığına ise Ki-Kare testi ile bakılmıştır. Sonuçta, TSSB'ye ilişkin belirtilerin üç gruba göre dağılımında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (x^2=15,646, p<.05). Acilde çalışanlarda daha yüksek oranda görülmekle birlikte acil yoğun bakım arasında TSSB yaygınlığı açısında anlamlı fark bulunmazken her ikisi ile kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmıştır.

TSSB gelişen ve gelişmeyen kişilerin iş ortamında yaşadıkları travmatik durumlar

Acil serviste çalışanlara ait travmayla ilişkili olan sorulara ait dağılımlar incelenmiş ve TSSB olan ile olmayan arasında bu dağılımlar açısından anlamlı bir fark olup olmadığı Ki-Kare testiyle sınanmıştır. "Çalışma ortamınızda hasta yakınları tarafından fiziksel saldırı yaşanıyor mu?" sorusuna TSSB'si olanların % 13,8'i her zaman, %27,6'sı sıklıkla, % 48,3'ü bazen ve % 10,3'ü hiç derken, TSSB'si olmayanların % 2,2'si her zaman, % 22,6'sı sıklıkla, % 67,7'si bazen ve %7,5'i hiçbir zaman şeklinde cevap vermiştir. TSSB tanısı alanlarla almayanlar arasında çalışma ortamında herhangi bir düzeyde fiziksel saldırı içeren olayların yaşanması açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (x^2=0,092, p>.05). Benzer şekilde, hastalara müdahale ederken bedensel olarak yaralandınız ya da zarar gördünüz mü? sorusuna, TSSB'si olan 18 kişi (% 62,1) evet, 11 kişi (% 37,9) hayır derken, TSSB'si olmayan 33 kişi (% 35,1) evet, 61 kişi (% 64,9) kişi hayır şeklinde cevaplamıştır. Bedensel yaralanma ortaya çıkan acil çalışanlarında TSSB oranı daha yüksek bulundu. TSSB'si olan ve olmayan grup arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (x^2=6,638, p<.05). Diğer sorulara ilişkin dağılımların TSSB'si olan ve olmayan grup açısından anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir.

Yukarıda bahsedilen travmayla ilişkili olabilecek sosyodemografik sorulara ait dağılımlar yoğun bakım servisinde çalışanlar için de incelenmiştir. TSSB'si olanlar arasında 7 kişi (% 31,8) çocuk ve genç yaşta bir insana ölüm sırası ya da sonrasında herhangi bir tıbbi müdahalede bulunurken, 15 kişi (% 68,2) böyle bir müdahalede bulunmamıştır. Buna karşın TSSB'si olmayan 68 kişi (% 58,1) müdahalede bulunmuş, 49 kişi (% 41,9) böyle bir müdahalede bulunmamıştır. Gruplar arasında bu açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (x^2=5,156, p<.05). Çocuk ve genç yaşta bir insana ölüm sırası ya da sonrasında herhangi bir tıbbi müdahalede bulunanlarda bulunmayanlara göre TSSB oranı daha düşük bulunmuştur. Hastalara müdahale ederken fiziksel olarak yaralandınız ya da zarar gördünüz mü? sorusuna, TSSB'si olan 13 kişi (%59,1) evet, 9 kişi (%40,9) hayır derken, TSSB'si olmayan 29 kişi (%24,8) evet, 88 kişi (%75,2) kişi hayır şeklinde cevaplamıştır. TSSB'si olan ve olmayan grup arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (x^2=10,335, p<.05). Diğer bir deyişle tıbbi müdahalede bulunurken yaralananlarda yaralanmayanlara göre TSSB oranları daha yüksek bulunmuştur.

Çalıştığınız birimde görev yapmanın dışarıdaki hayatınıza etkisi oluyor mu? sorusuna TSSB'si olanların %95,5'i evet, % 4,5'i hayır derken, TSSB'si olmayanların %65,2'si evet, %34,8'i hayır demiştir. Gruplar arasındaki bu dağılımın da anlamlı olduğu görülmüştür (x^2=8,051, p<.05). Yoğun bakımda çalışmasının iş dışı yaşamını etkilediğini belirtenlerde TSSB oranları daha yüksek bulunmuştur.

Anksiyete ve depresyon puanları açısından acil servis, YBÜ ve Kontrol grubu çalışanlarının ve TSSB gelişen ve gelişmeyen grupların karşılaştırılması

Araştırmada yer alan katılımcılardan elde edilen HAD ölçek puanlarının, acil servis çalışanları, yoğun bakım çalışanları ve kontrol grubu açısından anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analiz yapılmıştır. Sonuçta, hem depresyon puanları [F(2-386)=11,993, p<.05] hem de anskiyete puanları [F(2-391)=6.468, p<.05] açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Ortaya çıkan bu farkın kaynağını belirlemek için Post Hoc analizlerinden Tukey testi yapılmıştır. Buna göre, acil servis çalışanlarının (Ort.=7,28) ve yoğun bakım servisi çalışanlarının (Ort.=6,46) depresyon puanlarının kontrol grubunda yer alan kişilerinkinden (Ort.=4,89) daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, acil servis çalışanlarının (Ort.=7,78) ve yoğun bakım servisi çalışanlarının (Ort.=7,67) anksiyete puanlarının kontrol grubunda yer alan kişilerinkinden (Ort.=6,23) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ayrıca acil servis ve YBÜ çalışanlarında HAD ölçek puanlarının TSSB'si olan ve olmayan gruplara göre fark olup olmadığı t-testi analizi yapılarak belirlenmiştir. Buna göre, TSSB'si olanlar ile olmayanların hem depresyon puanlarının acil çalışanlarında [t(120)=3,538, p<.05] ve YBÜ çalışanlarında [t(136)=4,631, p<.05] hem de anksiyete puanlarının acil çalışanları [t(120)=4,476, p<.05] ve YBÜ çalışanlarında [t(137)=4,814, p<.05] anlamlı şekilde farklı olduğu görülmüştür. Acil ve YBÜ çalışanları arasında TSSB'si olan hem depresyon hem de anksiyete puan ortalamaları TSSB'si olmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tükenmişlik açısından acil servis, YBÜ ve kontrol grubu çalışanlarının karşılaştırılması

Katılımcılardan elde edilen Maslach Tükenmişlik alt ölçeklerinden Duygusal tükenme alt ölçek puanları ve Duyarsızlaşma alt ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Ortaya çıkan bu farkın kaynağını belirlemek için yapılan Post Hoc analizlerinden Tukey testi sonucunda, acil servis çalışanlarının (Ort.=26,76) ve yoğun bakım servisi çalışanlarının (Ort.=24,96) duygusal tükenme puanlarının kontrol grubunda yer alan kişilerinkinden (Ort.=22,41) daha yüksek olduğu görülmüştür. Duyarsızlaşma puanları açısından bakıldığında acil servis çalışanlarının (Ort.=11,02), yoğun bakım servisi çalışanlarından (Ort.=9,79) ve kontrol grubunda yer alan kişilerden (Ort.=9,28) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak böyle bir fark yoğun bakım çalışanları ile kontrol grubunda yer alan kişiler arasında çıkmamıştır (Tablo 2).

SBÇTÖ açısından acil servis, YBÜ ve kontrol Kontrol grubu çalışanlarının ve TSSB gelişen ve gelişmeyen grupların karşılaştırılması

SBTÖ alt ölçek puanları açısından üç grup arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmış, hiçbir alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Ancak aynı gruplarda TSSB'si olan bireyler ile olmayanlar

Tablo 2. Katılımcılardan elde edilen Maslach tükenmişlik alt ölçek puanlarının üç gruba göre ANOVA sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Duygusal Tükenme	**Gruplararası**	1225,67	2	612, 835	13,144	,000
	Grupiçi	17996,885	386	46,624		
	Toplam	19222,555	388			
Duyarsızlaşma	**Gruplararası**	198,967	2	99,483	7,748	,001
	Grupiçi	4892,031	381	12,840		
	Toplam	5090,997	383			
Kişisel Başarı	**Gruplararası**	90,906	2	45,453	2,351	,097
	Grupiçi	7230,649	374	19,333		
	Toplam	7321,554	376			

Tablo 3. Yoğun bakım servis çalışan larında TSSB'si olan ve olmayan gruplara göre elde edilen SBTÖ puanlarının T-testi sonuçları

Ölçekler	Gruplar	N	Ort.	S	Sd	P
Kendine Güvenli Yaklaşım	TSSB olan	20	18,85	3,23	130	,006
	TSSB olmayan	112	21,26	3,61		
Çaresiz Yaklaşım	TSSB olan	20	19,6	2,62	128	,000
	TSSB olmayan	110	15,83	4,36		
İyimser Yaklaşım	TSSB olan	21	11,71	2,17	133	,000
	TSSB olmayan	114	13,97	2,5		
Boyun Eğici Yaklaşım	TSSB olan	21	13	3	133	,014
	TSSB olmayan	114	11,34	2,76		
Sosyal Desteğe Başvurma	TSSB olan	21	1,76	2,47	132	,107

TSSB:Travma Sonrası Stres Bozukluğu, SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

karşılaştırıldığında yoğun bakım servis çalışanlarında SBTÖ'nden Sosyal Desteğe Başvurma alt ölçek puanları hariç, Kendine Güvenli Yaklaşım [t(130)=-2,787, p<.05], Çaresiz Yaklaşım [t(128)=3,745, p<.05], İyimser Yaklaşım [t(133)=-3,872, p<.05] ve Boyun Eğici Yaklaşım [t(133)=2,492, p<.05] alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Tablo 3'de verilen ortalamalara göre TSSB'si olanların, olmayanlara göre stresle baş etme tarzı olarak daha fazla çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları, daha az kendine güvenli ve iyimser yaklaşımları kullandığı anlaşılmaktadır.

Acil servis çalışanlarında ise TSSB'si olanlar ile olmayanların SBTÖ'nden sadece Çaresiz Yaklaşım alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir [t(121)=2,129, p<.05] (Tablo 4). TSSB'si olanlar (Ort.=18,34) olmayanlara (Ort.=16,48) göre stresle baş etme tarzı olarak daha fazla çaresiz yaklaşımı kullanmaktadır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışma sonuçlarımız hipotezimize uygun olarak acil ve YBÜ çalışanlarında TSSB sıklığının kontrol grubundan oldukça yüksek olduğunu gösterdi. Her iki grupta yer alan sağlık çalışanları kontrol grubuna göre travmatik olaylarla çok daha sık karşılaşmaktaydı. Acil çalışanlarında bu oran YBÜ çalışanlarından daha yüksekti ancak arada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi.

Çalışmamızda en yüksek TSSB oranı acil çalışanlarında bulunmuştur (%23,6). Bu bulgu literatürle de uyumludur. Bir çalışmada acil hekimlerinin %19.8'inde subklinik düzeyde, %14,5'inde klinik düzeyde TSSB saptanmıştır (25). Acil hemşire ve sağlık teknisyenlerinde yapılan bir araştırmaya göre çalışanların %21,4'ünde DSM-5 tanı ölçütlerini karşılar şekilde TSSB saptanmıştır. TSSB tanısı alanların kadın cinsiyette, sağlık teknisyeni meslek grubunda, üniversite düzeyinden daha az eğitimli ve 40 yaş üstü bireylerde daha sıklıkla görüldüğü

Tablo 4. Acil servis çalışanlarında TSSB'si ola n ve olmayan gruplara göre elde edilen SBTÖ puanlarının T-testi sonuçları

Ölçekler	Gruplar	N	Ort.	S	Sd	t	P
Kendine güvenli yaklaşım	TSSB olan	29	20,52	3,64	119	-0,900	,370
	TSSB olmayan	92	21,27	4,02			
Çaresiz yaklaşım	TSSB olan	29	18,34	3,93	120	2,129	,035
	TSSB olmayan	93	16,48	4,16			
İyimser yaklaşım	TSSB olan	28	13,64	2,9	119	-0,391	,696
	TSSB olmayan	93	13,86	2,47			
Boyun eğici yaklaşım	TSSB olan	29	12	3,22	120	1,491	,139
	TSSB olmayan	93	11,08	2,82			
Sosyal desteğe başvurma	TSSB olan	29	8,45	2,86	120	0,502	,616
	TSSB olmayan	93	8,18	2,36			

TSSB:Travma Sonrası Stres Bozukluğu, SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

bildirilmiştir(26). Acil çalışanlarıyla yapılmış bir başka çalışmada ise çalışanların %15,7'sine DSM-5 tanı ölçütlerine göre TSSB tanısı konmuştur. TSSB belirtileri ile kadın cinsiyet, sağlık teknisyeni olma ve üniversite düzeyinden daha az eğitim alma arasında ilişki bulunmuştur (27).

Taivan'daki Chi-Chi depremi sonrası alanında profesyonel olan ve olmayanlardan oluşan kurtarma ekiplerinin değerlendirildiği çalışmada depremden 1 ay sonra TSSB oranı araştırılmıştır.TSSB sıklığı profesyonellerden oluşan grupta %19,8, olayan grupta ise %31,8 bulunmuştur (28). Avustralya'da orman yangını sonrası değerlendirilen itfaiyecilerde 4. ayda, 11. ayda ve 29. ayda saptanan TSSB oranları sırasıyla %32, %27 ve %30 şeklindedir (9, 29). Acil yardım, itfaiye ve polislik gibi meslek gruplarında TSSB sıklığı %6-32 olarak tespit edilmiştir (30).

Çalışmamızda YBÜ çalışanlarında da TSSB oranları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (%15,8). Literatürde hemşire gruplarının değerlendirildiği bir araştırmadan elde edilen sonuçlar çalışmamızdaki yoğun bakım grubunda elde ettiğimiz bulgulara benzerdi. Literatürde sekonder travmatik stresle ilgili 175 yenidoğan yoğun bakım hemşiresiyle yapılan bir çalışmada hemşirelerin %49'u sekonder travmatik stres ölçeğinden orta ve ciddi düzeyde travmatik stres puanı almışlardır (31). Singapur'da yoğun bakım çalışanlarıyla yapılan bir diğer çalışmada çalışanların %33'ünde belirgin travma sonrası stres belirtileri olduğu saptanmıştır (32).

Acil ve YBÜ çalışanlarında bulduğumuz yüksek TSSB oranları, acil ve yoğun bakımda çalışan hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarında TSSB'nin tahmin edilenden daha önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermiştir. Özellikle acil çalışanlarında bu oranların daha yüksek olması onların trafik kazaları, iş kazaları ve diğer nedenlerden kaynaklanan ölüm olaylarıyla, parçalanmış yüz ve bedenlerle ya da ölüm riski taşıyan durumlarla yineleyici biçimde karşılaşmaları ile ilişkili görünmektedir (33,34). Çalışmamızda da benzer veriler elde edilmiştir.Birçok araştırmada olgular travmatik deneyimden sonra farklı sürelerde değerlendirilmiş ve sağlık çalışanlarında özellikle kronik TSSB yaygınlığının beklenenin üzerinde olduğu gösterilmiştir (30, 35-37). Acil hekimlerinin acildeki hangi durumları daha travmatik bulduklarını sıralamaları istenmiş.Hekimler en çok travmatize eden olayları sırasıyla şöyle belirtmişlerdir; 1) Genç birinin ani ve beklenmedik ölümü ile başa çıkma, 2) Genç birinin başına gelen travmatik kaza ya da hastalık, 3)Ağır yaralanmalarla baş etme (25). Türkiyede yapılan bir çalışma da acil tıp teknisyenleri ortalama 6.8 farklı tip travmatik olay tanımlamışlardır. Aynı çalışmada eğitim düzeyi daha yüksek olanlar ile daha yaşlı olanların daha çok türde travmatik olay tanımladıkları görülmüş ve daha çok sayıda iş ile ilgili travmaya maruz kalmanın, travmatik stres düzeyini öngördüğü gözlenmiştir. Travmatik olay sayısının eğitim düzeyi düşük olanlarda ve gençlerde travmatik stresi öngördüğü gösterilmiştir (38).

Çalışmamızda acil ve YBÜ çalışanlarında TSSB gelişmesine etkisi olabilecek risk faktörleri ve diğer değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan değerlendirmede sınırlı sayıda durum ile TSSB gelişimi arasında ilişki bulunmuştur. Acil ve YBÜ çalışanlarında tıbbi girişimde bulunma sürecinde fiziksel olarak yara almaları TSSB gelişimi açısından anlamlı düzeyde etkili bulunmuştur. Benzer sonuç 11 Eylül Dünya Ticaret Merkezi saldırılarından sonra da görülmüştür. Yararlılara yardım edenlerde, yardım faaliyetleri sırasında yara almış olmak tüm meslek gruplarında TSSB riski ile ilişkili tek felaket içi deneyim olarak bildirilmiştir (39).

Acil ve YBÜ çalışanları kontrol grubuyla karşılaştırıldığında her iki grubun anksiyete ve depresyon puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Acil servis ve YBÜ çalışanları, çalışma koşulları nedeniyle ölümle yaşam arasındaki kritik hastalara ve onların ihtiyaçlarına, resusitasyona, ölüm sonrası işlemlere ve yaşamı uzatmak için kullanılan ek desteklerle yaşayan hastalara yineleyen bir biçimde maruz kalmaktadır (40). Ayrıca hastaların ve yakınlarının gerçekçi olmayan beklentilerine sürekli cevap verebilmek burada çalışmanın stresli doğasına katkıda bulunmaktadır (34). Günlük iş rutininde kişilerin sürekli bu ortamda bulunması kişilerde kaygıyı, endişeyi, huzursuzluğu bununla birlikte kendine bakımda ya da sosyal aktivitelere katılımda azalmaya yol açan depresif belirtileri artırıyor ola-

bilir. Aynı şeklide bu riskli yerlerde çalışmak kişileri birtakım ruhsal hastalıklara daha yatkın hale getiriyor olabilir. Son çalışmalarda acil ve YBÜ mesleki olarak riskli çalışma yerleri olarak bildirilmiştir (30,41).

Çalışmamıza katılan acil çalışanlarında TSSB tanısı konan bireylerde anksiyete ve depresyon puanları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bu bilgiler TSSB'ye anksiyete ve depresyonun sıklıkla eşlik ettiğini gösteren acil hekimlerinin % 34,2'sinde subklinik düzeyde, %10,5'inde klinik düzeyde anksiyete;yine aynı grupta %34,2'sinde subklinik düzeyde, %7.9'unda klinik düzeyde depresyon saptandığı çalışmanın bulgularıyla benzerdir (25). Yoğun bakım çalışanlarında HAD Ölçeği kullanılarak çalışanların %11'nin ciddi anksiyete belirtileri olduğu, %12'sinin de ciddi depresyon belirtileri olduğu tesbit edilmiştir. Çalışanların %28'inde işle ilgili kabuslar görme ve %25'nde ise iş yerinde yaşadıklarını düşününce, anksiyete atağı geçirme yakınmaları bildirilmiştir (32). Uçak kazası sonrası kurtarma ekiplerinde yapılan bir çalışmada TSSB gelişenlerde benzer şekilde yüksek oranda depresyon bildirilmiştir (42). Yine itfaiyecilerde eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkların araştırıldığı bir diğer çalışmada TSSB tanısı alanların çoğunda ek psikiyatrik rahatsızlıklar saptanmış ve bunlar içinde en yaygın görülenin depresyon olduğu bildirilmiştir (43). Ancak çalışmalarda TSSB'nin basit fobi, sosyal fobi gibi diğer anksiyete bozukluklarıyla birlikteliği de gösterilmiştir (44).

Çalışmamızda hem acil ve YBÜ çalışanları kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, bu iki yerde çalışan ve TSSB gelişen olgularda anlamlı düzeyde daha fazla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma olduğu gözlenmiştir. Bu iş ortamlarının yoğun stresli yerler olması, sürekli duygusal ve bilişsel olarak ölümle, palyatif bakım sağlanan hastalarla, dramatik ölümlerle karşılaşılması ve bu kayıplar sonucunda ümitsizlik yaşanması kişilerde duygusal tükenmeye ve duyarsızlaşmaya yol açıyor olabilir (34,41). TSSB ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada YBÜ, yüksek stresli çalışma yerleri (kemik iliği nakil ünitesi, yüksek riskli gebelik ünitesi, ameliyathane vb.), diğer yatan hasta birimleri ve ayaktan hasta birimi olmak üzere 4 farklı yerde görev yapan hemşireler incelenmiş, sonuçlarımıza benzer şekilde TSSB tanısı konan olgularda tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir (34).

Çalışmamızda acil ve YBÜ çalışanları ile kontrol grubunun stresle başa çıkma tarzlarının benzer olduğu görüldü. Ancak TSSB tanısı konan acil çalışanlarında stresle başa çıkma tarzı olarak pasif başa çıkma tarzı olan çaresiz yaklaşımı anlamlı düzeyde fazla kullandıkları gözlendi. YBÜ'de çalışanlarda da TSSB gelişen olgularda güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımın anlamlı düzeyde düşük olduğu ve çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandıkları gösterilmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalarda TSSB gelişen olguların pasif başa çıkma tarzlarını daha fazla kullandığı bildirilmiştir. Tayvan'da 1999 yılında meydana gelen depremden 5 yıl sonra kurtarma ekiplerinde yapılan çalışmada duygu odaklı/pasif başa çıkma tarzlarını kullananlarda travma sonrası yeniden yaşama belirtilerinin daha sık görüldüğü bildirilmiş ve TSSB gelişimi için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (45). Savaş mağdurlarıyla yapılan bir çok çalışmada da benzer şekilde pasif başa çıkma stratejilerini kullananlarda TSSB belirtilerinin daha yüksek olduğu, bununla birlikte savaş sonrasında yaşadığı ortama zayıf uyum gösterdikleri saptanmıştır (46,47).

Çalışmamızın ülkemizde bu alana dikkat çeken, farklı merkezlerden katılımın sağlandığı, olgu sayısı yüksek nadir çalışmalardan olması dikkate değerdir. Ancak verilerimiz sadece Ankara merkezde yer alan hastanelerden toplandığı için tüm ülkeye genellenemeyeceği kanaatindeyiz. Acil servis ve yoğun bakım çalışanlarında bulunan yüksek TSSB oranları bu çalışma ortamlarının yüksek riskli doğasını göstermektedir. Acil servis çalışanlarının ve YBÜ çalışanlarının geçmişte de kontrol grubundan daha fazla travmatik olay yaşamaları aklımıza meslek seçiminde de bu durumun etkili olabileceği olasılığını getirmiştir. Ancak çalışmamızda geçmişte yaşanan travmatik olayın iş hayatı ile ilişkisi ayrıntılı olarak değerlendirilmediği (örneğin travmatik yaşantı bu işte çalışmaya başlamadan önce mi ya da travmatik yaşantı iş yerinde mi yoksa başka bir yerde mi gerçekleşti?) için bu kısım mevcut verilerimizle aydınlatılamadı. İleride yapılacak çalışmalar TSSB gelişiminde stresli çalışma ortamlarına ilişkin risk faktörlerinin tanımlanmasına yardımcı olabilir ve bu yerlerde çalışanlara

yönelik koruyucu ve tedavi edici yaklaşımların artmasına katkı sağlayabilir.

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Erkan Baysak, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği erkanbaysak@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Spitzer RL, Williams JB, editors. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association; 1980: Citeseer.

2. Eriksson CB, Kemp HV, Gorsuch R, Hoke S, Foy DW. Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel. J Trauma Stress. 2001;14:205-12.

3. Johnsen BH, Eid J, Løvstad T, Michelsen LT. Posttraumatic stress symptoms in nonexposed, victims, and spontaneous rescuers after an avalanche. J Trauma Stress. 1997;10:133-40.

4. Weiss DS, Marmar CR, Metzler TJ, Ronfeldt HM. Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. J Consult Clin Psychol. 1995;63:361.

5. Yilmaz B. Yardim Calisanlarinda Travmatik Stres. J Clin Psy. 2007;10:137-47.

6. Collins S, Long A. Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health?care workers-a literature review. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2003;10:417-24.

7. Sabin-Farrell R, Turpin G. Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? Clin Psychol Rev. 2003;23:449-80.

8. Prezant DJ, Weiden M, Banauch GI, McGuinness G, Rom WN, Aldrich TK, Kelly KJ. Cough and bronchial responsiveness in firefighters at the World Trade Center site. N Engl J Med. 2002;347:806-15.

9. Control CfD, Prevention. Mental health status of World Trade Center rescue and recovery workers and volunteers-New York City, July 2002-August 2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2004;53:812.

10. Rodríguez-Rey R, Palacios A, Alonso-Tapia J, Pérez E, Álvarez E, Coca A, Mencía S, Marcos A, Mayordomo-Colunga J, Fernández F. Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles. Aust Crit Care. 2018;1-8.

11. Buck C. Treating the individual. Nursing. 1991;4:24-5.

12. Erol N, Oner O. Travmaya psikolojik tepkiler ve bunlara yaklasim. Deprem ozel sayisi Turk Psikol Bul. 1999;5(Suppl 1)

13. Dirkzwager AJ, Bramsen I, Van Der Ploeg HM. Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: A prospective study. Pers Individ Dif. 2003;34:1545-59.

14. Cheung Chung CC, Yvette Easthope, Man. Traumatic stress and death anxiety among community residents exposed to an aircraft crash. Death Stud. 2000;24:689-704.

15. Brown J, Mulhern G, Joseph S. Incident-related stressors, locus of control, coping, and psychological distress among firefighters in Northern Ireland. J Trauma Stress. 2002;15:161-8.

16. McFarlane AC. The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. Br J Psychiatry. 1989;154:221-8.

17. Freudenberger HJ. Staff burnout. J Soc Issues.1974;30: 159-65.

18. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. Psychol Assess. 1997;9:445-51

19. Dürü Ç. Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümenin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve bir model önerisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi Hacettepe Üniveristesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. 2006.

20. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Health Soc Behav. 1980:219-39.

21. Durak A, Şahin NH. Stresle Başaçıkma Tarzları Ölceği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. Turk J Psychol. 1995;10:56-73.

22. Ergin C. Doktor ve hemsirelerde tukenmislik ve Maslach tukenmislik olceginin uyarlanmasi. VII Ulusal Psikoloji Kongresi, 22th September 1992 Ankara (Turkey). 1992.

23. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6):361-70.

24. Aydemir O. Hastane anksiyete ve depresyon olcegi Turkce formunun gecerlilik ve guvenilirligi. Turk Psikiyatri Derg. 1997;8: 280-7

25. Somville FJ, De Gucht V, Maes S. The impact of occupational hazards and traumatic events among Belgian emergency physicians. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2016;24: 59

26. Carmassi C, Gesi C, Corsi M, Cremone IM, Bertelloni CA, Massimetti E, Olivieri MC, Conversano C, Santini M, Dell'Osso L. Exploring PTSD in emergency operators of a major University Hospital in Italy: a preliminary report on the role of gender, age, and education. Ann Gen Psychiatry. 2018;17:17-24.

27. Carmassi C, Gesi C, Simoncini M, Favilla L, Massimetti G, Olivieri MC, Conversano C, Santini M, Dell'Osso L. DSM-5 PTSD and posttraumatic stress spectrum in Italian emergency

personnel: correlations with work and social adjustment. Neuropsychiatr Dis Treat 2016;12:375-381.

28. Guo Y-J, Chen C-H, Lu M-L, Tan HK-L, Lee H-W, Wang T-N. Posttraumatic stress disorder among professional and non-professional rescuers involved in an earthquake in Taiwan. Psychiatry Res. 2004;127:35-41.

29. McFarlane AC. The Ash Wednesday bushfires in South Australia. Implications for planning for future post-disaster services. Med J Aust. 1984;141:286-91.

30. McFarlane AC, Williamson P, Barton CA. The impact of traumatic stressors in civilian occupational settings. J Public Health Policy. 2009;30:311-27.

31. Beck CT, Cusson RM, Gable RK, Dowling D, Thibeau S. Secondary Traumatic Stress in NICU Nurses. Adv Neonatal Care. 2017;17:478-88.

32. Ong YZ, Siddiqui S, John S, Chen Z, Chang S. The Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder in Intensive Care Unit Staff and the Common Coping Strategies Used. Ann Acad Med Singapore. 2016;45:215-8

33. Mealer ML, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M. Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175:693-7.

34. Mealer M, Burnham EL, Goode CJ, Rothbaum B, Moss M. The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. Depress Anxiety. 2009;26:1118-26.

35. Clohessy S, Ehlers A. PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. Br J Clin Psychol. 1999;38:251-65.

36. Dunmore E, Clark DM, Ehlers A. Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. Behav Res Ther. 1999;37:809-29.

37. MacDonald HA, Colotla V, Flamer S, Karlinsky H. Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the workplace: a descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury. J Occup Rehabil. 2003;13:63-77.

38. Kilic C, Inci F. Traumatic Stress in Emergency Medical Technicians: Protective Role of Age and Education. Turk Psikiyatri Derg. 2015;26: 236-41.

39. Perrin MA, DiGrande L, Wheeler K, Thorpe L, Farfel M, Brackbill R. Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. Am J Psychiatry. 2007;164:1385-94.

40. Acker KH. Do critical care nurses face burnout, PTSD, or is it something else?: getting help for the helpers. AACN Adv Crit Care. 1993;4:558-65.

41. Robertson N, Perry A. Institutionally based health care workers' exposure to traumatogenic events: systematic review of PTSD presentation. J Trauma Stress. 2010;23:417-20.

42. Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. Am J Psychiatry. 2004;161:1370-6.

43. McFarlane AC, Papay P. Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. J Nerv Ment Dis. 1992;180:498-504

44. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1995;52:1048-60.

45. Chang C-M, Lee L-C, Connor KM, Davidson JR, Jeffries K, Lai T-J. Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake. J Nerv Ment Dis. 2003;191:391-8.

46. Solomon Z, Mikulincer M, Avitzur E. Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: a prospective study. J Pers Soc Psycho. 1988;55:279-85.

47. Solomon Z, Mikulincer M, Benbenishty R. Locus of control and combat related post?traumatic stress disorder: The intervening role of battle intensity, threat appraisal and coping. Br J Clin Psychol. 1989;28:131-44.

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda cinsel işlevler ve prolaktin düzeyleri

Sexual functions and prolactin levels in patients with bipolar disorder

Rabia Nazik Yüksel[1], Elif Tatlıdil Yaylacı[2], Hasan Kaya[1], Gamze Erzin[3], Emine Merve Akdağ[1], Adem Demirci[4], Çiğdem Aydemir[5], Erol Göka[6]

[1]Uzm. Dr., [2]Doç. Dr., [6]Prof. Dr., Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

[1]https://orcid.org/0000-0003-1635-9176

[3]Uzm. Dr., Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Ankara

[4]Uzm. Dr., Sincan Nafiz Körez Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

[5]Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Ankara

ÖZET

Amaç: Duygudurum dengeleyici ve antipsikotik ilaçların cinsel işlevlerle ilgili yan etkileri olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte hastalar genellikle bu yakınmaları hakkında konuşmaktan kaçınırlar ve cinsel işlev bozuklukları, hastaların kendi kendilerine doz azaltmalarına ya da tedaviyi bırakmalarına sebep olabilir. Bu çalışmada, remisyon dönemindeki bipolar bozukluk hastalarının ilaç tedavileri ve prolaktin düzeylerini dikkate alarak cinsel işlevlerini değerlendirmeyi amaçladık. **Yöntem:** Çalışmaya DSM-IV kriterlerine göre bipolar bozukluk tanısı alan 52 hasta dâhil edildi. Hastaların prolaktin düzeyleri ölçüldü. Cinsel disfonksiyonu değerlendirmek için, Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) kullanıldı. **Bulgular:** Prolaktin düzeyleri ortalaması kadın ve erkekler için sırasıyla 24.71 ± 4.25 ve 19.96 ± 5.52 ng/ml idi. Duygudurum dengeleyici (DD) ve duygudurum dengeleyiciye ek antipsikotik (AP) alanlar arasında prolaktin seviyeleri farklıydı ($p<0.001$). Toplam GRCDÖ puanları DD ve DD+AP tedavi grubunda farklı değildi. Toplam GRCDÖ ile prolaktin seviyeleri arasında korelasyon yoktu. Kadınlarda dokunma, doyum, anorgazmi, erkeklerde prematür ejakülasyon, empotans ve doyum alt ölçeklerinde bozulma mevcuttu. **Sonuç:** Çalışmamızda, remisyondaki kadın ve erkek bipolar bozukluk hastalarında cinsel disfonksiyonlar mevcuttu. Prolaktin seviyeleri cinsel disfonksiyonu yansıtmakta yeterli bulunmadı. Bipolar bozuklukta tedavi uyumunu arttırmak için, DD ve AP kullanan hastalarda cinsel işlevlerin dikkate alınması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Bipolar bozukluk, duygudurum bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, cinsel disfonksiyon, cinsel işlevler, golombok rust cinsel doyum ölçeği

SUMMARY

Objective: Mood stabilizers and antipsychotic drugs are known to have adverse effects on sexual function. However, patients often refrain from speaking about sexual complaints that may cause dose reduction and discontinuation of the drug without medical supervision. In this study we aimed to evaluate sexual functions of patients with bipolar disorder in remission period, considering prolactin levels and medications. **Method:** We recruited 52 patients with bipolar disorder in remission according to DSM-IV diagnostic criteria. Prolactin levels were measured in all patients. The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) was used to assess sexual dysfunction. **Results:** Mean prolactin levels were 24.71 ± 4.25 and 19.96 ± 5.52 ng/ml respectively for females and males. Patients taking mood stabilizer (MS) and mood stabilizer plus antipsychotic (AP) treatment had different prolactin levels ($p<0.001$). Total GRISS scores were not different for MS and MS+AP treatment groups. We didn't find a correlation between Total GRISS scores and prolactin levels. There was a significant deterioration in female non-sensuality, female dissatisfaction and anorgasmia subscales of female patients and significant deterioration in premature ejaculation, impotence and male dissatisfaction subscales of male patients. **Discussion:** In our sample, both men and women patients with bipolar disorder in remission have sexual dysfunctions. Our results suggest that prolactin levels are not sufficient to demonstrate the sexual dysfunction. To enhance patient compliance it is necessary to focus more on sexual symptoms of patients receiving MS and AP treatment.

Key Words: Bipolar disorder, mood disorders, sexual dysfunction,sexual disorders, sexual functions, golombok rust inventory of sexual satisfaction

(Klinik Psikiyatri 2019;22:48-56)

DOI: 10.5505/kpd.2019.03521

Makalenin geliş tarihi: 29.05.2018, Yayına kabul tarihi: 03.11.2018

GİRİŞ

Cinsel işlev bozukluğu, kişinin yaşam kalitesini bozan ve strese neden olan etkilenmiş cinsel işlev olarak tanımlanabilir(1). Cinsel işlev bozuklukların biyolojik, davranışsal, psikososyal ve kültürel birçok sebebi olabileceği için çok boyutlu ve multidisipliner olarak ele alınması gerekmektedir (2). Cinsel işlev bozukluğu riski, sosyoekonomik durum, psikiyatrik bozukluklar, partner durumu ve ilişkinin süresi, menopoz ve psikotrop ilaç tedavilerinin yan etkileri gibi birçok faktörlerle artış göstermektedir (1).

DSM-5'te cinsel işlev bozuklukları Tablo 1'de gösterildiği şekilde sınıflandırılmıştır (3).

Tablo 1. DSM-V'te Cinsel İşlev Bozuklukları

Erkekte düşük cinsel istek bozukluğu
Kadında cinsel ilgi/ uyarılma bozukluğu
Sertleşme bozukluğu
Kadında orgazm bozukluğu
Geç boşalma
Erken boşalma
Cinsel organlarda -pelviste ağrı/içe girme bozukluğu
Maddenin /ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu
Tanımlanmış diğer bir cinsel işlev bozukluğu
Tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda, cinsel işlevlerde bozulma sık görülmekle birlikte genellikle yeterli olarak değerlendirilmemektedir. Dell'Osso ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2009) duygudurum bozukluğu olan hastaların, kontrol grubuna göre cinsel aktivite sıklığı daha fazla olmasına rağmen yaşam boyu cinsel yanıt siklusunda bozulma da, kontrol grubuna göre daha sık olarak bulunmuştur (4). Bipolar bozuklukta cinsel sorunlar hastalığın fazı ile doğrudan ilişkili olabilir. Kadın ve erkek hastalarda, manik ya da hipomanik epizotlarda sıklıkla hiperseksüalite ve artmış riskli cinsel davranışlar görülürken, depresyonda cinsel istekte azalma görülür (5).

Bipolar bozukluk tanılı hastalar, remisyon dönemi de dâhil olmak üzere yaşamlarının büyük bir bölümünü duygudurum dengeleyici ve antipsikotik ilaçlar kullanarak sürdürmektedirler. Literatür incelendiğinde, cinsel işlev bozuklukları ile antipsikotikler arasındaki ilişki hakkında veriler bulunmasına rağmen, duygudurum dengeleyicilerin cinsel işlevler üzerine etkileri kısıtlı olarak incelenmiştir (1).

Bipolar bozukluğun tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların santral sinir sistemi, endokrin sistem, boşaltım sistemi, kalp ve solunum işlevleri üzerinde yan etkileri olmaktadır (6). Endokrin sistemle ilgili yan etkilerden biri prolaktin düzeyindeki artıştır (7). Antipsikotiklerin neden olduğu hiperprolaktineminin en belirgin belirtileri; göğüste duyarlılık, galaktore, kadınlarda menstruel döngü anormallikleri, amenore (8), azalmış libido, kemik mineral dansitesinde azalma olarak belirtilebilir (9).

Hiperprolaktineminin antipsikotik ilaç kullanımı dışında birçok sebebi olabilir. Melmed ve Kleinberg (2008) hiperprolaktinemi sebeplerini sınıflandırmış ve gebelik, emzirme, stres, egzersiz, uyku, ilaç kullanımı, renal yetmezlik, uzun süreli hipotiroidi gibi birçok sebebin prolaktin düzeylerini yükseltebileceğini, uzun süreli prolaktin yüksekliğinin prolaktinomalara yol açabileceği, bununla birlikte hipofiz sapına baskı yapan prolaktin salgılamayan hipofiz bezi tümörleri ile parasellar tümörlerin de hiperprolaktinemi yapabileceğini belirtmişlerdir (10).

Antipsikotik kullanmakta olan hastalarda cinsel işlev bozukluğuna dair semptomlar penil ereksiyon, lubrikasyon, orgazm, libido, ejakülasyon, cinsel istek ve doyumda bozulma olarak kendini gösterebilir (11). Bu durumlar, doz azaltma, ilaç kullanmayı bırakma, ek ilaçlar kullanma, ilaç değiştirme gibi nedenlerle hastaların tedavi uyumunu bozabilir (12). Bununla birlikte duygudurum dengeleyici ilaçlardan antiepileptikler de hipotalamo-hipofizer-gonadal aks üzerinde hormon salınımını modüle ederek cinsel davranış üzerinde direkt inhibe edici etkiye yol açabilirler (13). Valproik asit kullanımı ile cinsel işlevler arasındaki ilişki daha çok epilepsi hastaları üzerinde çalışılmıştır ve epilepsi tanılı erkek hastalarda, valproik asit tedavisi ile androjen, gonadotropin serum düzeylerinde değişiklikler, sperm morfolojisinde ve motilitesinde anormallikler, sperm sayısında azalma arasında ilişki saptanmıştır (14,15,16). Aldemir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2012),

bipolar bozukluk tanısı olan erkek hastaların hormon düzeylerinin valproik asit tedavisinden etkilenmediği, epilepsi hastalarında görülen prolaktin ve folikül stimüle edici hormon düzeylerindeki yüksekliğin epilepsiye atfedilebileceği bildirilmiştir (17). Bipolar bozuklukta kullanılan diğer bir antikonvulsan olan karbamazepinin cinsel işlevler üzerine etkisi ile ilgili veriler kısıtlı olmakla birlikte, karaciğer enzimlerini indükleyen karbamazepin gibi antikonvulsanların, testesteron ve estradiolün biyoaktivitesini bozarak cinsel işlevler üzerine olumsuz etkiler yapabileceği (18,19) bildirilmiş olmakla birlikte, Asadi-Pooya ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada, epilepsi tanısı ile karbamazepin tedavisi başlanan erkek hastaların tedavi öncesi ve sonrası yapılan değerlendirmesinde, karbamazepinin seks hormonları üzerinde bir etkisi olmadığı yayınlanmıştır (20).

Lityum, bipolar bozukluk tedavisinde birinci sıra tedavilerden biridir ancak lityumun da, cinsel isteği azaltma, erektil fonksiyonu bozma ve cinsel doyumu azaltma gibi olumsuz etkileri bildirilmiştir (21,22,23). Ghadirian ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (1992) lityumun bipolar bozuklukta tek başına kullanılmasının cinsel fonksiyonlar üzerinde çok belirgin bir etkisi olmadığı ancak lityumun benzodiazepinlerle kombine edilmesinin cinsel işlevler üzerinde olumsuz etkisi olduğu bildirilmiş ve yine aynı çalışmada, serum lityum düzeyleri ve serum prolaktin düzeylerinin cinsel işlevler ile ilişkisi bulunmamıştır (24).

Okskarbazepinin cinsel işlevler üzerine etkisi ile ilgili veri kısıtlıdır .Okskarbazepin ile indüklenen retrograd ejakülasyon ve erektil disfonksiyon ile ilgili iki tane vaka yayınlanmıştır (25,26) ancak, Luef ve arkadaşlarının 228 epilepsi hastasını dahil ettikleri prospektif bir çalışmada (2009), okskarbazepin tedavisinin, daha önceden bulunan cinsel disfonksiyonlara iyi geldiği bildirilmiştir (27). Bipolar bozukluk hastalarında ise yeterli veri bulunmamaktadır.

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda prolaktin düzeyleri ve cinsel işlevler arasındaki ilişkiye dair veriler de oldukça kısıtlıdır. Kesebir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2014), bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda antipsikotik ilaçların yan etkilerinde cinsiyet farklılıkları olabileceği bildirilmiştir (28).

Çalışmamızdaki hipotezlerimizden ilki, bipolar bozukluk hastalarında remisyon döneminde kullandıkları ilaçlar nedeniyle cinsel işlevlerinin etkilendiğidir. Bir diğer hipotez ise, duygudurum dengeleyicisine ek olarak antipsikotik ilaç kullanımının cinsel işlevlerde bozulmayı arttıracağıdır. Son olarak üçüncü hipotezimiz ise, prolaktin düzeyleri ile cinsel işlev bozuklukları arasında bir korelasyon olabileceğidir.

Bu çalışmanın amacı, remisyonda bipolar bozukluk hastalarında cinsel işlevleri detaylı olarak değerlendirmek, ve yalnızca duygudurum dengeleyicisi kullanan hastalarla duygudurum dengeleyicisine ek olarak antipsikotik ilaç kullanan hastalar arasında cinsel işlev bozulmalarını ve prolaktin düzeylerini karşılaştırmaktır.

YÖNTEM

Katılımcılar

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne Ocak 2014-Haziran 2015 tarihleri arasında başvuran, DSM-IV-TR'ye göre Bipolar Bozukluk tanısı almış olan 90 hasta çalışmaya davet edilmiş, ancak çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışma kriterlerini karşılayan 52 hasta çalışmaya dahil edilebilmiştir. Hastaların çalışmaya alınma ölçütleri olarak: "Çalışma için gönüllü olmak, 18-45 yaş arasında olmak, en az 5 yıl süreyle eğitim almış olmak, DSM-VI-TR tanı ölçütlerine göre Bipolar I ya da Bipolar II bozukluğu tanısı almış olmak , en az 4 hafta en fazla 12 yıldır ilaç tedavisi alıyor olmak ve Young Mani ve Hamilton Depresyon ölçekleri ile ötimik olduğu tespit edilmiş olmak" belirlenmiştir. 18-45 yaş aralığının seçilmesinin sebebi, cinsel olarak daha aktif bir dönem olması ve kadınlarda fertil çağ olarak kabul edilmesidir.

Duygudurum dengeleyici ve antipsikotik ilaç tedavisi kullanan hastalar çalışmaya dahil edilmiş, karıştırıcı faktör olması açısından benzodiazepin, antidepresan, anksiyolitik gibi ilaçlar ve genel tıbbi

hastalıklara bağlı ilaç kullanan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Zeka geriliği, Demans ve diğer organik mental bozuklukların olması, Young Mani Ölçeği'nde beşten yüksek puan almak, Hamilton Depresyon Ölçeği'nde yediden yüksek puan almak, yakın dönemde EKT uygulaması yapılmış olması, kadın hasta ise gebe olmak, prolaktin yüksekliğine neden olabilecek endokrin bir hastalık sahibi olmak dışlanma kriterleri olarak belirlenmiştir.

Sosyodemografik özellikler

Araştırma kapsamında toplam 52 hastanın verileri incelendi. Hastaların 27'si (%51.9) erkek ve 25'i (%48.1) kadındı. Kadınların yaş ortalaması: 33.64±7.45, erkeklerin yaş ortalaması 31.62±7.32 idi. Hastaların bazı demografik verileri Tablo 2'de gösterilmiştir.

İşlem

Hastaların tümünden gönüllü olur formu alınarak kan prolaktin düzeyi ve ek olarak, , kadın hastalarda gebeliğin dışlanması için B-HCG düzeyi ölçülmüştür. Laboratuarımızda Prolaktin normal değeri 6-29,9 ng/mL olarak kabul edilmektedir.

Hastalara demografik bilgileri içeren bir anket formu ve cinsel işlev bozukluğunu değerlendirmek üzere Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği verilmiştir. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin (GRCDÖ) maddeleri hekim tarafından açıklandıktan sonra, hastanın yalnız olarak uygulanması sağlanmıştır.

GRCDÖ alt ölçeklerinden "5" ve üzeri puan alınan alt boyutlarda sorun yaşandığı kabul edilmiştir.

Değerlendirme Araçları

Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ): 1986'da Golombok ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (29). Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Tuğrul ve ark. Tarafından 1993'te yapılmıştır (30,31). Ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Kadın formunda, anorgazmi, vajinismus, iletişim, sıklık, kaçınma ve doyum, erkek formunda ise impotans, prematür ejakülasyon, iletişim, sıklık, kaçınma ve doyum alt ölçekleri bulunmaktadır. Her alt ölçek için skor arttıkça cinsel disfonksiyonun şiddeti de artmaktadır.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, 1960 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiştir (32). Bu ölçeğin Akdemir ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış formu kullanılmıştır (33).

Young Mani Derecelendirme Ölçeği: 1978'de Young ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (34). Bu ölçeğin Karadağ ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış formu kullanılmıştır (35).

İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler SPSS 18.0 programı ile frekansların dağılımları ve yüzdelerde ki kare, ölçümsel verilerin ortalamaları bağımsız iki grup kıyaslamalarında student t testi, non parametrik

Tablo 2. Hastaların demografik özellikleri

	Erkek Hasta (n=27)	Kadın Hasta (n=25)
Medeni Durum, n (%)		
Bekar	13 (48,1)	6 (22,2)
Evli	13(48,1)	15 (55,6)
Boşanmış	1 (3,7)	6 (22,2)
Çalışma Durumu, n (%)		
Çalışmıyor	7 (25,9)	20 (74,1)
Çalışıyor	20 (74,1)	7 (25,9)
Eğitim Yılı, X±S / (min-maks)	11,2±3,09 / (5 -17)	8,8±3,73/ (5 -17)
Hastalık Süresi X±S / (min-maks)	7,5 ±7,00 / (0,5 -25)	9,7 ±7,62 / (1 -27)

X: Ortalama; S: Standart sapma; %: Yüzde

Tablo 3. Prolaktin düzeylerinin sadece duygudurum dengeleyici (DD) ve duygudurum dengeleyiciye ek olarak antipsikotik (AP) ilaç kullanan hastalarda k arşılaştırılması

	DD (n=10)	DD+AP(n=42)	t[a]	p
Prolaktin , X±S	12,09±8,97	24,66±21,20	-2,903	0,006

X: Ortalama; S: Standart sapma; %: Yüzde , a: Student's t test

Tablo 4. Toplam GRCDÖ Skorlarının kadın ve erkekler arasında karşılaştırılması

	Kadın (n=25)	Erkek (n=26)	t[a]	p
Toplam GRCDÖ , X±S	45.56±16.17	38.30±11.22	-2,903	0,001

X: Ortalama; S: Standart sapma; %: Yüzde , a: Student's t test

grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, korelasyon analizinde Spearman Korelasyon Testi ile değerlendirilmiştir.

Çalışmamız için etik kurul onayı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan alınmıştır.

BULGULAR

Prolaktin Düzeyleri

Prolaktin düzeyleri kadınlar için ve erkekler için sırasıyla 24.71 ± 4.25 ng/ml ve 19.96 ± 5.52 ng/ml idi ve normal aralıkta olarak değerlendirildi.

52 Hastanın 10 tanesi (%19.2) sadece duygudurum dengeleyici ilaç (DD) kullanırken, 42 tanesi (%80.8) duygudurum dengeleyicisine ilave antipsikotik (AP) ilaç kullanıyordu. Sadece DD kullanan hastaların; 7'si valproik asit, 2'si lamotrijin, 1'i lityum kullanıyordu. Bu sebeple duygudurum dengeleyici türleri kendi arasında karşılaştırılamadı.

Sadece DD kullanan hastaların prolaktin düzeyleri, DD+AP kullanan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşüktü (Tablo 3).

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Skorları

Toplam Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) skorları, kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti (p=0.001) (Tablo 4.)

Prolaktin düzeyleri ile kadınlar için toplam GRCDÖ skorları arasında bir korelasyon saptanmadı (Tablo 5).

Kullanılan antipsikotik ilaçlar; risperidon, paliperidon, olanzapin, ketiapin, aripiprazol şeklinde çeşitlendiği için, sayı kısıtlılığı sebebiyle vakalar kullandıkları antipsikotik grubuna göre ayrıca gruplandırılamadı.

Erkeklerde toplam GRCDÖ skoru ile eğitim düzeyi arasında (p= 0.715 r=0.074) bir korelasyon saptanmadı. Evli erkekler ile bekar erkekler arasında Toplam GRCDÖ skorları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık sergilemedi (p=0.334). Hastalık süresi ve toplam GRCDÖ skorları arasında korelasyon gözlenmedi (p=0.651, r=0.091).

Kadınlarda toplam GRCDÖ skoru ile eğitim düzeyi arasında (p= 0.521 r=0.135) bir korelasyon saptanmadı. Toplam GRCDÖ skoru evli kadınlar ile bekar kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermedi (p=0.349). Hastalık süresi ve toplam GRCDÖ skorları arasında korelasyon gözlenmedi (p=0.121, r=-0.318).

Bütün alt ölçekler kadın ve erkekler için ayrı ayrı değerlendirildiğinde erkeklerde empotans, erken boşalma ve doyum alanlarında, kadınlarda ise anorgazmi, dokunma ve doyum alanlarında etkilenme olduğu bulunmuştur.

GRCDÖ alt ölçeklerinin tek tek prolaktin düzeyleri ile ilişkisi incelenmiş olup, alt ölçeklerden herhangi birinin prolaktin düzeyi ile korelasyonu bulunmamıştır (Tablo 6).

Tablo 5. Prolaktin düzeylerinin kadın ve erkek toplam GRCDÖ skorları ile karşılaştırılması

	Prolaktin	
	p	r
Kadın Toplam GRCDÖ (n=25)	0.328	-0.204
Erkek Toplam GRCDÖ (n=26)	0.896	-0.027

r: Spearman korelasyon katsayısı .

Tablo 6. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Alt Ölçek Skor değerleri ve prolaktin düzeyi ile korelasyonları

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Prolaktin r	Prolaktin p
Erkek Kaçınma	26	0.00	9.00	3.26	2.87	-0,040	0,847
Erkek Sıklık	26	2.00	8.00	4.76	1.77	0,003	0,989
Erkek İletişim	26	0.00	8.00	4.11	2.56	-0,096	0,642
Erkek Dokunma	26	0.00	9.00	4.11	2.91	-0,123	0,548
Erkek Empotans	26	2.00	10.00	**6.50**	2.10	0,004	0,985
Erkek Erken Boşalma	26	1.00	12.00	**6.50**	2.78	-0,085	0,678
Erkek Doyum	26	1.00	11.00	**5.73**	2.77	-0,079	0,568
Kadın Anorgazmi	25	1.00	11.00	**6.44**	3.62	-0,298	0,148
Kadın Vajinismus	25	1.00	9.00	4.28	2.65	-0,236	0,255
Kadın Dokunma	25	1.00	15.00	**8.28**	4.10	-0,177	0,399
Kadın Kaçınma	25	0.00	14.00	4.72	3.95	-0,095	0,651
Kadın Doyum	25	0.00	12.00	**7.52**	3.28	-0,037	0,860
Kadın İletişim	25	0.00	7.00	2.96	2.47	0,070	0,739
Kadın Sıklık	25	0.00	6.00	3.16	1.65	-0,231	0,266

r: Spearman korelasyon katsayısı

TARTIŞMA

Bu çalışmada, bipolar bozukluk tanılı hastalar, ötimik dönemde kesitsel olarak değerlendirilerek, cinsel işlevler ve prolaktin değerlerinin cinsel işlevler ile ilişkisi incelenmiştir. Cinsel fonksiyonlar GRCDÖ ile ölçülmüş olup, her iki cinsiyette de alt ölçekler ayrı ayrı ele alınmıştır.

Bipolar bozuklukta cinsel işlevler hakkında literatürdeki veriler kısıtlı olup, çalışmamız Türkiye'de ötimik dönemdeki bipolar bozukluk hastalarının hangi alanlarda (iletişim, doyum, anorgazmi vb.) cinsel sorunlar yaşadıklarını bildirmesi açısından önemlidir.

Literatür incelendiğinde, araştırmacılar daha çok depresif bozukluklar ve cinsellik üzerinde araştırma yapmış ve depresyonun özellikle cinsel istek alanında bozulma yaptığı gösterilmiştir (36,37,38).

Bipolar bozukluğun manik epizodunda cinsel istek artışı, depresif epizodunda ise cinsel istekte azalma hastalığın tanımlayıcı semptomlarındandır (39). Bununla birlikte, remisyonda olan hastaların cinsel işlevlerinin hakkında açık ve yeterli veriler bulunmamaktadır.

Dell'Osso ve arkadaşları (2009), bipolar depresyon ve unipolar depresyonu olan hastalarda, sağlıklı kontrollere göre, cinsel yanıt siklusunun bütün alanlarında yaşam boyu bir bozulma görüldüğünü ve bunun yaş ve cinsiyetten bağımsız olduğunu bildirmiştir (4).

Angel ve ark. (2018), bipolar bozukluk hastalarının kullandığı ilaçların en sık yan etkilerinden biri olan cinsel disfonksiyonun, yaşam kalitesi üzerinde önemli etkisi olduğunu ve hastaların en çok işlev kaybından yakındığı sorunlardan biri olduğunu bildirmiştir (40). Olisah ve ark. (2016), psikotrop ilaç kullanan hastalarda cinsel işlev bozukluğunun yaygın olduğunu, bipolar bozukluk, depresif bozukluk, şizofreni ve diğer hastalıklar nedeniyle ilaç kullanan hastaların %76,9'unun çoklu ilaç tedavileri aldığı ve bütün gruplardaki hastaların toplamına bakıldığında %64,3'ünün en az bir alanda cinsel disfonksiyondan yakındığını bildirmiştir (41). Bizim çalışmamızda da, kadın ve erkek hastalarda yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda prolaktin seviyelerini değerlendirmemizin sebebi, prolaktin yüksekliğinin cinsel fonksiyonlar üzerinde erektil disfonksiyon, amenore, galaktore, azalmış libido gibi etkileri olmasıdır (9). Bipolar bozukluk hastalarının bir çoğu, idame tedavilerinde antipsikotik ilaçlar kullanmakta ve antipsikotik ilaçların prolaktin üzerine çeşitli etkileri bulunmaktadır. Peuskens ve ark. (2014) antipsikotik kullanımına bağlı prolaktin yüksekliğinin cinsiyet ve dozla ilişkili olduğunu, amisülpirid ve risperidon gibi ilaçların prolaktini yükseltmede çok etkili olmasına karşın, aripiprazolün prolaktin seviyeleri üzerinde minimal etkisi olduğunu bildirmiştir (42) Yine aynı çalışmada,

uzun süreli tedavide prolaktin yüksekliğine genellikle tolerans gelişse de, bir çok vakada normalin en üst seviyesinde prolaktin düzeyleri görüldüğünü bildirmiştir (42). Pacchiarotti ve ark. (2015) duygudurum dengeleyici ilaçlardan lityum ve valproik asitin ise prolaktini yükseltmediğini, hatta hiperprolaktinemiden koruyabileceğini, lityumun özellikle uzun dönem tedavide prolaktin yüksekliği riski olan bipolar bozukluk hastalarında güvenli bir seçenek olabileceğini bildirmiştir (43).

Bizim çalışmamızda, hastaların çalışmaya dahil edilmesi sırasında duygudurum dengeleyici ve antipsikotik ilaçlar dışında ilaç kullanıyor olmak dışlama kriteri olarak belirlendiğinden, örneklem büyüklüğü kısıtlı olmuştur ve bu yüzden kullanılan duygudurum dengeleyici ve atipik antipsikotik ilaçlar, örneklem büyüklüğü nedeniyle kendi arasında tek tek karşılaştırılamamıştır. Sadece duygudurum dengeleyici kullananlar ve duygudurum dengeleyicisine ek olarak atipik antipsikotik ilaç kullananlar şeklinde iki gruba ayrılıp karşılaştırma yapıldığında duygudurum dengeleyici ve antipsikotik kombine kullanan grupta sadece duygudurum dengeleyici kullanan gruba göre prolaktin düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunsa da normal aralıkta olarak değerlendirilmiştir. Buna rağmen, bu iki grup arasında GRCDÖ toplam sonuçları farklılık sergilememiştir. Kesebir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, bipolar bozukluk hastalarının, prolaktin düzeyleri bizim çalışmamızla benzer şekilde normal aralıkta bulunmuş, ve GRCDÖ skorları yine çalışmamıza benzer şekilde prolaktin seviyesi ile ilişkili bulunmamıştır (28).

Bu bulguların ışığında, bipolar duygudurum bozukluğu hastalarında prolaktin yüksekliğinden bağımsız olarak cinsel işlevlerin etkilendiği düşünülebilir.

Çalışmamızda, toplam GRCDÖ skorları, kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Hariri ve ark. (2009), bipolar bozukluğu olan erkek hastaların daha çok cinsel işlev bozukluğu olduğunu yayınlamıştır (44). Psikotrop ilaç kullanımının kadın ve erkekler üzerinde farklılık gösterebileceği bildirilmiştir (45). Bu sonuçları her iki örneklemin yaş aralığı, vücut kitle indeksi ve sosyo-ekonomik düzey ve hastalık fazı açısından tam benzerlik göstermemesi ile açıklayabiliriz.

Örneklemimizde kadın ve erkek grubunda, cinsel işlevlerde bozulmanın eğitim durumu, medeni durum ve hastalık süresinden etkilenmediği saptanmıştır. Örneklemin yeterince geniş olmaması bu sonuçlar üzerinde etkili olabilir.

GRCDÖ alt ölçekleri incelendiğinde, örneklemimizde kadın hastaların belirgin olarak dokunma, doyum ve anorgazmi alanlarında , erkek hastaların ise prematür ejakülasyon, empotans ve doyum alanlarında belirgin bozulma saptanmış olup, her iki cinsiyette de, total GRCDÖ yüksek bulunmuştur.

Hariri ve ark. (2007), erkek bipolar bozukluk hastalarında sıklık, doyum, kaçınma, prematür ejakülasyon, doyum alanlarında , kadın bipolar bozukluk hastalarında vajinismus ve iletişim alanlarında bozulma bildirmiştir(44).

Çakmak ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2010), şizofreni hastalarında GRCDÖ kullanılarak cinsel işlev bozuklukları değerlendirilmiş ve cinsel ilişki sıklığı ile iletişim, doyum ve hastalık süresi arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır(46). Bizim örneklemimizde hastalık süresi ve cinsel işlevler arasında bir ilişki bulunmamasının sebebi olarak örneklemimizin 18-45 yaş arası hastalardan oluşması ve dolayısıyla hastalık sürelerinin daha kısa olması ve şizofreni hastalığı ve bipolar bozukluk hastalığının gidişinin farklı olması düşünülebilir.

Alt ölçeklerin her birinin prolaktin düzeyleri ile korelasyonu incelendiğinde, kadın ve erkeklerde hiçbir alt ölçeğin prolaktin seviyeleriyle korele olmaması da, bipolar bozukluk hastalarında cinsel işlevlerin değerlendirilmesinde prolaktin düzeyinin yeterli bir parametre olmadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızın sonuçları, remisyonda bipolar bozukluğu olan hastalarda, prolaktin düzeylerinin antipsikotik ilaç kullanımı olsun ya da olmasın, cinsel disfonksiyonu göstermekte yeterli olmadığını

göstermektedir. Antipsikotik ilaç kullanımı olan hastalarda, cinsel işlev bozukluğu olduğunda klinisyenler genellikle prolaktin düzeylerini ölçerek hipofizer sistem üzerindeki baskılanmayı araştırma eğilimindedir. Çalışmamızın sonuçları, prolaktin yükselmeden de hastalarda cinsel işlev bozuklukları olabileceğine işaret etmesi açısından anlamlıdır.

Bununla birlikte ötimik dönemde de olsalar, ilaç kullanımı olmayan bipolar duygudurum bozukluğu hastası örneklemi oluşturmak pratikte mümkün olmadığından, bipolar bozukluğun remisyon döneminin, ilaçlardan bağımsız olarak cinsel işlevler üzerine nasıl bir etkisinin olduğunu açıklamak araştırıcılar için bir zorluk olarak görünmektedir.

Örneklem büyüklüğü hastaları kullandıkları ilaçlara göre gruplandırmak için yeterli olmamıştır. Ayrıca çalışmamızın uzunlamasına bir çalışma olmaması, örneklem büyüklüğünün görece olarak küçük olması ve sağlıklı kontrol grubunun bulunmaması çalışmamızın kısıtlılığıdır.

SONUÇ

Günümüzde cinsel işlevlerin, gerek hekimlerin gerekse hastaların açıkça konuşmaktan çekindiği bir alan olmayı sürdürdüğü söylenebilir, bu durum da tedavi uyumunu olumsuz etkilemektedir.

Neredeyse ömür boyu ilaç kullanan bipolar bozukluk hastalarının rutin muayenelerinde, cinsel işlevler hassasiyetle değerlendirilmeli, gerekirse tüm cinsel işlev alanlar ile ilgili yakınmalar ayrı ayrı sorulmalı ve cinsel disfonksiyonların varlığı araştırılmalıdır. Tedavi belirlenirken, ilaç yan etkileri ve hastanın kişisel özellikleri de dikkate alınarak en az cinsel yan etki yapan ilaçların seçilmesi, kontrollerde yan etkilerin değerlendirilmesi, hastanın idame tedaviyi uyumlu bir şekilde sürdürebilmesi açısından yararlı olacaktır.

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Rabia Nazik Yüksel, Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye rabianazik@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Sorensen T, Giraldi A, Vinberg M. Sexual distress and quality of life among women with bipolar disorder. Int J Bipolar Disord 2017; 5.1: 29.

2. Köroğlu E, Güleç C Psikiyatri Temel Kitabı, 2.Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007.

3. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru, 2015.

4. Dell'Osso L, Carmassi C, Carlini M, Rucci P, Torri P, Cesari D, Landi P, Ciapparelli A, Maggi M. Sexual Dysfunctions and Suicidality in Patients with Bipolar Disorder and Unipolar Depression. J Sex Med 2009; 6: 3063-3070.

5. Kopeykina I, Kim H-J, Khatun T Boland J, Haeri S, Cohen LJ, Galynker II. Hypersexuality and couple relationships in bipolar disorder: a review. J Affect Disord 2016;195:1-14.

6. Balcıoğlu İ. Antipsikotiklerin Yan etkileri, İ.Ü. Cerrahpasa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Egitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, Istanbul, s. 157-168.

7. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı, 2. cilt, on birinci baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008.

8. Naidoo U, Goff DC, Klibanski A. Hyperprolactinemia and bone mineral density: the potential impact of antipsychotic agents. Psychoneuroendocrinology 2003;28:97-100.

9. Torre D, Falorni A. Pharmacological causes of hyperprolactinemia. Ther Clin Risk Manag 2007;3:929-51.

10. Melmed S, Kleinberg D. Anterior pituitary. In: Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, eds. Williams textbook of endocrinology. 11th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008, pp. 185-261

11. Just MJ. The influence of atypical antipsychotic drugs on sexual function. Neuropsychiatr Dis Treat 2015; 11:1655.

12. Schmidt HM, Hagen M, Kriston L, Soares-Weiser K, Maayan N, Berner MM. Management of sexual dysfunction due to antipsychotic drug therapy.Cochrane Database Syst Rev 2012; 11.

13. Morrell MJ. Sexual dysfunction in epilepsy. Epilepsia 1991;32 Suppl 6:S38-45.

14. Rättyä J, Turkka J, Pakarinen AJ, Knip M, Kotila M A, Lukkarinen O, Isojärvi JIT. Reproductive effects of valproate, carbamazepine, and oxcarbazepine in men with epilepsy. Neurology 2001; 56.1: 31-36.

15. Røste LS, Taubøll E, Haugen TB, Bjørnenak T, Saetre ER, Gjerstad L. Alterations in semen parameters in men with epilepsy treated with valproate or carbamazepine monotherapy. Eur J Neurol 2003; 10.5: 501-506.

16. Mikkonen K, Tapanainen P, Pakarinen AJ, Päivänsalo M, Isojärvi JI, Vainionpää LK. Serum androgen levels and testicular structure during pubertal maturation in male subjects with epilepsy. Epilepsia 2004; 45.7: 769-776.

17. Aldemir E, Akdeniz F, Altay AB, Arıcı Ş, Umul M, Aydın

HH, Vahip S. Valproatla İlişkili Üreme Hormon Bozuklukları: Bipolar Erkekler Epilepsili Erkekler Kadar Risk Altında mı? Turk Psikiyatri Derg 2012

18. Herzog AG, Drislande FW, Schomer DL, Pennell PB, Bromfield EB, Dworetzky BA, Frye CA. Differential effects of antiepileptic drugs on sexual function and hormones in men with epilepsy. Neurology 2005; 65:1016-1020.

19. Verrotti A, D'Egidio C, Mohn A, Coppola G, Parisi P, Chiarelli F. Antiepileptic drugs, sex hormones, and PCOS. Epilepsia 2011; 52:199-211.

20. Asadi-Pooya AA, Dabbaghmanesh MH, Ashjazadeh N. Effects of carbamazepine on male reproductive hormones. Med J Islam Repub Iran 2014;28:139.

21. Fountoulakis KN, Kasper S, Andreassen O, Blier P, Okasha A, Severus E, Versiani M, Tandon R, Möller HJ, Vieta E. Efficacy of pharmacotherapy in bipolar disorder: a report by the WPA section on pharmacopsychiatry. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2012;262:1-48.

22. Elnazer HY, Sampson A, Baldwin D. Lithium and sexual dysfunction: an under-researched area. Hum Psychopharmacol Clin Exp 2015;30:66-9.

23. Montejo AL, Montejo L, Baldwin DS. The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. World Psychiatry 2018; 17: 3

24. Ghadirian AM, Ananble L, Belanger MC. Lithium, benzodiazepines, and sexual function in bipolar patients. Am J Psychiatry 1992;149:801-5.

25. Boora K, Chiappone K, Dubovsky SL. Oxcarbazepine-induced reversible anorgasmia and ejaculatory failure: a case report. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2009;11:173-4.

26. Calabrò RS, Italiano D, Pollicino P, Bramanti P. Oxcarbazepine-related retrograde ejaculation. Epilepsy Behav 2012; 25.2: 174-175.

27. Luef G, Kramer G, Stefan H. Oxcarbazepine treatment in male epilepsy patients improves pre-existing sexual dysfunction. Acta Neurol Scand. 2009;119:94-99.

28. Kesebir S, Toprak B, Baykaran B, Hariri A, Bilici M. Comparison of Sexual Function and Hormonal Parameters Between Mood Stabilizer Treatment Modalities in Bipolar Disorder. Noro Psikiyatr Ars 2014; 51.3: 242.

29. Rust J, Golombok S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. Arch Sex Behav 1986;15.2: 157-165.

30. Rust J, Golombok S. The Golombok?Rust Inventory of sexual satisfaction (GRISS). Br J Clin Psychol 1985; 24.1: 63-64.

31. Tuğrul C, Öztan N, Kabakcı E. Standardization of Golombok-Rust sexual satisfaction inventory. Türk Psikiyatri Derg 1993; 4: 83-8.

32. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23.1: 56.

33. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996; 4.4: 251-259.

34. Young R C, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry 1978:133.5: 429-435.

35. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E. Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Derg 2001;13.2:107-114.

36. Cohen S, Kühn KU, Bender S, Erfurth A, Gastpar M, Murafi A, Weig W. Sexual impairment in psychiatric inpatients: focus on depression. Pharmacopsychiatry 2007; 40.02:58-63.

37. Phillips JR, Slaughter JR. Depression and sexual desire. Am Fam Physician 2000; 62.4: 782-786.

38. Bonierbale M, Tignol J. The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. Curr Med Res Opin 2003; 19.2: 114-124.

39. Downey JI. Driven sexual behavior in bipolar spectrum patients: psychodynamic issues. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry 2011; 39.1: 77-92.

40. Montejo AL, Laura M, David SB. The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. World psychiatry 2018; 17.1: 3-11.

41. Olisah VO, Sheikh TL, Abah ER, Mahmud?Ajeigbe AF. Sociodemographic and clinical correlates of sexual dysfunction among psychiatric outpatients receiving common psychotropic medications in a Neuropsychiatric Hospital in Northern Nigeria. Niger J Clin Pract 2016:19.6: 799-806.

42. Peuskens J, Pani L, Detraux J, De Hert M. The effects of novel and newly approved antipsychotics on serum prolactin levels: a comprehensive review. CNS drugs 2014;28:421-453.

43. Pacchiarotti I, Murru A, Kotzalidis GD, Bonnin CM, Mazzarini L, Colom, F, Vieta E Hyperprolactinemia and medications for bipolar disorder: systematic review of a neglected issue in clinical practice. Eur Neuropsychopharmacol 2015;25.8: 1045-1059.

44. Hariri AG, Karadag F, Gurol DT, Aksoy UM, Tezcan AE. Sexual problems in a sample of the Turkish psychiatric population. Compr Psychiatry 2009:50.4: 353-360.

45. Anderson Gail D. Sex and racial differences in pharmacological response: where is the evidence? Pharmacogenetics, pharmacokinetics, and pharmacodynamics. J Womens Health 2005; 14: 19-29.

46. Çakmak S, Karakuş G, Evlice YE. Şizofrenide Cinsel İşlev Bozuklukları: Kesitsel Bir Değerlendirme. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2010; 13.2;55-64.

Bir tıp fakültesinde öğrenim görmekte olan öğrencilerin ruhsal bozukluklara yönelik tutumları

A medical school students' mental disorders attitudes

Ferdi Köşger[1], Ali Ercan Altınöz[2]

[1]Doç. Dr., Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye https://orcid.org/0000-0002-6013-2457

[2]Dr. Öğr. Üyesi, Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye https://orcid.org/0000-0003-2233-2105

ÖZET

Amaç: Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tüm dünyada görülen bir durum olup ruhsal bozukluğu olan bireyler üzerindeki olumsuz etkisi günümüze kadar yapılan çalışmalarla güçlü bir şekilde gösterilmiştir. Ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumun tıp fakültesi öğrencileri arasında da bulunduğu bilinmektedir. Bu çalışmada Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (ESOGÜ) Tıp Fakültesi öğrencilerinin ruhsal bozukluklara yönelik tutumlarını araştırmak ve bu tutumların sosyodemografik verilerle ilişkisini ortaya koymak amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya ESOGÜ Tıp Fakültesinde eğitim gören, çalışmaya katılmaya gönüllü öğrenciler Aralık 2017 – Nisan 2018 tarihleri arasında alınmıştır. Çalışmamızda sosyodemografik bilgi formu ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği veri toplama aracı olarak kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmaya katılmayı kabul eden 314 öğrenci değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmaya katılanların 24'ü (%7.6) psikiyatrik bir tanı öyküleri olduğunu, 63'ü (% 20.1) ise psikiyatrik bir tanı öyküsü olan bir yakınları olduğunu bildirmişlerdir. RHİÖ puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkeklerde ölçek toplam ortalama puanlarının kadın öğrencilerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu ($z=2.65$, $p<0.01$). **Sonuç:** Kadın tıp fakültesi öğrencilerinin erkek öğrencilere göre, eğitim düzeyi yükseklerin düşüklere göre, ruhsal bozukluk öyküsü olanların olmayanlara göre, yakınında ruhsal bozukluk öyküsü olanların olmayanlara göre daha olumlu tutumlara sahip olması literatürle uyumludur. Tıp fakültesi öğrencilerinde damgalama farkındalığının geliştirilebilmesi önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Damgalama, eğitim, ruhsal bozukluk, tıp fakültesi

SUMMARY

Objective: Stigmatization for mental illness is a phenomenon that is seen all over the world and its negative effect on individuals with mental disorders has been shown strongly with studies done up to day. It is known that the stigmatizing attitude towards mental illness is also seen among the medical faculty students as well. In this study, it was aimed to investigate the attitudes of students of Eskişehir Osmangazi University (ESOGÜ) Faculty of Medicine to mental disorders regarding to sociodemographic variables. **Method:** The study is conducted between December 2017 and April 2018; the sample was consisting of the volunteer students of Eskişehir Osmangazi University School of Medicine. In our study, sociodemographic information form and Beliefs Towards Mental Illness Scale (BTMIS) were used as data collection tool. **Results:** 314 students who agreed to participate in the study were assessed. Twenty-four of the participants (7.6%) reported a psychiatric diagnosis, and 63 (20.1%) had a psychiatric diagnosis. When comparing the scores of BTMIS scores by sex, the mean scores of male students were significantly higher than female students ($z = 2.65$, $p <0.01$). **Discussion:** It is consistent with the literature that women, the students with high education, the students with psychiatric disorders, and the student who had a relative with psychiatric disorder had more positive attitudes. It is important to improve the stigmatization awareness toward the medical students.

Key Words: Stigma, education, mental disorder, medical faculties

(Klinik Psikiyatri 2019;22:57-62)

DOI: 10.5505/kpd.2018.78941

Makalenin geliş tarihi: 01.07.2018, Yayına kabul tarihi: 24.09.2018

GİRİŞ

Dünyadaki hastalıkların yaklaşık % 14'ünü oluşturan ruhsal, davranışsal ve psikososyal bozukluklar yaklaşık 450 milyon bireyi etkilemektedir (1). Ruhsal hastalık bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında tutarsızlık, uygunsuzluk ve yetersizlik göstermesi ile karakterize bir bozukluktur. İnanç belirli bir konudaki düşüncenin ileri düzeyde kabul görmesiyle son derece sabitleşmiş, yerleşmiş genel kanılardır. Tutum bir kişiye, gruba, fikre ya da duruma karşı nispeten yerleşmiş ve değişmez bir özgün tepkide bulunma eğilimi olup, sosyal öğrenmenin ve deneyimlerin, duyguların karmaşık bir ürünüdür. Duygular, deneyimler ve bilgiler sonucu oluşan, yaşam boyu edinilen tutumlar genellikle belli nesnelere ve nesne gruplarına olumsuz ya da olumlu bir şekilde yanıt verme eğilimi olarak tanımlanır. Tutumlar bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerden oluşur ve zamanla değişebilirler (2). Damgalama tutumla ilişkili bir kavramdır ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Bireyin toplumun birçok alanından reddedilmesi, ayrımcılığa uğraması ve dışlanması ile sonuçlanan utanç, itibarsızlaştırma ve onaylamama işareti" olarak tanımlanır (3). Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tüm dünyada görülen bir durum olup ruhsal bozukluğu olan bireyler üzerindeki olumsuz etkisi günümüze kadar yapılan çalışmalarla güçlü bir şekilde gösterilmiştir (4).

Tıp fakültesi öğrencilerinin değerlendirildiği bir çalışmada depresyonu olan öğrencilerin sadece % 22'sinin ruhsal sağlık hizmetlerinden faydalandığı gösterilmiştir. Bu çalışmada öğrencilerin %30'u ruhsal sağlık hizmetlerini kullanmada damgalamanın önemli bir sorun olduğunu, %37'si gizlilikle ilgili eksiklik bulunduğunu, %24'ü ise kayıt altına alınma korkusunun tedavi başvurusunda bulunmama için en önemli etken olduğunu bildirmiştir (5).

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumun tıp fakültesi öğrencileri arasında da bulunduğu bilinmektedir (6-8). Tıp fakültesi öğrencileri sadece ruhsal bozuklukların tanınması ve yönetilmesi hakkında bilgi ve beceri kazanmamalı, aynı zamanda ruhsal bozukluğu olan insanlara karşı tutumlarını geliştirmelidir (6). Ülkemizde yapılan ve son sınıf üniversite öğrencilerini değerlendiren bir çalışmada ruhsal bozukluğu olan bir birey ile sosyal temasın, ruhsal bozukluklar ile ilgili olumsuz düşünceleri azalttığını göstermiştir (9). Bu çalışmada Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (ESOGÜ) Tıp Fakültesi öğrencilerinin sınıflarının da değerlendirilerek, ruhsal bozukluklara yönelik tutumlarını araştırmak amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmaya ESOGÜ Tıp Fakültesinde eğitim gören, çalışmaya katılmaya gönüllü öğrenciler (n=314) Aralık 2017 - Nisan 2018 tarihleri arasında alınmıştır. Çalışmamızda sosyodemografik bilgi formu ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği veri toplama aracı olarak kullanıldı.

Sosyodemografik Veri Formu: Formda katılımcıların sosyodemografik özellikleri hakkında sorular bulunmaktadır. Bu form toplam 11 maddeden oluşmaktadır.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği: Ölçek Hirai ve Clum tarafından geliştirilmiştir (10). 21 maddesi olan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Türkiye'de Bilge ve Cam tarafından yapılmıştır (2). Ölçek ruhsal bozukluklar için 'psikotik' veya 'psikotik olmayan' olarak bir sınıflandırma içermez. Ölçeğin maddelerinde 'ruhsal bozukluk' ve 'ruhsal bozukluğu olan birey' gibi ruhsal bozukluklara yönelik inançları değerlendiren ifadeler vardır. Ölçekteki ifadeler ruhsal bozuklukla ilgili olumsuz inançları içermektedir. Bu nedenle, ölçekten alınan toplam puan ruhsal bozukluklara karşı olumsuz inançların seviyesini göstermektedir. Ölçek 6'lı likert tipi ölçektir ve 'hiç katılmıyorum' (0), 'çoğunlukla katılmıyorum' (1), 'biraz katılmıyorum' (2), 'biraz katılıyorum' (3), 'çoğunlukla katılıyorum' (4) 'tamamen katılıyorum' (5) şeklinde değerlendirilir. Ölçek hem toplam puana hem de alt ölçek puanlarına göre yorumlanır. Ölçeğin üç alt ölçeği vardır; Tehlikelilik alt ölçeği: Alt ölçek ruhsal bozuklukların ve hastaların tehlikeliliği konusunda 8 maddeden oluşur. Ölçeğin puan aralığı 0 ve 40 arasındadır. Zayıf sosyal ve kişilerarası ilişki becerileri ve tedavi edilemezlik alt ölçeği: Bu alt ölçeğin 11 maddesi ruhsal bozuklukların kişiler arası ilişkilere etkisi ve bu etki nedeniyle tedavi edilemezliği kapsar. Alt ölçekte ruhsal hastalığı olan bireylerle kişisel

ilişkiler içinde yaşanan hayal kırıklığı ve çaresizlik ifade edilir. Bir kişi bu ölçekten 0 ile 55 arasında bir puan alabilir. Utanç alt ölçeği: Bu alt ölçekte ruhsal bozukluğun utanılacak bir durum olduğunu ifade eden iki madde bulunmaktadır ve puanı 0-10 arasındadır.

Çalışma için yerel etik kuruldan onay alınmıştır.

Verilerin analizi

Normal dağılım için Shapiro Wilk normal dağılım testi uygulanmıştır. Bağımsız grupların karşılaştırılmasında veriler normal dağılmadığı için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. RHİÖ puanları ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişkinin saptanması için, veriler normal dağıldığından Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Anlamlılık seviyesi p?0.05 olarak kabul edilmiştir. Tüm istatistiksel analizler ve hesaplamalar SPSS (Version 18.0) programıyla yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılmayı kabul eden 314 öğrenci değerlendirmeye alınmıştır. Yaş ortalaması 21.36±2.20 olan öğrencilerin 178'i (%56.7) kadın ve 136'sı (%43.3) erkekti. 192 (% 61.1) tıp fakültesi öğrencisi klinik öncesi sınıftayken (sınıf 1,2 ve 3), 122'si (% 38.9) klinik sınıftaydı (sınıf 4,5 ve 6).

Öğrencilerin 297'si Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı iken (%94.6), 17'si yabancı uyrukluydu (% 5.4). Çalışmaya katılanların 24'ü (%7.6) psikiyatrik bir tanı öyküleri olduğunu, 63'ü (% 20.1) ise psikiyatrik bir tanı öyküsü olan bir yakınları olduğunu bildirmişlerdir.

Tüm katılımcıların RHİÖ toplam puan ortalamaları 43,64±20,78 olarak saptandı. Tüm katılımcıların RHİÖ tehlikelilik, utanç ve zayıf beceri alt ölçeklerine göre puan ortalamaları sırasıyla 19.08±8.56, 3.19±4.84, 20.47±7.93 olarak saptanmıştır.

RHİÖ puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkeklerde ölçek toplam ortalama puanlarının (46.88±27.47) kadın öğrencilerden (41.17±13.20) anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu ($z=2.65$, $p<0.01$). RHİÖ toplam ve alt ölçek puanları uyruğa göre karşılaştırıldığında ölçek toplam ortalama puanlarının yabancı uyruklu öğrencilerde (66.65±69.02) TC uyruklu öğrencilere göre (42.32±12.93) anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($z=2.71$,$p<0.05$). Klinik eğitim seviyesinde olan öğrencilerde RHİÖ utanç alt ölçek ortalama puanı (4.28±5.58) klinik öncesi eğitim alan öğrencilere (2.49±4.17) göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($z=3.31$,$p<0.001$). Ruhsal bozukluk öyküsü olan öğrencilerin tehlikelilik (14.66±5.43), zayıf sosyal ve kişilerarası ilişki becerileri ve tedavi edilemezlik alt ölçeği (16.66±7.41) ile ölçek toplam ortalama puanı (34.13±11.76), tanı öyküsü olmayanlara göre (sırasıyla 19.45±8.67, 20.78±7.90, 44.43±21.18) anlamlı derecede daha düşük bulundu (sırasıyla $z=-3.42$,$p<0.01$; $z=-2.45$,$p<0.001$; $z=-3.39$,$p<0.01$). Yakınında ruhsal bozukluk öyküsü olan öğrencilerin RHİÖ tehlikelilik alt ölçek ortalama puanı (19.00±15.47), yakınında ruhsal bozukluk öyküsü olmayanlara göre (19.10 ± 5.68) anlamlı derecede daha düşük saptandı ($z=-2.18$, $p<0.05$) (Tablo 1).

Çalışmamızda öğrencilerin yaşları ile RHİÖ tehlikelilik alt ölçeği puanları arasında negatif korelasyon saptandı ($r=-0.13$,$p<0.05$). Çalışmamızda RHİÖ toplam puanı ile katılımcının kardeş sayısı, kaçıncı çocuk olduğu, anne ve babanın eğitim durumu, ailenin sosyoekonomik düzeyi ve yakınında psikiyatrik tanı öyküsü arasında ilişki saptanmadı.

TARTIŞMA

Ruhsal bozukluğa yönelik tutumlarda ruhsal bozukluğu tanıma yanında sosyal, kültürel ve yaş, cinsiyet gibi demografik değişkenler etkili olabilir (11). Tıp fakültesi öğrencileri için ise bahsedilen değişkenlerin yanında uygulanan eğitim ve öğretim yöntemleri, tıbbi eğitim ortamı, örnek alınacak rol modelleri ve doğrudan hasta sorumluluğu alma gibi faktörler öğrencilerin ruhsal bozukluklara karşı tutumunu etkileyebilir (12-14).

Çalışmamızda yabancı uyruklu öğrencilerde RHİÖ toplam ortalama puanı TC uyruklulara göre anlam-

Tablo 1. Katılımcılara ait sosyodemografik değişkenler

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	178	56.7
Erkek	136	43.3
Sınıf		
Preklinik	192	61.1
Klinik	122	38.9
Uyruk		
Türkiye Cumhuriyeti	297	94.6
Diğer	17	5.4
Anne Eğitim Düzeyi		
Okur Yazar Değil	23	7.3
İlkokul	80	25.5
Ortaokul	33	10.5
Lise	83	26.4
Üniversite	80	25.5
Yüksek Lisans	15	4.8
Baba Eğitim Düzeyi		
Okur Yazar Değil	7	2.2
İlkokul	39	12.4
Ortaokul	26	8.3
Lise	73	23.2
Üniversite	145	46.2
Yüksek Lisans	24	7.6
Gelir Düzeyi		
Düşük	13	4.1
Orta	275	87.6
Yüksek	26	8.3
Psikiyatrik Tanı Geçmişi		
Yok	290	92.4
Var	24	7.6
Yakınında Psikiyatrik Tanı		
Yok	251	79.9
Var	63	20.1

lı düzeyde yüksek bulundu. Bu durum ülkemizde genel olarak ruhsal bozukluğu olanların aileleri ile birlikte yaşamaları ve daha fazla toplumsal destek görmeleri ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin yaşları ile RHİÖ tehlikelilik alt ölçeği puanları arasında negatif korelasyon saptandı. Bu bulgu yaşla ve dolayısı ile tıbbi eğitim arttıkça öğrencilerin ruhsal bozukluğu olanları daha az tehlikeli gördüklerini göstermektedir. Çalışmamızda klinik düzeyde eğitim gören öğrencilerle klinik öncesi eğitim görenler arasında RHİÖ toplam ortalama puanı arasında farklılık saptanmazken, utanç alt ölçek puanları klinik sınıflarda daha yüksekti. Literatürde bazı çalışmalarda tıp fakültelerinde verilen psikiyatri eğitiminin öğrencilerin tutumları üzerinde olumlu bir etkisi olduğu bildirilmişken (6,15,16), bazılarında bir farklılık ortaya çıkmadığı bildirilmiştir (17-19). Genel olarak doktorların kariyerleri boyunca ruhsal bozuklukları olanlara karşı tutumlarında olumlu yönde bir değişiklik olduğu söylenebilir. Özellikle utanç alt ölçek puanının klinik sınıflarda daha yüksek olması, bu öğrencilerin kapalı serviste görece daha ağır şiddette ruhsal bozukluğu olan yatan hastaları izlemeleri ile ilişkili olabilir.

Öğrenciler cinsiyetleri açısından karşılaştırıldığında ölçek toplam ortalama puanının kadın öğrencilerde daha düşük olduğunu bulduk. Kadın tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal bozukluğu olanlara karşı erkek öğrencilere göre daha olumlu tutum gösterdiklerini söyleyebiliriz. Literatürde bir kaç çalışmada cinsiyetin ruhsal bozukluklara yönelik tutumlarda etkili olmadığı bildirilmişken (20,21), bazı çalışmalarda kadınların erkeklere göre ruhsal bozukluğu olanlara karşı daha az önyargılı oldukları gösterilmiştir (22,23). Çalışmamız da bu saptamayı destekler niteliktedir.

Tablo 2. RHİÖ ve alt ölçek ortalama puanlarının sosyo -demografik ö zellikler ile karşılaştırılması

	RHİÖ Tehlikelilik	RHİÖ Zayıf sosyal ve kişilerarası ilişki becerileri ve tedavi edilemezlik	RHİÖ Utanç	RHİÖ Toplam
Cinsiyet				
K (n=178)	19.09 ± 10.11	19.88 ± 8.21	3.16 ± 4.94	41.17 ± 13.20
E (n=136)	19.06 ± 5.98	21.24 ± 7.51	3.23 ± 4.73	46.88 ± 27.47 **
Uyruk				
TC (n=297)	19.00 ± 8.69	20.33 ± 7.95	3.23 ± 4.91	42.32 ± 12.93
Diğer (n=17)	20.53 ± 5.61	22.94 ± 7.33	2.53 ± 3.41	66.65 ± 69.02 **
Sınıf				
Preklinik (n=192)	19.52 ± 9.60	20.14 ± 7.81	2.49 ± 4.17	43.14 ± 24.38
Klinik (n=122)	18.39 ± 6.58	20.98 ± 8.12	4.28 ± 5.58***	44.43 ± 13.35
Ruhsal hastalık öyküsü				
Var (n=24)	14.66 ± 5.43	16.66 ± 7.41	3.71 ± 6.38	34.13 ± 11.76
Yok (n=290)	19.45 ± 8.67 ***	20.78 ± 7.90 *	3.15 ± 4.70	44.43 ± 21.18 ***
Yakınında ruhsal hastalık				
Var (n=63)	19.00 ± 15.47	19.51 ± 8.68	3.62 ± 5.60	43.64 ± 20.78
Yok (n=251)	19.10 ± 5.68 *	20.71 ± 7.73	3.08 ± 4.64	42.99 ± 12.42

RHİÖ: Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği; TC: Türkiye Cumhuriyeti, *= p<0. 05, **= p<0.01, ***= p<0. 001

Eğitim süresinin artması ile ruhsal bozukluğu olanlara karşı damgalamanın azaldığı bildirilmiştir (24). Eğitim seviyesi düşük olan erkeklerde ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı ayrımcılığın daha fazla görüldüğü gösterilmiştir (25). Literatürde ebeveynlerin eğitim seviyesinin öğrencilerin ruhsal bozukluğu olan kişilerle ilgili bilgi ve tutumlarını yansıtabileceği bildirilmiştir (26). Çalışmamızda ebeveynlerin eğitim seviyesi ile öğrencilerin ruhsal bozukluğa yönelik tutumları arasında bir ilişki saptamadık. Ruhsal bozukluğu olanlara yönelik tutum birçok faktörün birleşimi sonucu ortaya çıkar. Bu açıdan sadece ebeveynlerin eğitim düzeyi tüm etkenler arasında en azından bizim örneklemimizde yeterince etkili olmayabilir. Daha fazla sayıda öğrenciyi içerecek şekilde tasarlanacak olan çalışmalar bu konuda daha çok veri ortaya çıkarabilir.

Bekleneceği gibi çalışmamızda ruhsal bozukluk öyküsü olan öğrencilerin tehlikelilik, zayıf sosyal ve kişilerarası ilişki becerileri ve tedavi edilemezlik ve ölçek toplam ortalama puanı ruhsal bozukluk öyküsü olmayanlara göre anlamlı derecede daha düşük bulundu. Yine bir yakınında ruhsal bozukluk öyküsü olan öğrencilerde tehlikelilik alt ölçek ortalama puanı daha düşüktü. Bu durum ruhsal bozukluklarla karşılaşmanın önyargılı yaklaşımları önlediğini ve olumlu tutumların geliştiğini göstermesi açısından önemlidir.

Çalışmamızın kimi kısıtlılıkları bulunmaktadır. Örneklemin yalnızca ESOGÜ öğrencilerinde oluyor olması ve görece küçük olması, sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Kullanılan yöntemin regresyon analizine uygun veri toplamaya yardımcı olmamış olması da önemli bir kısıtlılıktır. Bir başka kısıtlılık da bireylerin ruhsal bozukluklara ilişkin görüşlerinin kendini değerlendirme ölçeğiyle ölçülmüş olmasıdır.

SONUÇ

Damgalamayla mücadelede önerilen yöntemler propaganda, eğitim ve temastır (27). Geleceğin hekimleri yetiştirilirken damgalama özelinde sunulacak eğitimin damgalamayla mücadelede önemli olabilir. Bu bağlamda damgalamanın tıp fakültesi müfredatına alınması işe yarayabilir. Temas noktasında ise; tıp fakültesi öğrencilerinin hem temel klinik eğitimlerinde, hem de psikososyal kulüpler gibi temel eğitimleri dışındaki etkinliklerinde ruhsal bozukluğu olan hastalara sağlayacakları destek ve klinik izlem ruhsal bozukluğu olan hastalara yönelik olumsuz tutum, davranış, damgalanma ve önyargıları önleyebilir.

Teşekkür

Bu çalışmanın verileri ESOGÜ 1. Sınıf proje öğrencileri tarafından hazırlanmıştır. Çalışmanın veri toplama kısmında emeği geçen Fırat Mete, Bahar Şueda Şengil, Loutfi Kechagla, Onur Karaoğlu, Abdou Mannani Nadei, Oğuzhan Bostancı, Şeraz Ali Çiçek ve Ali Duman'a, istatistiksel analiz için Muzaffer Bilgin'e teşekkür ederiz.

Yazışma adresi: Dr. Öğr. Üyesi Ali Ercan Altınöz, Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir ercanaltinoz@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahma A. No health without mental health. The lancet. 2007;370:859-77.

2. Bilge A, Çam O. Ruhsal Hastaliga Yönelik Inançlar Ölçegi'nin geçerliligi ve güvenilirligi/Validity and reliability of Beliefs towards Mental Illness Scale. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008;9:91.

3. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope: World Health Organization; 2001.

4. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, Group IS. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. Lancet. 2009;373:408-15.

5. Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. Acad Med. 2002;77:918-21.

6. Ay P, Save D, Fidanoglu O. Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006;41:63-7.

7. Fernando SM, Deane FP, McLeod HJ. Sri Lankan doctors' and medical undergraduates' attitudes towards mental illness. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45:733-9.

8. Ogunsemi OO, Odusan O, Olatawura MO. Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label. Ann Gen Psychiatry. 2008;7:15.

9. Arikan K, Uysal O. Emotional Reactions to the Mentally IIIAre Positively Influenced By Personal Acquaintance. Isr J Psychiatry Relat Sci. 1999;36:100-4.

10. Hirai M, Clum GA. Development, reliability, and validity of the beliefs toward mental illness scale. Journal of psychopathology and Behavioral Assessment. 2000;22:221-36.

11. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. Acta Psychiatr Scand. 2006;113:163-79.

12. Mukherjee R, Fialho A, Wijetunge A, Checinski K, Surgenor T. The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. The Psychiatrist. 2002;26:178-81.

13. Shokoohi-Yekta M, Retish PM. Attitudes of Chinese and American male students towards mental illness. Int J Soc Psychiatry. 1991;37:192-200.

14. Mino Y, Yasuda N, Kanazawa S, Inoue S. Effects of medical education on attitudes towards mental illness among medical students: a five-year follow-up study. Acta Medica Okayama. 2000;54:127-32.

15. Singh SP, Baxter H, Standen P, Duggan C. Changing the attitudes oftomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. Med Educ. 1998;32:115-20.

16. Baxter H, Singh SP, Standen P, Duggan C. The attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: changes during the final undergraduate year. Med Educ. 2001;35:381-3.

17. Arkar H, Eker D. Influence of a 3-week psychiatric training programme on attitudes toward mental illness in medical students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1997;32:171-6.

18. Yager J, Lamotte K, Nielsen A, 3rd, Eaton JS, Jr. Medical students' evaluation of psychiatry: a cross-country comparison. Am J Psychiatry. 1982;139:1003-9.

19. Yanik M, Simsek Z, Kati M, Nebioglu M. Tıp fakültesi öğrencilerinin depresyona karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin bu tutumlara etkisi. 3P Dergisi. 2004;12:101-7.

20. Ünal S, Hisar F, özgÜven Z. Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences. 2010;23:145-150.

21. Angermeyer MC, Matschinger H. Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. Psychol Med. 1997;27:131-41.

22. Calvert SH, Sharpe M, Power M, Lawrie SM. Does undergraduate education have an effect on Edinburgh medical students' attitudes to psychiatry and psychiatric patients? The Journal of nervous and mental disease. 1999;187:757-61.

23. Chung KF, Chen EY, Liu CS. University students' attitudes towards mental patients and psychiatric treatment. Int J Soc Psychiatry. 2001;47:63-72.

24. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. Am J Public Health. 1999;89:1328-33.

25. Farina A. Are women nicer people than men? Sex and the stigma of mental disorders. Clin Psychol Rev. 1981;1:223-43.

26. Savrun BM, Arikan K, Uysal O, Cetin G, Poyraz BC, Aksoy C, Bayar MR. Gender effect on attitudes towards the mentally ill: a survey of Turkish university students. Isr J Psychiatry Relat Sci. 2007;44:57-61.

27. Karagöl A, Çalışkan D, Beyazyüz M. Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2013;22:96-101.

Özgül duygular temelli duygu düzenleme becerileri ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması

Turkish adaptation of emotion regulation skills questionnaire-emotion specific: The study of reliability and validity

Sevginar Vatan[1]

[1]Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye https://orcid.org/0000-0003-4040-0888

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada özgül duygular için duygu düzenleme becerilerini değerlendirebilecek bir ölçüm aracının Türkçe'ye kazandırılması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, özgül duygular temelli duygu düzenleme becerileri ölçeğinin geçerliği ve güvenirliği incelenmiştir. **Yöntem:** Bu amaç doğrultusunda 295 kadın ve 219 erkek olmak üzere toplam 514 kişi ile araştırma yürütülmüştür. Katılımcılar Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği-DÖ'ni, Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği ve SCL-90 Ölçeği'ni doldurmuşlardır. **Bulgular:** DDBÖ-DÖ'nin, güvenirlik çalışması kapsamında; Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının.86 ile. 92 arasında olduğu bulunmuştur. Her bir alt boyut için yapılan madde-toplam korelasyon sonuçlarının da.30'dan yüksek olduğu görülmüştür. Geçerlik çalışması kapsamında ise; DDBÖ-DÖ ölçüt bağıntılı geçerlilik için değerlendirilen ölçeklerle beklendik yönde korelasyon göstermiştir. **Sonuç:** Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği-DÖ'nin Türkçe uyarlaması için güvenirlik ve geçerlilik özelliklerine sahip olduğu düşülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Duygular, Duygu Düzenleme Becerileri, Geçerlik, Güvenirlik

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to bring one of the emotional regulation measurements to Turkish Language. For this, we evaluated validity and reliability of the Emotion Regulation Skills Questionnaire-Emotion Specific in a Turkish sample. **Method:** In total 514 university students (295 female and 219 male) participated and completed Emotion Regulation Skills Questionnaire-Emotion Specific, Emotion Regulation Skills Questionnaire, and SCL-90. **Results:** In the reliability study, the Cronbach alphas for different emotions subscales were between.86 and.92. Most of the item total correlations were higher than.30. Additionally, in the validity study the whole scale and subscales were revealed high correlations with each other and variables used for criterion validity. **Discussion:** To sum up, the results suggest that the validity and reliability of the Turkish form of Emotion Regulation Skills Questionnaire –Emotion Specific was at a satisfactory level.

Key Words: Emotions, Emotion Regulation Skills, Reliability, Validity

(Klinik Psikiyatri 2019;22:63-70)

DOI: 10.5505/kpd.2018.52824

Makalenin geliş tarihi: 22.01.2018, Yayına kabul tarihi: 27.07.2018

GİRİŞ

Duygu düzenleme, geçtiğimiz yirmi yıl içinde ruh sağlığı alanında oldukça yaygın bir şekilde ele alınan olgulardan biri haline gelmiştir. Araştırma ve uygulama alanında duygu düzenleme konusuna artan eğilimi açıklayacak nedenlerden biri, psikolojik ya da psikiyatrik bir tedaviye başvuran pek çok kişinin duygularını sağlıklı yollarla algılama, adlandırma, kabul etme ve düzenleme zorluklarına sahip olmasıdır (1). Bazı psikopatolojiler için daha başat bir zorluk olmasına rağmen duygu düzenleme beceri eksiklikleri, farklı psikolojik belirtiler arasında bir şemsiye belirti olarak düşünülebilmektedir. Duygu düzenleme beceri eksikliklerinin psikopatoloji ile ilişkili olduğuna, psikopatolojinin ortaya çıkmasına ve sürmesine anlamlı şekilde katkıda bulunduğuna ilişkin güçlü görgül kanıtların da mevcut olduğu görülmektedir (örn: 2,3,4,5,6 v.b). Elde edilen bulgular, özellikle iki noktaya işaret etmektedir. İlk olarak; duyguları etkili bir şekilde düzenlemedeki yetersizlik, bir kişinin ruh sağlığı için ciddi riskler doğurabilmektedir. İkinci olarak; etkili duygu düzenleme becerilerini geliştirmek, ruh sağlığını geliştirmenin ya da yeniden kazandırmanın umut verici bir yoludur (1). Bu bağlamda; duygu düzenleme beceri eksiklikleri, geniş yelpazedeki psikolojik belirtilerin anlaşılmasında ve tedavinin gerçekleşmesinde önemli bir yer edinmektedir.

Duygu düzenleme ile çeşitli psikolojik belirtiler arasındaki ilişki, temel duygu düzenleme becerilerinin tanımlanması ihtiyacını doğurmaktadır. Alan yazında, temel duygu düzenleme bileşenlerini tanımlamaya yardım eden pek çok kuramsal açıklama bulunmaktadır (7,8,9,10,11,12,13,14,15). Bu kuramsal açıklamalardan farklı olarak Duygularla İşlevsel Baş Etme Modeli (DİBM) çerçevesinde duygu düzenleme daha kapsayıcı ve bütünleyici şekilde tanımlamaya çalışmıştır (1). Özellikle, duygu düzenleme zorluğuna sahip bireylerin sağaltımına yönelik geliştirilen söz konusu modelde temel duygu düzenleme becerilerinin tanımlanması ve özgül duygular (kaygı, üzüntü, neşe v.b.) özelinde de ele alınması hedeflenmiştir. Ayrıca, bu modeli diğer duygu düzenleme yaklaşımlarından ayıran önemli bir nokta da hem olumlu hem de olumsuz duygulara odaklanmasıdır.

DİBM çerçevesinde tanımlanan, ruh sağlığı ve iyilik hali üzerindeki etkisi görgül bulgular tarafından da gösterilen temel duygu düzenleme becerilerini değerlendirmek için Berking ve Znoj (16) tarafından Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği (DDBÖ) geliştirilmiştir. Daha sonrasında ise farklı duyguları daha özgül ve derinlemesine değerlendirebilmek adına Ebert, Christ ve Berking (17) tarafından ise DDBÖ-DÖ geliştirilmiştir. DDBÖ-DÖ'de özgül duygular temelinde söz konusu olumsuz duyguyu veya duygu durumunu fark etme, tanımlama ve adlandırma, anlama, değişimleme, kabul ve tolerans, duygu ile yüzleşme için hazırlanma ve duygu ortaya çıktığında etkin öz-destek sağlayabilme becerileri değerlendirilmektedir. Olumlu duygu veya duygu durumu ise farkındalıkla gözlemleme, duyguya açıkça izin verme, değerlendirme, keyfini çıkarmaya izin verme, duygunun ortaya çıkması ile ilişkili olarak minnettarlığın ortaya çıkmasına izin verme ve iyilik halini arttırma ve güçlenme için duyguyu kullanmaya izin verme becerileri değerlendirilmektedir. DDBÖ-DÖ ile duygu düzenlemede duygular ayrı ayrı ele alınarak özgül duyguya ilişkin derinlemesine bilgilere ve duygular arasındaki benzerlik veya farklılıklara da ulaşılabilmektedir. Genel duygu düzenleme becerileri ile iyilik hali ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiler birçok çalışmada ortaya konmuştur (16,17,18,19,20, 21,22,23). Ancak farklı duygular ve belirtiler ile olan özgül ilişkileri, n önemi açısından bazı duyguların belli psikolojik belirtilerde daha belirgin role sahip oldukları görülmektedir (24). Dolayısı ile genel duygu düzenleme becerilerinin değerlendirilmesinin yanında ve özellikle de ötesinde özgül duygular için duygu düzenleme becerilerinin anlaşılmasının da ayrıca önemli olduğu düşünülmektedir. DDBÖ-DÖ kullanılarak elde edilen bulgular da, duygu düzenleme becerileri ile iyilik hali ve ruh sağlığı arasındaki pozitif ilişkiyi göstermiştir (25).

Tüm bunlar doğrultusunda mevcut çalışma; ruh sağlığının korunması, geri kazanılması ve temel duygu düzenleme müdahalelerin etkililiğini değerlendirmek amacıyla özgül duyguları daha kapsamlı bir biçimde ele almaya olanak sağlayan Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği-DÖ'nün Türkçe'ye uyarlanmasının geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yürütmeyi amaçlamaktadır.

YÖNTEM

Katılımcılar

Çalışma örneklemi, Hacettepe Üniversitesi'nin farklı fakülte ve bölümlerinde eğitim gören 295 kadın ve 219 erkek olmak üzere toplam 514 öğrencilerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaşları 18 ile 27 yıl (Ort:18.37, SS:1.77) arasında değişmektedir.

Veri toplama araçları

Demografik Bilgi Formu: Katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durumu gibi bilgileri edinmek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir.

Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği-Duygu Özelinde (DDBÖ-DÖ) Özgül duygular temelinde duygu düzenleme becerilerini değerlendirmek için geliştirilmiştir (17). Ölçek, 5'li Likert tipi (0= Neredeyse hiçbir zaman, 4= Neredeyse her zaman) derecelendirmeli 12 maddeden oluşan bir öz bildirim aracıdır. DDBÖ-DÖ kapsamında duygu düzenleme becerileri özgül duygular özelinde değerlendirilmektedir. Katılımcılar öfke, kaygı, üzüntü, neşe v.b. duygularının son bir hafta içerisindeki en yüksek düzeyini 11'li Likert tipi (0= Hiç, 11= Oldukça Fazla) derecelendirme ile belirtikten sonra o duyguya ilişkin duygu düzenleme becerilerini yukarıda söz edilen 12 madde ile değerlendirmektedir. Bu değerlendirmeler her bir duygu için ayrı ayrı yapılmaktadır. Elde edilen yüksek puanlar bu alanlarda daha az zorluk yaşandığı ve kişinin söz konusu duyguyu düzenleme becerilerinin daha yüksek olduğu anlamına gelmektedir. DDZÖ-DÖ'nin iç tutarlık değerinin özgül duygular için .86 ile . 92 arasında olduğu belirtilmektedir (17). Bu çalışmada iç tutarlılık değerleri ise özgül duygular için .87 ile .94 arasında değişmektedir.

Belirti Kontrol Listesi (SCL-90): Belirti Tarama Listesi psikolojik sıkıntıları ve psikopatoloji belirtilerini tarama amacıyla oluşturulmuş bir ölçektir (26). 90 maddeyi içeren bu ölçekle, bireylerden son bir hafta içinde ölçekteki psikolojik belirtilerden ne ölçüde rahatsızlık ya da zorlanma (distress) hissettiklerini 5 dereceli bir ölçek üzerinde değerlendirmeleri istenmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Dağ (27) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada SCL-90'nın iç tutarlılık geçerlilik düzeyi .97 bulunmuştur.

Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği (DDBÖ): Duygu düzenleme becerilerini değerlendirmek için geliştirilmiştir (16). Ölçek, 27 maddeden oluşan özbildirim aracıdır. DDBÖ toplam puan ortalaması üzerinden de değerlendirilebilmektedir. Elde edilen yüksek puanlar duygu düzenleme becerilerinin daha yüksek olduğu anlamına gelmektedir. DDBÖ'nün özgün formu için ölçek toplam puanına ait Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .96'dır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik bulgularında ise Cronbach alfa güvenilirlik değeri .89 olarak bulunmuştur (28). Bu çalışmada tüm ölçek için Cronbach alfa güvenilirlik değeri .90 olarak bulunmuştur.

İşlem

Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği'nin (DDBÖ-DÖ) ilk önce çeviri çalışmaları gerçekleştirilmiştir. DDBÖ-DÖ'nün İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi 2 uzman, daha sonrasında ise Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi de 2 farklı uzman tarafından yapılmıştır. Her bir çeviri aşamasındaki uzmanların hem dile hem de psikoloji alan yazına hâkim olmalarına dikkat edilmiştir. DDBÖ-DÖ'deki aynı maddeler farklı duygular için tekrar etmektedir. Özgül duygu listesi için bu çalışma kapsamında kaygı, üzüntü, tiksinti, öfke, suçluluk, neşe ve sakinlik olmak üzere toplam 7 duygu ele alınmıştır. Kaygı, üzüntü, tiksinti, öfke ve neşe duygularının belirlenmesinde temel duygular listeleri, suçluluk duygusunun belirlenmesinde psikolojik belirtiler ile oldukça ilişkili olması görüşü ve sakinlik duygusunun belirlenmesinde ise duygulanımın iki boyutlu yaklaşımı ve psikolojik belirtileri çalışırken ulaşılmak istenen hedef duygu olması özelliği dikkate alınmıştır (24).

Veri toplama aşamasından önce ise öğrencilerin eğitim gördükleri Hacettepe Üniversitesi'nin ilgili birimlerinden çalışmanın yürütülebilmesi için gerekli olan izinler alınmıştır. Araştırma ders sorumlularının uygun gördükleri zaman diliminde öğrencilere ders saatinin başlangıcından hemen

önce grup halinde eğitim gördükleri üniversitenin sınıf ortamlarında uygulanmıştır. Çalışma ile ilgili açıklama araştırmacı tarafından yapılmıştır. Daha sonra öğrencilere onam formları dağıtılmıştır. Onam formlarının öğrenciler tarafından okunması ve imzalanmasının ardından onam formları toplanmış ve araştırma ölçekleri öğrenciler tarafından doldurulmuştur. SPSS 23 istatistik programı kullanılarak betimsel, geçerlik (iç-tutarlılık katsayıları), korelasyon analizleri ve t-testi analizleri yürütülmüştür. Betimsel analizler ile ölçeklerin ortalama ve standart sapma değerleri incelenmiştir. Korelasyon analizleri ile madde toplam korelasyonları ve DDBÖ ile DDBÖ-DÖ arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir. T-test analizleri ile ise DDBÖ-DÖ'nün ayırt edici geçerliliğine bakılmıştır.

BULGULAR

DDBÖ-DÖ'nin psikometrik özelliklerine ait bulgular önce güvenirlik ve sonrasında geçerlilik olmak üzere iki bölümde aktarılmıştır. Bu bulgulara geçmeden önce çalışmadaki ölçeklere ait ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Güvenilirlik

İç tutarlılık

DDBÖ-DÖ'nün güvenilirliği, başka bir ifadeyle ölçme hatasından arınık olma düzeyi Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları ile incelenmiştir. Bunlara ek olarak, güvenilirliğin diğer bir kanıtı olarak kullanılan madde-toplam test korelasyon katsayıları da her bir duygu için olan ayrı ölçümlerdeki her bir madde için hesaplanmıştır.

Kaygı duygusu ile ilişkili duygu düzenleme için iç tutarlılık katsayısının .86, Üzüntü duygusu ile ilişkili duygu düzenleme için iç tutarlılık katsayısının .86, Tiksinti duygusu ile ilişkili duygu düzenleme için iç tutarlılık katsayısının .92, Öfke duygusu ile ilişkili duygu düzenleme için iç tutarlılık katsayısının .87, Suçluluk duygusu ile ilişkili duygu düzenleme için iç tutarlılık katsayısının .91, Neşe duygusu ile ilişkili duygu düzenleme için iç tutarlılık katsayısının .91 ve Sakinlik duygusu ile ilişkili duygu düzenleme için iç tutarlılık katsayısının .90 olarak bulunmuştur.

Ayrıca DDBÖ-DÖ için hesaplanan madde-toplam test korelasyon katsayılarının da her bir duygudaki alt maddeler için 0.30 kesme noktasından yüksek olduğu gözlenmiştir. Hatta çoğu madde için korelasyon katsayısının 0.50'den yüksek olduğu görülmektedir. Her bir maddenin ayrı ayrı her bir özgül duygudaki korelasyon katsayısı Tablo 2'de sunulmuştur.

Geçerlik

DDBÖ-DÖ'nün özgül duygular puanları ve DDBÖ arasındaki korelasyonlar ile ölçüt bağıntılı geçerliğine bakılmıştır. Ayrıca DDBÖ-DÖ'nün SCL-90 Ölçeği'ne göre belirti düzeyi düşük ve yüksek grup arasındaki ayırt edici geçerliği incelenmiştir. Yürütülen ölçüt bağıntılı geçerliliğe ait korelasyon

Tablo 1: Ölçeklere Ait Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve DDBÖ-DÖ ile DDBÖ Korelasyon Kat Sayıları

DDBÖ-DÖ	Ortalama	Standart Sapma	DDBÖ r
Kaygı	2.28	.62	.70**
Üzüntü	2.22	.69	.48**
Tiksinti	2.16	.84	.25**
Öfke	2.30	.73	.47**
Suçluluk	2.07	.78	.33**
Neşe	2.75	.70	.49**
Sakinlik	2.44	.74	.39**
DDBÖ	2.36	.53	
SCL-90	1.47	.69	

r: DDBÖ-DÖ alt boyutları ile DDBÖ arasındaki korelasyon katsayıları, p<.001
DDBÖ-DÖ: Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği-Duygu Özelinde,
DDBÖ:Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği,
DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

Tablo 2: Madde-Toplam Korelasyon Kat Sayıları

Madde No	Kaygı	Üzüntü	Tiksinti	Öfke	Suçluluk	Neşe	Sakinlik
1.Madde	.47**	.61**	.67**	.60**	.65**	.70**	.64**
2.Madde	.63**	.63**	.77**	.64**	.70**	.68**	.63**
3.Madde	.48**	.55**	.60**	.53**	.67**	.66**	.65**
4.Madde	.52**	.54**	.71**	.60**	.69**	.78**	.68**
5.Madde	.57**	.62**	.74**	.65**	.74**	.78**	.73**
6.Madde	.66**	.64**	.74**	.77**	.72**	.76**	.75**
7.Madde	.67**	.57**	.77**	.61**	.74**	.65**	.70**
8.Madde	.55**	.67**	.71**	.69**	.71**	.74**	.78**
9.Madde	.71**	.72**	.73**	.53**	.72**	.77**	.78**
10.Madde	.75**	.72**	.79**	.76**	.72**	.75**	.74**
11.Madde	.67**	.67**	.77**	.76**	.74**	.69**	.68**
12.Madde	.63**	.62**	.67**	.69**	.63**	.60**	.60**

katsayıları Tablo 2'de ve ayırt edici geçerlik sonuçları ise Tablo 3'te sunulmuştur.

SCL-90 psikolojik belirti düzeyi düşük grup ile SCL-90 psikolojik belirti düzeyi yüksek grup arasında DDBÖ-DÖ'nin Kaygı ($t(163)=4.87$, $p<.001$), Üzüntü($t(163)=2.22$, $p<.05$), Tiksinti ($t(163)=2.63$, $p<.01$), Öfke ($t(163)=4.58$, $p<.001$), Suçluluk ($t(163)=2.58$, $p<.05$), Neşe ($t(163)=2.71$, $p<.01$), Sakinlik ($t(163)=2.31$, $p<.05$) duygu düzenleme becerileri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur (Bknz. Tablo 3).

TARTIŞMA

Bu çalışmada elde edilen bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeği-Duygu Özelinde'nin (DDBÖ-DÖ) Türkçe formunun güvenirlik ve geçerlik ölçütlerini, kabul edilebilir düzeyde karşıladığı görülmektedir. Güvenirlik analizi sonuçlarına göre, DDBÖ-DÖ'nün her bir duygu için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bu bulgular, DDBÖ-DÖ'nün kullanıldığı diğer güncel görgül bulgular ile tutarlıdır (17). Ayrıca ölçeğin içindeki maddelerle yapılan madde toplam korelasyonları da

Tablo 3: Psikolojik Belirti Düzeyi Grupların Duygu Düzenleme Becerilerine Ait T -Test Karşılaştırma Sonuçları

Ölçümler	Gruplar	n	Ort	SS	Sd	T
Kaygı	Alt	83	2.65	.56	163	4.87***
	Üst	82	2.20	.60		
Üzüntü	Alt	83	2.56	.67	163	2.22*
	Üst	82	2.34	.57		
Tiksinti	Alt	83	2.68	.70	163	2.63**
	Üst	82	2.39	.71		
Öfke	Alt	83	2.83	.62	163	4.58***
	Üst	82	2.38	.64		
Suçluluk	Alt	83	2.36	.71	163	2.58*
	Üst	82	2.08	.65		
Neşe	Alt	83	2.41	.77	163	2.71**
	Üst	82	2.08	.77		
Sakinlik	Alt	83	2.48	.83	163	2.31*
	Üst	82	2.27	.79		

***p < .001. ** p<.01. p<.05

ölçeğin Türkçe formunun güvenirliğini destekler niteliktedir. Ölçekteki çoğu madde için korelasyon katsayılarının istatistiksel anlamlılık için gerekli kesme puanı olan .30'dan çok yüksek olduğu görülmektedir.

Ölçüt bağıntılı geçerlik sonuçlarına göre ise; DDBÖ-DÖ'nün neredeyse bütün duyguları ile duygu düzenlemede zorluklar arasında anlamlı düzeyde negatif ilişkiler ve duygu düzenleme becerileri arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişkiler bulunmuştur. Özgül duygulara ilişkin duygu düzenleme becerilerinin artması ile genel duygu düzenlemedeki zorlukların azalması veya genel duygu düzenleme becerilerinin artması arasındaki ilişkinin beklentiler ile tutarlı olduğu görülmektedir. Farklı duygulara ilişkin özgül duygu düzenleme becerilerinin artması genel duygu düzenleme becerilerinin artması ve duygu düzenleme zorluklarının azalması şeklinde olağan ve doğal olduğu düşünülmektedir. Bu ilişkiler, DDBÖ-DÖ'nin ölçüt bağıntılı geçerliğine işaret eden kanıtlar olarak değerlendirilebilir. Aynı zamanda ayırt edici geçerlik sonuçlarına göre ise; özgül duygulara ilişkin duygu düzenleme psikolojik belirti düzeyi düşük ve yüksek grubu anlamlı şekilde birbirinden ayırabilmiştir. Benzer şekilde alan yazında da DDBÖ-DÖ'nün iyilik hali ve ruhsal sağlık ile pozitif ilişkiler gösterirken psikopatoloji ve duygu düzenleme eksiklikleri ile negatif ilişkiler gösterdiği belirtilmektedir (1, 17). Daha öncede de değinildiği gibi duygu düzenleme zorlukları veya beceri eksiklikleri ile psikolojik belirtiler birçok ruh sağlığı bozukluğunun nedeni ya da sonucu olarak bir arada görülmektedir. Aradaki çift yönlü ilişkiyi aydınlatmaya yönelik deneysel ve boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulmakla birlikte görgül çalışmalar ve mevcut çalışma, psikolojik belirtilerin hem önlenmesi hem de sağaltımın gerçekleştirilmesi adına duygu düzenleme becerilerini geliştirmenin umut verici bir yol olduğuna işaret etmektedir. Farklı duygu düzenleme ölçekleri duygu düzenlemeyi genel olarak ele almaktadırlar. Duygu düzenleme becerileri ile ilgili diğer kendini bildirim ölçüm araçlarında kişinin yanıtlarında hangi duyguları ifade ettiği ve duygu düzenleme beceri düzeyinin özgül duygular veya özgül duygu durumlarına göre değişip değişmediği belirsizdir. Dolayısı ile DDBÖ-DÖ'de söz konusu bu belirsizliklerin giderilmesi ve özgül duygular ve duygu durumları için duygu düzenleme becerilerinin ele alınması hedeflenmiştir (17). Yapılan çalışmalarda farklı özgül duygular için duygu düzenleme becerilerinin birbirinden farklılık gösterdikleri görülmektedir (25). Dolayısıyla, özgül duygular için duygu düzenleme becerileri farklılaşabilmektedir ve DDBÖ-DÖ bunu değerlendirmek ve bu konuda derinlemesine bilgi elde edebilmek için uygun bir ölçüm aracı olarak görülmektedir. Aynı zamanda DDBÖ-DÖ duygu özelinde değerlendirmeyi ele aldığı için görgül ve klinik çalışmalarda sadece ilgilenilen özgül duygu için uygulamaya uygun bir ölçüm aracıdır. Örneğin; sadece kaygı duygusu veya olumlu duygular için duygu düzenleme becerilerin değerlendirilmesine uygun bir yapıdadır. Alan yazındaki farklı çalışmalarda ilgilenilen asıl konu çerçevesinde DDBÖ-DÖ'nün farklı duygular için ayrı ayrı kullanılabildiği görülmektedir. Buradan hareketle bu çalışmada da suçluluk, sakinlik gibi DDBÖ-BÖ orijinal formunda yer almayan duygular için de geçerlilik ve güvenirlik sonuçları incelenmiştir. Bu duygular için de diğer duygulara benzer sonuçlar elde edilmesinden yola çıkarak, DDBÖ-DÖ'nün teorik ve uygulama çalışmalarında ilgilenilen özgül duygu için olumlu veya olumsuz duygu maddeleri içerisinde uygun olana yerleştirilmesi ile kullanılabileceği söylenebilir.

Alan yazında son dönemlerde duygulanımsal beceri geliştirmeye daha fazla odaklanıldığı görülmektedir. Söz konusu becerileri geliştirme uygulamalarından duygular ve duygulanımsal alanla ilgili çalışmaların varlığı dikkat çekmektedir (24). Bu çalışmalarda; duygular ve duygulanımsal süreçlerden geri çekilmeden, kaçmadan ya da onları değiştirmeden ziyade esneklik özelliği ile birlikte kabul ve tolerans özellikleri geliştirilerek daha geniş duygulanımsal sınırlar oluşturulmaya çalışılmaktadır. Duygular ve duygulanımsal süreçle birlikte yaşayabilmek ve onlarla birlikte kabul ve tolerans içerisinde hareket edebilmenin öneminden söz edilmektedir (29). Duygulanımsal becerilerin ele alınmasında, değerlendirilmesinde ve geliştirilmesinde duyguların teke teke ele alınmasının genel olarak ele alınmasında daha önemli ve derinlemesine bilgi sağlayabileceği düşünülmektedir. Olumlu ve olumsuz duyguların örüntülerinin farklılık gösterebileceği belirtilmektedir (30). Hatta bu açıdan aynı sınıfta yer alan duyguların (kaygı ve suçluluk/neşe ve sakinlik vb.) bile düzenlemede bir-

birinden farklılık gösterebileceği veya tedavi içerisinde farklı seyirler izleyebileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda DDBÖ-DÖ'nün kuramsal çalışmalar ve daha da önemlisi klinik uygulama çalışmalarında kullanılabileceği düşünülmektedir. DDBÖ-DÖ'nün ele alınan özgül duyguların müdahale öncesi ve sonrasındaki karşılaştırmaları için kullanılabileceği gibi, görüşmeler arasında özdeğerlendirme aracı olarak psiko-eğitim, yüzleştirme, kabul, tolerans ve değişimleme aracı olarak kullanılabileceği öngörülmektedir.

Sonuç olarak, bu çalışma özgül olarak farklı duygular temelinde duygu düzenleme becerilerini ele alan DDBÖ-DÖ'nün psikometrik özelliklerine ilişkin bir başlangıçtır. Bununla birlikte, elde edilen bulgulardan yola çıkarak DDBÖ-DB'nin Türkçe'deki kullanımı için güvenirlik ve geçerlik özelliklerine sahip olduğu düşünülmektedir. Elde edilen mevcut bulguların ölçeğin farklı ve daha büyük örneklemler ve özellikle farklı tanı grubuna ait örneklemler ile kullanılması sonucu zenginleşeceği düşünülmektedir. Yukarıda yer verilen kullanım alanlarına ilişkin ön görüler ile ilgili ilerleyen dönem çalışma bulguları da önemli olacaktır. Ayrıca izleyen dönemdeki çalışmalarda yordama geçerliğine kanıt oluşturabilecek çalışmalarla da bulguların desteklenmesinin önemli olabileceği düşünülmektedir.

Yazışma adresi: Doç. Dr. Sevginar Vatan, Hacettepe Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara
sevginarvatan@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Berking M., Whitley B. Affect regulation training. A practitioner's model. 2014, New York Heidelberg Dordrecht London: Springer.

2. Hofmann SG., Grossman P, Hinton DE. Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. Clinical Psychology Review 2011; 31: 1126-1132

3. Campbell-Sills L, Ellard K., Barlow DH. Emotion regulation in anxiety disorders. J. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation içinde (2nd ed., 2014, ss. 393-412). New York, NY: Guilford Press.

4. Farach FJ, Mennin DS, Smith RL, Mandelbaum M. The impact of pretrauma analogue GAD and posttraumatic emotional reactivity following exposure to the September 11 terrorist attacks: A longitudinal study. Behavior Therapy 2008;39: 262-276

5. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? Journal of Abnormal Psychology 2012;121:276-281.

6. Aldao A., Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review.Clinical Psychology Review 2010;30:217-237

7. Eisenberg N, Spinrad TL. Emotion-related regulation: Sharpening the definition. Child Development 2004;75: 334-339.

8. Gottman JM., Katz LF. Effects of marital discord on young children's peer interaction and health. Developmental Psychology 1989;25:373-381

9. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in Emotion Regulation Scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2004;26:41-54

10. Gross JL. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Review of General Psychology 1998;2:271-299

11. Larsen RJ. Toward a science of mood regulation. Psychological Inquiry 2000;11:129-141.

12. Lazarus RS. Emotion and adaption . 1991, New York, NY: Oxford University Press.

13. Saarni, C. The development of emotional competence. 1999, New York, NY: Guilford Press.

14. Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. Imagination, Cognition, and Personality 1990;9:185-211.

15. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of a definition.Monographs of the Society for Research in Child Development 1994;59:25-52

16. Berking M, Znoj H. Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen [Development and validation of a selfreport measure for the assessment of emotion-regulation skills]. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 2008;56:141-152

17. Ebert D, Christ O, Berking M. Entwicklung und validierung eines fragebogens zur emotionsspezifi schen selbsteinschätzung emotionaler kompetenzen (SEK-ES). [Development and validation of a self-report instrument for the assessment of emotion-specific regulation skills]. Diagnostica 2013;59:17-32.

18. Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence.Journal of Consulting and Clinical Psychology 2011;79:307-318

19. Berking M, Meier C, Wupperman P. Enhancing emotion-regulation skills in poliçe officers: Results of a pilot controlled study. Behavior Therapy 2010;41:329-339

20. Berking M, Poppe C, Luhmann M, Wupperman P, Jaggi V, Seifritz E. Is the association between various emotion-regulation skills and mental health mediated by the ability to modify emotions? Results from two cross-sectional studies. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2012;43:931-937

21. Berking M, Orth U, Wupperman P, Meier L, Caspar F. Prospective effects of emotion regulation on emotional adjustment. Journal of Counseling Psychology 2008;55:485-494

22. Berking M, Wupperman P, Reichardt A., Pejic T., Dippel A, Znoj H. Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. Behaviour Research and Therapy 2008;46:1230-1237

23. Radkovsky A., McArdle JJ, Bockting CLH, Berking M. Successful emotion regulation skills application predicts subsequent reduction of symptom severity during treatment of major depressive disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2014;82:248-262

24. Vatan S. Duygular ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkiler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2017;9:45-62

25. Lincoln TM, Hartmann M, Köther U, Moritz S. Do People With Psychosis Have Specific Difficulties Regulating Emotions?. Clinical Psycholology and Psychotherapy 2015;22:637-646

26.Derogatis LR. SCL-90-R manual II, Towson, Clinical Psychometric Research, 1983.

27. Dağ I. Reliability and validity of the Turkish form of the SCL90-R. Turkish Journal of Psychiatry 1991;2:5-12.

28. Vatan S, Kahya Y. Duygu Düzenleme Becerileri Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2018;19;192-201

29. Hayes SC, Strosahl KD. A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. 2004, New York, Springer-Verlag.

30. Berking M, Orth U, Wupperman P, Meier L, Caspar F. Prospective effects of emotion regulation on emotional adjustment. Journal of Counseling Psychology 2008;55;485-494.

Lise öğrencisi ergenlerin suça yönelik tutumları ve risk faktörleri

The attitudes of high school adolescent toward crime and risk factors

Ezgi Sarı[1], Hülya Arslantaş[2]

[1]Arş. Gör., Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-0776-1318

[2]Prof. Dr., Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-3018-2314

ÖZET

Amaç: Gelişim ve değişimin yoğun olarak yaşandığı ergenlik dönemi için suç davranışının görülme riskinin artması göz önüne alınarak bu çalışma, 14-18 yaş arası sağlıklı ergenlerin suça yönelik tutumlarını ve suça yönelik tutumları için risk faktörlerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırma her okul türünü temsilen seçilmiş 9 okulda öğrenim gören 14-18 yaş arası ergenlerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu ve Suça Karşı Tutumlar Ölçeği (SKTÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistiklerden, non-parametrik testlerden Kruskal Wallis ve gruplar arasındaki farkı belirlemek için ise Mann-Whitney U testinden yararlanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılan ergenlerin %58,5'inin (n=857) erkek, %29,7'sinin (n=435) 17 yaşında, %35,7'sinin (n=523) endüstri meslek lisesinde öğrenim gördükleri saptanmıştır. Suça karşı tutumlar ile cinsiyet (z=-4,958 p=0,000), yaş (KW=14,354 p=0,006), öğrenim görülen lise türü (KW=81,615 p=0,000), annebabanın öğrenim durumu (KW=41,675 p=0,000; KW=32,730 p=0,000), ailenin gelir düzeyi (KW=15,193 p=0,001), anne babanın ergene karşı tutumları (KW=41,640 p=0,000), ailede hükümlü birey varlığı (KW=11,837 p=0,008), ailenin yanlış bir davranış sonucunda ergene verdiği ceza (z=-3,745 p=0,000), ergenin akademik başarı düzeyi (KW=18,426 p=0,000), okulda geçirilen disiplin soruşturmaları (z=-6,103 p=0,000) ve arkadaşlarıyla yanlış davranışlarda bulunma sıklıkları (KW=83,033 p=0,000) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. **Sonuç:** Erkek ergenlerin, kendilerine karşı aile tutumları baskıcı ve ilgisiz olan, aile içi tartışmaları sık olan ve yanlış bir davranış sonucu şiddet içerikli cezalara maruz kalan, aile içinde babaları hüküm giymiş olan, anne baba eğitim düzeyleri düşük olan ve arkadaşlarıyla birlikte yanlış bir davranışta bulunan ergenlerin suç davranışlarını daha çok onayladıkları saptanmıştır. Suç davranışına yönelik uygunsuz tutum gelişmesine sebep olan ve risk oluşturan aile, okul ve akran özelliklerine yönelik farkındalık kazandırma ve koruma çalışmaları gereklidir.

Anahtar Sözcükler: Ergen suçluluğu, tutum, suç

(Klinik Psikiyatri 2019;22:71-82)

DOI: 10.5505/kpd.2018.81894

SUMMARY

Objective: In adolescence, where development and change are experienced intensively, there is a greater risk of criminal behavior. So this study was planned to determine the suicidal attitudes and the risk factors for suicidal attitudes of healthy adolescents between 14-18 years of age. **Method:** The research was conducted with the participation of adolescents between the ages of 14 and 18 who were studying at 9 schools selected as representative schools. The Personal Information Form and Attitudes Against Crime were used as data collection tools. In the analysis of the data, descriptive statistics were obtained from the non-parametric tests Kruskal Wallis Test and to determine the difference between groups Mann-Whitney U. **Results:** Adolescents participating in the survey were identified 58,5% (n=857) were male, 29.7% (n=435) 17 age, %35,7% (n=523) industrial had their education in vocational schools. Against crime attitudes with gender (z=-4,958 p=0,000), age (KW=14,354 p=0,006), the common type of school education (KW=81,615 p=0,000), parents' educational status (KW=41,675 p=0,000; KW=32,730 p=0,000), family income level (KW=15,193 p=0.001), attitude towards parents and adolescents (KW=41,640 p=0,000), the presence of the convicted individual in the family (KW=11,837 p=0,008), wrong behaviour of the family as a result of the penalty to adolescents (z=-3,745 p=0,000), the level of academic achievement of adolescents (KW=18,426 p=0,000), disciplinary investigations at school passed (z=-6,103 p=0,000) with friends and their incidence in incorrect behavior (KW=83,033 p=0,000) between the statistically significant relationship has been identified. **Discussion:** The adolescents who is male, were oppressed and indifferent to family attitudes towards them, whose family debates were frequent and who were subjected to punishment with violent content and who were convicted of fathers in the family, low parental education levels and wrong behavior with their friends were more likely to approve of criminal behavior. It is necessary to raise awareness and protect the family, school and peer characteristics that cause inappropriate attitudes towards crime behavior and create risk.

Key Words: Juvenile delinquency, attitude, crime.

Makalenin geliş tarihi: 29.06.2018, Yayına kabul tarihi: 21.09.2018

GİRİŞ

İnsanoğlunun gelişim süreci düşünüldüğünde en kritik evrelerinden biri olan ergenlik, biyolojik ve psikolojik değişimlerin zemin hazırladığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlar, birey özerkliğini, kimliğini ve sosyal üretkenliğini kazandığı zaman sona erer (1,2). Bu kritik evre düşünüldüğünde ergenlerde görülen suç davranışı, sadece birey ve aile boyutunda değil toplum üzerinde de olumsuz etkiler bırakan sosyal bir sorundur (3).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2007-2016 yılları arasında suç eylemi sebebiyle hüküm giyen toplam 4135 çocuk olmuş, 2016 yılında güvenlik birimlerine gelen veya getirilen çocuk sayısı, 2015 yılına göre %10 artarak 333 bin 435 olarak bildirilmiştir (4).

Suçluluk ile ilgili yapılan pek çok araştırmanın sonucuna göre erkeklerin suç işleme riski kadınlardan daha fazladır (5,6,7,8). Ergenlik döneminin 11-20 yaş arası gibi uzun bir süreyi kapsadığı düşünüldüğünde suç olgusu için bu dönem önemli değişken olarak karşımıza çıkmaktadır (9). Öncü ve arkadaşları (2007) sosyodemografik özelliklerin suç işleme davranışı üzerindeki etkisini belirlemek için yaptıkları araştırmada, yaş değişkeni ile suç işleme arasında ilişki olduğunu bildirmişlerdir (10). Suçlu çocuklarla yapılan başka bir araştırmada da 16-18 yaş grubu arasında suç işlemede artış olduğunun saptanması nedeniyle gençlerde suç işlemenin orta ergenlik döneminde yoğunlaştığına vurgu yapılmıştır (11).

Çocuğun suç davranışına yönelmesinde yetiştirildiği aile, anne ve baba tutumları, ailede suç işlemiş ya da suç işlemeye eğilimli bireylerin varlığı, ailenin ekonomik düzeyi, ailede var olan çocuk sayısı, anne ve babanın birliktelik durumu, aile içinde madde kullanımı ve çocuğun aile içinde maruz kaldığı istismar gibi etmenler etkilidir (12).

Aile özelliklerine ilişkin suç davranışına zemin hazırlayan sebeplerin en başında ekonomik yetersizlik ve eğitimsizlik gelmektedir. Bunun yanı sıra çocuğun parçalanmış aileye sahip olması, ailenin ilgisizliği ve olumsuz tutumları, ailenin çocuk sayısının fazla olması, anne ve babanın cezalandırıcı bir yaklaşıma sahip olması da suç davranışını ortaya çıkarmada risk faktörü olarak görülmektedir (13,14).

Okulların ve dolayısıyla eğitimin ergenlerde; arkadaşlarla çeteleşme, akran etkisiyle suç ve şiddet davranışlarına yönelme gibi gözlenebilen olumsuz etkilerinin yanı sıra ergenleri bu tür olumsuz davranışlardan uzak tutması, bilgi dağarcığını genişletmesi, çok boyutlu düşünmesinin sağlanması ve doğru karar verebilmesine katkıda bulunması gibi olumlu etkilerinin de olduğu belirtilmektedir. İstisnalar dışında okul yaşamının bireyleri suç davranışından uzak tuttuğu öne sürülmektedir (15,16).

Akran grupları, çocukların ve gençlerin hayata, topluma uyum süreçlerine olumlu katkılarda bulunur ve onlara arkadaş edinme, arkadaşlığı sürdürme becerileri kazandırır. Bu katkı sayesinde gençler sonraki yaş dönemlerinde kuracakları ilişkilerin temelini atarlar (17,18). Ergenler için bu dönemdeki en önemli ihtiyaç bir gruba ait olmadır. Bu nedenle ergenlik döneminin vazgeçilmez ve kritik bir parçası olan arkadaşlık ilişkileri, ergenin olumlu tutum ve alışkanlıklar kazanmasında ya da şiddet ve suç davranışlarına yönelmesinde büyük etkendir (17,19). Bir çocuk suç eyleminde bulunduğunda bunun bireysel boyutunun yanı sıra ailesel ve toplumsal boyutunu da düşünmek gerekir. Suça karışmış bir çocuğu tekrar kazanmanın gerekliliği göz önünde bulundurulduğunda bu konudaki asıl çabanın suçu önlemek olduğu sonucuna varılabilir. Suç işleyen çocuklar sosyolojik olduğu kadar psikolojik birçok sorunu da beraberlerinde getirmektedirler. Bu nedenle suç davranışını önlemede multidisipliner bir yaklaşım önemlidir (20,21,22). Bu sebeplerden dolayı bu araştırma; Aydın ilindeki devlet okullarında okuyan lise öğrencilerinden oluşan bir örneklem üzerinden, 14-18 yaş arası sağlıklı ergenlerin suça yönelik tutumlarını ve suça yönelik tutumları için risk faktörlerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma sorusu; sağlıklı ergenlerin suça yönelik tutumlarıiçin risk faktörleri nelerdir? olarak belirlenmiştir.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırmanın evrenini 2016-2017 öğretim döneminde Batıda bir ilin Milli Eğitim İl Müdürlüğü'ne bağlıliselerine kayıtlı 12703 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü G power istatistiksel analiz programında güven aralığı %95, etki büyüklüğü 0.10, alfa 0.05, güç 0.80 olarak alındığında 1512 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın yapıldığı ilde toplam 34 lise ve dengi okul bulunmaktadır. Her bir okul türünden olmak üzere kura yöntemi ile tesadüfi olarak bir okul seçilerek toplam 9 okulda öğrenim gören 14-18 yaş arası öğrencilere ulaşılmıştır.Örneklem seçiminde çoklu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çoklu örnekleme yöntemi ile sınıflar tabaka, şubeler ise küme olarak kabul edilmiş ve her tabakayı temsil edecek şekilde öğrenci sayısı saptandıktan sonra kura yöntemi kullanılarak örneklemdeki öğrenciler belirlenmiştir. Belirlenmiş olan öğrencilere araştırmanın amacı ve araştırmada uygulanacak olan ölçekleri nasıl yanıtlayacaklarına dair bilgi araştırmanın birinci yazarı tarafından sınıf ortamında verilmiştir. Veriler her bir sınıf düzeyi için öğretmenlerinin de eşlik ettikleri bir ders saatinde toplanmış ve uygulama yaklaşık 45 dakika sürmüştür.Belirlenen öğrenciler sınıfta bulunmadıkları takdirde denk sınıf düzeyinde rastgele belirlenen öğrenciler, çalışmaya katılmayı kabul etmedikleri durumda denk sınıf düzeyinden rastgele alınan yedek öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada 1512 öğrenciye ulaşılması hedeflenmiş ancak öğrencilerden bazılarının veri toplama araçlarını eksik doldurması, bazılarının daha sonra çalışmaya katılmaktan vazgeçmesi sonucunda söz konusu öğrencilerin görüşleri araştırma kapsamından çıkarılmıştır ve 1465 öğrencinin verisi değerlendirilmiştir. Araştırmaya alınma kriterleriolarak;araştırmaya katılmaya istekli olmak, 14-18 yaş aralığında olmak, araştırma yönergesini takip edecek zihinsel kapasiteye sahip olmak belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Bu form öğrencilerin demografik bilgilerinin (Cinsiyet, yaş, sınıf, kardeş sayısı, kalınan yer), aileye ilişkin bilgilerinin (Anne-baba eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik düzey, aile tipi, ebeveynlerin birliktelik durumu, aile tutumu ve ailenin ergene yaklaşımı, aile içi ilişkiler, ergenin cezalandırılma durumu, ailede suça karışma öyküsü), okul başarısı ve disiplinle ilişkili bilgilerinin, akran etkisine yönelik bilgilerinin (arkadaşları içerisinde nasıl tanındığı, arkadaş çevresinde suçla ilişkili davranışa şahit olma, arkadaş çevresinde suça karışmış olanların varlığı, arkadaşlarının karıştığı suça yönelik öğrencinin yaklaşımı, arkadaşlarla suça karışma) yer aldığı ilgili literatür incelenerek oluşturulmuş olan 23 sorudan oluşan bir formdur (23,24,25,26,27).

Suça Karşı Tutumlar Ölçeği (SKTÖ): Loeber ve arkadaşları (1998) tarafından ergenlerin suça karşı olan tutumlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiş 11 sorudan oluşan bir ölçektir. Sıklıkla ergen örnekleminde görülen suç davranışlarına karşı olan tutumlar "çok yanlış", "yanlış", "biraz yanlış" ve "hiç yanlış değil" seçeneklerinden biri işaretlenerek değerlendirilmekte olup seçeneklerin her birine 0-3 arasında puan verilmektedir. Toplam puan 0-33 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar suça karşı tutumların onaylayıcı olduğunu ortaya koymaktadır (28). Özdemir ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmış ölçeğin iç tutarlılık katsayısı suça yönelen ergenlerde 0.88, suça yönelmeyen ergenlerde 0.91 olarak bulunmuştur. Suça yönelmeyen grupta hesaplanan test tekrar test bağıntısı ise toplam puan için 0.84 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.86 olarak bulunmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve elde edilen veriler normal dağılım göstermediği için değerlendirmelerde non-parametrik testlerden Kruskal Wallis ve gruplar arasındaki farkı belirlemek için ise Mann-Whitney U testinden yararlanılmıştır. Bütün istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan (Sayı:53043469-050.04.04 Tarih: 13.10.2016) ve araştırmanın belirlenen liselerde uygulanabilmesi için T.C. Aydın Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü'nden (Sayı:13925287 Tarih:09.12.2016) yazılı izin alınmıştır. Örnekleme alınma kriterlerine uyan ergenlere araştırma hakkında açıklama yapılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden ergenlerden ve ailelerinden yazılı onam alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan lise öğrencisi ergenlerin sosyodemografik dağılımları incelendiğinde %58,5'inin (n=857) erkek, %29,7'sinin (n=435) 17 yaşında, %35,7'sinin (n=523) endüstri meslek lisesinde öğrenim gördüğü, %29,3'ünün (n=429) 9. sınıf öğrencisi oldukları, %64,6'sının (n=947)akademik başarılarını orta düzeyde olarak belirttikleri ve %82,7'sinin (n=1211) disiplin soruşturması geçirmediği belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; suça karşı tutumlar ile cinsiyet (z=-4,958, p=0,000), yaş (KW=14,354, p=0,006), öğrenim görülen lise türü (KW=81,615, p=0,000), okul başarısı (KW=18,426, p=0,000) ve disiplin soruşturması geçirme durumları (z=-6,103, p=0,000) arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; suça karşı tutumlar ile anne ve baba eğitim durumu (Sırasıyla: KW=41,675,p=0,000; KW=32,730, p=0,000), ergenin tanımladığı ekonomik düzey (KW=15,193, p=0,001), ailede hükümlü birey bulunma durumu (KW=11,837, p=0,008), ailenin ergene karşı tutumu (KW=41,640, p=0,000), ailenin ergeni tanımı (KW=112,156, p=0,000), ergenin aile ile tartışma sıklığı (KW=89,102, p=0,000), anne-babanın tartışma sıklığı (KW=20,936,p=0,000), aile içinde ergene uygulanan bağırma (z=-3,745, p=0,000), dövme (z=-2,229, p=0,026), aşağılama (z=-3,487, p=0,000), dayak atma (z=-2,229, p=0,026) ve tuvalet/banyoya kilitleme (z=-2,595, p=0,009) cezaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 1: Lise Öğrencisi Ergenlerin Demografik Özellikleri ve Okula İlişkin Bilgilerinin Dağılımı

Değişkenler		Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	857	**58,5**
	Kadın	608	41,5
Yaş	14	50	3,4
	15	359	24,5
	16	400	27,3
	17	435	**29,7**
	18	221	15,1
Lise Türü	Anadolu Lisesi	175	11,9
	Sağlık Meslek Lisesi	125	8,5
	Endüstri Meslek Lisesi	523	**35,7**
	Fen Lisesi	69	4,7
	Güzel Sanatlar Lisesi	50	3,4
	İmam Hatip Lisesi	139	9,5
	Kız Meslek Lisesi	202	13,8
	Sosyal Bilimler Lisesi	50	3,4
	Ticaret Meslek Lisesi	132	9,0
Sınıf	9. sınıf	429	**29,3**
	10. sınıf	388	26,5
	11. sınıf	364	24,8
	12. sınıf	284	19,4
Okul Başarısı	Başarılı	392	26,8
	Başarısız	122	8,3
	Orta düzeyde	947	**64,6**
Disiplin Soruşturması	Evet	254	17,3
	Hayır	1211	**82,7**

Tablo 2: Lise öğrencisi ergenlerin s osyodemog rafik ve okula ilişkin özellikleriyle suça karşı tutumlarının k arşılaştırılması

Değişkenler		n	X ± SS	Test, p	Farklılık*
Cinsiyet	Erkek	857	4,39±5,10	z=-4,958	Erkek>Kız
	Kadın	608	3,81±4,46	p=**0,000**	
Yaş	14	50	2,88±2,69	KW=14,354	18>14
	15	359	3,79±4,83	p=**0,006**	18>15
	16	400	4,22±4,56		17>15
	17	435	4,31±5,01		16>15
	18	221	4,59±5,40		
Lise Türü	Anadolu Lisesi	175	5,64±5,45	KW=81,615	Endüstri M.>Ticaret M.
	Sağlık Meslek Lisesi	125	4,62±5,26	p=**0,000**	Fen L. >İmam Hatip L.
	Endüstri Meslek Lisesi	523	4,31±5,23		Fen L.>Kız M. L.
	Fen Lisesi	69	5,13±3,4		Fen L. >Ticaret M.
	Güzel Sanatlar Lisesi	50	3,98±3,78		Anadolu L>İmam Hatip
	İmam Hatip Lisesi	139	3,36±4,05		Anadolu L. >Kız M.
	Kız Meslek Lisesi	202	3,12±4,57		Anadolu L. >Ticaret M.
	Sosyal Bilimler Lisesi	50	4,36±4,77		
	Ticaret Meslek Lises i	132	2,96±3,42		
Sınıf	9. sınıf	429	3,83±4,98	KW=2,166	----
	10. sınıf	388	3,93±4,54	p=0,090	
	11. sınıf	364	4,34±4,73		
	12. sınıf	284	4,68±5,20		
Okul Başarısı	Başarılı	392	4,23±5,65	KW=18,426	Başarısız>Başarılı
	Başarısız	122	5,96±6,21	p=**0,000**	Başarısız>Orta düzeyde başarılı
	Orta düzeyde	947	3,89±4,22		
Disiplin Soruşturması	Evet	254	3,75±4,35	z=-6,103	Evet>Hayır
	Hayır	1211	6,06±6,44	p=**0,000**	

* Mann Whitney U testi.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; suça karşı tutumlar ile ergene göre arkadaşları tarafından nasıl tanımlandığı (KW=18,463, p=0,000), şahit olunan arkadaş suç davranışlarından; dayak atma (z=-5,382, p=0,000), vurma (z=-3,723, p=0,000), haraç kesme (z=-4,945, p=0,000), tekme atma(z=-5,275, p=0,000), hükümlü arkadaş varlığı (KW=43,520, p=0,000), arkadaş suçuna verilen tepki (KW=71,855, p=0,000) ve arkadaşlarıyla yanlış bir davranışta bulunma sıklıkları (KW=83,033, p=0,000) arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir (Tablo 4).

TARTIŞMA

Araştırmada erkek ergenlerin kız öğrencilere göre suç davranışını daha çok onayladıkları saptanmıştır. Alanyazın çalışma bulguları incelendiğinde de suça sürüklenmiş çocukların çoğunluğunun

erkek olduğu görülmektedir (8,29,30,31,32,33). Bunun nedenini kültürlerintoplumsallaşma sürecinde erkek ergenlere ve kız ergenlere yüklediği farklı rollerle açıklamak mümkün olabilir. Kadınlardan sıcaklık, merhamet, zarafet gibi nitelikler beklenirken, erkeklerden kazanma, hırs, aile reisi ve lider olma vasıfları beklenmektedir. Buda erkek ergenlerin sosyal davranışlarını, saldırganlık düzeylerini ve dolasıyla suç davranışını etkiliyor olabilir. Sosyal davranışları cinsiyet değişkeni açısından inceleyen araştırmaların pek çoğu aynı sonuca ulaşmıştır (34,35,36).

Ergenlerin özellikle orta ergenlik döneminde suç davranışını onaylayıcı bir tutum sergiledikleri görülmektedir. Dönemin özellikleri doğrultusunda, özerklikleri için çabalayan ergenlerin risk davranışlarına kolay karışmaları, aileden uzaklaşarak akran gruplarına yakınlaşmaları ve buna bağlı olarak olumsuz davranışlara karşı daha savunmasız oldukları düşünülürse bu yaş dönemi ergenleri suç davranışlarına yönelme açısından risk grubunu oluşturuyor olabilir. Kocadal (2004) genç suçluluğu üzerine yaptığı bir çalışmada 11-15 yaş arası hükümlü gençlerin sayısını 322, 16-18 yaş arası hükümlü gençlerin sayısını ise 3475 olarak belirlerken (37), Göcek (2009) suç işlemiş yaş grubunun ilk sırasını %29 oranında 17 yaşındaki ergenlerin, ikinci sırasını ise %26'lık bir oranla 16 yaş ergenlerin oluşturduğunu belirtmiştir (38).

Araştırmaya katılan ergenlerin öğrenim gördükleri lise türlerine göre suça karşı tutumları incelendiğinde, anadolu ve fen lisesinde öğrenim gören ergenlerin suça karşı tutumlarının daha onaylayıcı oldukları saptanmıştır. Bu bulgu beklenen bir bulgu değildir. Bulgumuzun aksine Balkaya ve Ceyhan (2007) lise öğrencilerinde görülen suç davranışı üzerinde yaptıkları bir çalışmada meslek lisesi öğrencilerinin suç davranışı puan ortalamasının genel lise, anadolu lisesi ve fen lisesi öğrencilerinden daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (39). Anadolu ve fen lisesinde öğrenim gören ergenlerin diğer okullarda okuyan ergenlere göre suç davranışını daha onaylayıcı olmalarının nedeni öğrencilerin özsaygılarının yüksek olması, özgür bir şekilde düşünceleri ifade ediyor olmaları yanında dürtü ve davranışlarını daha iyi kontrol edebildikleri ihtimali ve dolayısıyla meslek lisesi öğrencilerine göre suç davranışında bulunmayı daha fazla onaylamaları olarak yorumlanabilir. Bunun yanı sıra öğrencilerin anket sorularına içtenlikle cevap vermemesi ihtimali de bulgularımızın alanyazınla tutarlılık göstermemesinin nedeni olabilir. Bu durumda araştırmanın kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir.

Görüşleri alınan ergenlerin anne ve babalarının eğitim düzeyi arttıkça suça karşı daha onaylayıcı bir tutum sergiledikleri saptanmıştır. Balkaya ve Ceyhan (2007) lise öğrencilerinde görülen suç davranışı üzerinde yaptıkları bir çalışmada annelerinin ve babalarının öğrenim düzeyi yükseldikçe ergenlerin suç davranışlarını onaylamalarında artma eğiliminde olduğunu bildirmişlerdir. Bu durum anne ve baba eğitim düzeyinin artmasıyla özgüveni ve ulaşabilir imkanları artan ergenlerin daha kolay risk alma davranışlarında bulunmaları ve dolayısıyla suç davranışına yönelebilecekleri düşüncesi ile açıklanabilir. Başka bir açıklamada özgür bir ortamda büyüyen ergenin düşüncelerini rahatça ifade ediyor ve insanlar suç işleme özgürlüğüne sahip olabilirler düşüncesini onaylıyor olabilirler.Bulgularımızın tersine Börekçi'nin 2012 yılında ergenlerde tekrarlayıcı suçluluk üzerine yaptığı bir çalışmada, suça karışmış ergenlerin, annelerinin öğrenim düzeylerinin önemli bir kısmının okuryazar ve okullu olduğu görülürken,babalarının öğrenim düzeylerinin ise okuryazar ve okullu olduğu görülmüştür (23). Aksu ve arkadaşları 2013 yılında Aydın ilinde yaptıkları bir araştırmada suça karışmış çocukların dörtte üçünden fazlasının ailelerinin ilkokul mezunu, okuryazar ya da okuryazar olmadıklarını saptamışlardır (40). Benzer şekilde araştırmalarda, düşük ebeveyn eğitim düzeyi suça sürüklenme açısından risk faktörü olarak bildirilmektedir (30,41,42,43,44). Bulgulardaki bu farklılıkların nedeninin örneklem grubunun özelliğinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Bahsedilen çalışmalar suç işlemiş çocuklar üzerinde yapılmışken bizim araştırmamız sağlıklı ergenler üzerinde yapılmıştır. Bu nedenle yorumların bu çerçevede ele alınması ve değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Ergenlerin ekonomik düzeyleri arttıkça suçu onaylama tutumları artmaktadır. Alanyazında düşük ekonomik düzey ve suç davranışı arasında zıt yönde güçlü bir ilişki olduğu belirtilmekte ve suça sürüklenen çocukların daha çok ekonomik yetersizlikleri

Tablo 3: Lise Öğrencisi Ergenlerin Aile Özellikleriyle Suça Karşı Tutumların ın Karşılaştırılması

Değişkenler			N	X̄±SS	Test, p	Farklılık*
Kardeş sayısı	Yok		131	4,46±4,70	KW=3,684	---
	1-4		1281	4,12±4,87	p=0,159	
	5 ve üstü		53	4,32±4,99		
Baba eğitimi	Okuryazar değil		27	4,25±4,95	KW=32,730	Üniversite>İlköğretim
	İlköğretim		562	3,79±4,90	p=**0,000**	Üniversite>Orta Ö.
	Orta öğretim		560	4,01±4,53		Orta Ö.> İlköğretim
	Üniversite ve üstü		316	5,04±5,23		
Anne eğitimi	Okuryazar değil		105	4,07±5,38	KW=41,675	Üniversite>İlköğretim
	İlköğretim		655	3,61±4,37	p=**0,000**	Üniversite>Orta Ö.
	Orta öğretim		512	4,28±4,92		Orta Ö.> İlköğretim
	Üniversite ve üstü		193	5,69±5,59		Üniversite>Okuryazar değil
Ekonomik düzey	Gelir giderden az		254	4,37±5,61	KW=15,193	Gelir Fazla > Gelir Denk
	Gelir gidere denk		986	3,88±4,51	p=**0,001**	Gelir Fazla > Gelir Az
	Gelir giderden fazla		225	5,08±5,26		
Aile tipi	Çekirdek aile		1120	4,07±4,64	KW=1,885	---
	Geniş aile		207	4,20±5,30	p=0,390	
	Boşanmış/Parçalanmış aile		138	4,71±5,78		
Ebeveyn birlikteliği	Anne ve baba birlikte		1281	4,07±4,74	KW=5,296	---
	Anne ve baba ayrı		143	4,43±5,49	p=0,258	
	Anne sağ baba ölmüş		26	4,46±3,47		
	Anne ölmüş baba sağ		11	7,27±8,87		
	İkisi de sağ değil		4	7,75±6,39		
Ailede hükümlü varlığı	Yok		1359	4,01±4,71	KW=11,837	Baba > Yok
	Anne		4	7,50±12,39	p=**0,008**	
	Baba		40	7,05±7,75		
	Kardeşlerden biri/birkaçı		18	5,05±3,93		
Ailenin Ergene Karşı Tutumu	Baskıcı		281	5,08±5,39	KW=41,640	Baskıcı>Aşırı korumacı
	Tavizkar		116	4,43±4,62	p=0,000	Baskıcı>Demokratik
	Aşırı korumacı		436	3,84±5,10		İlgisiz>Demokratik
	Demokratik		483	3,48±3,77		İlgisiz>Aşırı korumacı
	İlgisiz		78	6,16±6,12		
Ailenin Ergeni Tanımı	Asi bir çocuk		326	5,61±5,28	KW=112,156	Asi çocuk>Örnek evlat
	Örnek bir evlat		612	3,53±4,64	p=0,000	Asi çocuk>Uysal çocuk
	Uysal bir çocuk		372	3,21±3,70		Problemli>Uysal çocuk
	Problemli bir çocuk		121	6,06±6,13		
Ergenin Aile ile Tartışma Sıklığı	Hiçbir zaman		155	3,16±4,79	KW=89,102	Sık sık>Hiçbir zaman
	Sık sık		194	6,35±6,28	p=0,000	Sık sık>Nadiren
	Nadiren		536	3,63±4,38		Sık sık>Bazen
	Her zaman		50	6,82±6,94		Herzaman>Hiçbirzaman
	Bazen		530	3,90±4,14		Her zaman>Nadiren
Anne-Babanın Tartışma Sıklığı	Hiçbir zaman		384	4,19±5,39	KW=20,936	Sık sık>Nadiren
	Sık sık		92	5,33±6,05	p=0,000	Sık sık>Hiçbir zaman
	Nadiren		586	3,74±4,10		Herzaman>Hiçbirzaman
	Her zaman		33	6,00±6,01		Her zaman>Nadiren
	Bazen		370	4,29±4,85		
Aile içinde ergene verilen ceza	Bağırma	Hayır	773	3,91±4,88	z=-3,745	Evet>Hayır
		Evet	692	4,43±4,81	p=**0,000**	
	Dövülme	Hayır	1401	4,06±4,69	z=-2.229	Evet>Hayır
		Evet	64	6,18±7,30	p=**0,026**	
	Aşağılama	Hayır	1300	4,01±4,70	z=-3,487	Evet>Hayır
		Evet	165	5,27±5,85	p=**0,000**	
	Kulak çekme	Hayır	1446	4,11±4,77	z=-1,916	---
		Evet	19	7,52±8,60	p=0,055	
	Dayak atma	Hayır	1407	4,11±4,84	z=-2.229	Evet>Hayır
		Evet	58	5,17±5,18	p=**0,026**	
	Tuvalet/banyoya kilitleme	Hayır	1456	4,11±4,77	z=-2,595	Evet>Hayır
		Evet	9	11,77±10,56	p=**0,009**	
	Tv/internetten alıkoyma	Hayır	1146	4,14±4,93	z=-1,607	---
		Evet	319	4,20±4,56	p=0,108	
	Odadan çıkmama	Hayır	1426	4,12±4,83	z=-1,532	---
		Evet	39	5,28±5,53	p=0,126	

olan ailelerden geldikleri bildirilmektedir (45,46,47,48). Çalışmamızda alanyazın çalışma bulgularının aksine, suç davranışını onaylayan ergenler, gelir düzeylerini giderlerinden fazla şeklinde belirtmektedirler. Yüksek gelir düzeyinin ergenlerin kaynaklara kolay ulaşmalarını sağladığı düşünüldüğünde, suç davranışının sağlıklı ergenler için risksiz bir davranış olarak görüldüğü söylenebilir. Ayrıca yukarıda öğrenim düzeyine yönelik olarak yapılan açıklamalar da bu bulgunun nedeni oluyor olabilir. Bunun yanı sıra gelir durumu iyi olan ailelerin çocuklarına sunduğu internet, akıllı telefon, bilgisayar vs. gibi kaynaklar nedeniyle ergenlerin sosyal medyayı daha fazla kullanmaları ve internetin olumsuz etkilerine daha kolay maruz kalabilmeleri de suç davranışını onaylamalarına neden oluyor olabilir.

Babası hükümlü olan ergenlerin suç davranışını daha fazla onayladıkları saptanmıştır. Alanyazın çalışmalarında da anne babalarda bulunan suç öyküsü çocukların suç davranışıyla ilişkili bulunmakta ve bu durumun suç davranışını arttırdığı bildirilmektedir (49,50). Anne-babaların suç davranışıyla çocuğun suç davranışı arasındaki ilişkinin nesiller arası geçiş yoluyla da ilişkilendirildiği Farrington, Coid ve Murray tarafından 2009 yılında yapılan çalışmada da ortaya konulmuştur (51). Benzer şekilde Gönültaş'ın suça sürüklenmiş çocuklar üzerinde yaptığı çalışmada da suça sürüklenmiş çocukların %11,3'ünün babasının suça karıştığı belirtilmiştir (52). Ergenin toplumsallaşma sürecinde önemli rol ve görevi bulunan ailenin, suç öyküsü bulunan bireylere sahip olması çocuğun davranışlarını da olumsuz etkilemektedir. Hem

Tablo 4: Lise öğrencisi ergenlerin arkadaş özellikleriyle suça karşı tutumlarının k arşılaştırılması

Değişkenler			n	X± SS	Test, p	Farklılık*
Ergene Göre Arkadaşın Ergeni Tanımı	Çok iyi bir arkadaş		983	3,87±4,62	KW=18,463 p=**0,000**	Kendini düşünen, bencil>Çok iyi arkadaş Güvenilmez bir insan>Çok iyi arkadaş Kendini düşünen, bencil>Sırdaş bir arkadaş
	Güvenilmez bir insan		31	7,00±7,43		
	Kendini düşünen, bencil		52	6,5±6,61		
	Sırdaş bir arkadaş		337	4,18±4,66		
Şahit Olunan Arkadaş Suç Davranışları	Dayak atma	Hayır	1000	3,68±4,30	z=-5,382 p=**0,000**	Evet>Hayır
		Evet	465	5,17±5,74		
	Vurma	Hayır	851	3,93±4,88	z=-3,723 p=**0,000**	Evet>Hayır
		Evet	614	4,45±4,81		
	Haraç kesme	Hayır	1290	3,88±4,47	z=-4,945 p=**0,000**	Evet>Hayır
		Evet	175	6,18±6,77		
	Tekme atma	Hayır	989	3,80±4,66	z=-5,275 p=**0,000**	Evet>Hayır
		Evet	476	4,88±5,17		
	Kavga etme	Hayır	659	3,91±4,88	z=-2,009 p=0,061	---
		Evet	808	4,34±4,82		
	Alay etme	Hayır	559	3,89±5,23	z=-1,961 p=0,103	---
		Evet	906	4,31±4,60		
Hükümlü Arkadaş Varlığı	Yok		1291	3,78±4,31	KW=43,520 p=**0,000**	Çoğu arkadaşım>Yok Birkaç arkadaşım>Yok
	Tüm arkadaşlarım		11	6,63±7,61		
	Çoğu arkadaşım		21	11,6±9,19		
	Birkaç arkadaşım		142	6,26±6,70		
Arkadaş Suçuna Verilen Tepkiler	Hiçbir şey yapmam		326	6,26±6,59	KW=71,855 p=**0,000**	Hiçbir şey yapmam>Okul yetkililerine bildiririm Hiçbir şey yapmam>Arkadaşımı uyarırım Diğer arkadaşlarıma anlatırım>Okul yetkililerine bildiririm Aileme anlatırım>Ok ul yetkililerine bildiririm
	Arkadaşımı uyarırım		934	3,50±3,77		
	Okul yetkililerine bildiririm		127	3,03±4,77		
	Diğer arkadaşlarıma anlatırım		46	4,95±5,06		
	Aileme anlatırım		32	4,96±5,73		
Arkadaşlarla Yanlış Bir Davranışta Bulunma	Hiçbir zaman olma dı		660	3,41±4,62	KW=83,033 p=**0,000**	Ara sıra>Hiçbir zaman Genellikle>Hiçbir zaman Her zaman>Hiçbir zaman Her zaman> Ara sıra Her zaman>Genellikle
	Ara sıra olur		664	4,30±4,14		
	Genellikle olur		73	6,08±6,31		
	Her zaman olur		36	11,55±9,71		

* Mann Whitney U testi.

anne hem de babanın suça sürüklenmiş olması çocuğun suç davranışına yönelme riskini arttırmaktadır (53).

Ailelerin ergenlere karşı tutumları ile ergenlerin suça karşı tutumları arasındaki fark incelendiğinde, aile tutumlarını baskıcı veya ilgisiz olarak belirten ergenlerin diğer gruplara göre suç davranışını onaylayıcı bir tutum sergiledikleri saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda olumsuz ebeveyn tutumlarının, çocukların yaşamlarının ilerleyen yıllarında suç davranışına yönelmesinin bir sebebi olduğu, olumlu aile tutumlarının çocukta görülebilecek kurallara karşı gelme, saldırganlık, çalma gibi davranışlarını azalttığı ve ebeveynlerin demokratik tutumlarının çocuğun olumlu sosyal davranışlar gösterme olasılığını arttırdığı belirtilmiştir (54,55,56). Baskıcı, ilgisiz aile tutumları ergenlerin kendilerini yalnız, yetersiz ve güçsüz hissetmesine sebep olarak ergenlerin suç davranışını onaylayıcı bir tutum içine girmelerine neden oluyor olabilir. Çalışma bulgularımızın aksine Şengün Afşin'in 2017 yılında suça sürüklenmiş çocuklar üzerinde yaptığı bir araştırmada anne ve baba tutumunu demokratik ve hoşgörülü olarak değerlendiren çocukların suça sürüklenme oranı anne ve baba tutumunu ihmalkar olarak değerlendiren çocuklardan anlamlı derecede daha fazla olduğu bildirilmiştir (57).

Aile içinde bağırma, dövülme, aşağılama, dayak atma, tuvalet/banyoya kilitleme gibi şiddet içerikli cezalar ile cezalandırılanergenlerin suça karşı tutumlarının daha onaylayıcı olduğu belirlenmiştir. Benzer olarak Bilgin 2009 yılında çalışan ve suça sürüklenmiş çocuklar üzerinde yaptığı bir çalışmada, örneklem grubunun %72,4'ünün sadece iş yaşamının gereği olarak çevresinden değil aynı zamanda ailesinden de fiziksel şiddet görmekte olduğunu belirtmiştir (58). Tütüncüler ve arkadaşları tarafından çocuk suçluluğunun sebeplerini ortaya koymayı amaçlayan bir araştırmada suça sürüklenmiş çocuklardan oluşan örneklemin %28'inin aile içinde şiddete maruz kaldığını ve şiddete maruz kalan çocukların büyük çoğunluğunun erkek çocuklardan oluştuğunu belirtmişlerdir (59). Şiddet aracılığıyla cezalandırılan ergen, öğrendiği bu yıkıcı davranış biçimini kendi hayatına entegre edip şiddet içerikli suçlara yatkın hale geliyor olabilir. Ebeveynlik ile ergenlerdeki suç davranışı arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacı ile 161 çalışmayı inceleyerekyapılmış olan bir meta-analiz çalışmasında olumsuz ebeveyn yaklaşımlarının suç davranışı riskini %11 oranında arttırdığı bildirilmiştir (60). Okuldaki ders başarısını başarısız olarak değerlendiren ergenlerin suç davranışını daha çok onayladıkları saptanmıştır. Okuldaki genel başarısızlık (Düşük notlar, olumsuz okul deneyimleri vb.) akademik başarıyı olumsuz olarak etkilemektedir. Düşük akademik başarı ise ergenlerin üzerinde yarattığı gerilimle onları suç davranışına yöneltmektedir (24). Suç ve çocuk üzerine yapılan pek çok çalışma, suç davranışında bulunan çocukların okulda başarısız olduklarını, okuldan kaçma eğiliminde bulunduklarını, devamsızlık yaptıklarını, büyük oranda uyuşturucu kullandıklarını öne sürmektedir (27,61, 62). Küçüker 2001 yılında bir grup hüküm giymiş ve hüküm giymemiş ergen üzerinde yaptığı çalışmada, okul başarılarını iyi olarak değerlendiren hükümlü çocukların oranını %20,5 olarak, okul başarısını iyi olarak değerlendiren hükümlü olmayan çocukların oranını ise %75,4 olarak belirtmiştir (63). Bu bulgular ışığında yüksek akademik başarıyla suç davranışının ters orantılı olduğunu söylemek mümkündür. Okul başarısı az olan öğrencilerin suça yönelmelerinin nedeni ise ergenlerin eğitime bakış açıları, okulu yararlı bulup bulmamaları ve okula bağlılıklarının azalmasıyla çalışma hayatına yönelmeleri ya da okuldan uzaklaşıp ergeni olumsuz davranışlara yönlendirebilecek akran gruplarına yakınlaşmaları olabilir.

Disiplin soruşturması geçirmiş olan ergenlerin suça karşı tutumlarının daha onaylayıcı olduğu saptanmıştır. Yavuz 2003yılında bir grup hüküm giymiş erkek ergen üzerinde yaptığı çalışmada,ergenlerin%82,6'sının disiplin cezası almadığını, %17,4'ünün ise aldığını belirtmiştir (64). İpek'in 2010 yılında yaptığı çalışmada, ergenlerin % 28,2'si okul hayatında uyarı, yaptırım veya disiplin cezası aldığı yönünde cevap vermiştir. % 71,8'lik bir kısım ise hiç uyarı, yaptırım veya disiplin cezası almadığını belirtmiştir (65). Benzer şekilde Akalın tutuklu çocuklar üzerinde yaptığı çalışmada ergenlerin %83,3'ünün eğitim gördükleri okullarda disipline gitmediğini bildirirken, %16,7'sinin ise gittiğini bildirmiştir (66). Çalışma bulgularımız ile alanyazındaki çalışmalar arasındaki bu farklılığın nedeni bu araştırmada sağlıklı ergenler üzerinde

çalışılmış olmasının yanı sıra, diğer örneklem gruplarının çoğunluğunun ilkokul mezunu olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Arkadaşlarıyla her zaman ve genellikle yanlış bir davranışta bulunan ergenlerin diğer gruplara göre suça karşı tutumlarının daha onaylayıcı olduğu saptanmıştır. Arkadaş grupları saldırganlık davranışının kontrol altına alındığı ortamlardır. Literatürde olumsuz akran ilişkilerinin saldırgan davranışla ilişkili olduğunu gösteren bulgulardan söz edilmektedir. Akranlarla kurulan pozitif ilişkilerin saldırganlığı azalttığı bildirilmektedir (67). Erdoğdu (2005) akran grubunun saldırgan olduğunu bildiren çocukların daha fazla saldırgan davranışlarda bulunduğunu bulgulamıştır (68). Arkadaş çevresinin suça etkisinin %69 oranında olduğu saptanan bir çalışmada çocukların %11,8'i fiili tek başına, %81,7'si arkadaşlarıyla gerçekleştirdiğini belirtilmiştir (64).

Araştırma sonuçları, çalışmada kullanılan istatistiksel teknikler ve Aydın ilinde dokuz lise ile sınırlıdır. Bu araştırma sağlıklı ergenlerle yapıldığı ve bu konuda yapılmış çok az çalışma olduğu için araştırma sonuçları suç işlemiş çocuklar üzerinde yapılmış çalışmalar ile tartışılmak zorunda kalınmıştır. Ayrıca araştırmadaki bazı sorular öğrencilerin kendi bireysel değerlendirmelerini içermiş olup (Okul başarısı, ekonomik düzeyi ve ailenin ergene karşı tutumu gibi) bu durum değerlendirmede yanlılığa neden olmuş olabilir.

Sonuç olarak, çalışmamızda pek çok yıkıcı sonucu bulunan suç davranışının temelini oluşturabilecek risk faktörleri belirlenmeye çalışılmıştır. Bunun sonucunda ise erkek ergenlerin, kendilerine karşı aile tutumları baskıcı ve ilgisiz olan, aileleri tarafından problemli asi bir çocuk olarak tanımlanan, aile içi tartışmaları sık olan ve yanlış bir davranış sonucu şiddet içerikli cezalara maruz kalan, aile içinde babaları hüküm giymiş olan, anne baba eğitim düzeyleri düşük olan ve ailesinin ekonomik düzeyi yüksek olan ergenlerin suç davranışını daha çok onayladıkları bulunmuştur. Bunun yanı sıra akademik başarısı düşük, tekrarlayan disiplin soruşturması deneyimlemiş, arkadaşları tarafından kendini düşünen/bencil olarak tanımlanan, hüküm giymiş arkadaşlara sahip ve arkadaşlarıyla birlikte yanlış bir davranışta bulunan ergenlerin de suç davranışlarını daha çok onayladıkları ve tüm bu bulguların suça yönelmede risk faktörleri olduğu düşünülmüştür.

Ergenlerle yapılacak suça yönelik tutumlarla ilgili çalışmalarda aileyi, okulu ve diğer sistemlerin çalışmaya dahil edilmesi literatüre katkı sağlayabilir. Aile tutumları ergenlerin suç davranışlarını onaylaması ve suç davranışları göstermeleri açısından risk etkeni olabilir. Bu nedenle okullarda aile tutumlarının tanınması ve belirlenmesi, suç işlemeye karşı önlem alınması açısından önemlidir. Şiddet içerikli cezalara maruz kalan ergenlerin suça yönelik tutumlarının onaylayıcıolması nedeniyle şiddet içeren cezalar almış ergenlerin belirlenmesi bu ergenlerin olası suç içeren davranışlarına karşı önlem almak açısından önemli olacaktır. Ergenlerde suça yönelik tutumların azaltılmasında ailenin önemi dikkate alınarak okullarda ailelere yönelik olarak; ergenlik dönemi özellikleri ve sorunları, ergene yaklaşımda olumlu tutumla ilişkili olabilecek faktörler konularında eğitimlerin yapılmasının uygun olduğu düşünülmüştür.

*Bu çalışma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı kapsamında yapılmış olan Arş. Gör. Ezgi Sarı'nın tezidir. Tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Ögretim Üyesi Yetiştirme Programı Birimi tarafindan 14046 proje numarası ile ve aynı zamanda Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafindan HF-18001 proje kodu ile desteklenmiştir.

**Bu çalışma 02-05 Mayıs 2018 tarihleri arasında Burdur'da yapilmis olan 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuş olup tam metni kongre bildiri kitabında yayınlanmıştır.

Yazışma adresi: Arş. Gör. Ezgi Sarı, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye ezgi-1890@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Derman O. Ergenlerde psikososyal gelişim. Adölesan ve Ergen Sağlığı II Sempozyum Dizisi 2008;63:19-21.

2. Akçan Parlaz E, Tekgül N, Karademirci E, Öngel K. Ergenlik dönemi: fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. Turkish Family Physician 2012;3:10-16.

3. Sokullu-Akıncı F. Kriminoloji. 11. Basım, İstanbul, Beta Basım Yayım, 2014, pp. 27, 176-178, 134-135, 154- 164.

4. Türkiye İstatistik Kurumu İnternet Sayfası. www.tuik.gov.tr Erişim Tarihi: Aralık 29, 2017.

5. Nilsson A. Livingconditions, social exclusion and recidivism among prison ın mates. J Scand Stud Criminol Crime Prev 2003;4:57-83.

6. Dönmezer S. Kriminoloji. 8. Basım, İstanbul, Beta Basım Yayım, 1994, pp. 2.

7. Dembo R, Schmeidler JA. Classfication of high-risk youths. Crime Delinq 2003;49:201-230.

8. Eyüboğlu M, Eyüboğlu D. Suça Sürüklenen Çocuklarda Psikiyatrik Bozukluklar, Sosyodemografik Özellikler ve Risk Faktörleri. J Clin Psy, 2018;21:7-14.

9. Yavuzer H. Çocuk ve Suç. 17. Basım, İstanbul, Remzi Kitapevi, 2016, pp. 15-16, 83-84, 91, 148-149, 235-238.

10. Öncü FS, Ger C, Bilici M, Ural R, Uygur C. Sosyoekonomik etmenlerin ve sosyodemografik özelliklerin psikotik olguların suç işlemesinde etkisi. Türk Psikiyatr Derg 2007;18:4-12.

11. Seyhan D, Zincir H. Tutuklu/hükümlü gençlerin benlik saygısı düzeyleri ile aile özelliklerinin incelenmesi ve aralarındaki korelasyonun belirlenmesi. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi 2009;19:7-24.

12. Üstün A, Yılmaz M, Kırbaş Ş. Gençleri Şiddete Yönelten Nedenler. Okullarda Şiddet ve Çocuk Suçluluğu, 1. Basım, A. Solak (Ed), Ankara, Hegem Yayınları, 2007, pp. 111.

13. Solak A. Çocuk Suçluluğu ve Aile. 2. Basım,Ankara, Hegem Yayınları, 2009, pp. 27-35.

14. Amodei N, Scott AA. Psychologists' contribution to the prevention of youth violence. Soc Sci J 2002;39:511-526.

15. Güven H. Suç İşlemiş Ergenlerle Suça Karışmamış Ergenlerin Düşmanca Niyet Yükleme Yanlılıkları Ve Bazı Ailesel Özelliklerinin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2011.

16. İmamoğlu A. Psikolojik ve Ahlaki Açıdan Çocuk Suçluluğu. 1. Basım, İstanbul, Değerler Eğitim Merkezi Yayınları, 2015, pp. 107-108.

17. Çalık T, Kurt T. Okulda Şiddetin Önlenmesi Ve Güvenli Okul. Okullarda Şiddet Ve Çocuk Suçluluğu: Eğitim Ve Şiddet, 1. Baskı, Ş Erçetin (Ed), Ankara, Hegem Yayınları, 2006, pp. 108.

18. Kulaksızoğlu A. Ergenlik Psikolojisi. 1. Basım, İstanbul, Remzi Kitabevi, 1998, pp. 196.

19. Uluğtekin S. Hükümlü Çocuk ve Yeniden Toplumsallaşma, 1. Basım, Ankara, Bizim Büro Yayınları, 1999, pp. 32-54.

20. Kepenekçi YK, Özcan AY. Okullarda Çocuk Suçluluğunun Önlenmesi. I. Ulusal Çocuk ve Suç: Nedenler ve Önleme Çalışmaları Sempozyumu, Ankara, 2002, pp. 153.

21. Gökpınar M. Sosyal ve kriminal boyutlarıyla çocuk suçluluğu. Türkiye Barolar Birliği Dergisi 2007;72:206-233.

22. Baysan Arabacı L, Taş G. Dragging factors in juvenile delinquency, mental health problems and nursing care. J Psychiatr Nurs 2017;8:110-117.

23. Börekçi E. Suça Sürüklenen Çocuklarda Suç Geçmişi İle Aile Ve Akran Etkisinin Mükerrer Suçluluğa Etkisi: Ankara İli Örneği. Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.2012.

24. Örki H. Okullarda Şiddet Ve Suç: Eskişehir Örneği. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2013.

25. Kart M. Çocuk Ve Suç: Marmara Bölgesi Örneği. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.2012.

26. Polat H. Suça Yönelen Ergenlerde Travmatik Yaşantılar Ve Suça Karşı Tutumlar. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.2007.

27. Ağırgötüren B. Malatya Kentinde Çocuk Suçluluğu. İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.2006.

28. Loeber R, Farrington DP, Stouthamer-Loeber, Moffit TE, Caspi A. The development of male offending: key findings from the first decade of the pittsburgh youth study. J Scand Stud Criminol Crime Prev 1998;7:141-171.

29. Tittle CR, Ward DA, Grasmick HG. Gender, age and crime deviance: A challange to self control theory. J Res Crime Delinq 2003;40:426-453.

30. Akduman GG, Akduman B, Cantürk G. Ergen suçluluğunda bazı kişisel ve ailesel özelliklerin incelenmesi. Türk Pediyatri Arşivi 2007;42:156-61.

31. Gördeleş Beşer N, Baysan Arabacı L, Uzunoğlu G. Türkiye'de bir bölge psikiyatri hastanesinde tedavi olan suça itilmiş çocuk profilleri. Anadolu Psikiyatr Derg 2016;17:317-324.

32. Ayaz M, Ayaz AB, Soylu N. Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme. Klin Psikiyatr Derg 2012;15:33-40.

33. Şen S, Karbeyaz, K, Toygar M, Akkaya H. Sociodemographic evaluation of children pushed ınto crime ın Eskişehir. Adli Tıp Derg 2012;26:146-155.

34. Carlo G, Hausmann A, Christiansen S, Randall BA. Sociocognitive and behavioral correlates of a measure of prosocial tendencies for adolescents. J Early Adolesc 2003;23:107-134.

35. Kumru A, Carlo G, Edwards CP. Olumlu sosyal davranışların ilişkisel, kültürel, bilişsel ve duyuşsal bazı değişkenlerle ilişkisi (relational, cultural, cognitive, and affective predictors of prosocial behaviors). Turk J Psychol 2004;19:109-125.

36. Carlo G, Randall. The development of a measure of prosocial behaviors for late adolescents. J Youth Adolesc 2002;31:31-44.

37. Kocadal H. Kent Ve Suç: Mersin'de Genç Suçluluğu Üzerine Sosyolojik Bir Araştırma. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2004.

38. Göcek G. Suç Faili Olan Çocuklar Açısında Çocuk Suçluluğu Ve Çocuklara Uygulanan Ceza Ve Güvenlik Tedbirleri. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2009.

39. Balkaya A, Ceyhan E. Lise öğrencilerinin suç davranışı düzeylerinin bazı kişisel ve ailesel nitelikler bakımından incelenmesi. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi 2007;3:13-27.

40. Aksu H, Karakoç Demirkaya S, Gürbüz Özgür, B Gün B. Aydın ilinde bir yıldaki çocuk ve ergen adli olguların değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatr Derg 2013;14:369-377.

41. Saddock BJ, Saddock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydin H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 3. Baski, Ankara: Günes Kitabevi Ltd. Sti.,2007, 3412-3425.

42. Saddock BJ, Saddock VA. ComprehensiveTextbook of Psychiatry. Aydin H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 3. Baski, Ankara: Günes Kitabevi Ltd. Sti., 2007, 3441-3449.

43. Özen S, Ece, A, Oto R, Tıraşçı Y, Gören S. Juvenile delinquency in a developing country: A province example in Turkey. Int J Law Psychiatry 2005;28:430-441.

44. Cantürk G. Çocuk suçluluğunda adli psikiyatrik değerlendirme. Sted. 2005;14:31-4.

45. Erden G. Islahevinde Ve Tutukevinde Kalan Ergenlerin Stresle Başa Çıkma Örüntüleri. Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu. Ankara Üniversitesi, Ankara, 2006, pp. 54.

46. Öter A. Çocuk Suçluluğunun Toplumsal Nedenleri (Antalya Örneği). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2005.

47. Öztürk Ö. İstanbul H Tipi Cezaevinde Kalan Ergenlerde Suçluluk-Utanç Duygusunun Değerlendirilmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.2005.

48. Levine CR, Eileen MJ, Hernandez D. Out-of-schoolcare and problem behavior trajectories among low-income adolescents: ındividual, family, and neighborhood characteristics as added risks. Child Dev 2004;75:948-965.

49. Dembo R, Wothke W, Shemwell M, Pacheco K, Seeberger W, Rollie M, SchmeidlerJ, Livingston S.A structural model of the influence of family problems and child abuse factors on serious delinquency among youths processed at a juvenile assessment center. J Child Adolesc Subst Abuse 2000;10:17-31.

50. Keller TE, Catalano RF, Haggerty KP Fleming CB. Parent figure transitions and delinquency and drug use among early adolescent children of substance abusers. Am J Drug Alcohol Abuse 2002;28:399-427.

51. Farrington DP, Coid JW, Murray J. Family factors in the intergeneration altransmission of offending. Crim Behav Ment Health 2009;19:109-124.

52. Gönültaş MB. Adana İlinde Mala Ve Şahsa Karşı Suç İşleyen Çocukların Sosyodemografik Özelliklerinin Ortaya Konulması. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.2009.

53. Nijhof KS, de Kemp RA, Engels RC. Frequency and seriousness of parental offending and the irimpact on juvenile offending. J Adolesc Health 2009;32:893-908.

54. Haapasalo J, Pokelo E. Child rearing and child abuse antecedents of criminality. Agression and Violent Behavior 1999;4:107-127.

55. Ersin B. Lise Öğrencilerinin Suç Eğilimleri İle Anne Baba Tutumları Arasındaki İlişki (Beyoğlu İlçesi Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.2010.

56. Bolattekin A. Anne-Babanın Bağlanma Stilleri, Anne-Baba Tutumları Ve Çocuklarındaki Davranış Problemleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.2014.

57. Şengün Afşin R. Suça Sürüklenen Çocuklar İle Suça Sürüklenmeyen Çocukların Algıladıkları Anne Ve Baba Tutumları, Bağlanma Stilleri Ve Benlik Algılarının İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2017.

58. Bilgin R. Diyarbakır'da sokakta çalışan çocuklar üzerine sosyolojik bir araştırma. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2009;8:232-244.

59. Tütüncüler A, Karagöz YM, Demirçin S Atılgan M. Matruşka: göç, istismar, eğitim eksikliği, negatif ailesel faktörler ve çocuk suçluluğu. Adli Tıp Bülteni 2008;13:97-105.

60. Hoeve M, Dubas JS, Eichelsheim VI, vandeerLaan PH, Smeenk W, Gerris JRM. The relationship between parenting and delinquency: a meta-analysis. J Abnorm Child Psychol 2009;37:749-775.

61. Kızmaz Z. Öğrenim düzeyi ve suç: suç-okul ilişkisi üzerine sosyolojik bir araştırma. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2004;14:291-319.

62. Wang X, Blomberg TG, Li SD. Comparison of the educational deficiencies of delinquent and nondelinquent students. Eval Rev. 2005;29:291-312.

63. Küçüker H. Suç Davranışında Bulunan Çocukların Sosyodemografik Özellikleri Ve Olası Suça İtilme Nedenleri. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.2001.

64. Yavuz AE. Tutuklu Ya Da Hükümlü Erkek Ergenlerde Kriminolojik Öykü İle Madde Kullanımı Ve Aile Yapısı Arasındaki İlişki. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2003.

65. İpek A. Suça Sürüklenen Çocukların Okul Dönemlerinin İncelenmesi Ve Bu Dönemde Barındırdıkları Risk Faktörlerinin Belirlenmesi: Ankara, İstanbul Ve İzmir Jandarma Çocuk Merkezleri Örneği. Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2010.

66. Akalın N. Suça İtilmiş Çocukların Adli Tıp Açısından İncelenmesi Ve Cezaevinde Bulunan Suça İtilmiş Çocukların Deskriptif Olarak İncelenmesi.İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.1999.

67. Aktaş V, Güvenç GB. Kız ve erkek ergenlerde saldırgan ve olumlu sosyal davranışlar ile yaş, ilişkisel bağlam ve kişiler arası duyarlılık arasındaki ilişkiler. Edebiyat Fakültesi Dergisi 2006;23:233-264.

68. Erdoğdu MY. Suça yönlendirilen ve yönlendirilmeyen çocukların aile ilişkileri ile saldırganlık davranışlarının karşılaştırılması. Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2005;12:106-114.

8-12 yaş arası çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığı, aleksitimi, sosyal anksiyete, yaş ve cinsiyetin incelenmesi

Examination computer gaming addiction, alexithymia, social anxiety, age and gender among children aged 8-12

İbrahim Taş[1], Zehra Güneş[2]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı,İstanbul,Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-5752-2753

[2]Yüksek Lisans Öğr., İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,İstanbul,Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığının yordayıcıları olarak yaş, cinsiyet, aleksitimi ve sosyal anksiyeteyi incelemektir. **Yöntem:** Araştırma 148'i kız, 173'ü erkek olmak üzere toplam 321 kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaşları 8 ile 12 arasında olup yaş ortalamaları 10.48'dir. Araştırmanın verileri Çocuklar için Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği, Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği ve Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği ile Kişisel Bilgi Formu aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin normal dağıldığı ve çoklu regresyon için gerekli varsayımları karşıladığı görüldüğünden parametrik testler kullanılmıştır. Veriler Pearson Korelasyon Analizi ve Hiyerarşik Regresyon Analizi yöntemi ile incelenmiştir. **Bulgular:** Bilgisayar oyun bağımlılığı, aleksitimi ve sosyal kaygı arasında pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca yaş, cinsiyet, aleksitimi ve sosyal anksiyetenin, bilgisayar oyun bağımlılığını %24.1 düzeyinde anlamlı bir şekilde yordadığı görülmüştür. Araştırmada bilgisayar oyun bağımlılığının açıklanmasında en güçlü etkinin aleksitimiden geldiği, onu cinsiyet ve sosyal anksiyetenin izlediği tespit edilmiştir. **Sonuç:** Araştırmada sonuç olarak cinsiyet, aleksitimi ve sosyal anksiyetenin çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığını önemli ölçüde etkilediği görülmektedir. Araştırmanın sonuçları alan yazın ışığında tartışılmış ve araştırmacı ve alanda çalışan uzmanlara önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Bilgisayar oyun bağımlılığı, aleksitimi, sosyal anksiyete, cinsiyet, çocuk

SUMMARY

Objective: The aim of this study is to examine age, gender, alexithymia and social anxiety as predictors of computer gaming addiction among children. **Method:** The research was carried out on a total of 321 persons, 148 of whom were girls and 173 were boys. The ages of the participants were between 8 and 12 and their average age was 10.48. Research data were collected via Computer Gaming Addiction Scale for Children, Alexithymia Scale for Children, Social Anxiety Scale for Children and Personal Information Form. Parametric tests were used because it was found that the data of research were normally distributed and met the necessary assumptions for multiple regressions. The data obtained from the research were analyzed by Pearson Correlation Analysis and Hierarchical Regression Analysis method. **Results:** A positive correlation has been found between computer gaming addiction and alexithymia and social anxiety. In addition, age, gender, alexithymia and social anxiety were significantly predictive of computer gaming addiction at 24.1%. In the research, it was identified that the most effect in explaining computer gaming addiction was alexithymia, followed by gender and social anxiety. **Discussion:** It is found out that gender, alexithymia and social anxiety affect computer gaming addiction in children significantly. The results of research were discussed in the light of the related literature and suggestions were made to the researchers and experts studying in the field.

Key Words: Computer gaming addiction, alexithymia, social anxiety, gender, children

(Klinik Psikiyatri 2019;22:83-92)

DOI: 10.5505/kpd.2018.17894

Makalenin geliş tarihi: 14.06.2018, Yayına kabul tarihi: 22.10.2018

GİRİŞ

Temelde eğlence ihtiyacını karşılamaya yönelik bir etkinlik olarak değerlendirilen oyun, çocuğu birçok açıdan geliştirmektedir. Oyun çocuğun kendini ifade etmesi için en uygun yollardan biri olduğu gibi dilsel, bilişsel, sosyal ve fiziksel becerilerini geliştirmede de önemli bir araçtır (1). Bu yönüyle oyunun, bireyin birçok temel ihtiyacını karşıladığını ve bireyin sağlıklı ve bütüncül bir şekilde gelişiminde önemli bir etkiye sahip olduğunu söyleyebiliriz.

Teknolojik gelişmelerle birlikte tarihi oldukça eskilere dayanan oyun kavramının içeriği yeniden şekillenmiştir. Oyunların açık mekânlardan kapalı mekânlara, gerçek kişilerle etkileşimden sanal kişilerle etkileşime evrildiği görülmektedir (2). Dijital oyunların bir çeşidi olarak karşımıza çıkan çevrimiçi oyunlar birçok kişi için çekim merkezi olmuştur. İnternet dünyasının sınırları olmayan, interaktif ve kimlikleri gizleyen özellikleri çevrimiçi oyunları popüler bir dinlence ve eğlence aracı haline getirmiştir (3). Ancak çevrimiçi oyunlar beraberinde pek çok sorun getirebilmektedir. Çocukların tüm gün bilgisayar başında zaman geçirmeleri, sosyal hayattan kopmaları ve aileleri ile iletişim kurmamaları aileler tarafından dile getirilen sorunlardan bazılarıdır (4). Oyun çocuğun iç dünyasını dışardaki sosyal dünya ile birleştirmesine yardım etmektedir (5). Sanal dünyada ise çocuğun iç dünyasını birleştirdiği çok fazla ve oldukça farklı dünyalar yer almaktadır. Bu sanal dünyalar çocuğun gelişimi için oldukça zararlı olabilmektedir. Agresif davranışlar, şiddetin normalleşmesi (6) ve bağımlılık (7) sanal oyunların göze çarpan zararlı özellikleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bağımlılık konusunda özellikle küçük çocukların risk altında olduğu göz önüne alındığında (8) gerçek oyunlar yerine sanal oyunlar oynamalarının onlarda bağımlılığın gelişiminde etkili olabileceği söylenebilir. Çocuğun sürekli olarak oyunu düşünmesi, oyun oynamayı bırakamaması ve sürekli olarak oyunla ilgilenmesi bilgisayar oyun bağımlılığı olarak tanımlanmaktadır (7). Dijital oyun bağımlılığı ile ilgili yapılan çalışmaların artması ile birlikte oyun bağımlılığı kavramı ruh sağlığı alanındaki otoritelerin de dikkatini çekmiş ve çevrimiçi oyun bağımlılığı APA (Amerikan Psikiyatri Derneği) tarafından DSM 5 (Ruhsal Bozukluklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5) (9) bölüm 3'e alınmıştır. Bu kavram DSM 5 tarafından zihnin sürekli olarak onunla meşgul olması, tolerans, yoksunluk belirtileri, miktarı ile ilgili yalan söyleme, diğer insanlarla problem yaşama, önemli ilişkilerinden birini kaybetme, olumsuz duygulardan kaçış, oyunu bırakmak istemesine rağmen bırakamama, oyun oynama dışındaki ilgi alanlarının kaybolması şeklinde dokuz kriter çerçevesinde ele alınmıştır (10). Bu kriterler oyun bağımlılığını ölçme ile ilgili çalışmalarda kullanıldığı gibi sosyal medya bağımlılığı (11) ve internet bağımlılığı (10) gibi diğer teknolojik bağımlılıkların ölçülmesinde de kullanılmaya başlanmıştır. Oyun bağımlılığı başlı başına bir problem olmakla birlikte, oyun bağımlılığının çevrimiçi kumar bağımlılığı gibi diğer çevrimiçi olumsuz aktivitelerle de artan bir yakınlığı söz konudur (12). Bu durum oyun bağımlılığının çocuklar için başka tehlikelerin de habercisi olduğunu göstermektedir.

Alan yazında çocuklarda oyun bağımlılığı ve ilişkili olduğu kavramlar ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda oyun bağımlılığının ebeveyn eğitimi (13), anne eğitim düzeyi (14), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile depresyon (15), internet bağımlılığı (16), duygu düzenleme ve okula bağlılık (17), saldırganlık (8,18) ve sosyal bağlılık (19) ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bilgisayar oyun bağımlılığı cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde, alan yazında çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığı ile cinsiyet değişkeni arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar (6,7,13,14) olduğu gibi her iki cinsiyet açısından anlamlı bir fark olmadığını gösteren çalışma da (20) bulunmaktadır.

İnternet bağımlılığı ile ilişkisi son yıllarda daha sık araştırılan kavramlardan olan aleksitimi kavramı, problemli internet kullanımına yol açan bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır (21). Modern teknolojilerin beraberinde getirdiği yenilikler ve yaşam tarzı sevgi, yardımlaşma, paylaşma, anlaşılma gibi insanoğlunun temel ihtiyaçlarının karşılanmasını zorlaştırmaktadır. Bu durum günümüz insanında yalnızlığın ve aleksitiminin artmasına yol açabilmektedir (22).

Klinisyenlerin ve araştırmacıların ilgisini üzerinde toplamayı başaran aleksitimi kavramı (23) farklı şekillerde ele alınmıştır. Kavram bir kişilik özelliği, psikolojik bir sorun, bilişsel veya nörolojik bozukluk ve sosyal destek yoksunluğu sonucu ortaya çıkan bir durum olarak ele alınmaktadır (24). Aleksitimi kavramı hem duygu tepki sisteminin bilişsel-deneyimsel bileşenindeki eksikliklerini hem de duyguların kişilerarası düzenleme düzeyindeki eksikliklerini ifade etmektedir. Bu bireyler sadece duygularını ifade etmede ve düzenlemede sıkıntı yaşamazlar, duygusal sıkıntılarını diğer insanlara ifade etmede ve onlardan yardım almada da sıkıntı yaşarlar (25). Aleksitimik bireylerin duygularını adlandırma, ifade etme ve ayrıştırmada zorlandıkları, çoğu zaman duygularının farkında olmadan yaşadıkları görülmektedir (26). Bu bireyler olumlu ya da olumsuz olaylara herhangi bir duygusal tepki vermeden, olayları tamamen mantık çerçevesinde düşünüp mekanik davranışlar sergiler (27). Duygu ve düşünceleri birbirlerinden ayırt edemedikleri için duygularını ifade etmeleri gereken yerlerde de düşüncelerini ifade ederler (28). Bu duruma erken çocukluk döneminde gelişmeye devam eden afekt gelişimindeki aksamanın (29), çocukluk çağı travmalarının ve güvensiz bağlanma biçimlerinin neden olabileceği (30) ifade edilmektedir. Bu özellikler bu bireylerin sosyal ilişkilerde problem yaşamalarına ve duygulardan arınık, tamamen mekanik bir iletişim ve eğlence alanı olan sanal dünyaya dalmalarına yol açabilmektedir.

Aleksitimi kavramı ile ilgili çalışmalarda son yıllarda artış gözlenmektedir. Aleksitimi ile genel teknolojik bağımlılıklar arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar incelendiğinde sınırlı sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda aleksitiminin internet bağımlılığı (21,31), aşırı internet kullanımı (32), video oyunları (33) ve akıllı telefon bağımlılığı (34) ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Aleksitimi ile cinsiyet değişkeni arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında, genel olarak aleksitimi ile cinsiyet arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmaların (35,36,37,38) olduğu görülmektedir. Ancak alan yazında erkeklerin anlamlı bir şekilde kadınlardan daha fazla aleksitimik özellikler gösterdiğini tespit eden bir çalışmanın da (39) olduğu tespit edilmiştir.

İnternetin işlevlerinden birisi de sosyal iletişim aracı olarak kullanılmasıdır. Sosyal beceri yoksunluğu nedeniyle gerçek hayatta ilişki kuramayan bireyler sanal dünyada kendilerini daha özgür bir şekilde ifade edebilir, gerçek hayatta alamadıkları onayı sanal dünyada alabilirler (40). Bu özellikleri ile internet sosyal beceri yoksunluğu yaşayan bireyler için vazgeçilmez bir kaynak haline gelebilmektedir. Bu bağlamda sosyal bağlantı kurmanın (41) internetin önemli işlevlerinden biri olduğu söylenebilir. Sosyal iletişimi sağlamak için kullanılan internet uygulamalarından biri oyunlardır. Bir çalışmada (42) oyun oynayan katılımcıların oyun oynama nedeni olarak sosyal iletişimi gösterdikleri görülmektedir. Yani gerçek hayatta sosyal açıdan problem yaşayan bireyler oyunları sosyal beceri yoksunlukları ile baş etmek için kullanabilmektedirler. Ancak sosyalleşmek amacıyla kullanılan oyunların aşırı oynanması başka bir sorunu beraberinde getirebilmektedir. İlk başlarda sosyalleşme ve eğlence ihtiyacına hizmet eden oyunlar, zaman ilerledikçe sosyal hayatta zaten problem yaşayan bireyler için, bir bağımlılığa dönüşebilmektedir. Bu durum sosyal anksiyete bozukluğunun, oyun bağımlılığında önemli bir yere sahip olabileceğini bize göstermektedir. Sosyal anksiyete, kişilerarası değerlendirmeden kaynaklanması ile diğer anksiyete türlerinden ayrılmaktadır (43). Kişilerarası ilişkilerde değerlendirilme korkusu bireyin sosyal ortamlarda sıkılmasına, içine kapanmasına ve günlük hayatta işlevselliğinin bozulmasına neden olmaktadır.

Çocuklarda sosyal anksiyete ile bilgisayar oyun bağımlılığı arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bununla birlikte alan yazında sosyal kaygı ile teknolojik bağımlılıklar arasındaki ilişkiyi inceleyen çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmalarda sosyal anksiyete, problemli internet kullanımı (44,45), siber zorbalık (46), problemli mobil telefon kullanımı (47), bilgisayar oyun bağımlılığı (48) ve oyun bağımlılığı (49) ile ilişkili bulunmuştur. Sosyal anksiyete ile cinsiyet değişkeni arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında sosyal kaygının cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı ve kızların erkeklere göre anlamlı şekilde daha çok sosyal anksiyete yaşadığı (50,51) görülmektedir. Bir başka çalışmada (52) ise çalışmalarında sosyal anksiyetede cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığını tespit etmiştir.

Oyun bağımlılığı, sosyal anksiyete ve aleksitimi arasındaki ilişkileri araştıran çalışmalara bakıldığında, alan yazında her kavramla ilgili ayrı ayrı çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Ancak çocuklarda bu üç kavramın bir biri ile ilişkisini ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çocuklar üzerinde yapılacak çalışmalar önemlidir. Çünkü çocuklukta edinilecek olumlu veya olumsuz bir davranışın etkileri uzun yıllar devam edecektir. Oyun bağımlılığı gibi geleceğin problemi olarak görülen bir konuda, çocuklar üzerinde araştırma yapmak, olası nedenleri tespit edip ona göre önlemler almak açısından önemlidir. Bu nedenle çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığını yordayan değişkenlerin tespit edilmesi önem arz etmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmada çocuklarda yaş, cinsiyet, aleksitimi ve sosyal anksiyetenin bilgisayar oyun bağımlılığını yordayıp yordamadığı araştırılmıştır.

YÖNTEM

Araştırma Modeli

Çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığı, sosyal anksiyete ve aleksitimi arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada genel tarama modellerinden ilişkisel araştırma modeli kullanılmıştır. Çalışmada iki ve daha fazla değişken arasındaki ilişki müdahale edilmeden araştırılmıştır (53).

Araştırma Grubu

Araştırma grubunu 2017-2018 eğitim öğretim yılında İstanbul ili Başakşehir ilçesindeki bir ilkokul ve ortaokula devam eden 321 çocuk oluşturmaktadır. Araştırma grubuna bu çalışmanın gönüllülüğe dayalı bir çalışma olduğu söylenmiş, çalışma sadece gönüllü olan öğrencilerle yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemi, zaman para ve işgücü açısından var olan sınırlılıklar nedeniyle kolay ulaşılabilir ve uygulama yapılabilir birimlerden seçildiği için, uygun örnekleme yöntemiyle seçilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Bilgisayar Oyun Bağımlılığı Ölçeği: Ölçek Horzum ve ark. (2) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 5'li likert tarzı bir ölçek olup 21 madde 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Dört faktör toplam varyansın %45'ini açıklamaktadır. Ölçek tek faktörlü bir yapı olarak da kullanılabilmektedir. Ölçekte yer alan maddelerin faktör yük değerleri .40 ile . 74 arasında değişmektedir. Ölçeğin 21 maddeden oluşan toplam iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach Alfa) .85 olarak bulunmuştur. Bu çalışma kapsamında ölçeğin Cronbach Alfa iç güvenirlik katsayısı .88 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin yüksek derecede güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir (54).

Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği: La Greca ve ark. (55) tarafından geliştirilen ölçek Demir ve ark. (56) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin ölçüt bağıntı geçerliğine Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri ile bakılmış ve r=.597 şeklinde bir korelasyon tespit edilmiştir. Ölçekten elde edilen test tekrar test korelasyon puanları r=.809 şeklinde bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa) .81 olarak bulunmuştur. Bu çalışma kapsamında ölçeğin Cronbach Alfa iç güvenirlik katsayısı .84 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin yüksek derecede güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir (54).

Çocuklar İçin Aleksitimi Ölçeği: Rieffe ve ark. (57) tarafından geliştirilen ölçek Koçak ve ark. (58) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek 20 madde 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlik çalışmaları kapsamında doğrulayıcı faktör analizi yapılmış ve uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu tespit edilmiştir ($x^2/sd=2,44$; GFI=.95; RMSEA=.04). Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa) .78 olarak tespit edilmiştir. Yordama geçerliği kapsamında Kısa Semptom Envanteri ve Ruh Hali Ölçekleri ile ilişkisine bakılmış ve pozitif ilişki tespit edilmiştir. Bu çalışma kapsamında ölçeğin Cronbach Alfa iç güvenirlik katsayısı .67 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir (54).

Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırmanın verileri öğrencilerden bire bir yüz yüze izinleri alınarak toplanmıştır. Çalışmadan elde

edilen verilerin kimse ile paylaşılmayacağı sadece bilimsel bir çalışmada kullanılacağı ifade edilmiştir. Çalışmaya katılmayı reddeden çocuk olmamıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 348 çocuğa ait veriler toplandı. Ancak uç ve boş bırakılan veriler elendikten sonra elde kalan 321 adet veri ile analizler yapılmıştır. Araştırmada öncelikle değişkenler arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Veriler normal dağılım gösterdiğinden Pearson Korelasyonu ile değişkenler arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Ayrıca veriler çoklu regresyon varsayımlarını karşıladığı tespit edilmiştir. Daha sonra her bir bağımsız değişkenin (Yaş ve Cinsiyet, Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi) bağımlı değişken (Bilgisayar Oyun Bağımlılığı) üzerindeki yordayıcı gücünü tespit etmek için Hiyerarşik Regresyon Analizi yapılmıştır. Cinsiyet değişkeni kategorik bir değişken olduğu için yapay değişkene (dummy değişkenine) çevrilmiştir. Böylece kategorik bir değişkenin çoklu regresyon analizine girilebilmesi sağlanmıştır (59). Verilerin analizinde SPSS 25 paket programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmada öncelikle örneklemi tanıtıcı bulgulara yer verilmiştir. Buna göre araştırma grubunun 148'i (%46,1) kız, 173'ü (%53,9) erkektir. Araştırmaya katılan çocukların yaşları 8-12 arasında değişmekte olup yaş ortalamaları 10,48 şeklindedir.

Araştırmada veriler analiz edilmeden önce değişkenlerin aritmetik ortalamalarına, standart sapmalarına ve basıklık çarpıklık değerlerine bakılmıştır. Elde edilen veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1'de bilgisayar oyun bağımlılığı, duyguları tanımlama güçlüğü, duyguları açıklama güçlüğü, dışsal yönelimli düşünme ve sosyal anksiyeteye ilişkin verilerin aritmetik ortalamaları, standart sapmaları ve basıklık ile çarpıklık değerleri verilmiştir. Değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerleri -1 ile +1 arasında olduğundan, verilerin normal dağılım gösterdiği söylenebilir (59).

Ayrıca çoklu regresyonların temel varsayımlarından olan doğrusallık varsayımı için dağılımların serpilme grafiğine bakılmış ve bu varsayımın karşılandığı görülmüştür. Bağımsız değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı sorununun olup olmadığını tespit etmek için VİF (Varyans Artış Faktörleri) ve tolerans değerleri incelenmiştir. VİF değerlerinin 1,003- ile 1,315 arasında olduğu ve bu değerlerin 10'un altında olduğu, tolerans değerlerinin .681 ile .997 arasında değiştiği ve bu değerlerin de .10'dan oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu değerler birlikte ele alındığında çoklu doğrusal bağlantı probleminin olmadığı ve çoklu regresyon analizinin başka bir koşulunun da sağlandığı söylenebilir (60). Çalışmada değişkenler arasında otokorelasyon olup olmadığını tespit etmek için Durbin-Watson analizi yapılmış ve Durbin-Watson değerinin (dw=1,938) olduğu tespit edilmiştir. Bu değerin 1,5-2,5 arasında olması değişkenler arasında otokorelasyon olmadığını göstermektedir (61). Araştırmanın verilerinin parametrik test ve çoklu regresyon varsayımlarını karşıladığı görüldüğünden Pearson Korelasyonu ve Regresyon analizine geçilmiştir.

Tablo 2'de bilgisayar oyun bağımlılığı ile alekstimi ve sosyal anksiyete arasındaki ilişkiye ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 2'de çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığının aleksitimi alt boyutlarından duyguları tanımlama güçlüğü (r= .339, p<0,01), duyguları açıklama güçlüğü (r= .163, p<0,01) ve dışsal yönelimli düşünme (r= .138, p<0,05) ile pozitif ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 1: Betimleyici istatistikler

	N	*X*	Sh	Ss	Çarpıklık	Basıklık
BOB	321	40.88	.78	13.95	.68	-.03
DTG	321	4.88	.16	2.79	.36	-.52
DAG	321	4.17	.13	2.33	.06	-.70
DYD	321	6.90	.12	2.07	-.05	-.40
SA	321	45.06	.71	12.78	.29	-.16

BOB: Bilgisayar Oyun Bağımlılığı, DTG: Duyguları Tanımlama Güçlüğü,
DAG: Duyguları Açıklama Güçlüğü, DYD: Dışsal Yönelimli Düşünme, SA: Sosyal Anksiyete

Tablo 2: Bilgisayar oyun bağımlılığı, aleksitimi ve sosyal anksiyete arasındaki ilişki

	BOB	DTG	DAG	DYD	SA
BOB	1				
DTG	.34**	1			
DAG	.16**	.47**	1		
DYD	.14*	.10	.12*	1	
SA	.22**	.35**	.44**	.07	1

**p< .01 ve *p<.05 BOB: Bilgisayar oyun bağımlılığı, DTG: Duyguları tanımlama güçlüğü, DAG: Duyguları açıklama güçlüğü, DYD: Dışsal yönelimli düşünme

Çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığının yaş, cinsiyet, aleksitimi ve sosyal anksiyete tarafından yordanıp yordanmadığına ilişkin bulgular Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3'te görüldüğü gibi çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığının yordayıcıları hiyerarşik regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz üç adımda gerçekleştirilmiştir. İlk olarak yaş ve cinsiyet değişkenleri analize girilmiştir. İkinci adımda aleksitimi alt boyutlarından duyguları tanımlama güçlüğü, duyguları açıklama güçlüğü ve dışsal yönelimli düşünme analize girilmiştir. Üçüncü ve son adımda çocuklar için sosyal anksiyete analize girilmiştir. Birimci adımda analize girilen yaş ve cinsiyet değişkenlerinin çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığını anlamlı bir şekilde yordadığı tespit edilmiştir ($F(2,317)=18,142$, $p<.01$, $R=.320$, $R^2=.103$,$\Delta R^2=.103$). Birinci blokta yer alan yaş ve cinsiyet değişkenlerinin bilgisayar oyun bağımlılığına ilişkin toplam varyansın %10.3'ünü açıkladığı görülmektedir. İkinci blokta analize girilen aleksitimi alt boyutlarından olan duyguları tanımlama güçlüğü, duyguları açıklama güçlüğü ve dışsal yönelimli düşünme değişkenlerinin bilgisayar oyun bağımlılığını anlamlı bir şekilde yordadığı tespit edilmiştir ($F(5,314)=17.834$, $p<.01$, $R=.470$, $R^2=.221$,$\Delta R^2=.118$). Aleksitimi alt boyutlarından duyguları tanımlama güçlüğü, duyguları açıklama güçlüğü ve dışsal yönelimli düşünme değişkenlerinin bilgisayar oyun bağımlılığına ilişkin toplam varyansın %11.8'ini açıkladığı, ikinci adımda denkleme giren aleksitimi değişkeni alt boyutları ile birlikte açıklanan varyansın %22.1'e yükseldiği görülmüştür. Üçüncü blokta analize girilen sosyal anksiyete değişkeninin bilgisayar oyun bağımlılığını anlamlı bir şekilde yordadığı tespit edilmiştir ($F(6,313)=16.606$, $p<.01$, $R=.491$, $R^2=.241$,$\Delta R^2=.020$). Sosyal anksiyetenin bilgisayar oyun bağımlılığına ilişkin toplam varyansın % 2'sini açıkladığı, üçüncü adımda denkleme giren sosyal anksiyete

Tablo 3: Aleksitimi, sosyal anksiyete, cinsiyet ve yaş değişkenlerinin bilgisyar oyun bağımlılığını yordamasına ilişkin hiyerarşik regresyon sonuçları

Değişken	B	Standart Hata	**â**	*T*	*p*	İkili R	Kısmi R
Sabit	57.06	7.39		7.72	.000		
Yaş	-1.16	.70	-.09	-1.67	.096	-.07	-.09
Cinsiyet (Kadın)	**-.8.78**	**1.49**	**-.31**	**-5.91**	**.000**	**-.31**	**-.31**
1.Blok: R=.322; R^2= .104; ÄR^2= .104; $F_{(2, 317)}$ = 18.405; p< .000							
Sabit	43.61	7.34		5.94	.001		
Yaş	-1.07	.65	-.08	-1.64	.102	-.07	-.09
Cinsiyet (Kadın)	**-8.59**	**1.40**	**-.31**	**-6.13**	**.000**	**-.31**	**-.33**
DTG	**1.55**	**.28**	**.31**	**5.51**	**.000**	**.34**	**.30**
DAG	.18	.34	.03	.53	.597	.16	.03
DYD	.59	.34	.09	1.75	.081	.14	.10
2.Blok: R= .473; R^2= .223; ÄR^2= .120; $F_{(5, 315)}$ = 18.127; p< .000							
Sabit	36.35	7.67		4.74	.000		
Yaş	-.91	.65	-.070	-1.41	.160	-.07	-.08
Cinsiyet (Kadın)	**-9.07**	**1.40**	**-.32**	**6.50**	**.000**	**-.31**	**-.35**
DTG	**1.41**	**.28**	**.28**	**4.96**	**.000**	.34	.27
DAG	-.16	.36	-.03	-.45	.653	.16	-.03
DYD	.58	.34	.09	1.72	.087	.14	.10
SA	**.18**	**.06**	**.16**	**2.92**	**.004**	.22	.16
3. Blok: R= .494; R^2= .244; ÄR^2= .020; $F_{(6, 314)}$ = 16.884; p< .000							

BOB: Bilgisayar oyun bağımlılığı, DTG: Duyguları tanımlama güçlüğü, DAG: Duyguları açıklama güçlüğü, DYD: Dışsal yönelimli düşünme

değişkeni ile birlikte açıklanan toplam varyans %24.1'e ulaşmıştır.

TARTIŞMA

Bu araştırmada çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığının yordayıcıları olarak yaş, cinsiyet, aleksitimi ve sosyal anksiyete incelenmiştir. İlk olarak bilgisayar oyun bağımlılığı, aleksitimi ve sosyal anksiyete arasındaki ilişkiye bakılmış ve değişkenler arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada yaş, cinsiyet, aleksitimi ve sosyal anksiyetenin çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığını anlamlı bir şekilde yordadığı tespit edilmiştir.

Araştırmanın birinci alt problemi yaş ve cinsiyetin çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığını anlamlı bir şekilde yordayıp yordamadığı şeklinde ifade edilmiştir. Araştırmada cinsiyet değişkeninin bilgisayar oyun bağımlılığını anlamlı bir şekilde yordadığı, yaş değişkeninin ise anlamlı bir şekilde yordamadığı tespit edilmiştir. Buna göre erkeklerin bilgisayar oyun bağımlılık düzeyleri kızların bilgisayar oyun bağımlılık düzeylerinden anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Araştırmanın bu bulgusu alan yazındaki bilgisayar oyun bağımlılığı ve internet bağımlılığı ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarla (7,13,62,63,64,65,66) uyumludur. Alan yazındaki bu çalışmalarda da bilgisayar oyun bağımlılığı erkek öğrencilerde kız öğrencilerden anlamlı şekilde daha fazla çıkmıştır. Erkek öğrencilerde bilgisayar oyun bağımlılığının daha fazla çıkma nedeni ailesel ve toplumsal yapıdan kaynaklanıyor olabilir. Toplumumuzda erkek çocuklar çok rahat bir şekilde internet kafelerde, oyun salonlarında oyun oynayabilirken, kız çocukların oralarda görülmesi hoş karşılanmamaktadır. Dolayısıyla erkeklerin bu tür uygulamalara erişim olanakları kızlardan daha fazladır. Yoğun kullanımın beraberinde bağımlılığı getirebileceği dikkate alındığında erkeklerin kızlardan daha fazla oyun bağımlısı olmaları anlaşılabilir bir durumdur. Araştırmanın yaş değişkenine ilişkin bulgusu da alan yazında yapılan çalışmalarla (67,68) uyumludur. Günümüzde her yaştan birey teknolojik ürünlere ulaşabildiği için bilgisayar oyun bağımlılığının yaşa göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı söylenebilir.

Araştırmanın ikinci alt problemi çocuklarda aleksitiminin bilgisayar oyun bağımlılığını anlamlı bir şekilde yordayıp yordamadığı şeklinde ifade edilmiştir. Araştırmada aleksitimi alt boyutlarından duyguları tanımlama güçlüğünün bilgisayar oyun bağımlılığını anlamlı bir şekilde yordadığı, duyguları açıklama güçlüğü ve dışsal yönelimli düşünme alt boyutlarının çocuklarda oyun bağımlılığını anlamlı bir şekilde yordamadığı tespit edilmiştir. Alan yazında çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığı ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak bilgisayar oyun bağımlılığı olarak değerlendirilebilen video oyun bağımlılığı ile aleksitimi arasında pozitif ilişki olduğunu gösteren çalışma (33) bulunmaktadır. Bilgisayar oyun bağımlılığı internet bağımlılığının bir alt boyutu olarak değerlendirildiğinden (69) internet bağımlılığı ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalara da bakılmıştır. Alan yazında internet bağımlılığı ile aleksitimi arasında pozitif ilişki olduğunu gösteren çalışmaların (21,31,32,34,70) olduğu ve bu çalışmaların araştırmanın bu bulgusunu desteklediği görülmektedir. Bu çalışmalarda duygularını tanımlama ve ifade etme ile ilgili sıkıntı yaşayan çocukların daha fazla bağımlı oldukları görülmektedir. Aleksitimik çocuklar kendilerini ifade etme zorunluluğunun olmadığı, bütünüyle mekanik bir etkileşimin olduğu bilgisayar ortamlarında daha rahat olabilmektedirler. Bu bireyler sosyal ortamlarda problem yaşadıkları için sosyal bir etkileşim gerektirmeyen teknolojik aletlerle daha çok ilgilenebilmektedirler. Bütün bu özellikler aleksitimik çocukların bilgisayar oyun bağımlısı olmaları bulgusunu açıklamaktadır. Araştırmanın bu bulgusu ve alan yazındaki diğer çalışmalar göz önüne alındığında duyguları ile ilgili farkındalık düzeyleri düşük olan veya ne hissettikleri konusunda farkındalıkları olmayan bireylerin oyun bağımlısı olma ihtimallerinin daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmanın üçüncü alt problemi sosyal anksiyetenin bilgisayar oyun bağımlılığını anlamlı bir şekilde yordayıp yordamadığı şeklinde ifade edilmiştir. Araştırmada sosyal anksiyetenin çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığını anlamlı bir şekilde yordadığı tespit edilmiştir. Alan yazında çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığı ile sosyal anksiyete arasında ilişki olduğunu gösteren sınırlı sayıda

çalışma bulunmaktadır. Bilgisayar oyun bağımlılığı ile sosyal anksiyete arasında pozitif ilişki olduğunu gösteren çalışmalar (48,49) ile internet bağımlılığı ve sosyal anksiyete arasında pozitif ilişki olduğunu gösteren çalışmalarla (44,45) uyumludur. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre sosyal anksiyete, bilgisayar oyun bağımlılığının oluşmasında etkilidir. Sosyal anksiyetesi olan çocuklar anksiyete yaratma ihtimali olan gerçek sosyal ortamlardan kaçınabilmektedirler. Bu çocuklarda eleştirilme, yargılanma veya utanç duyacağı bir şey yapma korkusu yani kişilerarası değerlendirilme korkusu (43) olabilmektedir. Bu duygular, onları kontrolün bütünüyle kendilerinde olduğu sanal dünyaya itebilmektedir. Kontrol kendilerinde olduğu için, istedikleri zaman düğmeye basıp sanal sosyal ortamı, ya da oyunları terk edebilmektedirler. Olumlu ya da olumsuz herhangi bir tepki vermeyen bilgisayar oyun ortamları bu çocuklar için çekici olabilmektedir. Bu durum bilgisayar başında geçirilen zamanın artmasına ve bağımlılığın oluşmasına zemin hazırlayabilir. Araştırmanın bulgusu ve alan yazında yapılan diğer çalışmaların bulguları bir bütün olarak değerlendirildiğinde sosyal anksiyetesi olan çocukların bilgisayar oyun bağımlılığına daha eğilimli oldukları söylenebilir.

SONUÇ

Araştırmada sonuç olarak çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığı ile sosyal anksiyete arasında ve aleksitimi arasında sırasıyla düşük ve orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmada cinsiyetin, sosyal anksiyetenin ve aleksitiminin çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığının anlamlı yordayıcıları olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmanın sonuçlarına göre alanda çalışan uzmanlara, eğitimcilere ve araştırmacılara bazı önerilerde bulunulmuştur. Bilgisayar oyun bağımlılığı olan çocuklara duygusal farkındalık ve duygularını ifade etme ile ilgili psiko-eğitim veya psikolojik danışma çalışması yapılabilir. Aynı şekilde uzmanlar tarafından çocuklarla yapılacak sosyal anksiyete ile baş etme programları da bilgisayar oyun bağımlılığının azaltılmasında etkili etkili olabilir. Çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığı, sosyal anksiyete ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Farklı çalışmalar yapılarak bu araştırmanın sonuçları test edilebilir.

Araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırma 8-12 yaşları arasındaki çocuklar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle araştırmanın sonuçları bu örneklemle sınırlıdır. Farklı örneklemlerde (ergen, üniversite öğrencisi ve yetişkin) yapılacak çalışmalarla bu kavramlar arasındaki ilişki incelenebilir. Araştırmanın örneklemi seçilirken uygun örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarının genellenebilirliğini sınırlayan bir durumdur. Sonraki çalışmalarda seçkisiz örnekleme yöntemi ile seçilen örneklemlerde çalışma tekrarlanabilir.

Yazışma adresi: Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Taş, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, İstanbul ibrahimtas34@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Egemen A, Yılmaz Ö, Akil İ. Oyun, oyuncak ve çocuk. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2004;5:39-42.

2. Horzum MB, Ayas T, Balta ÖÇ. Çocuklar için bilgisayar oyun bağımlılığı ölçeği. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2008;3:76-88.

3. Liu CC, Chang IC. Model of online game addiction: The role of computer-mediated communication motives. Telematics and Informatics 2016;33:904-915.

4. Çakır H. Bilgisayar oyunlarına ilişkin ailelerin görüşleri ve öğrenci üzerindeki etkilerin belirlenmesi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2013;9:138-150.

5. Başal HA. Geçmiş yıllarda Türkiye'de çocuklar tarafından oynanan çocuk oyunları. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2007;20:243-266.

6. Aydoğdu Karaaslan İ. Dijital oyunlar ve dijital şiddet farkındalığı: Ebeveyn ve çocuklar üzerinde yapılan karşılaştırmalı bir analiz. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2015;8: 806-818.

7. Horzum MB. İlköğretim Öğrencilerinin Bilgisayar Oyunu Bağımlılık Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Eğitim ve Bilim 2011;36:56-68.

8. Demirtaş Madran HA, Ferligül Çakılcı E. Çok oyunculu çevrimiçi video oyunu oynayan bireylerde video oyunu bağım-

lılığı ve saldırganlık. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2014;15:99-107.

9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub. 2013.

10. Pontes HM, Griffiths MD. The development and psychometric properties of the internet disorder scale-short form (IDS9-SF). Addicta: The Turkish journal on Addictions 2016; 3:1-16. doi: 10.15805/addicta.2016.03.0102

11. van den Eijnden RJ, Lemmens JS, Valkenburg PM. The social media disorder scale. Computers in Human Behavior 2016;61:478-487.

12. Torres-Rodríguez A, Griffiths MD, Carbonell X. The treatment of ınternet gaming disorder: A brief overview of the PIPATIC program. Int J Ment Health Addict 2018;16:1000-1015

13. Gökçearslan Ş, Durakoğlu A. Ortaokul öğrencilerinin bilgisayar oyunu bağımlılık düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi 2014;23:419-435.

14. Şahin C, Tuğrul VM. İlköğretim öğrencilerinin bilgisayar oyunu bağımlılık düzeylerinin incelenmesi. Zeitschrift für die Welt der Türken / Journal of World of Turks 2012;4:115-130.

15. Hyun GJ, Han DH, Lee YS, Kang KD, Yoo SK, Chung US, Renshaw PF. Risk factors associated with online game addiction: A hierarchical model. Computers in Human Behavior 2015;48:706-713.

16. Ayas T. Lise öğrencilerinin internet ve bilgisayar oyun bağımlılık düzeylerinin utangaçlıkla ilişkisi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri 2012;12:627-636.

17. Liu S, Yu C, Conner, BT, Wang S, Lai W, Zhang W. Autistic traits and internet gaming addiction in Chinese children: The mediating effect of emotion regulation and school connectedness. Research in Developmental Disabilities 2017;68:122-130.

18. Çankaya G, Ergin H. Çocukların oynadıkları oyunlara göre empati ve saldırganlık düzeylerinin incelenmesi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal 2015;1:283-297.

19. Savcı M, Aysan F. Teknolojik bağımlılıklar ve sosyal bağlılık: İnternet bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı, dijital oyun bağımlılığı ve akıllı telefon bağımlılığının sosyal bağlılığı yordayıcı etkisi. Düşünen Adam 2017;30:202-216.

20. Taş İ, Eker H, Anlı G. Ortaöğretim öğrencilerinin internet ve oyun bağımlılık düzeylerinin incelenmesi. Online Journal of Technology Addiction & Cyberbullying 2014;1:37-57.

21. Arcan K, Yüce ÇB. İnternet bağımlılığı ve ilişkili psikososyal değişkenler: Aleksitimi açısından bir değerlendirme. Türk Psikoloji Dergisi 2016 31:46-56.

22. Koçak R. Duygusal ifade eğitimi programının üniversite öğrencilerinin aleksitimi ve yalnızlık düzeylerine etkisi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2005;3:29-45

23. Dereboy İF. Aleksitimi: Bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 1990;3:157-165.

24. Epözdemir H. Aleksitimi: Psikolojik bir semptom mu, yoksa bir kişilik özelliği mi? Türk Psikoloji Yazıları 2012;15:25-33.

25. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. The Canadian Journal of Psychiatry 2000 45:134-142.

26. Motan İ, Gençöz T. Aleksitimi boyutlarının depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkileri. Türk Psikiyatri Dergisi 2007;18: 333-343.

27. Atasayar M. Ergenlerin Aleksitimik Özelliklerinin Psikolojik Belirtileri ve Yaşam Doyumları ile İlişkisi. Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. 2011.

28. Kemerli B, Çelik T. Aleksitimi ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. Journal of European Education 2015;5:38-46.

29. Güleç H, Yenel A. 20 maddelik toronto aleksitimi ölçeği türkçe uyarlamasının kesme noktalarına göre psikometrik özellikleri. Klinik Psikiyatri Dergisi 2010;13:108-112.

30. Şenkal İ. Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2013.

31. Scimeca G, Bruno A, Cava L, Pandolfo G, Muscatello MRA, Zoccali R. The relationship between alexithymia, anxiety, depression, and internet addiction severity in a sample of Italian high school students. Scientific World Journal 2014;20:1-8.

32. Kandri TA, Bonotis KS, Floros GD, Zafiropoulou MM. Alexithymia components in excessive internet users: A multifactorial analysis. Psychiatry Research 2014;220:348-355.

33. Gaetan S, Bréjard V, Bonnet A. Video games in adolescence and emotional functioning: Emotion regulation, emotion intensity, emotion expression, and alexithymia. Computers in Human Behavior 2016;61:344-349.

34. Özen S, Topcu M. Tıp fakültesi öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı ile depresyon, obsesyon-kompulsiyon, dürtüsellik, aleksitimi arasındaki ilişki. Bağımlılık Dergisi 2017;18:16-24.

35. Durak Batıgün, A. Büyükşahin A. Aleksitimi: Psikolojik belirtiler ve bağlanma stilleri. Klinik Psikiyatri Dergisi 2008; 11:105-114.

36. Karukivi M, Hautala L, Kaleva O, Haapasalo-Pesu K.M, Liuksila PR, Joukamaa M, Saarijärvi S. Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. Journal of Affective Disorders 2010;125:383-387.

37. Mishra VS, Maudgal S, Theunissen SC, Rieffe C. Alexithymia in children with cancer and their siblings. Journal of Psychosomatic Research 2012;72:266-268.

38. Oktay B, Batıgün AD. Aleksitimi: Bağlanma, benlik algısı, kişilerarası ilişki tarzları ve öfke. Türk Psikoloji Yazıları 2014; 17:31-40.

39. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. Journal of Psychosomatic Research 2000;48:99-104.

40. Young, K. What makes the ınternet addictive. http://www.icsao.org/fileadmin/Divers_papiers/KYoung-internetaddiction4.pdf . 1997. adresinden 04.04.2014 tarihinde alınmıştır.

41. Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. Computers in Human Behavior 2001;17:187-195.

42. Durdu PO, Hotomaroğlu A, Çağıltay K. Türkiye'deki öğrencilerin bilgisayar oyunu oynama alışkanlıkları ve oyun tercihleri: Odtü ve Gazi Ünivesitesi öğrencileri arası bir karşılaştırma. Eurasian Journal of Educational Research 2005;19:66-76.

43. Mercan ÇS, Yavuzer H. Bilişsel-davranışçı yaklaşımla bütünleştirilmiş sosyal beceri eğitiminin ergenlerin sosyal kaygı düzeyine etkisi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2017;16:1187-1202.

44. Şahan M, Çapan BE. Ergenlerin problemli internet kullanımında kişilerarası ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaların ve sosyal kaygının rolü. Ege Eğitim Dergisi 2017;18:887-913.

45. Zorbaz O, Dost MT. Lise öğrencilerinin problemli internet kullanımının cinsiyet, sosyal kaygı ve akran ilişkileri açısından incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2014; 29:298-310.

46. Ateş B, Güler M. Ergenlerde siber zorbalığın yordayıcısı olarak algılanan sosyal yetkinlik ve toplumsal kaygı. Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2016;18:391-408.

47. Yılmaz G, Şar HA, Civan S. Ergenlerde mobil telefon bağımlığı ile sosyal kaygı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Online Journal of Technology Addiction and Cyberbullying 2015;2:20-37.

48. Karaca S, Gök C, Kalay E, Başbuğ M, Hekim M, Onan N, Ünsal Barlas G. Ortaokul öğrencilerinde bilgisayar oyun bağımlılığı ve sosyal anksiyetenin incelenmesi. Journal of Marmara University Institute of Health Sciences 2016;6:14-19.

49. Sioni SR, Burleson MH, Bekerian DA. Internet gaming disorder: Social phobia and identifying with your virtual self. Computers in Human Behavior 2017;71:11-15.

50. Doğan U, Tosun Nİ. Lise öğrencilerinde problemli akıllı telefon kullanımının sosyal kaygı ve sosyal ağların kullanımına aracılık etkisi. Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2016;1: 99-128.

51. Kermen U, Tosun Nİ, Doğan U. Yaşam doyumu ve psikolojik iyi oluşun yordayıcısı olarak sosyal kaygı. Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi 2016;2:01-29

52. Nikoli M, Brummelman E, Colonnesi C, de Vente W, Bögels SM. When gushing leads to blushing: Inflated praise leads socially anxious children to blush. Behaviour Research and Therapy 2018;106:1-7.

53. Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. Bilimsel araştırma yöntemleri. 6. Baskı. Ankara: Pegem Akademi, 2010.

54. Kayış A. Güvenirlik analizi. Ş Kalaycı (editor), SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. 6. Baskı. Ankara: Asil Yayıncılık, 2014 s.257-270.

55. La Greca AM, Dandes SK, Wick P, Shaw K, Stone LW. Development of the social anxiety scale for children: Reliability and concurrent validity. Journal of Clinical Child Psychology 1988;17:84-91.

56. Demir T, Eralp-Demir D, Türksoy N, Özmen E, Uysal Ö. Çocuklar için sosyal anksiyete ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. Düşünen Adam 2000;13:42-48.

57. Rieffe C, Oosterveld P, Terwogt MM. An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. Personality and Individual Differences 2006;40:123-133.

58. Koçak R, Karaboğa M, Baloğlu M. Çocuklar için aleksitimi ölçeği (ÇAÖ) Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Electronic Turkish Studies 2015;10:1023-1036.

59. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: istatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum. Ankara: Pegem, 2014.

60. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve LİSREL uygulamaları. 2. Baskı. Ankara: Pegem Akademi, 2012.

61. Küçüksille E. Çoklu doğrusal regresyon modeli. Ş Kalaycı (editor), SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. 6. Baskı. Ankara: Asil Yayıncılık, 2014 s.257-270.

62. Ko CH, Yen JY, Chen CS, Yeh YC, Yen CF. Predictive values of psychiatric symptoms for ınternet addiction in adolescents. Arch Pedıatr Adolesc Med 2009;10:937-943.

63. Ko CH, Hsiao S, Liu GC, Yen JY, Yang MJ, Yen CF. The characteristics of decision making, potential to take risks, and personality of college students with ınternet addiction. Psychiatry Research 2010;175:121-125.

64. Şipal RF, Bayhan P. Preferred computer activities during school age: Indicators of internet addiction. Procedia Social And Behavioral Sciences 2010; 9:1085-1089.

65. Çakır Ö, Ayas T, Horzum MB. An investigation of university students' internet and game addiction with respect to several variables. Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences 2011;44:95-117.

66. Erboy E. İlköğretim 4. Sınıf ve 5. Sınıf Öğrencilerinin Bilgisayar Oyun Bağımlılığına Etki Eden Faktörler. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2012.

67. Durak Batıgün A, Hasta D. İnternet bağımlılığı: Yalnızlık ve kişilerarası ilişki tarzları açısından bir değerlendirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010;11:213-219.

68. Israelashvili M, Kim T, Bukobza G. Adolescents' Over-Use of The Cyber World -Internet Addiction or İdentit Exploration? Journal of Adolescence 2012;35:417-424.

69. Young KS, Pistner M., O'mara J, Buchanan J. Cyber Disorder: The mental health concern fort he new millennium. Cyber Psychology & Behavior 1999;2:475-479.

70. Schimmenti A, Passanisi A, Caretti V, La Marca L, Granieri A, Iacolino C, Gervasi AM, MaganucoNR, Billieux J. Traumatic experiences, alexithymia, and Internet addiction symptoms among late adolescents: A moderated mediation analysis. Addictive Behaviors 2017; 64:314-320.

Lise öğrencilerinin çocukluk çağı örselenme yaşantıları ile bilişsel çarpıtma ve yalnızlık eğilimleri arasındaki ilişki

Relationship between childhood abuse experiences, cognitive distortions and loneliness levels of high school students

Tuğba Türkkan[1], Hatice Odacı[2]

[1]Öğr. Gör., Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmetler Bölümü, Gümüşhane, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-3955-6597

[2]Prof. Dr.,Karadeniz Teknik Üniversitesi, Fatih Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Trabzon, Türkiye

ÖZET

Amaç: Çocukluk dönemi örselenme yaşantıları ve sebep olduğu travmatik sonuçlar bireyin ilerideki yaşamını dabüyük ölçüde etkileyen bir niteliğe sahiptir. Bu nedenle, ihmal ve istismarın ilişkili olduğu değişkenlerin belirlenmesinin bu konuda yapılacak bilinçlendirme ve önleme çalışmaları için yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu araştırma kapsamında, lise öğrencilerinde çocukluk çağı örselenme yaşantıları ile bilişsel çarpıtma ve yalnızlık eğilimi arasındaki ilişkiler incelenmiştir. **Yöntem:** Araştırma gurubunu, 703 lise öğrencisi oluşturmaktadır. Katılımcılara, Demografik Bilgi Formu, Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği, İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeği uygulanmıştır. Veriler Spearman Brown Sıra Farkları Testi ve çoklu regresyon analizi kullanılarak analiz edilmiştir. **Bulgular:** Yapılan analizler sonucunda çocukluk çağı örselenme yaşantılarından fiziksel kötüye kullanım ile bilişsel çarpıtmalar alt boyutlarından yakınlıktan kaçınma ile pozitif yönde; zihin okuma boyutu arasında ise negatif yönde anlamlı ilişki gösterdiği bulunmuştur. Çocukluk çağı örselenme yaşantılarının diğer bir alt boyutu olan cinsel kötüye kullanım ile bilişsel çarpıtmalar alt boyutlarından yakınlıktan kaçınma arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Yine duygusal kötüye kullanım ile bilişsel çarpıtmalar alt boyutlarından yakınlıktan kaçma arasında pozitif yönde; gerçekçi olmayan ilişki beklentisi ve zihin okuma arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulgulanmıştır. Ayrıca çocukluk çağı örselenme yaşantılarının bilişsel çarpıtmaların yakınlıktan kaçınma alt boyutunun %5'ini, yalnızlık düzeyinin ise %17'sini açıkladığı bulgusuna ulaşılmıştır. **Sonuç:** Çalışmanın sonuçları çocukluk çağı örselenme yaşantılarının tüm boyutlarının bilişsel çarpıtma alt boyutlarıyla ve yalnızlıkla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: İstismar, ihmal, bilişsel çarpıtma, yalnızlık.

(Klinik Psikiyatri 2019;22:93-103)

DOI: 10.5505/kpd.2018.40427

SUMMARY

Objective: Childhood abuse experiences and their traumatic consequences have the characteristics that greatly affect the individual's future life. For this reason, it is thought that determining the variables related to neglect and abuse will be a guide for awareness-raising and prevention efforts to be made. In this study, the relationship between childhood abuse experiences, cognitive distortions and loneliness levels of high school students was investigated. **Method:** Study group consisted of 703 high school students. The participants were asked to complete Demographic Information Form, Childhood Trauma Questionnaire, The Interpersonal Distortions Scale and UCLA Loneliness Scale. The data were analysed using Spearman's Brown Rank Test and multiple regression. **Results:** The results of the data analysis indicated that a statistically significant relationship was found between physical abuse sub-dimension of childhood abuse experiences and avoidance from proximity subdimension of interpersonal distortions in positive way; mind reading sub-dimension of interpersonal distortions in negativeway. Also, therewas a significant positive correlation between sexual abuse sub-dimension of childhood traumatic experiences and avoidance from proximity sub-dimension of interpersonal distortions. It was found out that emotional abuse sub-dimension of childhood abuse experiences displayed a significant relationship with avoidance of proximitysub-dimension of interpersonal distortions in positive way; whereas with unrealistic expectations of relationships and mind reading sub-dimensions of interpersonal distortionsin negative way. Also it was found that childhood abuse experiences explained the 5% of the avoid proximity sub-dimension of cognitive distortions and 17% of the loneliness level. **Discussion:** Results of the study indicated that all subdimensions of childhood abuse experiences were related to sub-dimensions of cognitive distortions and loneliness levels.

Key Words: Abuse, neglect, cognitive distortions, loneliness

Makalenin geliş tarihi: 18.07.2018, Yayına kabul tarihi: 05.11.2018

GİRİŞ

Tarihi ilk çağlara kadar uzanmakta olan çocuğa yönelik kötü muamele günümüz toplumlarında artarak devam eden ciddi bir sorun olup, her yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik düzeyden gelen çocuklarda çeşitli şekillerde görülebilmektedir. Bu dönemde yaşanan olumlu ya da olumsuz deneyimlerin kişiliğin oluşumunda çok ciddi etkileri olduğu belirtilmektedir (1,2,3,4,5,6). Çocukluk dönemindeki olumsuz deneyimlerin ve istismar yaşantılarının sadece maruz kalınan zaman diliminde değil, yetişkin dönemde de sosyal ve psikolojik problemlerin ortaya çıkmasında etkili olabileceği düşünülmektedir (7,8,9,10,11).

İstismar tanımı kolay olmayan bir kavramdır. Bunun nedenlerinden biri, çocuk ve istismar kavramlarının, toplumdan topluma ve toplumların sosyokültürel düzeylerine bağlı olarak farklılık göstermesidir. Örneğin istismar olarak değerlendirilecek bir davranış, ebeveynler tarafından çocuğun saygılı, disiplinli ya da terbiyeli olması gibi gerekçelerle normal ebeveyn davranışı olarak nitelendirilebilmektedir. Tanım güçlüğünün kaynaklandığı bir başka neden de, çocuk istismarının, toplumlarda insana verilen değer ile yakından ilgili olmasıdır (12). Kempe ve Helfer (4) çocuğa yönelik istismarı "anne-babanın ya da çocuğa bakımı veren diğer yetişkinlerin gerçekleştirdiği veya gerçekleştirmeyi ihmal ettiği, kasıt içeren davranışları sonucunda çocuğun zarar görmesine neden olan eylemler" şeklinde ifade etmişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü, çocuk istismarı kavramını; "Sorumluluk, güven ve yetenek ile ilgili genel durumunda çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve değerine zarar verebilen, fiziksel ve/veya emosyonel kötü davranışı, ihmali, her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren davranışlar" şeklinde ifade etmektedir (13). Her ne kadar istismara yönelik olarak yapılan tanımlar arasında farklılıklar görülse de, istismarın yıkıcı sonuçları tüm tanımlamalarda ortaktır.

Çocukluk istismar yaşantıları çocukta psikolojik ve duygusal olarak derin izler bırakmakta ve günümüzde görülme sıklığı her geçen gün artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 2016 yılı verilerine göre yetişkinlerin dörtte biri çocukluk döneminde fiziksel olarak istismara uğramaktadır. Her 5 kadından 1'i ve 13 erkekten 1'i ise çocukken cinsel istismara uğradığını bildirmektedir (7). Türkiye 'de yapılan bir araştırmada ise, çocukların %46'sının ihmal ve istismara maruz kaldıkları belirtilmiştir (14). Ancak olguların belirlenmesindeki zorluklar ve rapor edilmesindeki yetersizlikler nedeniyle yayınlanan istatistiksel sonuçların gerçeği yansıtmadığı düşünülmektedir.

Yapılan araştırmalar incelendiğinde, çocukluk örselenme yaşantıları ile yetişkin dönemdeki obezite, migren, kronik ağrı gibi bedensel hastalıklar, travma sonrası stres bozukluğu (15,16,17), madde kullanım bozukluğu (5, 18,19,20), kişilik bozuklukları (21,22), yeme bozuklukları (23), somatizasyon bozukluğu (24), intihar düşünce ve girişimleri (51) gibi çeşitli ruhsal bozukluklarla arasında ilişki olduğu görülmektedir. Kaygı bozuklukları ve depresyon ile çocukluk istismar yaşantılarının ilişkisi ise özellikle vurgulanmaktadır (15,18,24,25,26,27,28,29).

Yukarıda ifade edilen çalışmalar doğrultusunda, istismar olgusunun tüm toplumlarda ciddi bir sorun olduğu, cocukların bedensel, psikososyal ve bilişsel gelişimini olumsuz etkilediği ve etkilerin uzun süreli olabileceği söylenebilir. Bu çalışma kapsamında, çocukluk çağı örselenme yaşantılarının bilişsel çarpıtmalar ve yalnızlık üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bilişsel çarpıtmalar, bilgiyi işleme sürecinin hatalı ve etkisiz olması nedeniyle meydana gelen düşünce hatalarıdır (30). Beck'e (30) göre, yaşanan duygusal sorunların kaynağı bu düşünce hataları ve işlevsel olmayan düşünme şekilleridir. Belirtilen hatalı düşünme şeklinin mantıklı bir biçimde tekrar ele alınıp muhakeme süzgecinden geçirilmesi ve yeniden yapılandırılması ile duygu ve davranışlarda iyiye yönelik düzelmeler sağlanabileceği belirtilmektedir. Literatürde çocukluk örselenme yaşantıları ile bilişsel çarpıtmalar arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara bakıldığında ise; çocukluk döneminde maruz kalınan cinsel istismarın bilişsel çarpıtmaların alt boyutlarından olan yakınlıktan kaçınma ile ilişkili olduğu (31) ifade edilmiştir. Yapılan bir çalışmada ise çocukluk dönemi cinsel istismarı ile bilişsel çarpıtmalar arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır (32). Benzer olarak yapılan bir diğer araştırmada cinsel şiddet öyküsü olan travma sonrası stres ve majör depres-

yon bozukluğu tanısı alan kadınların sadece majör depresyonu bulunan kadınlara göre daha olumsuz bilişsel şemalara sahip olduğu bildirilmektedir (33).

Araştırma kapsamında ilişkisi incelenen değişkenlerden diğeri yalnızlık eğilimidir. Yalnızlık, kişinin arzuladığı sosyal ilişkiler ile var olan sosyal ilişkileri arasındaki farktan doğan ve kişide hoşnutsuzluk yaratan bir duygu durumu olarak tanımlanmaktadır (34). Yalnızlık olgusu evrensel bir problem olup, son yıllarda bu olgu üzerine yapılan araştırmaların yoğunlaştığı görülmektedir. İlgili literatür incelendiğinde mevcut araştırmaların, yalnızlıkla ilişkili olabileceği düşünülen değişkenlerin belirlenmesine yönelik olduğu gözlenmiştir. Buna ek olarak, çocukluk çağı istismar yaşantıları ve yalnızlık eğilimi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların sınırlı sayıda olduğu dikkat çekmektedir. Yapılan bir araştırmada çocukluk dönemi cinsel istismar mağdurlarının daha yalnız olduğu ve sosyal destek sistemlerinden daha az yararlandıkları bulgulanmıştır (35).

Özetle, ilgili alan yazından aktarılan bilgiler göz önünde bulundurulduğunda, temelde insanların yaşamlarını kötü etkilemesiyle kendini gösteren çocuk ihmal ve istismarının Türkiye'de ve dünyada yaygın olmasına rağmen (36), bu konuda yapılan araştırmaların genellikle psiko-somatik, bedensel ve psikolojik sorunlar üzerinde yoğunlaştığı dikkat çekmektedir. Buradan hareketle, bireylerin çocukluk çağı örselenme yaşantılarının psikolojik faktörlerle ilişkisinin değerlendirildiği yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda mevcut çalışma ile alanyazındaki boşluğun doldurulması amaçlanmıştır. Diğer yandan, yapılan araştırmalar incelendiğinde, Türkiye 'de önemli bir toplum ruh sağlığı sorunu haline gelmiş çocukluk çağı örselenme yaşantılarının, bilişsel çarpıtmalar ve yalnızlık ile ilişkisini açıklamaya yönelik çalışmaların kısıtlı kaldığı gözlenmiştir. Bu noktadan hareketle mevcut çalışmanın bu alandaki bilgilere katkı sağlayacağı ve müdahale programı hazırlayacak ruh sağlığı çalışanları için yol gösterici olacağı ümit edilmektedir. Bu araştırmada lise öğrencilerinde çocukluk çağı örselenme yaşantıları ile bilişsel çarpıtmalar ve yalnızlık eğilimi arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışma Grubu

İlişkisel araştırma türünde yapılan bu çalışmaya Türkiye' nin kuzeydoğu bölgesinde yer alan Gümüşhane ilinden farklı okul türlerinde öğrenim gören 382'si (%54) kız, 321'i (%46) erkek toplam 703 lise öğrencisi katılmıştır. Öğrencilerin yaşları 14 ile 19 arasında değişmektedir (Ort=15.68, Ss=1.02). Öğrencilerden 585'i (%83) ekonomik durumunu orta, 81'i (%12) düşük, 37'si (%5) ise yüksek olarak bildirmiştir. Katılımcıların ayrıca ölçeklerden elde ettikleri puanlar, Ortalamalar, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerlere ilişkin bazı tanımlayıcı bilgiler Tablo 1'de sunulmuştur.

Ölçekler

Demografik Bilgi Formu: Araştırma katılımcılarının yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum gibi kişisel bil-

Tablo 1. Ölçeklerden elde edilen puan, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum d eğerler

Değişkenler	Ort.	Ss	Min-Maks.
FKK	21.70	6.92	16-75
CKK	5.69	2.20	5-21
DKK	29.38	10.22	19-77
YK	20.71	6.25	8-40
GOİB	25.59	6.45	8-40
ZO	9.69	2.95	3-15
İBÇ	56.00	11.23	23-90
UCLA	36.46	10.46	20-70

Ort.: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min -Maks: Minimum ve Maksimum Değerler; FKK: Fiziksel Kötüye Kullanım, CKK: Cinsel Kötüye Kullanım, DKK: Duygusal Kötüye Kullanım, YK: Yakınlıktan Kaçınma, GOİB: Gerçekçi Olmayan İlişki Beklentisi, ZO: Zihin Okuma, İBÇ: İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar, UCL A: Yalnızlık.

gilerini belirlemek üzere araştırmacılar tarafından hazırlanan demografik bilgi formu kullanılmıştır.

Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeği (ÇÖYÖ): Bu ölçek Bernstein ve arkadaşları (52) tarafından geliştirilmiştir ve cronbach alpha katsayısı .79 - .94 arasında bulunmuştur. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Aslan ve Alparslan (37) tarafından yapılmış ve cronbach alpha katsayısı .96, alt ölçeklerin ise .94 -.96 arasında bulunmuştur. ÇÖYÖ toplam 40 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Yanıt seçenekleri 1-hiçbir zaman, 2-nadiren, 3-bazen, 4-sıklıkla ve 5-çok sık olarak verilmiştir. Ölçekten alınan toplam puan 40-200 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar çocukluk çağı örselenme yaşantılarının sıklığını ifade etmektedir. Ölçeğin 15 tane ters maddesi vardır. Bu maddeler; 4,7,8,10,12,13,15,19,23,26,28,32,35,38 ve 40'tır. ÇÖYÖ'nün üç alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar; duygusal kötüye kullanım ve duygusal ihmal (DKK-Dİ), fiziksel kötüye kullanım (FKK) ve cinsel kötüye kullanım (CKK)'dır. DKK-Dİ 19 maddedir (7,8,10,11,12,19,20,23,25,26,27,28,32,33, 35,36,37,38,40) ve alınan puan 19-95 arasında değişir. FKK 16 maddedir (1,2,3,4,5,6,9,13,14,15, 16,18,21,22,24,30) ve alınan puan 16-80 arasındadır. CKK ise 5 maddedir (17,29,31,34,39) ve alınan puan 5-25 arasında değişir (37).

İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği (İİBÇÖ): Ölçek, bireylerin kişiler arası ilişkilerindeki bilişsel çarpıtmalarının, belirli kişilerle sınırlamadan değerlendirmek amacıyla Hamamcı ve Büyüköztürk (39) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 19 maddeden oluşmakta ve 5'li likert dereceleme tipindedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 95, en düşük puan 19 dur. Yüksek puan, bireylerin yakın ilişkilere yönelik bilişsel çarpıtmalara sahip olduklarını göstermektedir (38,39). Ölçek, 'Yakınlıktan Kaçınma', 'Gerçekçi Olmayan İlişki Beklentisi' ve ' Zihin Okuma' olmak üzere birbirinden bağımsız üç faktörden oluşmakta; Yakınlıktan Kaçınma faktörü 8 maddeden oluşmakta ve diğerlerine karşı olumsuz bakış açısını, ilişkilerde yakın olunursa doğacak olumsuz sonuçları göstermekte ve bu nedenle ilişkilerde yakınlık kurulmamasının gerekli olduğunu vurgulamaktadır. 'Gerçekçi Olmayan İlişki Beklentisi' faktörü 8 maddeden oluşmakta ve kişilerin ilişkilerinde kendilerine ve başkalarına yönelik beklentilerini göstermektedir. Üçüncü faktör 'Zihin Okuma' ise 3 maddeden oluşmakta ve kişinin başkalarının ne düşündüğünü ve hissettiğini bildiğini varsayan zihin okuma hatasını içermektedir (39). Ölçeğin ölçüt geçerliğini ölçmek için, Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Çatışma Eğilim Ölçeği ile korelasyonu incelenmiştir ve diğer ölçeklerle pozitif korelasyon görülmüştür ($p < .01$). 'Yakınlıktan kaçınma', 'Gerçekçi Olmayan İlişki Beklentisi' faktörleri ile Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Çatışma Eğilim Ölçeği arasında .01 düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuş; Zihin Okuma faktörü ile ölçekler arasında .05 düzeyinde anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar ölçeğin dış geçerliğini göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .67'dir. Her bir alt boyut için ise iç tutarlılık katsayısı, birinci alt boyut için .73; ikinci alt boyut için .66; üçüncü alt boyut için .49 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin tutarlılığını saptamak amacıyla, test tekrar test korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin tümü için hesaplanan test-tekrar test korelasyon katsayısı .74 , birinci alt boyut için .70, ikinci alt boyut için .76 ve üçüncü alt boyut için .74 olarak bulunmuştur (39).

UCLA Yalnızlık Ölçeği(UCLA): Russel ve arkadaşları (53) tarafından 1978 yılında, bireylerin yalnızlık düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilen UCLA Yalnızlık Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Demir (40) tarafından gerçekleştirilmiştir. Demir (40), 72 deneğin her maddeye verdikleri cevaplar üzerinden ölçeğin iç tutarlık katsayısını 0.96, test tekrar test tekniğini kullanarak beş hafta ara ile yaptığı iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısını da .94 olarak bulmuştur. Yapılan geçerlik çalışmasında hasta (yalnızlık yakınmaları olan psikiyatri hastaları) ve normal (ODTÜ'nde değişik görevlerde çalışan personel ve öğrencilerden seçilen herhangi bir yakınması olmayan ve demografik özellikler açısından hasta grubun niteliklerine paralellik gösteren) bireylerin aldıkları puanların ortalamaları arasında t-testi ile .001 düzeyinde hasta grubun daha yüksek yalnızlık ortalamasına sahip olduğu ortaya çıkmıştır. UCLA Yalnızlık Ölçeği'nin Beck Depresyon Envanteri ile arasında .77'lik, Çok Yönlü Depresyon Envanteri ile arasında .82'lik korelasyon bulunmuştur (40).

İşlem

Gümüşhane İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli iznin alınmasıyla veriler 2015-2016 öğretim yılı bahar döneminde dört haftalık bir süre içinde toplanmıştır. Öğrenciler, araştırmacı tarafından sınıflarında ziyaret edilerek araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve sözel onam alınmıştır. Veriler toplanırken etik ilkeler dikkate alınmış, katılımcılara araştırmanın amacı, kapsamı, süresi, ölçekler ve çalışmaya katılıp katılmama kararının kendilerine ait olduğu ve gönüllülük ilkesine dayandığı hakkında bilgi verilmiş ve güvenirliği sağlayabilmek amacıyla paylaşılacak olan bireysel bilgilerin ve kimliklerin gizli tutulacağı belirtilerek öğrencilerden ölçeklerin üzerine isim yazmamaları istenmiştir. Ölçekler, çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere rehber öğretmen eşliğinde ve araştırmacının gözetiminde sınıf ortamında, birinci yazar tarafından tek oturumda yaklaşık 20 dakika içersinde uygulanmıştır. Ayrıca, gerekli durumlarda katılımcılara ek açıklamalar yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, izinli veya raporlu olan ve çalışma yapıldığı sırada uygulama derslerinde olan öğrenciler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Verilerin Analizi

Ölçekleri gönüllü olarak doldurmayı kabul eden 750 öğrenciye ölçme araçları uygulandıktan sonra ölçekler araştırmaclar tarafından kontrol edilmiş ve boş, eksik ve yanlış doldurulan 47 ölçek değerlendirme dışı bırakılmıştır. Toplamda 703 ölçme aracı bilgisayar ortamına aktarılmış ve elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile tanımlayıcı ve çıkarımlı istatistik tekniklerinden yararlanılarak analiz edilmiştir. Çocukluk çağı örselenme yaşantıları ile bilişsel çarpıtma ve yalnızlık arasındaki ilişkiler veriler normal dağılım göstermediğinden non parametrik yöntem olan Sperman Brown Sıra Farkları testi ile analiz edilmiştir. Çocukluk çağı örselenme yaşantılarının bilişsel çarpıtmalar ve yalnızlık eğilimi üzerindeki yordayıcı gücünü incelemek için çoklu regresyon analizi tekniği kullanılmıştır.

BULGULAR

Çocukluk çağı örselenme yaşantıları ile bilişsel çarpıtma ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişki incelenmeden önce ölçeklerin normallik varsayımları test edilmiştir. Normal bir dağılımda Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda elde edilen p değerinin 0.05'ten büyük olması beklenmektedir. Yapılan analizde ölçeklerin biri hariç normal dağılım göstermediği bulgulanmıştır (İBÇÖ, $D(703)= .163$, $p> .05$; UCLA, $D(703)= .000$, $p< .05$; ÇDÖYÖ, $D(703)= .000$, $p< .05$). Bu nedenle ölçeklerin normal dağılım varsayımını karşılamadığına karar verilmiştir. Verilerin normal dağılım varsayımlarını karşılamadığı durumlarda ise Spearman Brown Sıra Farkları testi kullanılmaktadır (54).

Bu çalışmada çocukluk çağı örselenme yaşantıları ile bilişsel çarpıtma ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkiler Spearman Brown Sıra Farkları kullanılarak incelenmiştir. Bu analize ilişkin bilgiler Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2'de görüldüğü gibi çocukluk çağı örselenme yaşantıları alt boyutlarından olan fiziksel kötüye kullanım ile bilişsel çarpıtmalar alt boyutlarından yakınlıkta kaçınma ($r=.15$, $p<.01$) ile pozitif

Tablo 2. Çocukluk çağı örselenme yaşantıları ile bilişsel çarpıtmalar ve yalnızlık düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik spearman brown sıra farkları korelasyon d eğerleri

1.Değişken	1	2	3	4	5	6	7
2.Yakınlıktan Kaçınma	1						
3.Gerçekçi Olmayan İlişki Beklentisi	0.21**	1					
4.Zihin Okuma	0.20**	0.33**	1				
5.UCLA	0.52**	0.00	-0.08*	1			
6.Fiziksel Kötüye Kullanım	0.15**	-0.06	-0.12**	0.23**	1		
7.Cinsel Kötüye Kullanım	0.17**	0.05	0.00	0.19**	0.28**	1	
8.Duygusal Kötüye Kullanım	0.23**	-0.09**	-0.13**	0.40**	0.62**	0.26**	1
Ort.	20.71	25.59	9.69	36.46	21.70	5.69	29.38
Ss	6.25	6.45	2.95	10.46	6.92	2.20	10.22

** p<0.01, *p<0.05

yönde; zihin okuma (r=-.12, p<.01) boyutu arasında ise negatif yönde anlamlı ancak zayıf düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Çocukluk çağı örselenme yaşantılarının diğer bir alt boyutu olan cinsel kötüye kullanım ile bilişsel çarpıtmalar alt boyutlarından yakınlıktan kaçınma (r=.17, p<.01) arasında pozitif yönde anlamlı ve zayıf düzey bir ilişki vardır. Duygusal kötüye kullanım ile bilişsel çarpıtmalar alt boyutlarından yakınlıktan kaçma (r=.23, p<.01) arasında pozitif yönde; gerçekçi olmayan ilişki beklentisi (r=-.09, p<.01) ve zihin okuma (r=-.13, p<.01) arasında ise negatif yönde anlamlı fakat zayıf düzeyde bir ilişki bulgulanmıştır. Çocukluk çağı örselenme yaşantıları ile yalnızlık arasındaki ilişki de incelenmiştir. Buna göre fiziksel, cinsel ve duygusal kötüye kullanım ile yalnızlık arasında pozitif yönde anlamlı ancak zayıf düzeyde ilişkiler bulgulanmıştır (Sırasıyla, r=.23, p<.01; r=.19, p<.01; r=.40, p<.01).

Korelasyon analizi sonucunda elde edilen katsayıların neden sonuç ilişkisi bakımından yeterli olmadığının gözlemlenmesi nedeniyle korelasyon tablosunda anlamlı çıkan değerler için çoklu regresyon analizinin (enter modeli) yapılmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda bağımsız değişkenler olarak çocukluk çağı örselenme yaşantıları olan fiziksel kötüye kullanım, cinsel kötüye kullanım ve duygusal kötüye kullanım, oluşturulan regresyon modeline tümü birden dahil edilmiş ve bütün yordayıcı değişkenlerin, yordanan değişken üzerindeki ortak etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Değişkenler arası ilişkiler incelenerek çoklu eş doğrusallığın olmamasına dikkat edilmiştir. Bu amaçla oto korelasyon durumu Durbin-Watson değeri ile incelenmiş ve elde edilen değerlerin normal sınırlar arasında olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda bağımsız değişkenlerin açıklayamadıkları varyans oranı olan tolerans değeri (1-R2) ile varyans büyütme faktörü (VIF) incelenmiştir. Tolerans değerleri (1-R2) .20 ölçütünden daha büyük; varyans büyütme faktörleri ise (VIF) 10 değerinden daha düşük olduğu için çoklu bağıntı probleminin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (54).

Tablo 3'te görüldüğü üzere çocukluk çağı örselenme yaşantıları bilişsel çarpıtmaların yakınlıktan kaçınma alt boyutunun %5'ini (F(3,699)= 14.05, p<.01), yalnızlık düzeyinin ise %17'sini (F(3,699)= 49.65, p<.01) açıklamaktadır. Yakınlıktan kaçınma alt boyutu modeline dahil edilen çocukluk çağı örselenme yaşantılarından cinsel kötüye kullanma (β= .08, p< .05) ve duygusal kötüye kullanma (β= .20, p< .05); yalnızlık düzeyi modeline dahil edilen değişkenlerden fiziksel kötüye kullanma (β=-.12, p< .05) ve duygusal kötüye kullanma (β=.48, p< .05) boyutlarının modele özgün katkısı anlamlı bulunmuştur.

Tablo 3. Bilişsel çarpıtmalar ve yalnızlık düzeyinin çocukluk çağı örselenme yaşantıları tarafından yordanıp yordanmadığına ilişkin çoklu regresyon (enter) analizi sonuçları

Model		R	R^2	Δ R^2	F	df	B	â	T	p
Yakınlıktan Kaçma	Sabit						15.73		18.20**	.000
	Fiziksel K.K						.00	.00	.00	.995
	Cinsel KK	.23	.05	.05	14.05**	3/699	.24	.08	2.16*	.031
	Duygusal KK						.12	.20	3.96*	.000
Gerçekçi Olmayan İlişki Beklentisi	Sabit						26.67		29.33**	.000
	Fiziksel K.K						.04	.04	.84	.400
	Cinsel KK	.13	.01	.01	4.15	3/699	.16	.05	1.43	.153
	Duygusal KK						-.10	-.15	-3.07*	.002
Zihin Okuma	Sabit						10.10		24.23**	.000
	Fiziksel K.K						-.01	-.02	-.45	.647
	Cinsel KK	.11	.01	.00	3.18	3/699	.10	.08	1.98*	.047
	Duygusal KK						-.02	-.09	-1.81	.069
UCLA	Sabit						25.18		18.62**	.000
	Fiziksel K.K						-.19	-.12	-2.59*	.010
	Cinsel KK	.41	.17	.17	49.65**	3/699	.12	.02	.72	.468
	Duygusal KK						.50	.48	10.33**	.000

TARTIŞMA

Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları ile Bilişsel Çarpıtma Eğilimleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Lise öğrencilerin çocukluk çağı örselenme yaşantıları ile bilişsel çarpıtma durumları arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda, çocukluk çağı örselenme yaşantılarından fiziksel kötüye kullanım ile bilişsel çarpıtmalar alt boyutlarından yakınlıktan kaçınma ile pozitif yönde; zihin okuma boyutu arasında ise negatif yönde anlamlı ancak zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Çocukluk çağı örselenme yaşantılarının diğer bir alt boyutu olan cinsel kötüye kullanım ile bilişsel çarpıtmalar alt boyutlarından yakınlıktan kaçınma arasında pozitif yönde anlamlı ve zayıf düzeyde bir ilişki bulgulanmıştır. Yine duygusal kötüye kullanım ile bilişsel çarpıtmalar alt boyutlarından yakınlıktan kaçma arasında pozitif yönde; gerçekçi olmayan ilişki beklentisi ve zihin okuma arasında negatif yönde anlamlı fakat zayıf düzeyde bir ilişki görülmektedir. Çocukluk dönemi olumsuz yaşantılarının bireyin düşünce ve inanç sistemi üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalarda bu bulguya paralel olarak fiziksel, duygusal ve cinsel istismar yaşantıları ile bireyin kendine, diğer insanlara ve dünyaya ilişkin inançları arasında ilişki olduğu görülmüştür (31,32,33,47,57). Bunların yanı sıra yapılan çeşitli çalışmalarda istismara uğrayan çocukların böyle bir yaşantısı olmayanlara göre farklı akıl yürütme becerileri geliştirebileceği ifade edilmektedir (61). Örneğin istismar mağduru çocuklar insanlara güven duymakta ve onlarla etkileşime girmekte zorlanabileceği gibi diğer insanların niyetlerini daha düşmanca değerlendirebilirler.

Ayrıca çeşitli kaynaklarda çocuklukta yaşanan cinsel istismarın, benlik saygısı ve kendilik algısını olumsuz yönde etkilediği, travma sonrasında bireylerde kognitif bozukluklar, değersizlik duyguları, çaresizlik, güvensizlik ve kendini suçlama eğilimi meydana geldiği ve duygulanım sürecinde bozulmalar yaşandığı; ayrıca travma sonrası stres bozukluğu ve yüksek düzey anksiyete meydana gelebileceği bildirilmektedir (2,4,41,42,43,44). Owens ve Chard (32) cinsel istismar mağdurlarıyla yaptıkları çalışmada istismar yaşantıları ile bilişsel çarpıtmalar ve TSSB arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki olduğunu bulgulamışlardır. Ek olarak, mağdurların özellikle kendilik değeri ile ilgili olmak üzere daha fazla bilişsel çarpıtmaya sahip oldukları belirlenmiştir (31). Bireyler erken çocukluk döneminde deneyimledikleri olaylar üzerine kendisi ve hayatı ile ilgili bilişsel şemalarını geliştirmektedir, dolayısıyla gelişimsel yaşantıların ve travmatik olayların, kişilerin düşünce sistemi ve bilişleri üzerinde kritik öneme sahip olduğu söylenebilir (45,46,47). Bu bağlamda çocukluk istismar yaşantılarının, çocukluk çağı öğrenmelerine dayalı olarak bireylerin kendisi, diğerleri ve çevresiyle ilgili olumsuz, çarpıtılmış ve işlevsel olmayan değerlendirmeler yapmasında önemli bir etken olabileceği düşünülmektedir.

Bilişsel terapinin temel varsayımına göre bireyin yaşantılarını algılama ve yorumlama biçiminin, duygu ve eylemleri üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Bu model işlevsiz ve çarpıtılmış düşüncelerin bireyin ruh sağlığı üzerinde önemli bir etken olduğunu ve bu inançlar ile psikopatoloji arasında ilişki bulunduğunu savunur (30,55,56). Bu noktadan hareketle gerçeğin çarpıtılarak algılanması, yani bilişsel hatalar; çeşitli psikopatolojilerin oluşmasına ve süreğenleşmesine neden olabileceğinden, mağdurların tedavi sürecinde bilişsel süreçlere de odaklanılması önemli görünmektedir. Bu noktada, bireyin düşünceleri ve inanç sisteminin çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinden etkilendiği bulgusunun, sağlık alanında çalışan profesyoneller için dikkate alınması gereken bir nokta olduğu düşünülmektedir.

Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları ile Yalnızlık Eğilimleri Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmanın diğer bir bulgusunda ise çocukluk çağı örselenme yaşantılarının tüm boyutlarının yalnızlık eğilimi ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişki içerisinde olduğu tespit edilmiştir. İlgili literatür incelendiğinde çocukluk çağı örselenme yaşantıları ile yalnızlık eğilimi arasındaki ilişkiye ilişkin bulgu ile benzer bulgulara sahip çalışmaların olduğu görülmüştür (31,35). Literatürde yer alan bir çalışma çocukluk çağı travmasının benlik duygusu, kişilik organizasyonu ve kişilerarası ilişkiler de dâhil

olmak üzere kişilik gelişiminin belirli yönlerini etkileyebileceğine işaret etmektedir (50). Bunun yanı sıra Mullen ve arkadaşları (48) tarafından yapılan bir araştırmadan elde edilen çocukluk çağı travmalarının travma sonrası stres bozuklukları, düşük özsaygı, sosyal ilişkilerde bozulma ve sosyal izolasyon, güvensiz bağlanma, bağlanma bozuklukları ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu şeklindeki bulguları ile Wark ve arkadaşları (49) tarafından yapılan bir başka çalışmada elde edilen, çocukluk travma öyküsü bulunan kişilerde anlamlı düzeyde daha yüksek oranda sosyal ilişkilerde güçlük ve bağlanma problemleri görüldüğü şeklindeki bulguların bu çalışmada elde edilen bulguyu destekler nitelikte olduğu söylenebilir. Mevcut çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde, çocuklukta kötü muameleye maruz kalan birey geçmişte karşılanmayan duygusal ihtiyaçlarının yetişkinlikte de karşılanmaması yönünde beklentiye geliştirebilir; kötü bir olayın olacağına yönelik korku duyabilir; şiddet veya terk edilme tehdidinden kaçınmak için yalnızlığa yönelebilir (45). Bu bağlamda, istismar yaşantısının gelişmekte olan bir çocuğun kişilerarası ilişkiler ile bağlantılı olan güven gibi konularda olumsuz bilişsel şemalar ve bilişsel çarpıtmalar geliştirmesine yol açabileceği, böylece ergenlik ve yetişkinlik döneminde tatmin edici ve sağlıklı ilişkiler kurmasının önünde engel teşkil ederek, yalnızlık eğilimi sergilemesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantılarının Bilişsel Çarpıtmaları ve Yalnızlık Eğilimini Yordamasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çocukluk çağı örselenme yaşantılarının bilişsel çarpıtma ve yalnızlık eğilimini açıklamaya dayalı yapılan regresyon analizi sonucunda, örselenme yaşantılarının bilişsel çarpıtmalardan yakınlıktan kaçınma alt boyutunun %5'ini, yalnızlık düzeyinin ise %17'sini açıkladığı tespit edilmiştir. Bu bulgu çocukluk travmatik yaşantılarının kişinin kendine, diğer insanlara ve dünyaya ilişkin inançlarını ve ruh sağlığını herzaman olumsuz etkilemeyebileceği şeklinde yorumlanabilir. Nitekim birçok çalışmada çocukluk dönemi istismar/ihmal yaşantıları ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide olumsuz bir yaşantıdan sonra kendini toparlama gücü olarak tanımlanan psikolojik sağlamlığın (58) koruyucu bir etkisinin olduğu, yüksek psikolojik sağlamlık gösteren bireylerin istismar sonrasında daha düşük düzeyde kendini yaralama, anksiyete, depresyon veya intihar girişimi gibi psikolojik belirtiler gösterdiği ifade edilmektedir (59,60) Yine de çocukluk çağı örselenme yaşantılarının psikopatolojik durumun bir belirleyicisi olabileceği ve terapi sürecinde etkisinin göz ardı edilmemesi, herhangi bir şüphe durumunda öykünün ayrıntılandırılarak müdahale planının buna göre şekillendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmanın bulguları özellikle son yüzyılda araştırılmaya başlanan çocuk istismarının yıkıcı etkilerinin anlaşılması açısından önemli olabilir ve gelecek araştırmalara öncülük edebilir. Ek olarak elde edilen veriler ergenlerle yürütülen klinik görüşmelerde, çocukluk ihmal ve istismar yaşantılarının çarpıtılmış düşünceler ve tutumlar üzerindeki etkisinin dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir. Diğer yandan araştırmanın bulguları değerlendirilirken örneklemin Gümüşhane ili ile sınırlı olmasının ve kesitsel bir desen kullanıldığı için tanımlanan nedensel ilişkilerin kontrol edilemeyen bazı değişkenlerden etkilenme olasılığının gözden kaçırılmaması yararlı olabilir. Ayrıca çalışma bulgularının genellenebilmesi açısından, araştırmanın farklı örneklemler üzerinde tekrarlanması ve klinik görüşmeler ile elde edilecek nitel verilerle desteklenmesi gerekmektedir. Bununla birlikte araştırma verileri katılımcıların anket sonuçları ile elde edilen özbildirimine dayalıdır, çocukluk ihmal ve istismar yaşantılarının etkilerini değerlendirmede klinik görüşmenin kullanılmaması, ergenin kendisi dışında ailesi, öğretmenleri gibi diğer kaynaklardan veri toplanmaması da dikkat çeken sınırlılıklar arasında sayılabilir. Bu araştırmanın bulguları yorumlanırken göz önüne alınması gereken önemli noktalardan biri; utanma ve toplumsal ön yargılardan dolayı bireylerin istismar yaşantılarına yönelik bilgilerinin bazılarını gizlemiş olma olasılığıdır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak çocukluk çağı örselenme yaşantılarının birey üzerindeki birçok olumsuz etkisi yanında bilişsel çarpıtmalar ve yalnızlık üzerinde de etkisinin olduğu ortaya çıkmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, çocukluk çağı

örselenmelerinin bilişsel işlevler üzerindeki bozucu etkisi göz önüne alındığında psikoterapi yoluyla travma toleransı ve olumlu başaçıkma stratejilerinin geliştirilmesine yönelik bilişsel yeniden yapılanmaya ihtiyaç olduğu yine travma sonrasında öz benlik ve kişilerarası ilişki geliştirme kapasitesinin yeniden yapılandırılması bu konuda yapılacak olan müdahale programları için önemli görünmektedir. Ek olarak bilişsel çarpıtmalar psikopatoloji üzerinde sürdürücü etkiye sahip olabilir, dolayısıyla tedavi planlamalarında bu durumun göz önünde bulundurulması, klinik tablonun şiddetlenmesini engelleyebilir.

Çocukluk dönemi istismar yaşantıları ve sebep olduğu travmatik sonuçların bireyin yaşamını büyük ölçüde etkileyen bir niteliğe sahiptir. Bu nedenle, ihmal ve istismar konusunda ailelerin, öğretmenlerin ve sağlık profesyonellerinin farkındalık ve duyarlılıklarının artmasına yönelik çalışmaların arttırılmasının, psikolojik destek hizmetleri kapsamında istismarın önlenmesine yönelik çalışmaların planlanmasının ve gelecek nesiller için koruyucu ve önleyici tedbirler alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bunların yanında, çocuk ve ergenlerin kendilerini istismardan koruma noktasında yapabileceklerine ilişkin bilgilendirme çalışmalarının önemi olmakla birlikte, herhangi bir istismar türüne maruz kaldıklarında yardım alabilecekleri kurumları bilmemeleri suçluluk, çaresizlik ve yalnızlık duyguları yaşamalarına neden olabilir. Bu bağlamda toplum merkezleri ve aile danışma merkezlerinde bu bireylere danışmanlık hizmetleri ve eğitimler verilebilir.

İleride gerçekleştirilecek çalışmalarda bulguların genellenebilirliği açısından farklı bölgelerdeki illerde lise öğrenimlerine devam eden öğrenciler üzerinde bu çalışma tekrarlanabilir. Bu araştırma çocukluk çağı örselenme yaşantıları ile bilişsel çarpıtma ve yalnızlık eğilimi arasındaki ilişkileri ortaya koymuştur. Çocukluk çağı örselenme yaşantılarının uzun dönemli etkilerini (boylamsal çalışmalar), farklı psikolojik değişkenlerle (depresyon, kaygı, riskli davranışlar, saldırganlık, madde bağımlılığı vb.) ilişkilerini ele alan çalışmalar yapılabilir.

*Bu çalışma, Tugba TURKKAN tarafindan Karadeniz Teknik Universitesi Egitim Bilimleri Enstitusu'nde Prof. Dr. Hatice ODACI danismanliginda yurutulen "Lise Ogrencilerinin Cocukluk Cagi Orselenme Yasantilari Ile Bilissel Carpitma Ve Yalnizlik Egilimleri Arasindaki Iliskiler" baslikli yuksek lisans tezinden uretilmis olup; 18-22 Nisan 2018 tarihlerinde Antalya'da gerceklestirilen 27. Uluslararasi Egitim Bilimleri Kongresi' nde sozlu bildiri olarak sunulmuştur.

Yazışma adresi: Öğr. Gör. Tuğba Türkkan, Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmetler Bölümü, Gümüşhane turkkan83@hotmail.com

KAYNAKLAR

1.Altıparmak S. Çocuk istismarı ve ihmalinin çocuk bedeni üzerine etkileri. Çocuk Dergisi 2008;8:9-13.

2. Briere JN, Elliot DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. The Future of Cildren 1994;4:54-69.

3. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult in patients with childhood histories of sexual and physical abuse. The American Journal of Psychiatry 1991;148:55-61.

4. Göde O, Savi F, Savi S. Eğitimin bütünlüğü içinde sporun duygusal istismara uğrayan ergenlerin benlik kavramlarına etkisi. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2000;7:22-34.

5. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term consequences of child physical abuse, emotional abuse and neglect: A systematic review and meta-analysis. Plos Medicine 2012; 9.

6. Özen Ş, Antar S, Özkan M. Çocukluk çağı travmalarının umutsuzluk, sigara ve alkol kullanımı üzerine etkisi; üniversite son sınıf öğrencilerini inceleyen bir çalışma. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2007;20:79-87.

7. World Health Organization 2016. Child maltreatment. Erişim tarihi: 08.06.2018, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en

8. Nickerson A, Aderka IM, Bryant RA, Hofmann SG. The relationship between childhood exposure to trauma and intermittent explosive disorder. Psychiatry Research 2012;197:128-34.

9. Maniglio R. The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and nonsuicidal self-injury. Acta Psychiatr Scand 2011; 124:30-41.

10. Goldstein AL, Faulkner B,Wekerle C. The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. Child Abuse and Neglect 2013,37:22-32.

11. Philippe FL, Laventure S, Beaulieu-Pelletier G, Lecours S, Lekes N. Ego-resiliency as a mediator between childhood trauma and psychological symptoms. Journal of Social and Clinical Psychology 2011;30:583-598.

12. Topçu S. Silinmeyen izler. Ankara, Phoenix 2009.

13. World Health Organization. World report on violence and health; child abuse and neglect by parents and other caregivers. Geneva 2002.

14. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları. Ankara, Bizim Büro 1995.

15. Kendall-Tackett K.The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influences health. Child Abuse and Neglect 2002;6:715-730.

16. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S.Childhood trauma, trauma in adulthood and psychiatric diagnosis: results from a community sample. Comprehensive Psychiatry Journal 2008;49:163-169.

17. Demir M. Çocuk ve ergenlerin cinsel istismarı sonrası akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu özelliklerinin incelenmesi. Yayımlanmamış uzmanlık tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa. 2008.

18. Putnam FW. Ten-year research update review: Child sexual-abuse. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2003;42:269-278.

19. Smith CA, Ireland TO, Thornberry P.Adolescent maltreatment and its impact on young adult antisocial behavior. Child Abuse and Neglect 2005;29:1099-1119.

20. Thornberry TP, Matsuda M, Greenman SJ, Augustyn MB, Henry KL, Smith CA, Ireland TO. Adolescent risk factors for child maltreatment. Child Abuse and Neglect 2014;38:706-722.

21. Lubin H, Johnson DR, Southwick SM. Impact of child abuse on adulth psychopathology: A casereport. Dissociation 1996;9:134-139.

22. Afifi TO, Mather A, Boman J, Fleisher W, Enns MW, MacMillan H, Sareen J. Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study. Journal of Psychiatric Research 2011;45:814-822.

23. Afifi TO. The relationship between child maltreatment and axis I mental disorders: A summary of the published literature from 2006 to 2010. Open Journal of Psychiatry 2012;2:21-32.

24. Sesar K, Simic N, Barisic M. Multi-type childhood abuse, strategies of coping and psychological adaptations in young adults. Croatian Medical Journal 2010;51:406-416.

25. Clark DB, Thatcher DL, Martin CS. Child abuse and other traumatic experiences, alcohol use disorders and health problems in adolescence and young adulthood. Journal of Pediatric Psychology 2010;35:499-510.

26. Gladstone GM, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm K, Austin MP. Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. TheAmerican Journal of Psychiatry 2004;161:1417-1425.

27. Örsel S, Karadağ H, Karaoğlan Kahiloğulları A, Akgün Aktaş E. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry 2011;12:130-136.

28. Erol A, Ersoy B, Mete L. Majör depresyonda özkıyım girişimi ile çocukluk çağı örselenmeleri arasındaki ilişki. Türk Psikiyatri Dergisi 2013;24:1-6

29. Pietrek C, Elbert T, Weierstall R, Müller O, Rockstroh B. Childhood adversities in relation to psychiatric disorders. Psychiatry Research 2013 206:103-10

30. Beck JS. Bilişsel davranışçı terapi: Temelleri ve ötesi. Şahin M. (Çeviri Ed). İstanbul, Nobel Akademik Yayıncılık 2011.

31. Briere J, Runtz M. Post sexualabusetravma. Journal of Interpersonal Violence1987;2:367-379.

32. Owens GP, Chard KM.Cognitive distortions among women reporting childhood sexual abuse. Journal of Interpersonel Violence 2001;16:178-191.

33. Çakır U, Gündüz N, Turan H, Güleş N, Aker T. Kadın majör depresif bozukluk hastalarında cinsel travmaya bağlı travma sonrası stres bozukluğu ve ilişkili bilişler. Anatolian Journal of Psychiatry 2014;15:200-206.

34. Perlman D, Peplau LA. Preventing harmful consequences of severe and persistent loneliness. United States, Government Printing Office 1984.

35. Gibson RL, Hartshorne TS. Childhood sexual abuse and adult loneliness and network orientation. Child Abuseand Neglect 1996;20:1087-1093.

36. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: Genetics and environmental factors. Psychiatr Clin N Am 2012;35:51-71.

37. Aslan SH, Alparslan ZN. Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ölçeğinin Bir Üniversite Öğrencisi Örnekleminde Geçerlik Güvenirlik ve Faktör Yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi 1999;10:275-285.

38. Hamamcı Z. Dysfunctional relationship belief in marital satisfaction and adjustment. Social Behavior and Personality International Journal 2005;33:313-328.

39. Hamamcı Z, Büyüköztürk Ş. İlişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar ölçeği, ölçeğin geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2003;2:107-111.

40. Demir A. U.C.L.A. Yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989;7:14-18.

41. Briere J, Runtz M.Child sexualabuse: Long-term sequelae and implications for psychological assessment. Journal of Interpersonal Violence 1993;8:312-330.

42. Campbell R, Dworkin E, Cabral G.An ecological model of theimpact of sexual assault on women's mental health. Trauma Violence Abuse 2009;10:225-246.

43. Finkelhor D. Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. Professional Psychology: Research and Practise 1990;21:325-330.

44. Haj-Yahia MM, Tamish S.The rates of child sexual abuse and its psychological consequences as revealed by a study among Palestinian university students. Child Abuse and Neglect 2001; 25:1303-27.

45. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: The Guilford Press 2003.

46. Beck AT, Rush J, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford 1979.

47. Van Harmelen AL, de Jong PJ, Glashouwer KA, Spinhoven P, Penninx BW, Elzinga BM. Child abuse and negative explicit and automatic self-associations: The cognitive scars of emotional maltreatment. Behaviour Research and Therapy 2010;48:486-494.

48. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. Thelong-termimpact of thephysical, emotional and sexual abuse of children: A community study. Child Abuse and Neglect 1996;20:7-21.

49. Wark MJ, Kruczek T, Boley A.Emotional neglect and family structure: Impact on student functioning. Child Abuse and Neglect 2003;27:1033-1043.

50. Kuritárné I. Childhood trauma in the etiology of borderline personality disorder. Psychiatria Hungarica 2005;20:256-270.

51. Eisenberg ME, Ackard DM, Resnick MD. Protective factors and suicide risk in adolescents with a history of sexual abuse. The Journal of Pediatrics 2007;151:482-487.

52. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. American Journal of Psychiatry 1994;151:1132-6.

53. Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. Journal of Personality Assessment 1978;42:290-294.

54. Field A. Discovering statistics using spss. London, Sage Publications 2009.

55. Neenan M, Dryden W. Cognitive therapy: 100 key points and techniques. USA: Routledge 2004.

56. Türkçapar MH. Bilişsel terapi: Temel ilkeler ve uygulamalar. İstanbul: HYB Basım Yayın 2007.

57. Lumley MN, Harkness KL. Specificity in the Relations among Childhood Adversity, Early Maladaptive Schemas, and Symptom Profiles in Adolescent Depression. Cognitive Therapy and Research 2007;3:639-657.

58. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. Development and Psychopathology 1990;2:425-444.

59. Roy A, Carli V, Sarchiapone M. Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. Journal of Affective Disorders 2011;133:591-594.

60. Eisenberg ME, Ackard DM, Resnick MD. Protective factors and suicide risk in adolescents with a history of sexual abuse. The Journal of Pediatrics 2007;151:482-487.

61. Polat O. Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı 1. Ankara: Seçkin Yayınevi 2007.

DERLEME

Kendiliğin Nöral Alt Yapısı: Northoff ve Damasio Modelleri

Neural Correlates of Self: Models of Northoff and Damasio

Zahide Tepeli Temiz[1], Lütfü Hanoğlu[2]

[1]Arş. Gör., Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye https://orcid.org/0000-0001-6980-1226

[2]Prof. Dr., İstanbul Medipol Üniversitesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye https://orcid.org/0000-0003-4292-5717

ÖZET

Kendilik problemi uzun yıllardır felsefe ve psikoloji alanlarında tartışılmakla beraber son 30 yıldır sinirbilimin de ilgi alanına girmiştir ve kendiliğin nöral mekanizmaları üzerine yoğun araştırmalar yapılmaktadır. Kendiliğin kavramsal tanımları hakkında düşünceler henüz tam bir netlik kazanmamıştır. Kendiliği beyin bölgeleriyle ilişkilendirme çabaları uzun yıllardır devam etmektedir. Doğal olarak bu iki durum (kuramsallaştırma ve deneyler) yan yana işlenmektedir. Dolayısıyla kendiliğin kavramsal teorizasyonuna göre yapılan sinirbilimsel çalışmalar da çeşitlilik göstermiştir. Önemli miktarda çalışma kortikal orta hat yapılarının (CMS) kendilikle ilgili süreçlerde aktif olduğunu göstermektedir. Kendilikle ilişkili zihinsel süreçlerin ayrıca istirahat durumunda belirgin olarak görüldüğü kabul edilmektedir. Bu bağlamda kortikal orta hat yapılarında, kendilik'le ilişkili uyaranların nöronal işlemlemesi, default mode networkdaki (DMN) bölgelerle ilişkilendirilmektedir. Bu derleme çalışması, güncel sinirbilimin verileri ışığında kendilik ile ilgili araştırmaları, Northoff'un kendiliğe ilişkin nörobilim modelini ve Damasio modelindeki kendiliği bilinç bağlamında incelemeyi amaçlamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Kendilik, Nörobilim, Bilinç, CMS, Northoff, Damasio

SUMMARY

Self has been one of the most controversial phenomenon in philosophy and psychology for a long time. More recently, self has been transferred in the field of neuroscience since 30 years and its neural correlates remain under the intense investigations. Proposals for theoretical conception of self have not yet achieved complete clarity. Efforts for linking the self with brain structures have been going on for many years. Naturally, these two states (theorization and experiments) process side by side. Therefore, neuroscientific studies diversify with regard to conceptual theorization of self. Many studies have shown that cortical midline structures (CMS) are important in self processing. In addition, it is commonly accepted the involvement of resting state activity during the self-related mental states. In this context, processing of self related stimulus in the cortical midline structures is associated with regions of default mode network (DMN). This review aims to investigate the self-related studies under the light of current neuroscientific data, the neuroscience model of Northoff proposed for the self, and to examine the self in the Damasio's framework in the context of consciousness.

Key Words: Self, Neuroscience, Consciousness, CMS, Northoff, Damasio

(Klinik Psikiyatri 2019;22:104-115)

DOI: 10.5505/kpd.2018.41275

Makalenin geliş tarihi: 03.08.2018, Yayına kabul tarihi: 17.12.2018

GİRİŞ

Kendiliğin (self) ne olduğu, nereden geldiği, kim olduğumuz gibi sorular felsefenin en eski problemlerinden biridir (1). Felsefenin yanı sıra güncel sinirbilim çalışmaları fonksiyonel nörogörüntüleme teknikleriyle beraber bu sorulara yanıtlar bulmaya çalışmaktadır. Fakat kendilik ve onun beynin farklı bölgelerindeki nöral yansımaları tartışmalı bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (2,3). Kendilikle ilgili yapılan çalışmalar bilinçli kendilik ve bilinçdışı kendilik gibi bir ayrıma gitmektedir (4). Northoff ve arkadaşlarının sinirbilim alanındaki çalışmaları kendilikle ilgili uyaranların işlenmesinde kortikal orta hat yapıların aktif rol üstlendiği (3), bu nedenle bu yapıların bilinçli kendiliğin üretiminin temel bir bileşeni olduğunu göstermektedir. Bununla beraber bilinçli kendilik, kendiliğin bilinçdışı alanlarıyla tamamlanmaktadır. Güncel teoriler bilinçdışı kendiliğin beynimizin içkin zihnini (embodied mind) yaratan somatosensorial korteks ile desteklenerek bilinçli kendilikteki rolüne dikkat çekmektedir (5).

Descartes'ın "düşünüyorum öyleyse varım" söylemiyle tanımladığı kendilik, felsefede bedenin karşısında yer alan bir öz olarak tanımlanmaktadır. Descartes kendilik ile bedenin etkileşimini epifiz bezi ile ilişkilendirerek, bu ilişkiyi biyolojik bir zemine oturtmaya çalışır. David Hume ise kendiliğin zihinsel bir meleke olduğu fikrini reddeder ve kompleks bir algı düzeyine indirger. Hume, kendiliğin yalnızca bir yanılsama olduğunu ve algıladığımız şeylerin dışında bir şey olmadığını ileri sürer (5). Bu bakış açısı izlerini, kendiliği zihinsel bir durum olarak tanımlamayan Thomas Metzinger'in tartışmasında sürdürür.

Kendilik problemi psikoloji alanında ilk olarak William James ile karşımıza çıkmaktadır. Kişisel kimlik (personal identity) kavramı ile James kişinin bütünlük ve süreklilik hissine vurgu yapmaktadır. Deneyimsel (empirical) ve nesnel (objective) olmak üzere kendiliği iki birime ayırır (6).

Kendilik problemi son 30 yıldır sinirbilimin de ilgi alanına girmiş ve yapılan çalışmalar kendiliğin çeşitli özelliklerine odaklanmaktadır (7). Kendiliğin özelliklerine göre yapılan sinirbilimsel çalışmalar da çeşitlilik göstermiştir. Kendiliği beyin bölgeleriyle ilişkilendirme çabaları uzun yıllardır devam etmekte fakat güncel çalışmalar, korteksin orta hat yapıları (CMS) olarak tanımlanan kendilikle ilgili süreçlerin yer aldığı bu yapının önemine vurgu yapmaktadır (1,2,3,5,7). Kortikal orta hat yapıların (CMS), içsel uyaranlarla dışsal uyaranlar arasında bağlantı kurmamızda, kendilikle ilgili süreçlerde ve işlemlerde merkezi rol oynadığı düşünülmektedir (1).

Kendiliği anlayabilmek için kendilikle ilgili kategorik ayrımları yapmak oldukça önemlidir. Kendilik teorilerinin geniş yelpazesi içinde kendiliğe ilişkin ayrımlar da çeşitlilik göstermektedir. Damasio'nun da belirttiği gibi kendilik, bilinçli ve bilinçdışı olmak üzere ikiye ayrılabilir (4). Yukarıdaki tanımlar daha ziyade bilinçli kendilikle ilişkili olarak okunabilir. Bilinçdışı kendiliğin sinirbilim alanındaki tanımı ise Freud'un bilinçdışı tanımından farklılık göstermektedir. Burada bilinçdışı süreçlerle, daha ziyade 'otomatik süreçler' kastedilmektedir. Bu nedenle zihnimizde bilinçdışı olarak tanımlanabilecek pek çok işlem yer almaktadır. Bilinçdışı kendilik, bedensel deneyimlerle bağlantı kurmayı mümkün kılmakta ve Damasio'nun bilinç teorisindeki protoself kavramıyla kısmen örtüşmektedir (5).

Kendilikle ilgili çalışmaların bir kısmı ise, kişinin kendiliğiyle ilgili bilginin işlenmesini yansıtan kendilikle ilgili durumlar (self-related states) ile diğer kişilerle ilgili bilginin işlenmesini ifade eden kendilikle ilişkili olmayan durumlar (nonself-related states) gibi ikili bir ayrıma gitmektedir (7,8). Bu ayrım, kendilikle ilgili beyin aktivitelerinin diğerleriyle ilişkili süreçlerden farklı oluşu ve medial prefrontal korteks (MPFC) gibi korteks bölgesinin kişisel süreçlerde daha aktif oluşuyla daha fazla mümkün hale gelmiştir. Böyle bir ayrımın yanı sıra kendilik süreçlerinin de bir bütünlük arz etmediği ve kendilikle ilgili bilginin türüne göre farklılık gösterdiği yönünde artan miktarda kanıt bulunmaktadır (7). Kendiliğin farklı komponentlerini nasıl en iyi şekilde tanımlayacağımız ve bir araya getireceğimiz tartışması yerini kendiliğin tek bir birimden oluşmadığı yönündeki fikir birliğine bırakmaktadır. Bu yaklaşım daha ziyade kendiliği, farklı yönleri içerisinde barındıran ve her bir yön için farklı süreçlerin işlediği bir yapı olarak tanımlamaktadır

(8,9,10).

Bu bağlamda çalışmalar, kişinin yaşamının tarihsel boyutunu oluşturan 'otobiyografik kendilik' ile süregiden bedensel durumu ifade eden 'çekirdek kendilik' olmak üzere kendilikle ilişkili zihinsel durumların iki türüne odaklanmaktadır (7). Otobiyografik kendilik daha ziyade, kişiler yaşamlarının tarihsel boyutundan belirli anılar çağırdıklarında üretilirler ve dolayısıyla biyografik bilgiler, kişilik özellikleri ve spesifik yaşam olayları bu zihinsel durumun içeriğini oluşturmaktadır (4). Öte yandan çekirdek kendilik ise interoceptive bedensel değişimler (açlık, susuzluk, yorgunluk gibi) ile bedenin dış dünyayla temasından ortaya çıkan exteroceptive değişimleri içermektedir (4). Zihinsel durumlar arasındaki kavramsal farklılıkların yanı sıra nöral yapıda aktivasyon alanlarındaki farklılaşma da incelenmiş ve kortikal orta hat yapılar ile insular korteksin kendilikle ilişkili süreçlerdeki rolü ortaya konulmuştur (7).

Bu çalışma, kendiliğe ilişkin teorileri, kendilikle ilişkili nöral bileşenler ve aktivasyon alanlarını, psikoloji alanındaki kendilik tanımının nörobilim alanındaki tanımlarla ilişkisini ve Damasio'nun bilinç teorisi çerçevesinde kendiliğin konumunu ele alacaktır. Çalışmanın nöroanatomik sınırlarını Norhoff ve arkadaşlarının nörobilim alanındaki kortikal orta hat yapılarla ilişkili çalışmaları oluşturmaktadır.

Felsefe ve Psikolojide Kendiliğin Kavramsallaştırılması

Kendiliğin nasıl tanımlanacağı problemi felsefenin en eski problemlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Kendilik kavramı, Descartes ve Kant gibi filozoflar tarafından zihni karakterize eden fonksiyonların en yüksek düzeyini temsil etmekteydi (1). Psikolojinin bir bilim dalı olarak ortaya çıkışıyla beraber kim olduğumuz sorunu artık psikolojinin de ilgi odağı haline gelmiştir. Kendilikle ilişkili ilk tanımlar William James tarafından yapılmıştır (1,4). William James özne olarak kendilik (I-self) ile nesne olarak kendilik (me-self) arasında bir ayrıma gidilmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır (8). Özne olarak kendilik, dışsal nesneleri, olayları ve çevresindeki kişileri deneyimler. Bu deneyimlere bağlı olarak da bilinç veya öz-bilinç dediğimiz hal ortaya çıkmaktadır. Nesne olarak kendilik ise kişinin kendiliğini karakterize eden ve kendiliğiyle ilişkili özelliklere işaret etmektedir. Kişinin ismi ve otobiyografik anıları nesne olarak kendiliğin özel içeriğini oluşturmaktadır (1). Kendiliğin içeriğine bağlı olarak da farklı kendilik kategorileri ortaya çıkmaktadır (örn: fiziksel kendilik, zihinsel kendilik, otobiyografik kendilik, sosyo-kültürel kendilik gibi).

Bunun yanı sıra James sabit çekirdek bir kendilik kavramının gereksiz oluşuna işaret etmektedir. Düşünce akışının sürekli değişmesinden ötürü sabit bir kendilikten bahsetmemizin mümkün olmadığına dikkat çekmektedir. James öz-bilinci, farklı öz gönderimsel süreçlerle devam eden bir düşünce akışı içerisinde tanımlamaktadır (3). James tarafından akış içerisinde tanımlanan kendilik, modern sinirbilimin DMN modeliyle örtüşmekte ve bu model içerisinde tanımlanan süreç halindeki zihin yapısı ve kendilik modeliyle paralellik göstermektedir (11).

Öte yandan James kendiliği tanımlayabilmek için onu sınıflandırmış; 'fiziksel kendilik', 'zihinsel kendilik' ve 'ruhsal kendilik' olmak üzere üç tür kendilik tanımlamıştır. William James'in bu sınıflandırması, nörobilimin daha güncel kendilik tanımlarıyla da örtüşmektedir (3). Damasio'nun bedensel ve motor alanları işaret eden 'proto-self' kavramı William James'in fiziksel kendilik kavramıyla örtüşürken; 'çekirdek veya zihinsel kendilik' kavramı ise William James'in zihinsel kendilik kavramıyla az çok örtüşmektedir. Ayrıca Damasio'nun 'otobiyografik kendilik' kavramı ve Gallagher'in 'öyküsel kendilik' kavramı James'in ruhsal (spiritual) kendilik kavramıyla benzerlik göstermektedir.

James'in kendilikle ilgili kavramsallaştırmasını aktardığı eserini yayınlamasından sonra uzunca bir süre kendilik kavramı psikoloji tartışmalarında yer almamıştır. Bunun nedeni ise o dönemde psikolojide hakim paradigmanın davranışçılık olmasıdır. Davranışçı yaklaşım, yalnızca gözlenebilir değişkenlerle ilgilenmiş, zihin, bilinç, duygu, kendilik gibi sübjektif olguları dışarıda bırakmıştır (12). Psikodinamik kuram ve özellikle Kohut'la beraber

'kendilik' tekrar psikolojinin ilgi odağı olmuştur (13). Kendiliği bir tür üst-örgütlenme olarak tanımlayan Kohut, kişiliğin çekirdeği ve algıların merkezi olma rolünü atfederek kendilik kavramını temel bir fenomen olarak konumlandırmıştır. Öte yandan Jung ise kendiliği, bilinç ve bilinçaltı öğeleri birleştiren bir orta nokta olarak tanımlamıştır. Hümanist yaklaşımı temsil eden Rogers ise kendilik kavramını, kişilik kavramının yerine kullanmış, organizmanın kendini gerçekleştirme eğilimi ve temel bir güdüsü olarak nitelendirmiştir (14).

William James'in 19. yüzyılın sonunda kendiliğin farklı kategorilerini tanımlamasından sonra filozoflar ve psikologlar bu kavramın olası varyasyonlarını genişletmişlerdir. James'in fiziksel, zihinsel ve ruhsal kendilik olarak yaptığı üçlü sınıflandırma felsefede yerini farklı kategorilere bırakmıştır (9). Örneğin, Neisser, kendiliğin ekolojik, kişilerarası, genişletilmiş, özel ve kavramsal yönleri arasında bir ayrıma gitmiştir (10). Daha güncel yaklaşımlar ise bilişsel, kurgusal, öyküsel, somut kendilik gibi pek çok kendilik kategorisinden bahsetmektedir (9). Bütün bu kendilik kategorilerine yer vermek mümkün olmadığından ötürü bu derleme çalışmasında 'minimal kendilik' ve 'öyküsel (narrative) kendilik' kavramlarına değinilecektir.

Minimal kendilik, deneyimin anlık öznesi olarak kişinin bilincini deneyimlemesi olarak tanımlanmaktadır. Minimal kendilik kavramı, hem davranışlar hem de bilişler için kişisel faillik hissi (sense of self-agency) ve kişisel sahiplik hissi (sense of self-ownership) arasında ayrım yapma çabalarının sonucunda ortaya çıkmıştır. Bu ayrım daha sonra şizofreniye referansla nörobilim alanında da kabul edilmiştir. Şizofreni, kişisel faillik hissinin bozulduğu ve prefrontal korteks, supplementary motor alan ve serebellum gibi spesifik beyin bölgelerinde nörolojik hasarın görüldüğü bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (9).

Öyküsel kendilik kavramı ise kendiliğin sürekliliğini, geçmiş ve geleceği içeren tutarlı bir kendilik imajını ifade etmektedir. Öyküsel kendilik, kendiliğimiz hakkında diğerlerinin anlattığı hikayeleri de içerisinde barındırmaktadır. Bu kavram, Dennett'in tanımlarından yola çıkarak oluşturulmuştur. Öyküsel kendiliğin sınırları geçmiş anılardan gelecekle ilgili planlara kadar uzanmaktadır (9). Her ne kadar minimal kendilik kavramının Damasio'nun çekirdek kendilik kavramıyla örtüştüğünü, öyküsel kendilik kavramının ise daha ziyade otobiyografik kendilik kavramıyla benzerlik gösterdiğini söyleyebilsek de Damasio, bu karşılıklı örtüşmeyi ifade etmenin güçlüklerine değinmektedir. Bu güçlükler ise, öyküsel kendiliğin inşasında gerekli olan epizodik belleğin stabil olmaması, kendilik hissinin tekrar tekrar inşa edilmesi, sosyal ve kültürel çevrenin etkileriyle öznenin sürekli yeniden modellenmesi şeklinde özetlenebilir. Öte yandan kendiliğin temel özellikleri de öyküsel süreçlerle sürekli bir biçimde yeniden yorumlanmaktadır (9).

Kendilik Kavramının Nörobilimdeki Yeri

Kendilik kavramı felsefenin ve psikolojinin yanı sıra nörobilimin de ilgi odağı olmuş ve nöral alt yapısı üzerine çeşitli araştırmaların yapıldığı önemli bir konu haline gelmiştir. Kendilik kavramının felsefede zihnin en yüksek fonksiyonu olma özelliği, nörobilim alanında da izlerini sürdürmüş ve kendilik yüksek düzey bir kognitif fonksiyon olarak tanımlanmıştır. Fakat güncel çalışmalar kendiliğin bu özelliğine kuşkuyla yaklaşmakta ve kendilikle ilişkili durumların algı, davranış, ödül, duygu gibi temel mekanizmalarla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (1,8). Northoff'un çalışmaları bu bağlamda kendiliği felsefedeki konumundan daha farklı bir yere yerleştirmekte ve yeni bir kendilik modeli inşa etmektedir. Northoff kendiliği, beynin yüksek düzey bir işlevi yerine beynin en temel fonksiyonu, içsel veya spontan aktivitesi olarak kavramsallaştırmaktadır. Subkortikal bölgelerin hem kendilikle ilişkili süreçlerde hem de duygu, ödül, davranış ve algı gibi temel mekanizmalarda aktif olması bu kavramsallaştırmayı desteklemektedir (1). Benzer şekilde Pankseep'in nöro-anatomik, nöro-kimyasal ve nöro-fizyolojik özelliklere sahip kendilik modeli, beynin üst düzey bir işlevinden ziyade beyin evriminin erken dönemlerinde ortaya çıkan nöral alanlara dayanmaktadır (15). Pankseep motor, duyusal ve duygusal haritaların birbirleriyle etkileşime geçtiği antik orta beyin bölgelerinin ilkel kendilik şemasını önemli ölçüde etkilediğini öne sürmektedir. İlkel kendilik şeması erken gelişim döneminde beyin sapının orta bölümlerindeki motor yapıya dayanmaktadır. Kendiliğin nörodinamikleri aynı zamanda afektif bilinç için gereken nöral süreçleri

de belirlemektedir (15).

'Kendilik' farklı bileşenleri olan kompleks bir yapı olması nedeniyle literatürde kendiliği açıklamaya yönelik birbirinden farklı modeller bulunmaktadır. Bu modellerden bir kısmı otobiyografik bellek ile kendiliğin karşılıklı ilişkisini yapılandırmaya çalışmaktadır. Kendilik hissi, otobiyografik bellek için önemli bir kılavuzken, otobiyografik bellek de kendiliğe süreklilik hissi vermekte ve kendilikle ilişkili bilgilerin güncellenmesini sağlamaktadır (16).

Semantik ve epizodik otobiyografik belleği içeren kendilik, yüksek oranda öz-farkındalığı içermektedir (16). Qin ve Northoff kendilik problemini kavramsal ve deneyimsel olmak üzere iki boyutta tartışmaktadır (2). Kavramsal olarak kendiliğin farklı kavramları, süreç - birim temelli ve duyusal motor - kognitif temelli şeklinde iki bölüme ayrıştırılabilir. Deneyimsel olarak ise, 'kendilik' nöronal mekanizmalar ve network ağlarından oluşmaktadır. Bu bağlamda 'kendilik' için spesifik olan kortikal orta hat yapıların önemine dikkat çekilmektedir (2). Öte yandan Gillihan ve Farah, kendilik kavramını iki dala ayırmışlardır: fiziksel ve psikolojik kendilik. Fiziksel kendilik, bedene ilişkin bilgiyi yansıtırken, psikolojik kendilik ise epizodik bellek, semantik bellek ve birinci kişi bakış açısı deneyimlerine ilişkin bilgileri yansıtmaktadır. Gillihan ve Farah kendiliği, fiziksel ve psikolojik kendiliğin bütünleşen bir birimi olarak tanımlamaktadır (17).

Tablo 1: Prebble'ın 2 Boyutlu Kendilik Modeli

	Senkronik	**Diyakronik**
Öznel	Prereflektif Kendilik	Fenomenolojik Süreklilik
Nesnel	Kendilik kavramı	Semantik Süreklilik

Prebble ve arkadaşlarının kapsayıcı kendilik modeli ise iki ana boyuttan oluşan hiyerarşik bir yapı sergilemektedir. Öznel (I-self) ve nesnel (me-self), senkronik ve diyakronik olmak üzere iki boyutlu bir kendilik modelidir. Bu boyutların etkileşiminden dört içerik oluşmaktadır (16).

Prereflektif kendilik, bir yandan bütünlük ve kişisel faillik hissi verirken, diğer yandan öz-farkındalığın yüksek olmasını içermektedir. Şuandaki nesnel kendiliğe işaret eden kendilik kavramı ise kişilik özellikleri gibi kişisel kendilik bilgilerini içermektedir. Semantik süreklilik ise kişisel semantik hafızaya dayanmaktadır. Bu hiyerarşik modelde kendiliğin öznel algısı tüm diğer bileşenler için bir ön koşulken, kendilik kavramı semantik süreklilik için bir ön koşuldur (16).

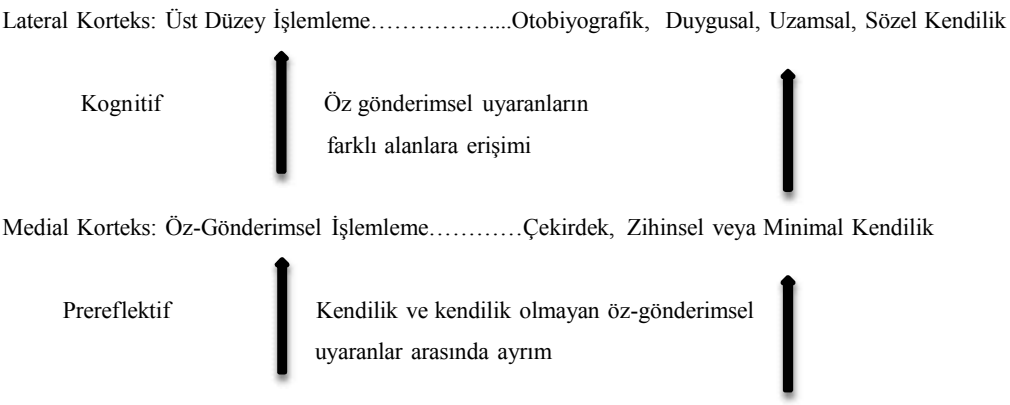
Kendilik kavramı; uyaran kümesine ve farklı işlevleri yansıtan içeriklere göre farklı şekillerde tanımlanmış ve sınıflandırılmıştır. Bu nedenle literatürde birbirinden farklı kendilik kategorileri bulunmaktadır. Bu kategoriler Tablo 2'de özetlenmiştir.

Bununla beraber kendilik kavramının ayrışan parçalarını nasıl bir araya getireceğimiz ve bütün bu kategorilerin üzerinde genel bir kendilik bütün-

Tablo 2. Farklı Kendilik Kategorileri

Proto Self (Damasio)	Bedene ilişkilin duyusal işlemleme
Mental Self (Damasio)	Kendilikle ilişkili uyaranları diğerlerinden ayırma
Autobiographical Self (Damasio)	Hafızayla ilişkili üst düzey işlemleme
Emotional Self (Fossati et al.)	Duygusal olaylarla ilgili öz-gönderimsel işlemleme
Narrative Self (Gallagher)	Sözel ifadelerde kendiliğin farkedilmesi
Experiental Self (James)	Kendilikle dış dünya arasında ilişki kurma
Spatial Self (Vogeley ve Fink)	Uzamsal gerçeklikle ilişkili öz-gönderimsel işlemleme
Facial Self (Keenan et al.)	Kendi yüzümüzün tanınması ve ayırt edilmesi
Verbal Self (Turk et al.)	Üst düzey işlemleme
Social Self (Frith)	Sosyal kendilikle ilişki üst düzey işlemleme

Şekil 1: Kortikal Lokalizasyon ve Kendilik Kavramı (3)



lüğünü nasıl elde edeceğimiz problemli bir konudur. Northoff ve arkadaşları kendiliğin ayrışan kategorilerine karşın bu kategorileri ortak bir zeminde birleştirmeye çalışmışlardır. Bu bağlamda öz-gönderimsel (self-referential) işlemleme, kendiliğin tüm yapılarını bir araya getiren ortak bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Öz-gönderimsel işlemleme; bir uyaranın kişinin kendiliğiyle ilişkilendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (2). Kendilik genellikle yoğun bir biçimde duygusal öznellik ile karakterizedir (1). Kendiliğin gözünden dış dünyadaki uyaranlar nesnel bir nitelik olmaktan çıkıp öznel bir kimliğe bürünür. Duygusal bir renk kazanan uyaranlar ise kişinin kendilik algısının bir parçasını oluşturur (3).

Damasio ve "Zihne gelen Kendilik"

Damasio sinirbilimdeki önemli iki soruya odaklanmıştır. Bunlardan biri kendiliğin doğası diğeri ise bilincin doğası (17). Literatürde "bilinç" genellikle, uyanık olduğumuzda ortaya çıkan bir zihin durumu olarak tanımlanmaktadır. Fakat Damasio, bilinç ile uyanıklığın (wakefulness) aynı şey olmadığına dikkat çeker ve bununla ilgili nörobilimsel kanıtlar sunar (4). Uyanık olmak, zihne sahip olmak ve kendiliğe sahip olmak farklı beyin süreçleriyle ve içerikleriyle ilişkilidir. Bununla beraber bu bölgeler kalın duvarlarla ayrılmış beynin ayrı odalarını da işaret etmemektedir (4). Damasio'nun bilinç teorisi zihin temelli bir yapı olmaktan ziyade "kendilik" (self) temelli bir yapı arz etmektedir (4). Damasio'ya göre kendilik merkezli bir bilinç yaklaşımı öznelliği ve anlamın oluşumunda bireysel failliği mümkün kılmaktadır. Bireysel hayatı düzenleyici bir role sahip olan "kendilik", bilinçli zihnin vazgeçilmez bir unsurudur (4,19). Damasio'nun bilinç teorisinde duygular, bilinç deneyiminin ortaya çıkışında nedensel bir rol oynamakta (4) ve teori üç temel bileşene dayanmaktadır: duygu, his ve hislerin hissi (19).

Duygu (emotion): Damasio'nun uygulamasında bu kavram, bir uyaran tarafından tetiklenen bilinçdışı nöral reaksiyonu ifade etmektedir. Spesifik olarak beyin sapının subkortikal çekirdeği, hipotalamus, basal önbeyin ve amigdala aktivasyonu ile karakterizedir.

His (feeling): Teorinin ikinci bileşeni ise duygular tarafından proto-self'de tetiklenen nöral değişimleri kapsamaktadır. Hislerin ortaya çıkışıyla beraber oluşan nöral değişim ayrıca organizmanın algı kalitesindeki değişimi de beraberinde getirmektedir.

Hislerin Hissi (feeling of feelings): Ayrıca çekirdek bilinç olarak da tanımlanan teorinin üçüncü bileşeni, duygular tarafından aktive olan nöral ağ ile proto-self'de meydana gelen değişimlerle ilgili bireyin algısı arasındaki korelasyonun bir sonucudur. Diğer bir ifadeyle teorinin ilk iki bileşenin arasındaki ilişkinin sonucunda ortaya çıkmaktadır.

Damasio'nun teorisinde duyusal girdinin işlemlenmesinden bilinç durumuna geçilmesi beş aşamada gerçekleşmektedir (20). Bu aşamalar; 1) Duygu uyandıran bir uyaranın duyu organlarına girişi, 2) Uyaranların ortaya çıkarılmasının spesifik nöronal düğümleri uyarması, 3) Emosyonların aktive oluşunun beynin diğer bölgelerindeki diğer sinyalleri tetiklemesi 4) Proto-self'in değişmesi ve hislerin ortaya çıkması, 5) Proto-self'deki değişim ve emosyon ortaya çıkarıcı mekanizmadaki aktivasyonun somatosensoryal alana ulaşması şeklindedir.

Damasio, bilincin, hem duygu ortaya çıkarıcı mekanizmanın hem de protoself'deki değişimlerin bir sonucu olduğunu ifade eder. Duyusal sisteme giren uyaranlar beyin aktivasyonunu etkilemekte ve sonrasında bilinçdışı bir şekilde pek çok davranış paternini tetiklemektedir (20). Damasio, bilinçli bir zihnin inşasındaki süreçleri kendiliğin hiyerarşik yapısıyla açıklamaktadır. Kendilik, bir dizi birbiri üzerine inşa olan nöroanatomik basamaklardan oluşmaktadır. Damasio, kendiliği biyolojik bir zemine oturtur ve onu zihin aygıtının bir ürünü ya da aşkın bir töz olma indirgemeciliğinden arındırır. Kendilik, dış dünya ile ilişkimizde bir referans noktası işlevi görmekte ve bilinçli zihnin ortaya çıkabilmesi için merkezi bir rol oynamaktadır (19). Ayrı yapılarda inşa edilen kendilik, üç aşamadan oluşmaktadır (4): 1)Protoself; 2)Çekirdek kendilik; 3)Otobiyografik kendilik.

Protoself: Kendilik hiyerarşisinin ilk basamağını oluşturan protoself; bedenin göreli olarak stabil olan görünümlerini temsil eden imgelerin bir araya gelmesinden oluşmaktadır (4,18). Protoself, organizmanın beden imgesinin kaydedilmesi, farklı nöronal yapılarda haritalandırılması ve bu haritaların bir araya getirilerek bir bütünlük oluşturulmasını içerir. Ayrıca protoself, primordial hisler olarak isimlendirilen ve bedenle ilişkili hislerden oluşan temel duyguları ortaya çıkarmaktadır (4).

Çekirdek Kendilik (Core Self): Hiyerarşinin ikinci basamağı olan çekirdek kendilik, organizma ve nesne arasındaki etkileşim ve protoself'in modifiye olmasıyla oluşmaktadır. Bu modifikasyon sonucunda nesneye yöneltilen dikkatle beraber nesnenin imgesi değişmekte ve nesneye duygusal bir içerik atfedilmektedir. Modifiye edilen nesne imgesi ve organizma an be an uyumlu bir biçimde birbirine bağlanmaktadır (4). Protoself sabit bir görünüm sergilerken, çekirdek kendilik gelen uyaranlara (nesnelere) karşı gerekli düzenlemeleri yaparak anlık olarak değişebilen bir mekanizma özelliğindedir (18). Çekirdek kendilik, ayrıca nesneleri bilme hissimizin oluşumunu ve 'bilinen nesneleri' diğerlerinden ayırt etmemizi mümkün kılar (19).

Otobiyografik Kendilik (Autobiographical Self): Kişilik (personhood) ve kimliğimizi (identity) sağlayan otobiyografik kendilik, bilinci inşa eden otobiyografilerden oluşmaktadır. Otobiyografiler, kişisel hafızayı, geçmiş deneyimleri ve gelecekle ilgili planları içermektedir (4). Çekirdek kendilik nesneyle karşılaşmanın bir sonucu olarak üretilirken ve değişen bir yapı sergilerken otobiyografik kendilik, deneyimsel anılar, dikkat ve dil gibi sürekli yapılara dayanmaktadır. Bu nedenle kişisel kimlik otobiyografik kendiliğin doğal bir sonucudur (18). Bununla beraber otobiyografik kendilik ikili bir yapı sergilemektedir. Bir yanı bilinçli, erişilebilir bir yaşam alanıyken, diğer yanı erişilebilir olmaktan uzaktır. Otobiyografik kendilik bu iki yapı arasında köprü kurmaktadır. Kendilik hiyerarşisinin bu aşamasında tüm yaşanan deneyimler bilinçli ya da bilinçdışı süreçlerle tekrar tekrar inşa edilir, değerlendirilir ve yeniden düzenlenir. Doğal olarak deneyimlere eşlik eden duygusal içerikler de yeniden şekillenir (4). Damasio'nun otobiyografik kendilik kavramı şu şekilde tanımlanabilir: "kişinin özgeçmişinde bulunan nesnelerin (imgelerin) çekirdek kendilikten atımların (pulse) meydana gelmesine ve bunların, geniş ölçekli koherent paternler ile anlık olarak bağlanmaları yoluyla ortaya çıkması" (19). Damasio, otobiyografik kendiliğin inşasını bir dizi süreçle açıklamaktadır. Sürecin ilk aşaması, biyografik anıların geri çağırılması ve geçmiş anıların biyografik (bireysel) tek bir nesneye dönüştürülmesi için gruplanmasını oluşturur. Her bir nesne protoself'in modifiye edilmesini mümkün kılar ve bilme hissinin eşlik ettiği çekirdek kendilik atımını ortaya çıkarır. Sürecin ikinci aşamasını, biyografilerdeki nesnelerin çok çeşitli olmasından ötürü anıların koordine edilmesi ve çekirdek kendilik atımlarının tutarlı bir bütünlüğünün elde edilmesi oluşturur (4).

Kendiliğin Nöroanatomik Yapısı

Son yıllarda kendilik sorunu, fonksiyonel görüntüleme tekniklerindeki gelişmelerle beraber özel bir inceleme alanı haline gelmiş ve kendilikle ilişkili süreçlerde rol oynayan beyin bölgelerini tanımlama çabalarında da önemli gelişmeler yaşanmıştır. Kendilik ve onun farklı bileşenleri beynin belirli bir bölgesinde yerleşmemektedir. Daha ziyade, hem kortikal hem de subkortikal alanları da içeren dağılmış bir nöral sistemler ağına dayanmaktadır (4,8). Fonksiyonel görüntüleme çalışmalarının en önemli bulgularından biri ise ventromedial prefrontal korteksin, insanların kendileri ve yaşamları ile ilgili deneyimleri, tercihleri, yetenekleri ve amaçları düşündüklerinde aktive olmasıdır (8). Northoff ve arkadaşlarının çalışmaları ise kendiliğin tüm yapılarını bir araya getiren öz-gönderimsel işlemlemenin nöroanatomik yapısını fonksiyonel görüntüleme teknikleriyle incelemektedir. (3).

Kendilikle ilişkili görevleri içeren çalışmalarda katılımcıların çeşitli beyin bölgelerinde (medial korteks, ventro ve dorsolateral prefrontal korteks, bilateral temporal poles, insula ve subkortikal beyin bölgeri: beyin sapı, colliculi, PAG ve hipotalamus) aktivasyonlar görülmektedir. Kortikal ve subkortikal alanların yanı sıra çeşitli medial kortikal alanların da kendilikle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Medial kortikal alanların arasında, medial orbital prefrontal korteks (MOFC), ventromedial prefrontal korteks (VMPFC), supragenual anterior cingulate korteks (SACC), dorsomedial prefrontal korteks (DMPFC) ve medial parietal korteks (RSC) bulunmaktadır. Son yıllarda bu yapılar anatomik ve fonksiyonel ortak bir birim olarak kabul edilmiş ve 'kortikal orta hat yapılar' altında birleştirilmiştir (3,21). Northoff ve arkadaşları kendilikle ilişkili farklı görevlerde aktive olan farklı bölgelerin ortak bir yapı altında toplanıp toplanamayacağını sorgulamışlar ve bu problem bağlamında çalışmalarını yürütmüşlerdir.

Literatürde kendilikle ilişkili nöroanatomik yapıları inceleyen çalışmaların bulguları, kortikal orta hat yapılar ve medial prefrontal korteksin (MPFC) önemli ölçüde kendilik kavramı ve kendilik algısının oluşumunda ve sürdürülmesinde rol oynadığını göstermektedir (2,3,7,16). Bununla beraber, Northoff ve arkadaşları farklı kognitif ve duyusal modalitelerdeki kendilik-merkezli görevlerde yer alan merkezi bir medial kortikal bölgeden bahsedilip bahsedilemeyeceğini sorgulamışlardır. Çalışmalarının bulguları ise supramodalite ile karakterize olan kortikal orta hat yapıların "Cortical Midline Structures" (CMS), kendilikle ilişkili tüm yapılarda aktive olduğunu göstermektedir. Bu fonksiyonel birliktelik ise CMS bölgelerinin kendilikle ilgili farklı paradigmalarda ortak bir aktivasyon gösterdiklerini ve bu bölgeler arasında kendilik bağlamında karşılıklı bağlantıların olduğunu göstermektedir (3). Ayrıca bu bölgeler arasındaki birliktelik Damasio'nun kendilik hiyerarşisindeki protoself'den çekirdek veya zihinsel kendiliğe geçişi de mümkün kılmaktadır (4).

Kortikal orta hat yapıları, çeşitli filogenetik eski beyin yapılarını içermekte ve bu yapılar kendiliğin inşasında farklı işlevlerde bulunmaktadır (5). Bu yapılar ve işlevleri şu şekilde özetlenebilir:

1.Orbitomedial Prefrontal Korteks: Öz gönderimsel (self-referential) uyaranların süregiden temsili ile ilişkilendirme

2.Supragenual Anterior Singulat Korteks: Öz gönderimsel uyaranları gözlemleme ve takip etme

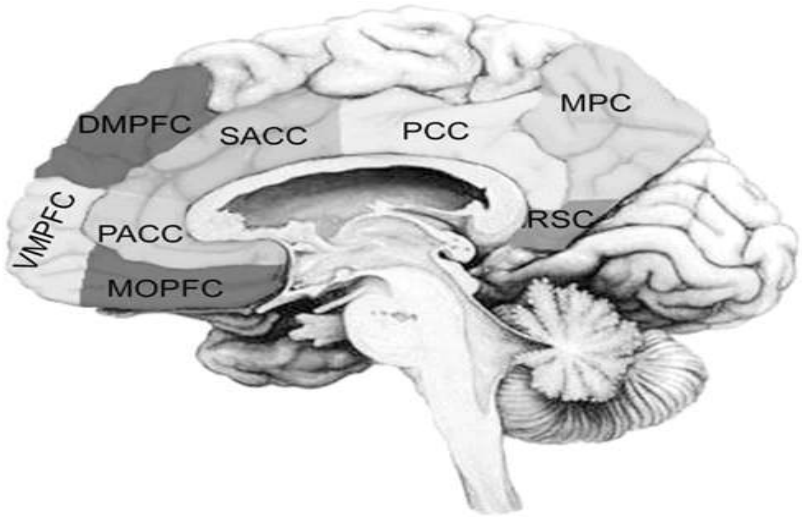
3.Dorsomedial Prefrontal Korteks: Uyaranların kendilikle ilişkisini değerlendirme

4.Posterior Singulat Korteks: Öz gönderimsel uyaranları kişinin duygusal ve otobiyografik alanlarına entegre etme

Özetle, kortikal orta hat yapıları birbirleriyle güçlü ilişkiler kuran bir anatomik birim olarak düşünülebilir. Ayrıca bu yapılar, ventrolateral ve dorsolateral korteks ve limbik sistem gibi beynin diğer alanlarıyla da bağlantı kurmaktadır (5).

Kavramsal kendilik bilgisi, temporo-parietal korteksteki genel semantik hafıza ile örtüşen nöral bir yapı sergilemektedir. Northoff ve arkadaşlarının kendilikle ilişkili fonksiyonel görüntüleme çalışmaları (fMRI), medial prefrontal korteks (MPFC), temporal poles ve insular korteksi içeren kortikal

Şekil 2: Kortikal Orta Hat Yapıları (40)



Not: Beynin orta hattındaki saggital düzleme ilişkin görsel. MOPFC, medial orbitofrontal korteks; VMPFC, ventromedial prefrontal korteks; DMPFC, dorsomedial prefrontal korteks; PACC, perigenual anterior korteks; SACC, supragenual anterior singulat korteks; PCC, posterior singulat korteks; RSC, retrosplenial korteks; MPC, medial parietal korteks.

orta hat yapıların önemine dikkat çekmektedir (16). MPFC ayrıca otobiyografik bellek için de merkezi bir bölge konumundadır (7). Bu bölge ayrıca otobiyografik belleğin hem semantik hem de epizodik formlarında etkindir. Medial prefrontal korteks ayrıca kendilik merkezli düşüncelerle beraber yoğun bir biçimde aktive olan 'default mode network' sisteminde de yer almaktadır (8,16).

Default Mode Network ve Kortikal Orta Hat Yapıları

Default mode network (DMN), kişinin algı gibi "dışsal" bir uyarana dikkatinin yönlenmediği, beynin istirahat durumu (resting state) olarak tanımlanan ve özellikle geçmişi hatırlarken, geleceği planlarken ve kişi kendi dışındaki süreçlere odaklanmadığında aktive olan bir yapıdır (5,8). DMN'ye ilişkin önemli miktarda çalışma, birey dış uyaranlara odaklanmadığında ve hedefe yönlendirilmemiş bir zihinsel faaliyet içerisindeyken spesifik bir beyin sisteminin aktive olduğu ve bu içsel aktivasyon sürecinde beynin önemli miktarda enerji kullandığını ortaya koymuştur (11,22,23). DMN temel olarak posterior singulat korteks (PCC), medial prefrontal korteks (MPFC) ve inferior parietal lob (IPL) bölgelerinden oluşmaktadır (24,25,26,27). Bu beyin bölgeleri, amaç yönelimli performanslardan ziyade, pasif görevler sırasında yüksek oranda aktivasyon göstermektedir (22,28). Dolayısıyla DMN bölgeleri dikkatin belirli bir uyarana yoğunlaştığı durumlarda deaktive iken, dikkatin odağı genişleyip rahatladığında ise daha fazla aktivasyon göstermektedir (26,27,29,30).

Kortikal orta hat yapıları, DMN'nin merkezi parçasını oluşturmaktadır. DMN, rastgele düşünme, zihinsel gezinti, içsel düşünce, epizodik anıların hatırlanması ve sosyal işlemleme gibi birbirinden farklı fonksiyonlarla ilişkilidir (1,31). Bu fonksiyonların yanı sıra kendilikle ilgili süreçler veya kişilikle ilgili uyaranların işlenmesi, DMN'deki istirahat durumunun ve özellikle kortikal orta hat yapılarının bir başka fonksiyonunu oluşturmaktadır. Northoff bunu "istirahat-kendilik örtüşmesi" (rest-self overlap) olarak adlandırmaktadır (1,32). İstirahat durumunda ve kendilikle ilişkili aktivasyonlardaki nöral örtüşmeye ilişkin veriler spesifik olarak ventromedial prefrontal korteks (vmPFC), posterior cingulate korteks (PCC) ve perigenual anterior cingulate korteks (PACC) kortikal orta hat yapılarının önemini ortaya koymaktadır (32).

Son yıllardaki çalışmalar kendilik ile default mode network (resting state) arasındaki belirgin örtüş-

meye vurgu yapmakta ve aralarındaki ilişkiye dikkat çekmektedir (7,22,23,27,30,33,34). Kendilik'le ilişkili zihinsel süreçlerin istirahat durumunda belirgin olarak görüldüğü kabul edilmektedir (8,28,30,35). Bu bağlamda kortikal orta hat yapılarda, kendilikle ilişkili uyaranların nöronal işlemlemesi, default mode network'daki (DMN) bölgelerle ilişkilendirilmektedir (7,2,23,28). Araujo ve arkadaşlarının çalışması ise DMN'nin ve MPFC'nin özellikle otobiyografik kendilik durumlarında daha fazla aktif olduğunu göstermektedir (7). Bu bulgu, DMN bölgelerinin daha ziyade bireyin dış dünyadaki ya da kendi bedenindeki durumlardan uzaklaşıp içsel olarak üretilen temsillere (örn: anılar, düşünceler) odaklandığında aktif olduğunu ileri süren görüşleri desteklemektedir. Öte yandan DMN bölgelerinin aktivasyonu çekirdek kendilik durumlarında oldukça sınırlıdır (7).

Kortikal orta hat yapıları, beynin fizyolojik baselini ve default mode durumuyla karakterizedir (3). Kortikal orta hat yapıların resting durumunda yüksek aktivasyon göstermesi ise kendilik için merkezi öneme sahip öz-gönderimsel işlemlemeye işaret etmektedir. Öz-gönderimsel işlemleme, kendiliğin diğer kendiliklerden ayrışmasını mümkün kılarak bilinçli bir zihnin varlığını işaret etmektedir (3,30). Öz-gönderimsel işlemlemede aktive olan beyin bölgeleriyle DMN bölgeleri arasındaki örtüşmeden ötürü kimi çalışmalar 'default self' kavramından bahsetmektedirler. Default self, öz gönderimsel zihinsel aktivitenin DMN bölgelerindeki resting durum aktivasyonu ile benzerliğine dayanarak açıklanmaktadır (2,28).

Damasio Modelinin Nörobilimdeki İzleri

Otobiyografik kendilik kavramı, öz-kimlik ve kişiliği yansıtan bir zihinsel duruma işaret etmektedir. Kişinin biyografisini tanımlayan olgular ve olaylara ilişkin anıların geri çağırılma ve bütünleştirilme sürecini ifade etmektedir (33). Bu zihinsel duruma ilişkin nöral mekanizmalar henüz tam anlamıyla netlik kazanmamış olmakla beraber kortikal orta hat yapıların, kendilikle ilişkili bilginin işlenmesinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Kortikal orta hat yapıların otobiyografik kendilik sürecinde yer almasına ilişkin araştırmalar daha ziyade kendilik ve öteki arasındaki karşılaştırmaya odaklanmıştır. Araujo ve arkadaşlarının çalışması CMS aktivasyonunun, bilginin hedefi (kendilik ya da bir tanıdık), bilginin kapsamı (kişilik özelliği ya da olgular) ve geri çağrılan bilginin miktarına ilişkin bireysel ayrımlara yönelik nasıl farklılaştığına odaklanmaktadır (33). Çalışmanın bulguları, CMS içerisindeki medial prefrontal korteks ile posteromedial kortekslerin özellikle kendilik özellikleriyle ilişkili durumlarda daha fazla aktif olduğunu göstermekte ve diğer çalışmaların bulgularını desteklemektedir (27,30). Bu iki bölge ayrıca dışsal süreçlerden ziyade içsel süreçlerde daha fazla aktif rol oynayan default network olarak adlandırılan bölgelerin de bir parçası olarak görülmektedir (30). Bununla beraber bu bölgelerin yalnızca kendiliğe özgü olduğu düşünülmemekte, içsel olarak üretilen temsillere yönelik süreçleri de kapsadığı varsayılmaktadır. Dolayısıyla CMS aktivasyonundaki farklılığın kendilik ve öteki gibi bir ayrımdan ziyade; 1) değerlendirilen bilgi, 2) değerlendirilen bilgi alanı, 3) bilgiyi değerlendiren kişiler arasındaki farklılıklara bağlı olduğu öne sürülmektedir. Buradan hareketle, MPFC'deki aktivasyon farklılığının diğerinin kendilikle ilişkisine bağlı olarak değiştiği düşünülmektedir (8,33).

Kortikal orta hat yapıların ayrıca hafıza ve karar verme süreçlerinde daha fazla aktif olduğu görülmektedir. Medial prefrontal korteks, hipokampus gibi hafıza süreçlerinde rol oynayan yapılarla ilişki içerisindedir. MPFC ayrıca beyin sapı tegmentum, amigdala ve singulat korteks gibi duygulara ilişkin somatik temsillerin yer aldığı yapılarla da ilişkilidir. Dolayısıyla MPFC'nin karar alma süreçlerinde duyguyla ilişkili somatik işaretlerin entegrasyonunda rol aldığı düşünülmektedir. MPFC'deki aktivasyon, karar alma süreçlerinin yanı sıra duygusal ve algısal temsillere ilişkin işlemleri içeren hafıza geri alımı ile de (retrieval) ilişkilidir. Dolayısıyla Araujo ve arkadaşları, MPFC aktivasyonunun kendilik ve öteki ayrımından ziyade duygusal işlemleme ile ilgili olduğunu ileri sürmektedirler. Kendilikle ilişkili süreçlerde duygusal işlemlemenin daha fazla olması ise MPFC aktivasyonun kendilik süreçlerinde daha fazla görülmesini açıklamaktadır. Bu nedenle 'ötekinin' kendiliğe olan yakınlığı MPFC aktivasyonunun da derecesini belirlemektedir (8,33). Örneğin yakın bir arkadaş ile kendilik süreci arasında MPFC akti-

vasyonu açısından bir farklılık gözlemlenmezken, tanıdık olmayan biri ile kendilik süreçleri arasında belirgin bir farklılık gözlemlenmektedir (8).

Northoff Modeli ve Nörobilimde Uygulamaları

Kendilik çalışmalarında alzheimer hastalığı belirgin bir model oluşturmaktadır. Alzheimer hastalarıyla yapılan çalışmalar otobiyografik bellek ve kendilik algısının sürekliliği üzerine veriler sunmaktadır. Amnezi hastalarıyla yapılan vaka çalışmaları otobiyografik bellek ve kendilik ilişkisini anlamakta önemli bir yer tutmaktadır (16).

Philippi ve arkadaşlarının Henry isminde hafif düzeyde kognitif bozulmalar gösteren bir alzheimer hastasıyla yaptıkları çalışmada vakanın hastalığının seyriyle örtüşmeyen bulgular gösterdiğini gözlemlemişlerdir (16). Henry kişisel otobiyografisiyle ilgili herhangi bir anı hatırlamamakta, kendilik kavramıyla ilişkili bir tanım yapamamakta ve semantik hafızaya ilişkin düşük düzeyde bir performans sergilemektedir. MPFC'deki belirgin atropi hastanın kendilik algısının yok olmasına, kendiliğin öznel duyumunun ve kendiliğin tüm diğer bileşenleri için gerekli olan öz-farkındalığın bozulmasına yol açıyor görünmektedir. Dolayısıyla MPFC'nin kendilik duyumunun sürdürülmesinde merkezi bir bölge olduğu söylenebilir.

Kortikal orta hat yapılardaki bozulmalarla süregiden alzheimer hastalarında otonoetik bilincin de bozulduğu görülmektedir. Henry'nin nöropsikolojik profili Prebble'ın modelindeki prereflektif self ile örtüşmekte olup şimdiki zamandaki öznel kendilik algısının değişmesi ve bununla beraber otonoetik bilinçdeki bozulma ile karakterizedir. Bu durum epizodik otobiyografik belleğin ve kendilikle ilişki tüm bileşenlerin bozulmasına yol açmaktadır. Bu durum MPFC'nin öznel kendilik algısında anahtar bir bölge olduğu teorisini desteklemektedir (16).

Öte yandan kendilik algısındaki disfonksiyonel bozulmalar, depresyon ve anksiyetinin (36) ortaya çıkışında önemli rol oynamaktadır. Pek çok psikopatolojinin kendilikle ilgili işlemlemelerde aktive olan ventromedial prefrontal korteksdeki aktivasyon değişimi ile karakterize olduğu görülmektedir (8). Örneğin, şizofreni hastalarında kendilikle ilgili işlemlemeler ile kendilikle ilgili olmayan işlemlemelerde ventomedial prefrontal korteks aktivasyonunun farklılaşmasının azaldığı (37), otizmde ortadan kalktığı (38), depresyonda anormal artmalar ve azalmaların olduğu (39) görülmektedir. Dolayısıyla, ventromedial prefrontal korteks aktivasyonundaki bu değişimlerin farklı psikopatolojilerde anormalliklere katkı sağladığı düşünülmektedir (8).

SONUÇ

Felsefede Descartes/Hume'dan bu yana hüküm süren dikotomi; "bir töz ya da bir algı yığını" olarak ele alınan "kendilik" kavramı, James'in doğurgan fenomenolojik çalışmalarıyla günümüz modern nörobilimine de ışık tutacak bir evreye girmiş oldu. Son yıllarda, modern zihin felsefesinin ve nörobilimin verilerinin katkılarıyla ele alınan bilinç kavramının fenomenolojik arka planı, kendisini James'in ardılı kabul eden Damasio'nun gayretleriyle önemli ölçüde geliştirilmiş ve kendiliğin beyin bölgeleriyle ilişkilendirilmesinde önemli bir adım atılmıştır. İkinci önemli adım, fonksiyonel nörogörüntüleme, yani insan canlı ve zihni bir işlev yaparken beynin eş zamanlı faaliyetinin gözlemlenebilir hale gelmesini sağlayan teknolojik gelişmeler sayesinde atılmıştır. Bu noktada kendiliğin orta hat yapıları ile ilişkisi üzerinden yapılan teorizasyon önemli bir dönüm noktasını işaret etmektedir. Yazımızda kısaca gözden geçirmeye çalıştığımız, "kendiliğin" beyin işlevleriyle ilişkilendirilme çalışmaları, daha doğru bir kavramsal tanımlamaya ilişkin bilgimizin deneysel yöntemler ile geliştirilmesini mümkün kılacak ve önümüzdeki dönemde bu temel çalışmalar üzerinden yeşerecek gibi durmaktadır.

Yazışma adresi: Arş. Gör. Zahide Tepeli Temiz, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul
ztemiz@fsm.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Northoff G. Is the self a higher-order or fundamental function of the brain? The "basis model of self-specificity" and its encoding by the brain's spontaneous activity. Cogn Neurosci 2015. doi: 10.1080/17588928.2015.1111868. [In press].

2. Qin P, Northoff G. How is our self-related to midline regions and the default-mode network? NeuroImage 2011;57:1221-1233. doi: 10.1016/j.neuroimage.

3. Northoff G, Heinzel A, Greck MD, Bermpohl F, Dobrowolny H, Panksepp J. Self-referential processing in our brain - A meta analysis of imaging studies on the self. NeuroImage 2006;440-457.

4. Damasio A. Self comes to mind constructing the conscious brain. New York: Pantheon Books, 2000, pp.191-256.

5. Schaefer M, Northoff G. Who am I: the conscious and the unconscious self. Front Hum Neurosci 2017;11:1-5.

6. Blackmore S. Consciousness: an introduction. London: Hodder & Stoughton, 2003, pp. 7-35.

7. Araujo HF, Kaplan J, Damasio H, Damasio A. Neural correlates of different self domains. Brain and Behav 2015;5:1-15.

8. D'Argembeau A. On the role of the ventromedial prefrontal cortex in self-processing: the valuation hypothesis. Front Hum Neurosci 2013;7:1-14.

9. Gallagher S. Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. Trends Cogn Sci 2000;4:14-21.

10. Neisser U. Five kinds of self-knowledge. Philos. Psychol 1988;1:35-59.

11. Hanoğlu L, Süzgün E. Kendilik ve Öteki. Başka 2011; 7.

12. Schultz DP, Schultz SE. Modern Psikoloji Tarihi. Aslay Y (Çeviri Ed.) 8. Baskı, İstanbul: Kaknüs yayıncılık, 2001, pp. 255-280.

13. Özen Y. Kendilik, kendilik algısı ve kendilik algısına bağlı psikosomatik bozukluklara sosyal psikolojik bir bakış. Akademik Bakış Dergisi 2014;40:1-12.

14. Yıldız M. Kendilik-kavramı ve kendilikliğin gelişiminde dinin rolü. Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 2006; 23:87-127.

15. Pankseep J. Afektif Kendilik. Ünal S (Çeviri Ed.) 1. Baskı, İstanbul: Alfa yayıncılık, 2017,pp. 627-680

16. Philippi N, Roquet D, Malek HB, Noblet V, Botzung A, Cretin B, Blanc F. Henry, where have you lost your self? Cortex 2017; 95:37-50.

17. Gillihan SJ, Farah MJ. Is self special? A critical review of evidence from experimental psychology and cognitive neuroscience. Psychol. Bull 2005;131:76-97.

18. Dolan R. Feeling the neurobiological self . The self may be defined in terms of responses to experience. Nature 1999; 401:847-848.

19. Hanoğlu L, Yalçıner B, Özkara Ç. Damasio ile "zihne gelen kendilik". Başka 2011; 7.

20. Augustenborg CC. The endogenous feedback network: A new approach to the comprehensive study of consciousness. Conscious Cogn 2010; 19:547-579.

21. Northoff G, Huang Z. How do the brain's time and space mediate consciousness and its different dimensions? Temporo-spatial theory of consciousness (TTC). Neurosci Biobehav Rev 2017; 80:630-645.

22. Gusnard DA, Akbudak E, Shulman GL, Raichle ME. Medial prefrontal cortex and self-referential mental activity: Relation to a default mode of brain function. PNAS 2001; 98:4259-4264.

23. Huang Z, Obara N, Davis H, Pokorny J, Northoff G. The temporal structure of resting-state brain activity in the medial prefrontal cortex predicts self-consciousness. Neuropsychologia 2016;82:161-170.

24. Berkovich-Ohana A, Glicksohn J, Goldstein A. Studying the default mode and its mindfulness-induced changes using EEG functional connectivity. Soc Cogn Affect Neurosci 2014; 9:1616-1624.

25. Berkovich-Ohana A, Glicksohn J. The consciousness state space (CSS)-a unifying model for consciousness and self. Front Psychol 2014; 5:341.

26. Christoff K, Gordon AM, Smallwood J, Smith R, Schooler JW. Experience sampling during fMRI reveals default network and executive system contributions to mind wandering. PNAS 2009;106:8719-8724.

27. Havlik M. Missing piece of the puzzle in the science of consciousness: Resting state and endogenous correlates of consciousness. Conscious Cogn 2017;49:70-85.

28. Davey CG, Pujol J, Harrison BJ. Mapping the self in the brain's default mode network. NeuroImage 2016;132:390-397.

29. Northoff G. "Paradox of slow frequencies" - Are slow frequencies in upper cortical layers a neural predisposition of the level/state of consciousness (NPC)? Conscious Cogn 2017;54:20-35.

30. Qin P, Wu X, Huang Z, Duncan NW, Tang W, Wolff A, Hu J, Gao L, Jin Y, Wu X, Zhang J, Lu L, Wu C, Qu X, Mao Y, Weng X, Zhang J, Northoff G. How are different neural networks related to consciousness. Annals of Neurology 2015;1-12. doi: 10.1002/ana.24479.

31. Zhang H, Dai R, Qin P, Tang W, Hu J, Weng X, Wu X, Mao Y, Wu X, Northoff G. Posterior cingulate cross-hemispheric functional connectivity predicts the level of consciousness in traumatic brain injury. Scientific Reports 2017;7:387-396.

32. Northoff G. Personal identity and cortical midline structure (CMS): Do temporal features of CMS neural activity transform into "self-continuity"? Psychol Inq 2017;28:122-131.

33. Araujo HF, Kaplan J, Damasio H, Damasio A. Involvement of cortical midline structures in the processing of autobiographical information. PeerJ 2014;1-26. doi: 10.7717/peerj.481.

34. Northoff G, Heiss WD. Why is the distinction between neural predispositions, prerequisites, and correlates of the level of consciousness clinically relevant? Functional brain ımaging in coma and vegetative state. Stroke 2015;46:1147-1151.

35. Lane T, Duncan NW, Cheng T, Northoff G. The trajectory of self. Trends Cogn Sci 2016;20:481-482.

36. Clark DA, Beck AT. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings. Trends Cogn. Sci 2010;14:418-424.

37. Holt DJ, Cassidy BS, Andrews-Hanna JR, Lee SM, Coombs G, Goff DC, Gabrieli JD, Moran JM. An anterior-to-posterior shift in midline cortical activity in schizophrenia during self-reflection. Biol. Psychiatry 2011;69:415-423.

38. Lombardo MV, Chakrabarti B, Bullmore ET, Sadek SA, Pasco G, Wheelwright SJ, Suckling J; MRC AIMS Consortium, Baron-Cohen S. Atypical neural self-representation in autism. Brain 2010; 133:611-624.

39. Lemogne C, Delaveau P, Freton M, Guionnet S, Fossati P. Medial prefrontal cortex and the self in major depression. J. Affect. Disord 2012; 136:e1-e11. doi: 10.1016/j.jad.2010.

40. Northoff G. From emotions to consciousness - a neurophenomenal and neurorelational approach. Front Psychol 2012;3:1-17.

Duodenal perforation in a patient with heroin use

Opioid kullanımı ile ilişkili duodenal perforasyon

Ümit Haluk Yeşilkaya[1], Yasin Hasan Balcıoğlu[2], Mehmet Cem İlnem[3]

[1]M.D., [2]M.D.,[3]Assoc. Prof., Department of Psychiatry, Bakirkoy Prof Mazhar Osman Training and Research Hospital for Psychiatry, Neurology, and Neurosurgery, Istanbul, Turkey

[1]https://orcid.org/0000-0001-8521-1613

[2]https://orcid.org/0000-0002-1336-1724

[3]https://orcid.org/0000-0003-4127-1627

SUMMARY

A number of vascular pathologies are attributed to the opiate exposure such as myocardial infarction, ischaemic stroke, and hypoperfusion of the gastrointestinal tract. Here we presented a 30-year-old male patient with no history of any ischemic or gastrointestinal disease known to have 10-year opioid use and had suffered a duodenal perforation. Prolonged exposure of opioids may lead to hypersensitivity reactions, ischemia and hypoperfusion and combination of these entities with opioid-related gastrointestinal motility deficits could contribute to the epithelial damage and perforation as a consequence. The presence of ischemic events should be kept in mind in the presence of gastrointestinal symptoms in people using intensive heroin.

Key Words: Heroin, ischaemia, duodenal perforation

ÖZET

Yoğun opioid kullanımı miyokardiyal enfarktüs, iskemik inme ve gastrointestinal sistemin hipoperfüzyonu gibi bazı vasküler patolojilere sebep olur. Burada, bilinen herhangi bir iskemik veya gastrointestinal hastalık öyküsü olmayan 30 yaşında bir erkek hastanın 10 yıllık yoğun opioid kullanımı sonrası meydana gelen duedonal perforasyon vakasını sunduk. Opioidlere uzun süre maruz kalınması hipersensitivite reaksiyonlarına, iskemi ve hipoperfüzyona neden olabilir. Ayrıca buna opioid ile ilişkili gastrointestinal motilite bozukluklarının eklenmesi de epitel hasarına ve perforasyona katkıda bulunabilir. Yoğun eroin kullanan kişilerde gastrointestinal semptomların varlığında iskemik olayların varlığı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Eroin, iskemi, duodenal perforasyon

(Turkish J Clin Psych 2019;22:116-118)

DOI: 10.5505/kpd.2018.29484

To the Editor

As is well known, use of heroin has an increasing rate in recent years. For this reason, in clinical practice, systemic side effects of heroin are also seen in an incremental trend considerably depending on the intensity of usage. A variety of systemic complications such as hepatitis, endocarditis, tetanus, and sepsis are well-known entities related to heroin use (1). Additionally, a number of vascular pathologies are attributed to the opiate exposure; myocardial infarction, ischaemic stroke, and colon perforation have been reported in the patients with heroin use (2-4). Besides vascular damage, the unfavourable effects of opiate on gastrointestinal tract manifest as nausea, vomiting and constipation particularly through receptor activation (1). To the best of our knowledge, duodenal perforation associated with opiate exposure and its underlying pathogenesis has not been documented yet, and we aim to report a case of heroin-related duodenal perforation.

A 30-year-old male patient with no history of any ischemic or gastrointestinal disease known to have 10-year opioid use has received opioid addiction therapy for the past year, during which time no substance use has occurred. He started to use heroin by inhaler> 10gr / day after complaints of sleeplessness, loss of appetite and intense feelings of guilt, which started with the death of a child in a traffic accident a week ago. Particularly during this week, episodes of intermittent crying were shouting "I did not intentionally" to myself. He also said that from time to time he heard the child's voice. The

Makalenin geliş tarihi: 12.09.2018, Yayına kabul tarihi: 01.11.2018

patient with these complaints was hospitalized with acute stress-related suicidal thoughts. In the examination of the patient, cooperation and orientation were intact. Speech output and speed were decreased. Affect was depressed while mood was dysphoric. No negative psychotic findings were detected. Auditory pseudo-hallucinations were present. There was no pathological abnormality in his physical examination. In urine screening, opioid was positive. The patient was started treatment with quetiapine 100 mg/day diazepam 30mg/day, paracetamol 1500 mg/day, and metoclopramide 30 mg/day in order to manage withdrawal symptoms. On the third day of the hospitalization, constipation, abdominal pain, nausea, and vomiting were suddenly started. Positive palpatory findings indicating acute abdomen such as rigidity and rebound tenderness were present. Following a computed tomography scan of the abdomen revealing a lesion consistent with duodenal perforation (Figure), perforation repair was planned after an emergent referral to general surgery. The patient was operated on by general surgery. The patient was kept under observation for 4 days in general surgery. During this period, daily psychiatric interviews were performed with the patient. The patient was transferred to psychiatry service at the end of the fourth day. Serum sertraline 100 mg/day treatment was administered to the patient who had a full remission in psychiatric symptoms and an admission to addiction department for opioid use disorder was offered after discharge.

Heroin acts directly on the vasomotor centre, increases parasympathetic activity, reduces sympathetic tone, thereby inducing the release of histamine from mast cells (5). The parasympathetic activity also plays a role in the formation of spasm in mesenchymal vessels (6). As a consequence of chronic use, hypersensitivity reactions, ischemia, hypoperfusion occur as a systemic effect. Hypotension, especially due to cardiac effects, and bradycardia also play a role in ischemia (5). These mechanisms, which are triggered by intensive and chronic heroin use in our patient, are thought to cause ischemic perforation by impairing the perfusion of the duodenal epithelium and subepithelial tissues. Opioid receptors are expressed by central and peripheral neurons and neuroendocrine (pituitary, adrenal), immune, and ectodermal cells (7,8). These receptors are defined as 3 main receptors; mu, delta and kappa (See Table). Opioids affect the gastrointestinal tract through the mu receptor. In this way, it is known that motility slows down and constipation is caused (1). There are case reports that constipation has negative effects for a long time and that it causes colon perforation in particular (4). Additionally, it may be thought that the possible corticosteroid discharge associated with acute stress recently experienced by our patient is the basis for this ischemia. The presence of ischemic events should be kept in mind in the presence of gastrointestinal symptoms in people using intensive heroin. Finally, it is also known that nonsteroidal anti-inflammatory drugs increase duodenal perforation and bleeding risk (9). In most treatments, these drugs are sometimes used as analgesics in the treatment of addictions, especially during painful periods of acute withdrawal. In such cases, using paracetamol-like drugs to reduce the risk will be safer than these drugs.

Acknowledgements: None

Role of the funding source: No funding was received relevant to this article.

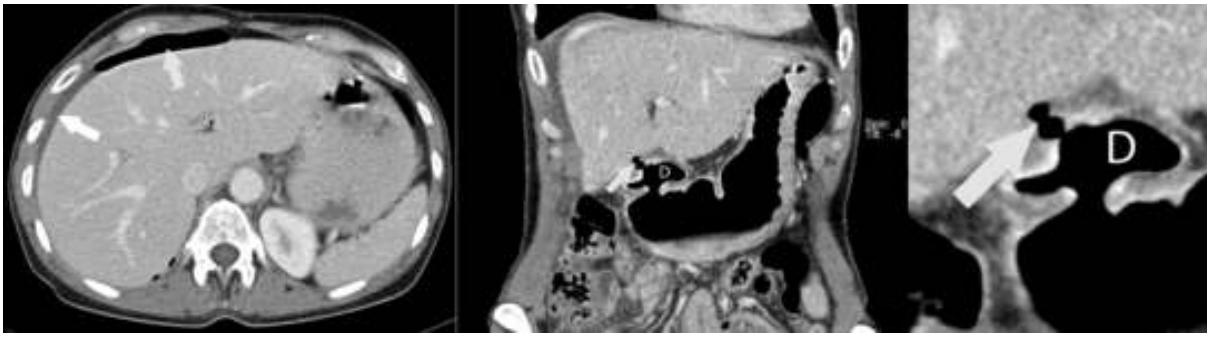


Figure. Perforated duodenal ulcer in computed tomography scan

Table : Opioid receptors and ligands (Adapted from Stein and Machelski (8))

	Site of Action	Effects	Agonist	Antagonist
mu	Systemic	Analgesia, euphoria, constipation, respiratory depression	morphine, fentanyl, endomorphins, beta - endorphin	CTOP, naloxone
	Peripheral	Analgesia, constipation, reduced inflammation	loperamide, frakefamide, DALDA, morphine -6-glucuronide	Alvimopan, naloxone methiodide, methylnaltrexone
delta	Systemic	Analgesia, convulsions, anxiolysis	DPDPE, SNC 80, enkephalins, deltorphin, beta - endorphin	Naltrindole naloxone
	Peripheral	Analgesia, constipation	UK-321,130; ADL5747; ADL5859; JNJ - 20788560	Naloxone methiodide
kappa	Systemic	Analgesia, diuresis, dysphoria	bremazocine; dynorphin	Norbinaltorphimine, naloxone
	Peripheral	Analgesia, reduced inflammation	Asimadoline	Naloxone methiodide

Contributors: The authors contributed equally to this manuscript.

Conflict of interest: None of the authors has a financial or personal conflict of interest.

Ethics: Authors confirm that the submitted study was conducted according to the WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. The study does not have IRB review/approval; this study does not require ethics committee approval because "Letter to editors and case reports" do not require ethics committee approval but an informed consent document signed by index patient.

Note: It is the policy of this Journal to provide a free revision of English for Authors who are not native English speakers. Each Author can accept or refuse this offer. In this case, the Corresponding Author accepted our service.

Correspondence Adress: M.D. Ümit Haluk Yeşilkaya, Department of Psychiatry, Bakirkoy Prof Mazhar Osman Training and Research Hospital for Psychiatry, Neurology, and Neurosurgery, Istanbul, Turkey halukyesilkaya@gmail.com

REFERENCES

1. Benyamin R, Trescot A, Datta S, Buenaventura R, Adllaka R, Sehgal N, Glaser SE, Vallejo R. Opioid complications and side effects. Pain Physician 2008;11:105-20

2. Karoli R, Fatima J, Singh P, Kazmi K. Acute myocardial involvement after heroin inhalation. J Pharmacol Pharmacother 2012;3:282

3. Bolz J, Meves SH, Kara K, Reinacher-Schick A, Gold R, Krogias C. Multiple cerebral infarctions in a young patient with heroin-induced hypereosinophilic syndrome. J Neurol Sci 2015;356:193-5

4. Brown CD, Maxwell F, French P, Nicholson G. Stercoral perforation of the colon in a heroin addict. BMJ Case Rep. 2017;2017:bcr-2016-218875

5. Melandri R, De Tommaso I, Zele I, Rizzoli D, Rapezzi C, Pezzilli R, Re G, Fontana G. [Myocardial involvement in rhabdomyolysis caused by acute heroin intoxication]. Recenti Prog Med. 1991;82:324-7

6. Suematsu M, Ito Y, Fukuzaki H. The role of parasympathetic nerve activity in the pathogenesis of coronary vasospasm. Jpn Heart J. 1987;28:649-61

7. Zöllner C, Stein C. Opioids. In: Analgesia. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2006. p. 31-63.

8. Stein C, Machelska H. Modulation of peripheral sensory neurons by the immune system: implications for pain therapy. Pharmacol Rev. 2011;63:860-81

9. Hernández-Díaz S, García Rodríguez LA. Association between nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper gastrointestinal tract bleeding/perforation an overview of epidemiologic studies published in the 1990s. Vol. 160, Archives of Internal Medicine. American Medical Association;2000. p.